

Leena Surakka, Juho Murtomäki ja Antti Ohvanainen

Kuinka turvataan laadukas elämän loppuvaiheen hoito kotona – palliatiivisen kotisairaalan toiminta kaupungissa ja haja-asutusalueella

Kotisairaala on todettu monessa tilanteessa varteenotettavaksi osastohoidon vaihtoehdoksi. Erityisesti on tunnistettu sen rooli parantumattomasti sairaan ihmisen elämän loppuvaiheen laadukkaan hoidon järjestämisessä, koska tiedetään, että monen potilaan toiveena on saada olla mahdollisimman pitkään kotonaan. Kotisairaalamverkosto on laajentunut voimakkaasti viime vuosien aikana, ja sen palveluiden piiriin pääsee tarvittaessa suurin osa suomalaisista. Kotisairaaloimintaa voidaan järjestää hyvinvointialueilla eri tavoin alueen väestörakenne ja maantieteelliset olosuhteet huomioiden. Tärkeää on kuitenkin tarjota potilaille laadukas ja turvallinen hoito riittävän, ammattitaitoisen ja moniammatillisen henkilökunnan toteuttamana.

Jotta kotiin vietävien palveluiden rakennetta ja toimintaa on mahdollista ymmärtää, on tarpeellista tietää, minkä roolin lainsäädäntö antaa eri toimijoille. Kotihoidolla tuetaan ympärivuorokautisesti erityisesti iäkkäiden henkilöiden kotona selviytymistä. Kyseessä on sosiaalihuoltolaissa määritelty toiminta, jonka tarkoitus on tarjota hoitoa ja huolenpitoa sekä tukea toimintakykyä ja vuorovaikutusta (1).

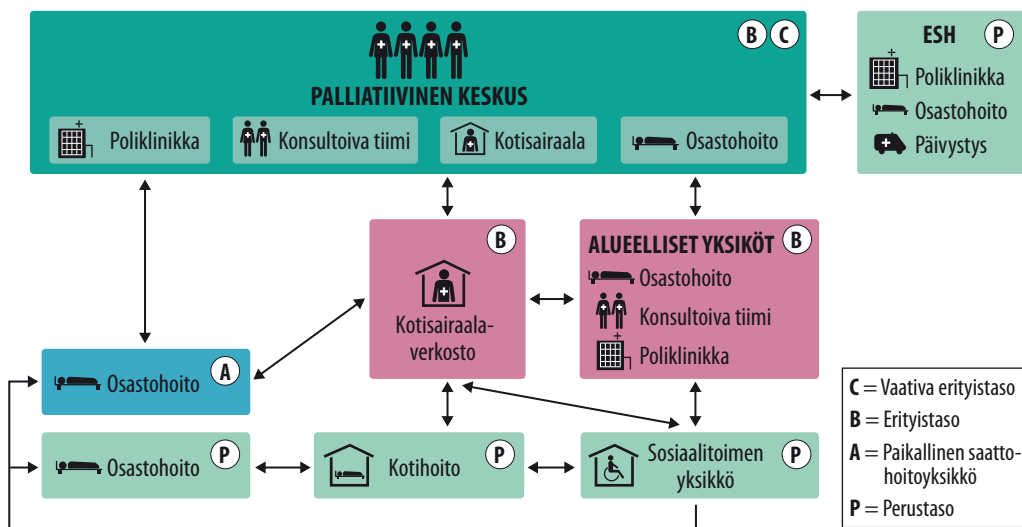
Kotisairaanhoido on osa kotihoitoa, mutta siitä säädetään terveydenhuoltolaissa (2). Kotisairaanhoido toteuttaa lääkärin potilaalle määräämiä toimenpiteitä kuten näytteenottoa, mittauksia, voimnin seuraamista ja lääkehoitoa.

Kotisairaalahoido on sairaalatasoisen hoidon viemistä kotiin, ja sillä korvataan tavallisesti tarve ottaa potilas hoitoon sairaalan osastolle. Kotisairaalahoidosta säädetään terveydenhuoltolaissa (2). Hoito on määräaikaista ja voi pitää sisällään esimerkiksi suonensisäistä mikrobiolääkehoitoa ja kotisaattohoitoa. Yksityiskotien lisäksi kotisairaalahoido tarjotaan usein myös sosiaalihuoltolain alaisiin asumispalveluyksiköihin.

