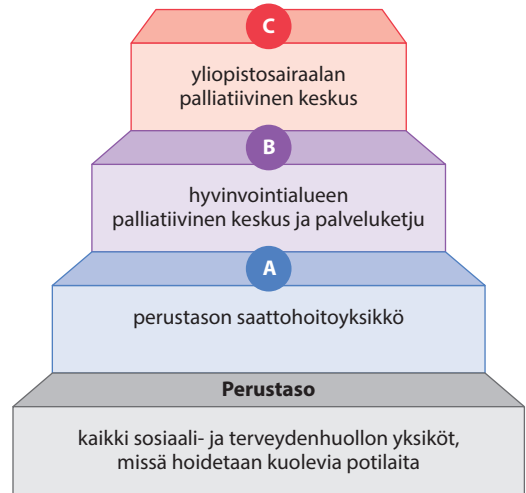


hoidosta on lisääntynyt. Palveluiden saatavuus, erilaiset palvelumuodot sekä integroituminen terveydenhuoltojärjestelmään ovat merkittävästi parantuneet viimeisen viiden vuoden aikana. Eri-tyistason yksiköiden määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 2018 ja palveluiden kattavuus, muun muassa kotisairaalakattavuus on parantunut (kuva 3.10b). Seitsemässäkymmenessäviidessä prosentissa hyvinvointialueita on palliatiiviset keskuskeskukset, jotka vastaavat alueen palveluista ja palveluketjuista. Myös päivistysaikaista tukea ja muuta konsultaatiotukea on lisätty. Opetusta ja koulutusta on lisätty (ks. 3.80).



Kuva 3.20a. Palliatiivisen hoidon järjestämismalli.

Palliatiivisen hoidon järjestäminen

3.20 Palliatiivisen hoidon järjestämismalli Suomessa

Tiina Saarto

Tarvelähtöisen ja tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi palliatiivisen hoidon tulee olla järjestetty portaittain, perus- ja erityistason toimintana, ja palvelutarjonnan tulee olla monipuolista ja kattavaa mukaan lukien kotiin vietävät palvelut.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) suositukset lähtevät palliatiivisen hoidon vahvasta integraatiosta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään siten, että palliatiivinen palveluketju kattaa kaikki elämän loppuvaiheen hoitoon osallistuvat terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt. Siinä palliatiivinen hoito järjestetään tarvelähtöisesti portaittaisen mallin mukaan (kuva 3.20a) perustason, perustason saattohoitoyksiköihin (taso A), erityistasoon (taso B) ja vaativaan erityistasoon (taso C). Suosituksessa edellytetään alueellisesti toimivia palveluketjuja, jossa hoitovastuu siirtyy tarvelähtöisesti saatuaan vaihtamalla.

Palliatiivinen hoito ja varsinkin saattohoito tulee olla saatavilla mahdollisimman lähellä potilaan kotia. Tiheä kotisairaalamallisto ja riittävän lähellä sijaitsevat tukiasastopaikat mahdollistavat hoidon kotona mahdollisimman pitkään mukaan lukien kotisaattohoito. Konsultaatiotoiminnalla ja kotisairaalamallistolla turvataan osaava hoito kaikilla hoidon portailla.

Perustaso

Perustason yksiköiden tehtävänä on huolehtia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksesta potilaille, joiden oirekuva on vakaa, ja hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmalla (taulukko 3.20).

Perustason muodostavat kaikki terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksiköt, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheen potilaita. Henkilökunta on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Näitä yksiköitä ovat esimerkiksi kotihoito, tehostettu palveluasuminen ja muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt sekä tavanomaiset sairaaloiden osastot, mukaan lukien yliopistosairaaloiden osastot. Näissä hoidetaan kuolevia potilaita satunnaisesti tai säännönmukaisesti muun toiminnan ohessa, mutta saattohoito ei ole yksinön pääasiallista toimintaa. Siksi kaikille perustason

Taulukko 3.20. Palliativisen hoidon järjestämisen malli Suomessa.

