Tiina Saarto ja Juho Lehto

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut joulukuussa 2017 uudet suositukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Suosituksen mukaan kaikilla tulee olla pääsy tarvelähtöisesti laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon mukaan lukien kotisaattohoitoon. Palliatiivinen hoito porrastetaan kolmeen eri tasoon, jotka ovat perustaso ja perustason saattoyksiköt A, erityistaso B ja vaativa erityistaso C. Terveydenhuollon ammattilaisten, jotka hoitavat kuolevia potilaita, tulee hallita palliatiivisen hoidon perusasiat turvaamaan hyvä perustason hoito kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Sairaanhoitopiireittäin luodaan erityistason palveluverkko, joka sisältää palliatiiviseen hoitoon erikoistuneet kotisairaalat, saatto-osastot, sairaalakonsultaatiotiimit ja poliklinikat. Yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskukset vastaavat erityisvastuualueidensa vaativan erityistason hoidosta, hoidon koordinaatiosta ja yhdessä yliopistojen ja ammattioppilaitosten kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksesta. Palveluverkon laatua seurataan systemaattisesti.

Vuosittain maapallon väestöstä kuolee 56 miljoonaa ihmistä. Heistä 38 miljoonaa (68 %) menehtyy muihin kuin tartuntatauteihin, kuten sydän- ja verisuonitauteihin, syöpään, keuhkosairauksiin ja munuais- ja maksasairauksiin. Pitkälliset krooniset sairaudet heikentävät potilaiden toimintakykyä, aiheuttavat oireita ja lisäävät palliatiivisen hoidon tarvetta jo sairauden varhaisessa vaiheessa. WHO:n vuonna 2014 julkaistun arvion mukaan joka kolmas kuoleva potilas tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa ja lisäksi yhtä moni jo ennen viimeistä elinvuottaan. Euroopassa on arvioitu olevan vuosittain 562 palliatiivista hoitoa tarvitsevaa potilasta 100 000 asukasta kohden, mikä tarkoittaa Suomessa 29 000 potilasta. Kuolemaan johtavien kroonisten sairauksien osuus (60 %) on jopa suurempi kuin syövän (40 %) (1). Suomessa verenkiertoelinten sairaudet ovat suurin kuolinsyy (19 365 henkeä, 37 %) eritoten vanhoilla ihmisillä. Syövät ovat toiseksi yleisin kuolinsyy (12 481 henkeä, 24 %), ja myös dementian osuus on lisääntynyt (8 600 henkeä, 16 %) (2).

Kuolemme yhä vanhempina. Vuonna 2015 Suomessa kuoli 52 300 ihmistä, joista kaksi kolmesta oli yli 75-vuotiaita ja kolmannes yli 85-vuotiaita (2). Yli miljoona suomalaista asuu yksin, ja heistä yhä useampi on iäkäs: yli 74-vuotiaita yksinasuvia on 200 000 (3). Heikkenevä huoltosuhde (lasten ja eläkeläisten määrä sataa työikäistä kohden) ja pidentynyt elinikä lisäävät yhteiskunnan tarjoaman avun ja palliatiivisen hoidon tarvetta (4).

Varhaisempien yhdysvaltalaisten tutkimusten mukaan viimeisen elinvuoden hoito vie arviolta reilun neljänneksen terveydenhuollon kustannuksista, ja ne kasvavat viimeisinä elinkuukausina (5). Osuus ei ole juuri muuttunut vuosikymmenten saatossa (6). Myös eurooppalaisissa tutkimuksissa elämän loppuvaiheen kustannukset ovat olleet kalliita (7,8). Suomalaiset kuolevat pääasiallisesti sairaaloissa, ja sairaalahoito muodostaa suuren osan elämän

Duodecim 2019;135:535–41

TAULUKKO 1. STM:n suosituksen mukaiset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon keskeiset palvelujärjestelmän kehittämistarpeet (26).