Kotisairaaloiminta Suomessa

Valtioneuvoston kanslian vuonna 2024 julkaistussa Kotisairaaloiminnan nykytila, vaikuttavuus ja mittaaminen -raportissa todetaan, että kotisairaaloimintaa järjestetään kaikilla hyvinvointialueilla ja noin 73 %:ssa kunnista, mikä kattaa arviolta 92 % väestöstä (3). Kotisairaaloiminnan järjestää pääasiallisesti julkinen terveydenhuolto. Kotisairaala sijaitsee hyvinvointialueen organisaatiossa useimmiten sairaalan osana ja 55 % tapauksista osana palliatiivista keskusta.

Raportissa ei kerrota, onko edellä mainittu 92 %:n väestökattavuus laskettu sillä olettamalla, että jos kunnassa on kotisairaalapalveluita, kaikki kuntalaiset ovat palvelun piirissä. Tosiassiallisesti pitkät alueelliset välimatkat nostavat paikasta toiseen siirtymiseen käytettävän työajan osuutta välittömän potilastyön kustannuksella, ja näin ollen on todennäköistä, että kotisairaalan toimintasädetä joudutaan useimmiten haja-asutusalueella rajoittamaan. Jos näin ei toimittaisi, voisi yksittäisenkin kaukana



KUVA 1. Valtakunnallisten suositusten (STM 2019) näkemys Kotisairaalan roolista palliatiivisessa palveluketjussa.

kotisairaalan toimipisteestä asuvan potilaan hoito johtaa siihen, että kotisairaalaissa kerralla hoidettavien potilaiden lukumäärää tulisi äkillisesti voimakkaasti rajoittaa. Raportin mukaan kotisairaalapalvelua tarjotaankin julkisessa terveydenhuollossa keskimäärin 61 kilometrin (20–110 km) ja 59 minuutin (30–120 min) toimintasäteellä.

Kotisairaaloista yli puolella on myös polikliinista toimintaa, mikä osaltaan auttaa ylläpitämään kotisairaalan kapasiteettia, koska työntekijöiden matka-aika jää polikliinisten potilaiden hoidon kohdalla pois. Sairaanhoidajan kotikäyntimahdollisuus ympärivuorokautisesti oli 64 % kotisairaaloista, mutta ympärivuorokautista lääkärin kotikäyntimahdollisuutta ei ollut yhdessäkään. Kotihoito, kotisairaanhoito sekä ikääntyneiden ja vammaispalveluiden asumispalveluyksiköt ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita kaikille kotisairaaloille. (3)

Palliatiivinen kotisairaala vie erityistason palliatiivista hoitoa potilaan kotiin

Kansallisten suositusten mukaan jokaisella henkilöllä on oikeus sairautensa vaikeuden edellyttämään palliatiiviseen ja saattohoitoon kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä (4). Palveluiden tasa-arvoinen saatavuus

edellyttää kattavaa palveluketjua, jossa potilaan hoito ohjautuu sen vaativuuden mukaan. Kotisairaalat tukevat alueensa perustason yksiköitä, kuten sosiaalitoimen vanhus- ja vammaispalveluyksiköitä ja toimivat siltana perus- ja erityistason yksiköiden välillä. Palveluiden järjestämisessä on huomioitava muun muassa alueen väestörakenne, asutustiheys ja välimatkat.

Palliatiiviset kotisairaalat ovat palliatiivisen palveluketjun keskiössä (**KUVA 1**). Niiden toiminta on keskittynyt palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Riittävän, 30 000–50 000 asukkaan väestöpohjan on arvioitu turvaavan kotisairaallalle kokemuksen ja osaamisen karttumista.

Palliatiiviset kotisairaalat vastaavat alueensa kotisaattohoidosta. Kotisaattohoitoon liittyy kiinteästi ennalta sovittu tukiosasto, johon potilas voi jouhevasti siirtyä kotoaan niin sanotulle lupapaikalle ilman erillistä päivystyskäyntiä, mikäli hoito kotona ei ole sillä hetkellä mahdollista. Lupapaikkakäytännön etuja on kuvattu **TAULUKOSSA 1**. Riittävän tiheä kotisairaaloiden tukiosastoverkosto turvaa osaavan hoidon lähellä potilaan kotia ja läheisiä. Tukiosasto voi olla potilaan hoidon tarpeet huomioiden erityistason palliatiivinen osasto tai alueellinen saattohoidon tukiosasto esimerkiksi terveyskeskussairaalaissa. Osastolla kuuluu olla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeet huo-

mioiva kirjallinen toimintamalli, johon kuuluu muun muassa oireiden systemaattinen arviointi ja oirehoito-ohjeistus niin, että hoito kyetään käynnistämään myös vaikeissa tilanteissa. Henkilökunnalla on perustasoa parempi osaaminen saattohoidosta ja valmiudet tarjota psykososiaalista tukea potilaalle ja hänen läheisilleen sekä tieto konsultoitavasta erityistason yksiköstä. Alueellisella tukiosastolla tulee olla tieto konsultoitavasta erityistason yksiköstä, joka on usein kotisairaala ja joka voi tarvittaessa esimerkiksi avustaa potilaan oirehoidossa. Tukiosastoilla tulee olla valmius ottaa potilas kellonajasta riippumatta.