Perustaso	Yksiköt	Kaikki terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköt, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheen potilaita. Kuolevan potilaan hoito edellyttää, että oirehoitoon tarvittavat peruslääkkeet ovat käytettävissä.
	Henkilökunta	Terveydenhuollon ammattihenkilöt Sairaanhoitajat ja lääkäri ovat saatavilla.
	Koulutus	Perusopinnot
	Tehtävät	Perustason saattohoito
A-taso, perustason saattohoito-yksiköt	Yksiköt	Perustason terveydenhuollon yksiköt, joihin on keskitetty saattohoitoa muun toiminnan ohien.
	Henkilökunta	Moniammatillinen työryhmä, vähintään sairaanhoitajat ja lääkäri
	Koulutus	Perustason jälkeistä palliativisen hoidon koulutusta
	Tehtävät	Perustason saattohoito ja erityistason saattohoito erityistason kotisairaalan tuella
B-taso, erityistaso	Yksiköt	Hyvinvointialueen palliativiset keskuskeskukset ▪ palliativinen osasto/saatto-osasto, ▪ palliativinen kotisairaala, ▪ poliklinikka ja konsultaatiotiimi
	Henkilökunta	Moniammatillinen työryhmä Saavutettavuus ympäri vuorokauden (YTA)
	Koulutus	Palliativisen hoidon erikoistumisopinnot
	Tehtävät	Vastaavat hyvinvointialueen palliativisesta palveluketjusta. Toteuttavat erityistason hoitoa. Toimivat alueellisina konsultoivina ja kouluttavina yksiköinä.
C-taso, vaativa erityistaso	Yksiköt	Yliopistosairaaloitten palliativiset keskuskeskukset (HUS tai osa HVA:n keskusta) ▪ yliopistosairaalan palliativiset interventioapaikat ▪ saatto-osasto (erikseen tai yhdessä HVA:een keskuskeskusten kanssa) ▪ palliativinen kotisairaala (erikseen tai yhdessä HVA:n keskuskeskusten kanssa), ▪ yliopistosairaalan poliklinikka yliopistosairaalakonsultaatiotiimi ▪ psykososiaalisen tuen yksikkö ▪ ympärivuorokautinen päivystys.
	Henkilökunta	Moniammatillinen työryhmä, johon sisältyy eri erikoisalojen yhteistyö. Saavutettavuus ympäri vuorokauden
	Koulutus	Palliativisen hoidon erikoistumisopinnot
	Tehtävät	Koordinoivat palliativisen hoidon palveluita yhteistyöalueella, vastaavat YT-yhteistyöalueen ▪ vaativan erityistason hoidosta mukaan lukien lasten ja nuorten palliativinen hoito ▪ konsultaatiotuesta joka päivä ympäri vuorokauden ▪ Erikoissairaanhoidon (ESH) potilaiden palliativisesta hoidosta ▪ opetuksesta, koulutuksesta ja alan tutkimuksesta sekä hoidon kehittämisestä.

yksiköille tulee olla järjestetty konsultaatiotuki palliativisen hoidon erityistason yksiköstä, sairaaloissa palliativisten keskusten jalkautuvan konsultaatiotiimin ja kotihoidossa sekä sosiaalitoimenyksiköissä kotisairaalan toimesta. Lisäksi sosiaalitoimen yksiköissä tulee huolehtia siitä, että yleisimmät saattohoidossa käytettävät lääkkeet, kuten opioidit, ovat saatavilla ja lääkäri ja sairaanhoitaja tavoitettavissa.