Alueellisen tarjonnan yhdenvertaisuuden lisääminen suhteessa väestön tarvearvioon.
Palliatiivisen ja saattohoidon erityisosaamisen saatavuuden parantaminen niin, että perustason palvelujen tuottajilla on käytettävissä joustava ja viiveetön konsultaatiotuki.
Saattohoitokotiverkoston ja kotisairaalatoiminnan vahvistaminen.
Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatu- ja osaamiskriteerien määrittäminen.
Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon riittävän osaamisen varmistaminen niin, että kaikille potilaille on tarjolla asianmukainen hoito ja tuki elämän loppuvaiheessa.
Elämän loppuvaiheen potilaiden ja heidän läheistensä elämäntilanteen huomioivan psykososiaalisen tuen tarvelähtöisen ja yhdenvertaisen saatavuuden varmistaminen myös kotisaattohoidossa.
Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetuksen sisällyttäminen osaksi kaikkien terveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalihuollon ammattihenkilöiden perusopetusta, jatkokoulutusta ja erikoistumiskoulutusta.

loppuvaiheen terveydenhuollon kustannuksista (9,10). Hyksin syöpäpotilaiden aineistossa elämän loppuvaiheessa sairaalahoito selitti yli puolet terveydenhuollon kustannuksista ja viimeisten elinviikkojen aikana lähes kaikki kustannukset (11).

Palliatiivinen hoito näyttää vähentävän elämän loppuvaiheen hoidon kustannuksia (12,13). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa ajoissa tehty oireenmukaisen eli palliatiivisen hoidon linjaus vähentää sairaalahoidon tarvetta elämän loppuvaiheessa ja sairaalakuolemia (14). Toisissa tutkimuksissa sairaalahoidon aikainen palliatiivinen konsultaatio ja hoitolinjakeskustelu sekä kotiutumisvaiheessa järjestetty palliatiivinen jatkohoito vähensi uuden sairaalahoidon tarvetta (15–17).

Vaikka palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden järjestäminen ikääntyvälle väestölle edellyttää jonkin verran investointeja, Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) raportissa ”Hyvä saattohoito Suomessa” arvioidaan, ettei suositusten mukaisen saattohoidon järjestäminen juuri lisää kustannuksia pitkällä aikavälillä (18). Potilaat ovat jo nyt sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä. Kyseessä on ennemminkin palveluiden uudelleen järjestäminen tarvelähtöisesti.

Palliatiivisen hoidon nykytila

WHO:n selvityksen mukaan 136 maassa (58 %) on järjestetty jonkinlaista palliatiivista hoitoa, ja 20 maassa (8 %) palliatiivinen hoito on hyvin integroituna terveydenhuoltojärjestelmään (1). Suomi ei sijoittunut kärkimaiden joukkoon. Myös Europan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC) on kartoittanut palliatiivisen hoidon palveluita, minkä mukaan Suomi sijoittuu eurooppalaiseen keskitasoon (19).

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) selvityksessä saattohoidon tilasta Suomessa vuonna 2012 sairaanhoitopiireistä ja suurista kaupungeista 75 %:lla oli saattohoitosuunnitelma (20). Vaikka saattohoitosuunnitelmat olivatkin parantuneet, eivät ne perustuneet väestöpohjaiseen tarvearvioon. Erityistason saattohoitovuodepaikoilla hoidettiin vain 3 000 potilasta, ja 500 potilasta sai kotisaattohoitoa. EAPC:n arvion mukaan Suomessa tulisi olla noin 560 saattohoitovuodepaikkaa (1 vuodepaikka/10 000 asukasta), mikä mahdollistaisi noin 12 000 potilaan hoidon vuodessa. Erityistason saattohoitoyksiköt jakautuivat valtakunnallisesti epätasa-arvoisesti. Tilanne on tämän jälkeen parantunut, mutta edelleenkään palvelut eivät ole tasa-arvoisesti saatavilla, ja osaamisessa on puutteita.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämissuositukset

WHO pitää palliatiivista hoitoa ihmisoikeutena. Sen mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille potilaille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta. Palliatiivinen hoito tulee aloittaa kroonisissa sairauksissa riittävän varhain yhdessä perussairauden hoidon kanssa. Jotta tasa-arvoinen palliatiivinen hoito olisi kaikkien sitä tarvitsevien ulottuvilla, se tulee integroida olemassa olevaan terveydenhuoltojärjestelmään. Opetuksen ja koulutuksen tulee olla myös systemaattisesti järjestetty. Myös Euroopan neuvosto on antanut omat suosituksensa palliatiivisen hoidon järjestämisestä (21). Kaikilla ihmisillä tulee olla oikeus palliatiiviseen hoitoon tarvelähtöi-

TAULUKKO 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eri tasojen kuvaus kolmiportaisen mallin mukaan.