Palliativisen kotisairaalan henkilökunnan pitää olla erikoiskoulutettua. Henkilöstömitoitukseksi suositellaan vähintään kahta lääkäriä ja 13–16 sairaanhoitajaa 100 000 asukasta kohden. Erityistason yksiköiden henkilökuntarakenteen tulee olla moniammatillinen. Henkilökuntaan kuuluu palliativisten erityispatvyysslääkäreiden lisäksi palliativisia asiantuntijasairaanhoidajia, joilla on osaaminen ja edellytykset toteuttaa erityistason oirehoidon menetelmiä, kuten lääkeannostelijahoidot, potilaiden kotona. Kotisairaalan moniammatilliseen työryhmään on kuuluttava myös erityis-työntekijöitä, kuten sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti. Kivunhoidon ammattilaisten tulee myös olla konsultoitavissa. Lisäksi palliativisissa kotisairaaloissa pitää olla saatavilla myös ammattimaista psykososiaalista, henkistä, eksistentiaalista ja potilaan vakauksen mukaista hengellistä tukea.

Kotisairaala palliativisen potilaan hoitopolulla

Kotisairaalan hoitoon tullaan lähetteellä (KUVA 2). Palliativisen potilaan ensisijainen hoitovastuu siirtyy yleensä palliativiseen keskuksen siinä vaiheessa, kun potilaan sairautteen ei enää suunnitella annettavaksi parantavaa tai taudin kulkua hidastavaa hoitoa. Mikäli potilaalla on omalääkäri hoivakodissa tai koti-hoidossa, voi kotisairaala tarjota pelkästään palliativisen hoidon konsultaatiotukea, ja hoitovastuu säilyy omalääkärillä.

Lähetetiedot huomioiden potilaaseen tai hä-

TAULUKKO 1. Tukiosaston eli ns. lupapaikkakäytännön etuja.

Luo turvallisuuden tunnetta – tieto ennalta sovitusta osastopaikasta antaa potilaalle rohkeutta olla kotona.

Vähentää sairaalapäivystykseen hakeutumista, silloin kun se ei palvele potilaan hyvää hoitoa ja esimerkiksi kun kotisaattohoito ei enää onnistu puuttuvan hoivan vuoksi.

Palliativiseen hoitoon perehtyneen henkilökunnan osasto-siirtoharkinta takaa potilaan ohjautumisen parhaiten sopivaan hoitopaikkaan. Potilas voi jäädä myös kotiin hoivan vahvistumisen myötä.

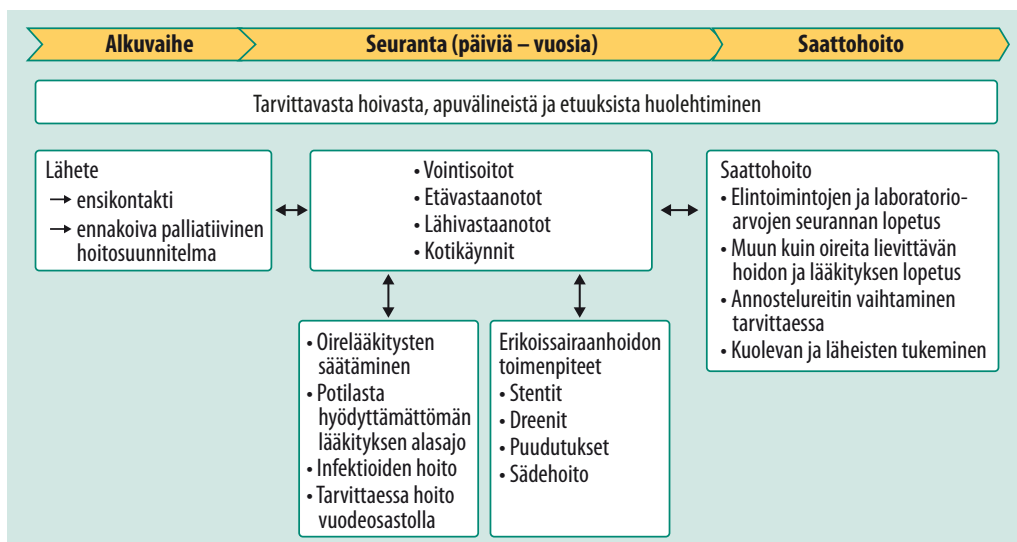
Ehkäisee hakeutumista varmuuden vuoksi päivystykseen tai vuodeosastolle esimerkiksi viikonloppua edeltävästi.