Perustason saattohoitoyksiköt (A-taso)

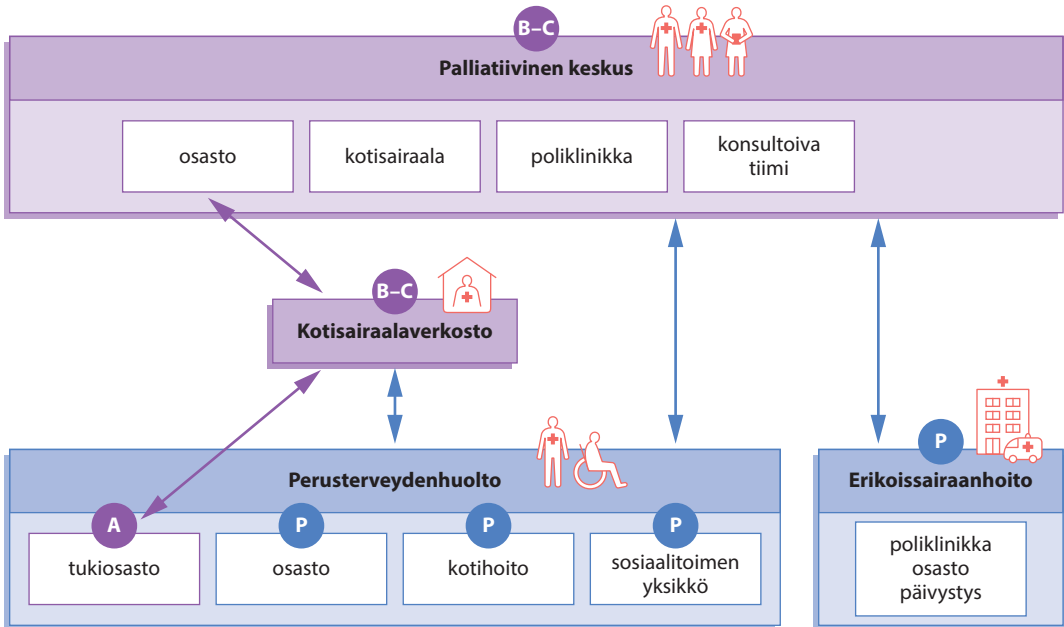
Perustason terveydenhuollon saattohoitoyksiköihin (A-taso) on keskitetty palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamista yhtenä perustehtävänä muun toiminnan ohien. Tällaisia yksiköitä ovat alueellisten sairaaloiden osastot, kuten terveyskeskus ja kaupunginsairaalat, joihin on keskitetty saattohoidon osaamista. Ne toimivat kotisairaaloiden tukiosastoina. Näin turvataan osaava hoito lähellä kotia.

Yksikössä tulee olla saattohoitoon soveltuvat puitteet ja henkilöstö, jolla on lisäkoulutusta saattohoidosta, mutta varsinaista erikoistumiskoulutusta ei vaadita. Erityistason (B/C) toimijat (konsultaatiotiimit ja kotisairaala) tukevat A-tason yksiköitä (taulukko 3.20).

Erityistaso (B-taso)

Erityistason yksiköt ovat erikoituneet palliativiseen hoitoon, joka on niiden päätehtävä. Suurimmalla osalla vakituista henkilökuntaa on alan erikoiskoulutus (sairaanhoitajilla erikoistumisopinnot ja lääkäreillä erityispätevyys). Erityistasolla on valmius hoitaa perustason potilaita vaativampaa hoitoa tarvitsevia potilaita, kuten potilaita, joilla on nopeasti etenevä sairaus tai vaikeita fyysisiä tai psyykkisiä oireita tai eksistentiaalista kärsimystä (taulukko 3.20).

Hyvinvointialueella (HVA) palliativiset keskuksat tuottavat erityistason palvelut. Palliativi-



Kuva 3.20b. Palliativinen keskus.

sen keskuksen palveluihin kuuluvat palliatiiviset poliklinikat, palliatiiviset osastot ja saatto-osastot, koko HVA:een kattavat palliatiiviset kotisairaalat ja sairaaloiden konsultoivat tiimit (kuva 3.20b). Lisäksi palliatiiviset keskuksat koordinoivat HVA:een palliatiivista hoitoa ja vastaavat HVA:een palliatiivisen hoidon suunnitelmista ja palveluketjusta sekä toimivat HVA:een konsultoivina ja kouluttavina yksiköinä.