Taso		Yksikkö	Tehtävät
C	**Vaativa erityistaso**	Yliopistosairaanhoitopiirin palliatiivisen hoidon keskukset (yliopistosairaalat) Palliatiivinen poliklinikka Psykososiaalisen tuen yksikkö Sairaalakonsultaatiotiimi Palliatiivinen vuodeosasto tai vuodepaikat (interventiopaikat) Saatto-osasto/koti Kotisairaala Päiväsairaala Ympärivuorokautiset konsultaatiopalvelut	Vastaavat erityisvastuualueittain Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitoketjujen suunnittelusta ja koordinaatiosta Vaativan erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta Konsultaatio- ja etäpalveluista ympäri vuorokauden Lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintasuunnitelmasta Vastaavat oman sairaanhoitopiirin erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluista (vrt. B-taso) Vastaavat opetuksesta, koulutuksesta, tutkimuksesta ja hoidon kehittämisestä
B	**Erityistaso**	Sairaanhoitopiirin palliatiivinen keskus (keskussairaalat) Palliatiivinen poliklinikka Vuodeosasto Sairaalakonsultaatiotiimi Kotisairaala Alueelliset yksiköt Kotisairaalat tukiosastoineen Saattohoito-osastot/-kodit Palliatiiviset poliklinikat Sairaalakonsultaatiotiimit	Vastaavat **sairaanhoitopiirin** erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluista Tarjoavat konsultaatiotukea perustason yksiköille Sairaanhoitopiirien palliatiiviset keskukset vastaavat sairaanhoitopiirin hoitoketjuista
A	**Perustason saattohoitoyksiköt**	Perustason terveydenhuollon yksiköt, joihin on keskitetty saattohoitoa muun toiminnan oheen	Vastaa lähipalveluista ja komplisoitumattomien tapauksien suunnitelmallisesta saattohoidosta.
Perustaso		Kaikki terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt, jotka osallistuvat kuolevan potilaan hoitoon	Turvaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kaikissa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä komplisoitumattomissa ja ennakoimattomissa tapauksissa

sesti diagnoosista, asuinpaikasta tai varallisuudesta riippumatta.

EAPC on laatinut suositukset palliatiivisen hoidon palveluiden mitoituksesta (22–24). Sen mukaan saattohoitovuodepaikkoja tarvitaan 8–10/100 000 asukasta kohden, kotisaattohoitotiimejä 1/100 000 asukasta ja sairaaloiden palliatiivisia konsultaatiotiimejä 1/250 vuodepaikkaa. Henkilöstömitoituksen tulee olla riittävä: saattohoito-osastolla 1,2 hoitajaa ja 0,15 lääkäriä vuodepaikkaa kohden. Näitä arvioita voidaan pitää suuntaa antavina. Resurssitarpeeseen vaikuttavat alueelliset erot, kuten väestötiheys ja etäisyydet.

Norjassa on lähdetty rakentamaan portaittaisia palliatiivisen hoidon palveluja kaikille julkisen terveydenhuollon tasoille: erikoistuneet palliatiivisen lääketieteen yksiköt yliopistosairaaloissa (tertiary care), sairaaloiden palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimit, vuodeosastot ja poliklinikat (secondary care) ja perusterveydenhuollon, kotihoidon ja vanhuspalveluiden palliatiivisen hoidon yksiköt (primary care) (25). Norjan järjestämismallia on käytetty pohjana STM:n palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämissuosituksessa.

STM:n palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositus

Valtioneuvoston erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) 1.1.2018 voimaan tulleen asetuksen mukaan viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava vaativan palliatiivisen ja saattohoidon tehtävistä, suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Lisäksi lasten ja nuorten saatto-

hoidon ja palliatiivisen hoidon toteutussuunnitelman laatiminen kuuluu yliopistosairaaloille keskitettyihin tehtäviin.

Joulukuussa 2017 STM julkaisi asiantuntijatyöryhmän suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä Suomessa osana valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän työtä (26). Suosituksessa todetut palvelujärjestelmän tärkeimmät kehittämistarpeet on esitetty **TAULUKOSSA 1** (26).