nen läheiseensä otetaan yhteyttä puhelimitse, ja sovitaan ensikontaktista joko poliklinisesti tai kotikäyntinä potilaan voimavarat huomioiden. Kotikäynti vie henkilökunnan aikaa, mutta potilaan kotiympäristön näkeminen antaa runsaasti muutoin vaikeasti selviävää tietoa kotona pärjäämisen vaikeuksista ja realistisuudesta. Sairaanhoidajan ja lääkärin ensikontaktien yhteydessä keskitytään usein eri asioihin ja tehokkaan ajankäytön sekä potilaan jaksamisen vuoksi voi joskus olla mielekästä erottaa tapaamiset toisistaan.

Kotikäynnin yhteydessä käydyn hoitoneuvottelun perusteella laaditaan ennakoiva palliativinen hoitosuunnitelma (Lehto tässä numerossa), jossa suunnitellaan potilaan seuranta ja hoito elämän loppuun asti. Kotisairaalan hoidettavaksi kuuluvat myös pitkäaikaissairaudet ja infektiot.

Potilaan seuranta suunnitellaan sairauden vaativuuden ja potilaan oman toiveen perusteella. Mikäli potilas voi yleisesti hyvin, ja voidaan olettaa, että hän osaa tarvittaessa ottaa yhteyden kotisairaalaan, voi alkuvaiheessa jopa muutaman kuukauden välein toteutuva puhelinkontakti olla riittävä seurantamuoto. Kotisairaalan potilaat tai heidän läheisensä voivat ottaa oma-aloitteisesti yhteyden kotisairaalaan sairaanhoidollisissa ongelmissaan, mistä juontuu ilmaisu ”soittolista”.

Heikommin voivilla ja muistisairailla tiiviimpi seuranta ja säännölliset kasvokkaiset kontaktit varmistavat, että kotisairaala pysyy potilaan tilanteesta ajan tasalla. Nämä potilaat ovat usein myös kotihoidon asiakkaita, joten voinnin seuranta voi toteuttaa myös kotihoi-



KUVA 2. Kotisairaala palliatiivisella hoitopolulla.

to. Kotisairaala antaa omien potilaidensa osalta konsultaatiotukea kotihoidolle.

Oireiden vaikeutuessa kotisairaalan lääkäri pohtii ennusteen kannalta perustelluimman hoitomuodon. Pitkälle edennyt sairaus potilasta tulee kuulla sen suhteen, että mitä hän itse toivoo tulevaisuudeltaan ja kuinka rasittavaa hoitoa hän on valmis käymään läpi. Palliatiivinen hoitolinja ei tarkoita hoidosta luopumista, vaan edelleen on mahdollista helpottaa potilaan vointia ja jopa parantaa ennustetta. Lääketieteellisten toimenpiteiden tarkoituksenmukaisuus pohditaan toisaalta potilaan yleistilan ja sairauden etenemisen, toisaalta hoidon potilaalle aiheuttaman vaivan ja hyödyn perusteella. On kuitenkin muistettava, että monen oireenmukaiseen hoitoon linjatun potilaan vointi paranee raskaiden hoitojen lopettamisen jälkeen. Mikäli tällaisella potilaalla ilmenee täysin uusi ja yllättävä oire, esimerkiksi sydänperäiseksi sopiva rintakipu, voivat jopa sairaalan päivystyksessä tehtävä diagnostiikka ja toimenpiteet olla täysin perusteltuja jo oirehoidollisista syistä.

Kuolema tulee lähelle ihmistä vain harvoin, joten potilas ja läheiset tarvitsevat tukea lähestyvän kuoleman kohtaamiseksi. Kuoleman lähestyessä kotisairaala lisää potilaan ja läheisten tarpeen perusteella läsnäoloaan niin puhelinkontaktein kuin käynnein. Kontakteissa on muistettava ammattilaisten lopulta olevan

kodissa vain vieraita, joten kuolevalle annetaan myös rauhaa nauttia läheistensä seurasta huomioiden kunkin yksilölliset tarpeet.