Erityistason palvelut

HVA:een palliatiivinen kotisairaala tarjoaa sairaalatasoisia kotiin vietäviä palveluita palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille, joiden palliatiivisen tuen tarve on jatkuvaa, eikä polikliininen hoito enää vastaa tarpeeseen. Kodin lisäksi kotisairaala osallistuu myös asumispalveluysikössä asuvien potilaiden palliatiiviseen hoitoon. Kotisairaalaissa sairaanhoitajat ovat tavoitettavissa ja tekevät kotikäyntejä kaikkina viikonpäivinä ympäri vuorokauden tai muina aikoina yöaikaan lukuun ottamatta, jolloin tuki on ainoastaan puhelimitse toteutettavaa. Lääkärit tekevät kotikäyntejä virka-aikaan. Kotisairaalayhteys luodaan yleensä siinä vaiheessa, kun on siirrytty palliatiiviseen hoitolinjaan. Kotisairaalahoitajakson pituus on keskimäärin muutama kuukausi.

Kotisairaalat vastaavat kotisaattohoidosta (ks. 3.30). Kotisairaalan tukena on aina tukiosasto, jonne potilas voi siirtyä ilman päivystyksessä käyntiä mihin vuorokauden aikaan tahansa tarpeen niin vaatiessa tai potilaan niin halutessa. Tukiosastona voi toimia HVA:een palliatiivinen- tai saatto-osasto (B-taso) tai perustason saattohoitoyksikkö (A-taso). Erityistason saattohoitopaikkoja tulisi arviolta olla 8–10/100 000 asukasta. Palliatiiviselle osastolle tai saatto-osastolle keskitetään potilaat, joilla on erityistason hoidon tarve, kuten nopeasti etenevä sairaus, vaikeita oireita tai haastava psykososiaalinen tilanne.

Palliatiivisten poliklinikoiden tulisi sijaita keskussairaalan tai yliopistosairaalan yhteydessä, jotta ne palvelisivat myös erikoissairaanhoidon potilaita huomioiden varhainen rinnakkainen palliatiivinen hoito yhteistyössä perussairautta hoitavan tahon kanssa, esimerkiksi syövän etenemistä jarruttavan hoidon rinnalla. Yliopistos-

airaaloissa ja keskussairaaloissa tulee myös olla konsultoivat tiimit, jotka vastaavat osastojen ja päivystysten konsultaatiotuesta virka-aikaan (ks. 3.40). Myös muihin suurempiin sairaaloihin tarvitaan palliatiiviset konsultoivat tiimit tukemaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa sairaalassa, sillä valtaosa suomalaisista edelleen kuolee sairaaloissa. Pienemmille terveydenhuollon yksiköille, asumispalveluysiköille ja kotihoidolle kotisairaalat tarjoavat ympärivuorokautisen konsultaatiotuen.

HVA:een palliatiiviset keskuksat vastaavat myös palliatiivisen hoidon ympärivuorokautisesta päivystystuesta alueen lääkäreille ja erityistason yksiköille, joissa päivystysaikaan työskentelee pääasiallisesti sairaanhoitajia.

Vaativan erityistason yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuksat (C-taso)

C-tasolla tarkoitetaan yliopistosairaaloiden palliatiivisia keskuksia. HUSia lukuun ottamatta yliopistosairaala ylläpitävän HVA:een palliatiiviset keskuksat huolehtivat erityistason (B) tehtävien lisäksi myös yliopistosairaalan vaativan erityistason (C) tehtävistä (Pirkanmaan, Varsinais-Suomen, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon HVA:et). Yliopistosairaaloille on erikseen asetuksella määrätty koko yhteistyöalueen (YTA) kattavia tehtäviä. Yliopistosairaaloita ylläpitävien hyvinvointialueiden palliatiiviset keskuksat ja HUS palliatiivinen keskus vastaavat palliatiivisen hoidon suunnittelusta ja koordinoivat palliatiivisen hoidon palveluita yhteistyöalueittain.