Suosituksen tarkoitus on yhtenäistää käytäntöjä ja mahdollistaa palliatiivinen hoito ja saattohoito niitä tarvitseville potilaille riippumatta asuinpaikasta ja hoitavasta tahosta. Suosituksessa palliatiivinen hoito ja saattohoito integroidaan osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Tarkoituksena on rakentaa hoidon tarpeeseen perustuva kolmiportainen palveluverkko, joka koostuu perustasosta ja perustason saattohoitoyksiköistä (A), erityistasosta (B), ja vaativasta eritystasosta C (**TAULUKKO 2, KUVA**).

Perustaso ja A-taso

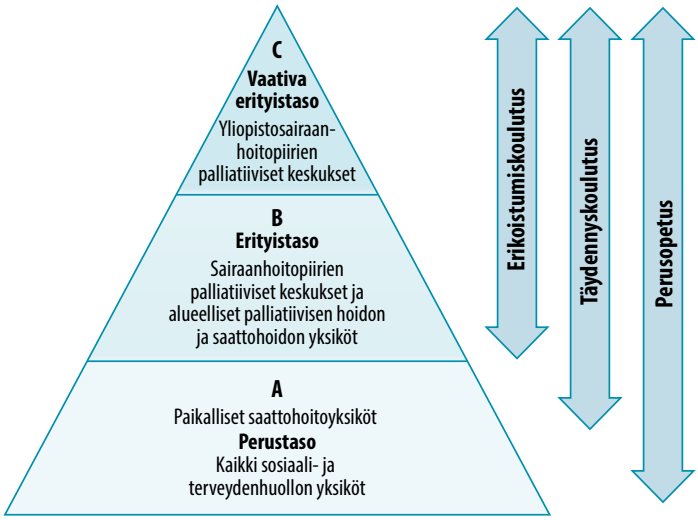
Perustason muodostavat kaikki terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Henkilökunta koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Tällaisia yksiköitä ovat esimerkiksi kotihoito, kotisairaanhoito, tehostettu palveluasuminen ja muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt sekä tavanomaiset sairaaloiden vuodeosastot. Näissä hoidetaan kuolevia potilaita, mutta saattohoito ei ole yksikön pääasiallista toimintaa kuten erityistasolla. Yleisimmät saattohoidossa käytettävät lääkkeet, kuten opioidit, tulee olla saatavilla sekä lääkäri ja sairaanhoitaja tavoitettavissa kaikissa yksiköissä, missä hoidetaan kuolevia potilaita. Konsultaatioväylien pitää olla toimivia. Läheisille annetaan mahdollisuus osallistua saattohoitoon.

Valtaosa kuolevista potilaista hoidetaan perustasolla, mihin perusopetuksen on jatkossa annettava valmiudet. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten pitää pystyä tunnistamaan palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tarve. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman teko kuuluu perusosaamiseen (27). Kaikki hallitsevat perustason hoidon kuten yleisimpien fyysisten ja psyykkisten oireiden hoidon sekä psykososiaalisten ja vakaumuksen mukaisten henkisten tarpeiden arvioinnin. Myös vuorovaikutustaitojen pitää olla hyvät.

Perustasolle muodostetaan saattohoitoyksiköitä (A-taso), joihin keskitetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista yhtenä perustehtävänä muun toiminnan oheen. Näin turvataan osaava hoito lähellä kotia. Nykyisellään tällaisia yksiköitä on jo esimerkiksi terveyskeskussairaaloissa, joihin on muun muassa perustettu saattohoitopaikkoja ja erityisesti panostettu saattohoidon kehittämiseen. Osa niistä toimii kotisairaaloiden tukiosastoina. Tavoitteena on perustaa vastaavia saattohoitoyksiköitä myös ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden yhteyteen. A-tason yksikössä tulee olla saattohoitoon soveltuvat puitteet ja henkilöstö, jolla on lisäkoulutusta saattohoidosta. Heidän pitää hallita muun muassa tavanomaisten oireiden hoito sekä psykososiaalisen tukemisen perusteet.