Kotisairaalan käyttämät erityistason menetelmät

Yleisimpiä erityistason menetelmiä kotisairaalaossa ovat oirelääkityksen muuntaminen infuusiomuotoiseksi ja lääkeannostelijalla annettavaksi elämän loppuvaiheessa, silloin kun lääkityksen ottaminen suun kautta vaikeutuu. PCA-annostelijasta (patient controlled analgesia) potilas voi itse ottaa lisäannoksia oirekonaisuuden vaikeutuessa äkillisesti. Yleensä lääkäri antaa sairaanhoitajille ennakoivat ohjeet perusinfuusion nopeuden nostamisesta, mikäli lisäannosten tarvetta esiintyy tiheästi. Palliatiivisessa hoidossa oirelääkkeiden infuusio toteutetaan yleisimmin ihonalaisesti, jolloin vältetään muun muassa laskimoinfuusion auki pysymiseen liittyviltä ongelmilta (5). Potilaan täytyy kuitenkin kantaa lääkeannostelijaa mukanaan jatkuvasti, joten oiretilanteen helpottaessa pyritään etenkin liikkuvilla potilailla muuntamaan lääkitys muulla tavalla toteutettavaksi.

Pleura- tai askitesnesteen dreneerauksia tarvitaan myös palliatiivisessa hoidossa kohtalaisen usein, ja kannettavien kaikukuvauslaitteiden avulla niitä voidaan tehdä myös potilaan kotona. Helposti tyhjennettävä, tunneloitu

dreenei soveltuu myös hyvin kotihoitoon mutta rajoittaa jonkun verran potilaan päivittäistä arkea. Oireita aiheuttamattomia nestekertymiä ei tule dreneerata. Steriliteetin tarpeen vuoksi selkäydinkanavaan tai ääreishermostoihin kestopuudutukset on asetettava sairaalassa, vaikka hoitoa voidaan jatkaa kotona.

Hoitoturva akuuttitilanteissa

Onnistuneen kotisaattohoidon edellytyksenä on potilaan ja häntä hoitavien läheisten mahdollisuus saada tukea terveydenhuollon ammattilaisilta kaikkina vuorokauden aikoina. Kuitenkin etenkin haja-asutusalueilla kotisairaalan, kuten myös kotihoidon, mahdollisuudet järjestää kotikäyntejä päivystysaikana pitkien matkojen päähän ovat rajallisia. Saattohoitopotilaan tilanne voi hyvästä hoitosuunnitelmasta huolimatta akutisoitua yleistilan heiketessä tai oireiden pahetessa, mikä voi johtaa ensihoitoon turvautumiseen etenkin haja-asutusalueella (**TAULUKKO 2**) (6). Ensihoitopalvelu vastaa äkillisesti sairastuneen, myös saattohoidossa olevan, tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arvioinnista sekä kiireellisen hoidon antamisesta. Se vastaa myös jatkohoitoon liittyvistä potilaskuljetuksista silloin, kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa tai jatkuvaa hoitoa tai seurantaa.

Saattohoitopotilaat eivät siis ole ensihoidolle uusi potilasryhmä, mutta usein ensihoito kohtaa potilaan ilman tietoa potilaan hoitolinjasta tai ohjeistusta saattohoitopotilaiden kanssa toimimisesta, irrallaan muusta palveluketjusta. Yhtenäisten tietojärjestelmien puuttuminen voi vaikeuttaa ensihoitajien toimintaa saattohoitopotilaan luona, vaikkakin vuodesta 2020 alkaen Suomessa käyttöön otettu sähköinen ensihoitokertomus osana viranomaisen kenttäjärjestelmää (KEJO) on tuonut mahdollisuuden niin ensihoitajien kirjausten näkymiseen Kanta-palvelussa kuin ensihoitajille näkymän Potilastiedon arkistoon (7). Tiedon kulun varmistamiseksi ja potilaan toiveiden mukaisen hoidon toteutumiseksi tulee ensihoitajilla olla mahdollisuus käyttää akuuttien tilanteiden varalle laadittua ennakkoivaa hoitosuunnitelmaa.

Ilman integraatiota palveluketjuun ja toimi-

TAULUKKO 2. Tavallisia syitä saattohoitopotilaan päivystyskonsultaatioihin.

Infektioon viittaavat oireet

Yleistilan heikkeneminen

Vaikeat oireet, kuten hengenahdistus, kipu ja pahoinvointi

Sekavuus, tajunnan tason lasku, kouristelu

Verenvuodot

Sosiaaliset syyt, kuten hoitavan läheisen uupuminen tai sairastuminen. Vaikeus hyväksyä potilaan voinnin heikentymistä kotona.

vaa konsultaatiomahdollisuutta ensihoito ei välttämättä voi kuljettaa kotisaattohoitopotilasta suoraan tukiosastolle, vaan ohjauksen pitää tulla päivystyksen lääkäriltä. Tämä lisää riskiä potilaan epätarkoituksenmukaiseen ohjautumiseen päivystykseen, mikäli vaihtuvilla päivystäjillä ei ole tietoa alueellisista palliatiivisen hoidon käytänteistä.

Kotisaattohoitoa voidaan jatkaa niin kauan, kuin potilas ja hänen läheisensä kokevat tilanteen turvallisesti. Kuolemaan johtavaa sairautta poteva voi toisinaan tarvita hoitoa tilapäisesti myös eri erikoisalojen vuodeosastoilla. Kotiutusta harkitsevan osaston kannattaa keskustella potilaan tilanteen tuntevan kotisairaalan kanssa potilaan ja tämän läheisten voimavaroista kotona selviytymisen tukemiseen. Näin toimimalla voidaan kokemuksemme mukaan usein lyhentää osastohoidon kestoa.

Kotisairaala-toiminnan alueellisia järjestämismalleja

Kotisairaalapalvelua tuotetaan Suomessa eri tavoin kaupunkimaisilla ja harvaanasutuilla alueilla, kuten **TAULUKOSTA 3** ilmenee. Monin paikoin on kuitenkin todettu, että kotisairaalan asemoituminen hyvinvointialueen organisaatorakenteessa palliatiivisen keskuksen osaksi turvaa osaavan ja moniammatillisen henkilökunnan saatavuutta ja palveluketjun toimivuutta.

Espoon kotisairaala toimii Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen palliatiivisen keskuksen osana. Hyvinvointialueella toimii yhteensä neljä kotisairaala, Espoon lisäksi Kirkkonummella, Lohjalla ja Raaseporissa. Espoon kotisairaalan toimialue on Espoo ja Kauniainen. Kotisairaalan viidestä lääkäristä kaksi hoitaa

TAULUKKO 3. Esimerkki kotisairaaloiminnan järjestämisestä suurkaupungissa ja harvaan asutulla alueella (9,10).

Alueet	Espoo ja Kauniainen	Pohjois-Karjala
Asukasluku (asukasta)	324 000	162 000
Pinta-ala (km ²)	318	22 903
Asukastiheys (asukasta/km ²)	1 020	8,6
Yli 65-vuotiaita (%)	15	29
Sairastavuusindeksi	80,7 (Länsi-Uusimaa)	120,6
Työkyvyttömyysindeksi	68 (Länsi-Uusimaa)	120
Kotisairaalan lääkäriresurssi		
Lääkäriin virat	5	4
Erikoislääkäreitä	3	3
Palliatiivinen erityispätevyys	2	4
Muuta huomioitavaa	3/5 lääkäristä hoitaa palliatiivisia potilaita. Lääkärit pitävät myös poliklinista vastaanottoa, vuodeosastokonsultaatiot muualta.	Kaikki lääkärit hoitavat kaikkia kotisairaalan potilaita, pitävät myös poliklinista vastaanottoa ja käyvät konsultoimassa perustason vuodeosastoilla.
Kellonajat, jolloin palliatiivinen konsultti käytettävissä viikonloppuna ja juhlapyhinä	Klo 9–17 (HUS)	Klo 10–14 (Siun sote)
Lääkäripalvelu muuna aikana	Jorvin yhteispäivystys	Pohjois-Karjalan keskussairaalan yhteispäivystys
Kotisairaalan sairaanhoitaja-resurssi	32 tointa Tuottavat myös ”Liikkuva sairaala”-palvelun	17 tointa Joensuun kantakaupungin alueella (70 000 as) Muulla sairaanhoitajan työpanos kotisairaanhoidosta, palveluasumisyksiköistä ja ensihoidosta asiantuntijasairaanhoitajan koordinoimana Pelastuslaitoksen ”Yhden hoitajan yksikkö” tuottaa hoidon tarpeen arviointia ja tekee muutakin kotisairaalatyötä.
Toimipisteet ja etäisyydet	Koko henkilökunta samassa tukikohdassa, josta etäisyys kaukaisimpaan pisteeseen n. 21 km / 30 min	Kotisairaalan toimipisteitä 12, etäisyys n. 25–30 km. Lääkäri liikkuu pitempiä (80 km/1 t) matkoja.

palliatiivisia, kaksi jaksopotilaita ja yksi pitää palliatiivista poliklinikkaa. Tarvittavia toimenpiteitä tehdään pääasiallisesti HYKS:ssä Jorvin ja Meilahden sairaaloissa.