Erityistaso (B-taso)

Suosituksen merkittävin uudistus on sairaanhoitopiireihin muodostettavat kattavat erityistason palveluverkot. Sairaanhoitopiirien (keskussairaaloiden) palliatiiviset yksiköt tarjoavat erikoissairaanhoidon palliatiivista hoitoa ja koordinoivat sairaanhoitopiirin palveluketjua. Näihin kuuluvat palliatiivinen poliklinikka, konsultaatiotiimi sekä vuodeosasto ja kotisairaala. Alueellisista erityistason yksiköistä keskeiseen rooliin on nostettu palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavat kotisairaalat tukiosastoineen. Kokemuksen ja osaamisen karttumiseksi kotisairaalaan väestöpohjan tulisi olla vähintään 50 000 asukasta, mutta etäisyydet huomioiden harvaan asutulla alueella väestöpohja voi olla pienempi. Jotta kotisaattohoitoa voidaan suunnitella, kotisairaalan potilaalla tulee olla saumaton pääsy tukiosastolle tilanteen niin vaatiessa tai potilaan niin halutessa. Tavoitteena on, että jokainen sairaanhoitopiirin asukas kuuluu jonkun palliatiivista tai saattohoitoa tarjoavan kotisairaalan piiriin. Näin saadaan monipuoliset erityistason palvelut lähelle potilasta (koti ja hoiva-asuminen) sekä suurissa



KUVA. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli.

kaupungeissa että harvaan asutuilla alueilla. Lisäksi alueelliseen erityistasoon kuuluvat lähinnä suurempiin väestökeskittymiin (yli 50 000 asukasta) sijoittuvat palliatiiviset poliklinikat, ja saatto-osastot tai saattokodit, jotka tarvittaessa palvelevat koko sairaanhoitopiiriä osana sairaanhoitopiirin palliatiivista keskusta.

Erityistason yksiköissä palliatiivinen ja saattohoito ovat pääasiallista toimintaa. Yksikössä on moniammatillinen erityiskoulutettu henkilökunta (lääkärit, sairaanhoitajat ja erityistyöntekijät, mukaan lukien psykososiaalisen tuen ammattilaiset), ja lääkärillä on erikoistumiskoulutus (nykyisin palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys). Yksikkö on tavoitettavissa ympäri vuorokauden, mikä antaa valmiuden hoitaa vaativampaa hoitoa tarvitsevia potilaita, kuten potilaita, joilla on nopeasti etenevä sairaus tai vaikeita fyysisiä tai psyykkisiä oireita tai eksistentiaalista kärsimystä. Vaikeat sosiaaliset tapaukset edellyttävät myös erityistason osaamista, kuten perheet, joihin kuuluu alaikäisiä lapsia tai nuoria.

Vaativan erityistason yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskukset (C-taso)

STM:n suosituksen mukaan yliopistosairaanhoitopiirin (yliopistosairaalat) palliatiivinen keskus koordinoi palliatiivisen ja saattohoidon suunnittelua ja yhteen sovittamista erityisvastuualueella yhteistyössä alueen muiden toimijoiden kanssa mukaan lukien psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen palvelut. Keskukset huolehtivat koko erityisvastuualueen vaativan erityistason palliatiivisesta ja saattohoidosta sekä oman sairaanhoitopiirin erityistason palliatiivisesta hoidosta. Laadun seuraamiseksi keskukset tuottavat erityisvastuualueittain valtakunnalliset vuosiraportit palveluista ja hoitoon pääsystä. Yliopistosairaaloiden keskukset vastaavat myös lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon toimintasuunnitelmista ja toteuttavat sitä yhteistyössä alueellisten toimijoiden kanssa. Samoin keskukset vastaavat yhteistyössä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja muiden oppilaitosten kanssa terveydenhuollon ammattihenkilöiden palliatiivisen hoidon opetuksen määrällisestä ja laadullisesta riittävyydestä. Keskusten koko moniammatillinen henkilökunta on erityiskoulutettua, ja vakituisilla lääkäreillä on erikoistumiskoulutus (nykyisin palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys). Potilashoidon osalta keskussairaaloiden B- ja yliopistosairaaloiden C-tason ero ei välttämättä ole kovin suuri lukuun ottamatta erityisryhmiä, vaan kyse on enemmän erityisvastuualueen koordinaatiosta, johtamisesta ja kehittämisestä sekä vastuusta opetuksesta ja tutkimuksesta.