Kotisairaalan henkilökunta huolehtii potilaiden suunnitelluista ja äkillisistä kotikäynneistä ympäri vuorokauden koko alueella. Kotisairaalan henkilökunta huolehtii myös Liikkuva sairaala -toiminnasta, joka tukee alueen asumisyksiköiden ja kotihoidon potilaita äkillistä sairaanhoitoa vaativissa tilanteissa.

Osastohoitoa tarvittaessa kotisairaalan vastuupotilas siirtyy toiselle Espoon sairaalan palliatiivisista osastoista, joilla on yhteensä 30 potilaspaikkaa. Mikäli palliatiivisilla osastoilla

ei ole tilaa, potilas voi siirtyä Espoon sairaalan muille osastoille. Potilaat pyritään tavallisesti siirtämään jatkohoitoon palliatiiviselle osastolle, kun paikka vapautuu.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen eli Siun soten malli. Ympäri vuorokautisen hoitoturvan järjestäminen kustannusvaikuttavasti on hankalaa harvaan asutuilla alueilla. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella aloitettiin kotisairaaloiminnan laajentaminen Joensuun lähiympäristöstä koko maakunnan kattavaksi FinPall-hankkeen aikana vuosina 2021–2024. Hankkeen aikana todettiin, että osaavan henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi on kotisairaalapalvelua järkevää tuottaa moniammatilli-

sella, toimialuerajat ylittävällä yhteistyöllä (8).

Kotisairaalan potilaiden hoitoa koordinoi-
daan alueella Siun soten Palliatiivisen keskuk-
sen kautta. Se tarjoaa maakunnalliselle koti-
sairaalaverkostolle sekä lääkäreiden että asian-
tuntijahoitajan työpanoksen ja vastaa pitkälti
lääkehoidon, tarvittavien laitteiden ja labora-
toriopalveluiden kustannuksista. Palliatiivinen
asiantuntijahoitaja koordinoi kotihoitoyksi-
köiden kanssa alueellista yhteistyötä ja vastaa
uusien potilaiden jatkohoidon järjestämisestä.
Käytännön hoitotyön toteuttavat alueella pai-
kallinen kotisairaanhoido, asumispalveluyk-
sikön hoitajat tai ensihoito potilaskohtaisen
suunnitelman mukaisesti. Asiantuntijasaira-
anhoidajalla on merkittävä rooli paitsi toiminnan
koordinoijana ja viestijänä, mutta myös kou-
luttajana, joka varmistaa yksiköiden toiminnan
laatua ja erityisosaamista.

Pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköt on Poh-
jois-Karjalassa integroitu kotisaattohoitopoti-
laiden palveluketjuun jo vuonna 2015 kotisaat-
tohoitopotilaan ensihoitoprotokollan myötä.
Ensihoidolle laadittiin tuolloin kotisaattohoito-
potilaiden hoitoa varten oma ohjeistus kuole-
van potilaan keskeisten oireiden hoidosta, jotta
oireiden lievitys onnistuisi kotona eikä potilas-
ta tarvitsisi välttämättä siirtää päivystykseen.
Mikäli kotihoito ei ole vaikuttanut enää mah-
dolliselta, ensihoito pystyi siirtämään potilaan
suoraan tukiosastolle.

Kotisaattohoitopotilaiden hoidossa saatujen
myönteisten kokemusten myötä on kotisaira-
alatoiminnan laajentamisessa edelleen tiivistetty
yhteistyötä paikallisten ensihoitoyksikköjen
kanssa erityisesti alueilla, joissa ensihoitoyk-
sikköjen perustehtävien kuormitus on ollut
vähäisempää. Ensihoito on esimerkiksi tehnyt
hoidon tarpeen arviointeja, ottanut verinäyttei-
tä, käynyt antamassa mikrobilääkkeitä ja aloit-
tanut suonensisäisen nesteytyksen silloin, kun
sairaanhoitajaresurssi ei ole kotisairaanhoidon
puolella riittänyt kotisairaalahoidoihin. Paraikaa
ensihoitajat koulutautuvat antamaan puna-
soluja kotona kotisairaalahoidon varten.

Palveluasumisyksiköissä kotisairaalahoidon
on pyritty järjestämään yhteistyössä niin, että
yksiköiden omat, lääkeluvalliset sairaanhoitajat
ovat vuorossa ollessaan voineet toteuttaa myös

Ydinasiat

- » Potilas saa yhteyden kotisairaalaan vuoro-
kauden ympäri, ja suurimmassa osassa
kotisairaaloista on myös mahdollisuus sai-
raanhoitajan kotikäynteihin ympäri vuoro-
kauden.
- » Kotisairaala ottaa hoitovastuun potilaista,
joille ei suunnitella annettavaksi paranta-
vaa tai sairautta hidastavaa hoitoa.
- » Kotisairaala on avainasemassa elämän
loppuvaiheen hoitoturvan luomisessa.
- » Sovittu tukiosasto on oleellinen osa koti-
sairaalan toimintaa ja tukee potilaan tur-
vallisuuden tunnetta kotona.

kotisairaalan työtehtäviä omien asukkaidensa
kohdalla. Näin he ovat osaltaan voineet ylläpitää
sairaanhoidollisia taitojaan, joita muutoin sosiaa-
litoimen yksiköissä tarvittaisiin vain harvoin.

Kotisairaalan tukiosastona toimii Palliati-
viseen keskukseen kuuluva palliatiivinen osas-
to kaikille joensuulaisille potilaille sekä myös
muualla asuville, mikäli heillä on palliatiivisen
erityistason hoidon tarvetta. Muiden potilaiden
saattohoitovaiheen tukiosastot ovat sovitusti
maakunnan seitsemässä kuntoutussairaalassa.

Lopuksi

Kotisairaala toteuttaa sairaalatasoista hoitoa
potilaan kotona tai muussa asuinpaikassa. Koti-
sairaalahoito sopii hyvin potilaille, joiden tila ei
vaadi jatkuvaa valvontaa ja jotka pärjäävät koto-
na omatoimisesti tai järjestetyn hoivan turvin.
Kotisairaalahoitoon kustannusvaikuttavuudesta
vaihtoehtona tavanomaiselle sairaalahoidolle
tarvitaan lisää tutkimustietoa. ■

LEENA SURAKKA, LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,
ylilääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys
Siun sote, Palliatiivinen keskus

JUHO MURTO MÄKI, LL, anestesiologian ja tehohoidon
erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys
LUVN, Palliatiivinen keskus, Kotisairaala

ANTTI OHVANAINEN, LL, geriatrian erikoislääkäri,
palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys,
Siun sote Palliatiivinen keskus, Kotisairaala

KIRJALLISUUTTA

1. Sosiaalihuoltolaki [1301/2014]. www.finlex.fi.
2. Terveydenhuoltolaki [1326/2010]. www.finlex.fi.
3. Härkönen H, Rissanen E, Laukkonen A, ym. Kotisairaaloiminnan nykytila, vaikuttavuus ja mittaaminen. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia 2024. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-125-4>.
4. Saarto T, Finne-Soveri H. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa – alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>.
5. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, ym. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence -based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012;13:e58–68.
6. Surakka LK, Peake MM, Kiljunen MM, ym. Preplanned participation of paramedics in end-of-life care at home: a retrospective cohort study. *Palliat Med* 2021;35:584–91.
7. Sähköinen ensihoitokertomus. Kanta-Palvelut 2025. www.kanta.fi/ammattilaiset/sahkoinen-ensihoitokertomus.
8. Plink G. Kotisairaaloiminnan kehittäminen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella – Siun sotessa. Innokylä 2024. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/kotisairaaloiminnan-kehittaminen-pohjois-karjalan-hyvinvointialueella-siun-sotessa>.
9. Tunnuslukuja väestöstä alueittain, 1990-2024. Helsinki: Tilastokeskus. https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11ra.px/.
10. Lindell E, Koponen P, Parikka S, ym. Kansallinen terveysindeksi 2021–2023. Tilastoraportti 26/2025. Helsinki: THL 2025. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/151475/THL_Tilastoraportti_262025_KTI_08052025.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT:

Hanna-Riikka Lehto, Minna Mononen ja Riikka Nevala

SIDONNAISUUDET

Leena Surakka: Hankkeet (Palliatiivisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen (FinPal))

Juho Murtomäki: Osakkeenomistaja (Orion, Eli Lilly, Novo Nordisk, Revenio, Terveystalo)

Antti Ohvanainen: Ei sidonnaisuuksia