Ydinasiat

- WHO:n mukaan palliatiivinen hoito on ihmisoikeus.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito tulee integroida sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi.
- Hoito tulee järjestää tarvelähtöisesti portaittain.
- Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusopetuksen ja jatkokoulutuksen tulee olla systemaattista kaikille terveydenhuollon ammattilaisille.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämismallin toteutus

STM on perustanut työryhmän, jonka tehtävänä on määrittää laatukriteerit ja kartoittaa erityisvastuualueittain nykyiset palliatiivisen ja saattohoidon palvelut ja eritasoisten palveluiden tarve suhteutettuna väestöpohjaan kolmiportaisen mallin mukaisesti (A, B, C) vuoden 2020 loppuun mennessä. Selvityksen pohjalta luodaan uudistettu kolmiportainen palveluvalikoima ja palveluketjut sekä luodaan yhteistyössä THL:n kanssa laadunseurantajärjestelmä. Yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskukset seuraavat vuosittain erityisvastuualueen palveluiden saatavuutta ja laatua, sekä laativat valtakunnallisen vuosiraportin. Lisäksi tehdään yhteistyötä opetus- ja kulttuuriministeriön hankkeen kanssa, jossa selvitetään yhdessä yliopistojen ja ammattioppilaitosten kanssa terveydenhuollon ammattilaisten palliatiivisen hoidon perusopetuksen ja jatkokoulutuksen nykytila ja laaditaan suositukset palliatiivisen hoidon opetusohjelmasta perusopetuksen sekä jatko- ja erikoistumiskoulutuksen osalta (28).

Yhä useammassa sairaanhoitopiirissä tai kunnassa on palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitoketjut ja erityistason yksiköitä, mutta valtaosin hoitoketjut eivät vielä perustu väestöpohjaan tarvelähtöisesti (29). Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoavia kotisairaaloita on perustettu usealle paikkakunnalle joko kunnan omana tai kuntien yhteistoimintana. Suuressa osassa kuntia kotisairaalan käytössä on tukiosasto tai tukivuodepaikkoja saattohoitoa varten. Muun muassa Husissa lähes kaikissa kunnissa on tällaista toimintaa. Erikoistuneita saattohoito-osastoja on vielä vähän lähinnä isoissa kaupungeissa, ja neljä kolmannen sektorin saattokotia tarjoaa erityistason saattohoitoa. Palliatiivinen poliklinikka tai konsultaatiotiimi on vasta osassa keskussairaaloita tai muita suuria sairaaloita. Palliatiivisia poliklinikoita on lisäksi muutamassa suuressa kunnassa. Kaikissa yliopistosairaaloissa on palliatiiviset poliklinikat, osassa myös konsultaatiotiimit ja Hyksin palliatiivisessa keskuksessa on psykososiaalisen tuen yksikkö. Toistaiseksi yksikään yliopistosairaala ei tarjoa vaativan erityistason palveluita koko erityisvastuualueelle eikä ympärivuorokautista erityistason konsultaatiotukea ole vielä järjestetty yhdelläkään erityisvastuualueella.

Tästä on kuitenkin hyvä jatkaa eteenpäin STM:n uusien suositusten mukaisesti ja huomioida tulevat laatukriteerit. Vaikka palvelurakenne olisi sama kaikissa sairaanhoitopiireissä, suunnittelee jokainen sairaanhoitopiiri palveluverkkonsa väestörakenteen ja -tiheyden mukaan, jotta laadukas hoito on saatavilla kohtuuetäisyyksillä. Hyvä konsultaatiotuki ja etäpalvelut tukevat erityistason palveluiden saavutettavuutta myös harvaan asutuilla alueilla. Kehitystyö vie aikaa, mutta tavoitteena on saada palveluketjut rakennettua lähivuosina.

Lopuksi

Kattava väestörakenteeseen ja -tiheyteen suhteutettu erityistason palveluverkko yhdessä hyvän perusosaamisen ja konsultaatiotuen kanssa turvaa hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kaikille asuinpaikasta ja diagnoosista riippumatta. Yksikään yliopistollisen sairaalan keskus tai sairaanhoitopiirin palveluketju ei vielä täytä STM:n uusia suosituksia, mutta aiemmat hoitoketjut luovat hyvän pohjan toiminnan kehittämiselle eteenpäin. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Connor SR, Bermedo MCS. Global atlas of palliative care at the end of life. WPCA worldwide palliative alliance. Pain 2015; 156(Suppl 1):S115–8.
2. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. 1. Kuolemansyyt 2015. Helsinki: Tilastokeskus 2016 [päivitetty 30.12.2016]. www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_kat_001_fi.html.
3. Suomen virallinen tilasto (SVT): Asunnot ja asuinolot [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus 2018. www.stat.fi/til/asas/2017/index.html.
4. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus 2009 [päivitetty 30.9.2009]. www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html.
5. Lubitz JD. Trends in medicare payments in the last year of life. N Engl J Med 1993; 328:1092–96.
6. Hogan C, Lunney J, Gabel J, ym. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. Health Aff (Millwood) 2001;20:188–95.
7. Round J, Jones L, Morris S. Estimating the cost of caring for people with cancer at the end of life: a modelling study. Palliat Med 2015;29:899–907.
8. Georghiou T, Davies S, Davies A, ym. Understanding patterns of health and social care at the end of life. Lontoo: The Nuffield Trust 2012.
9. Morden NE, Chang CH, Jacobson JO, ym. End-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer is highly intensive overall and varies widely. Health Aff (Millwood) 2012;31:786–96.
10. Jylhä M. Pitkän elämän päättyminen: kuolinpaikat, hoitopolut ja elämän laatu. Duodecim konsensuskokous 2014: vanhuuskuolema. www.duodecim.fi.
11. Haltia O, Färkkilä N, Roine RP, ym. The indirect costs of palliative care in end-stage cancer: a real-life longitudinal register- and questionnaire-based study. Palliat Med 2018;32:493–9.
12. Smith S, Brick A, O'Hara S, ym. Evidence on the cost and costeffectiveness of palliative care: a literature review. Palliat Med 2014;28:130–50.
13. May P, Garrido MM, Cassel JB, ym. Cost analysis of a prospective multi-site cohort study of palliative care consultation teams for adults with advanced cancer: Where do cost-savings come from? Palliat Med 2017;31:378–86.
14. Kumar P, Temel JS. End-of-life care discussions in patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2013;31:3315–9.
15. Enguidanos S, Vesper E, Lorenz K. 30-day readmissions among seriously ill older patients. J Palliat Med 2012;15:1356–61.
16. DiMartino LD, Weiner BJ, Hanson LC, ym. Inpatient palliative care consultation and 30-day readmissions in oncology. J Palliat Med 2018;21:62–8.
17. O'Connor NR, Moyer ME, Behta M, ym. The impact of inpatient palliative care consultations on 30-day hospital readmissions. J Palliat Med 2015;18:956–61.
18. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.
19. Centeno C, Lynch T, Donea O, ym. EAPC atlas of palliative care in Europe 2013. EAPC 2013.
20. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus (Versio 1.0). ETENE-julkaisuja 36. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.
21. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Council of Europe 2003.
22. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Eur J Palliat Care 2009;16:278–89.
23. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Eur J Palliat Care 2010;17:22–33.
24. Vuorinen E, Hänninen J. Saattohoito eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. Suom Lääkäril 2010;65:1606–7.
25. Kaasa S, Jordhøy MS, Haugen DF. Palliative care in Norway: a national public health model. J Pain Symptom Manage 2007;33:599–604.
26. Saarto T, asiantuntijatyöryhmä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44.
27. Lehto J, Marjamäki E, Saarto T. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 2019;135:335–42.
28. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen [verkkosivu]. EduPal 2019. www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/.
29. Lääkärien tietokannat. Hoitoketjut. www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti.

TIINA SAARTO, palliatiivisen lääketieteen professori, syöpäsairauksien dosentti, ylilääkäri
Palliatiivinen keskus, Hyks Syöpäkeskus ja Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

JUHO LEHTO, LT, keuhkosairauksien erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys, vs. ylilääkäri
Syöpätautien vastuualue, palliatiivinen yksikkö, Tays ja
Kliininen opettaja
Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto

SIDONNAISUUDET
Tiina Saarto: Ei sidonnaisuuksia
Juho Lehto: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Kyowa Kiri, Orion, Roche, Lilly, Mundipharma, Amgen, Boehringer-Ingelheim), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Bristol-Myers Squibb, Kyowa Kiri)

VASTUUTOIMITTAJA
Maija Tarkkanen

SUMMARY
Organization of palliative care in Finland
New recommendations for palliative care services will be developed stepwise on all levels of the public health care system according to the Ministry of Social Affairs and Health of Finland: specialized palliative care centers in five university hospitals, network of specialized palliative care units in all hospital districts including hospital inpatient and outpatient units, hospital consult teams and home care teams, and basic level with reserved beds for end-of-life care especially in primary care hospitals and nursing homes. University hospital centers are responsible for coordinating the care and for the development of education and research of palliative care in Finland.