Vastuu lasten ja nuorten palliatiivisesta hoidosta kuuluu yliopistosairaaloille. Yliopistosairaalat vastaavat koko YTA:n vaativan erityistason palliatiivisesta hoidosta tarjoten eri erikoisalojen osaamista vaativaa hoitoa. Tehtävänä on myös huolehtia yliopistosairaaloiden potilaiden palliatiivisesta hoidosta, mikä tarkoittaa myös palliatiivisen hoidon varhaista integroimista eri sairauksien hoitoon. Näiden tehtävien lisäksi yliopistosairaalan tehtäviin kuuluvat lääkäreiden ja muiden ammattilaisten perusopetus ja erikoistumiskoulutus yhteistyössä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa. Yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuksat

set myös vastaavat täydennyskoulutuksen suunnittelusta. Myös tutkimus ja hoidon kehittäminen on kiinteä osa yliopistosairaaloiden palliativisten keskusten toimintaa yhdessä yliopistojen kanssa (taulukko 3.20).

3.25 Palliativisen hoidon laatusuositus

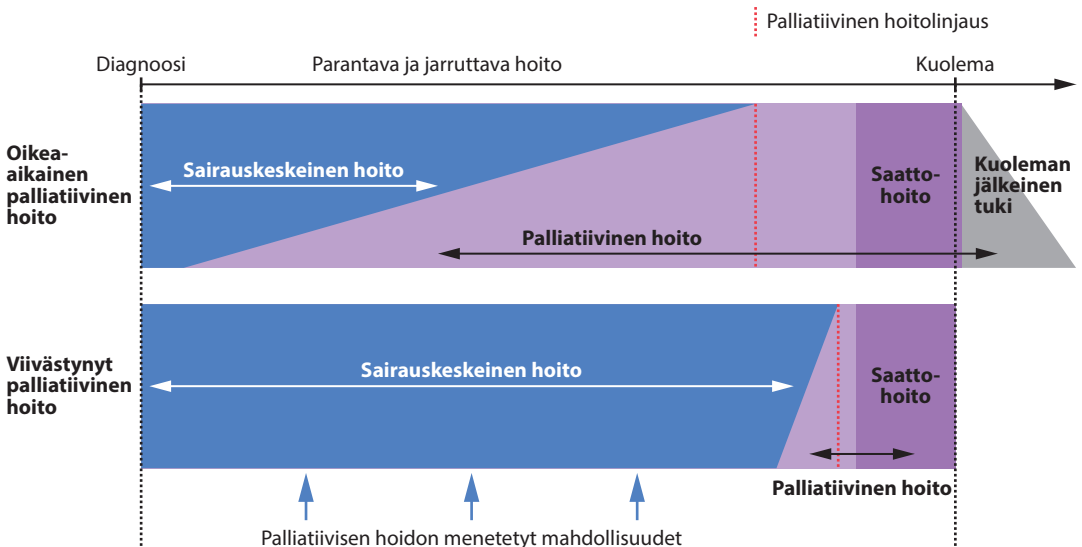
Matti Lyytikäinen

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan hoidon laadulla tarkoitetaan sitä, missä määrin yksilölle tai väestölle tarjotut terveydenhuollon palvelut lisäävät toivottuja terveysvaikutuksia. Laadukas hoito pohjautuu näyttöön perustuvaan ammatilliseen osaamiseen ja edellyttää palvelujen universaalia kattavuutta. Saavuttaakseen nämä tavoitteet terveydenhuollon tulee olla vaikuttavaa, turvallista, yksilökeskeistä, oikea-aikaista, oikeudenmukaista, saumatonta ja tehokasta.

Palliativisen hoidon laatu

Palliativiseen hoitoon siirrytään yleensä siinä vaiheessa, kun sairauden parantava tai sairauden kulkua hidastava hoito ei ole enää mahdollista. Palliativisen hoidon tarkoitus on lievittää kärsimystä ja ylläpitää elämänlaatua. Palliativisen hoidon laatua onkin syytä arvioida laajemmin kuin pelkkien terveyshyötyjen näkökulmasta. Tällöin tavoiteltavia vaikutuksia ovat hyvän oirekontrollin lisäksi esimerkiksi potilaiden ja läheisten tyytyväisyys hoitoon, hoidon jatkuvuus ja mahdollisuus saada helposti apua ongelmien ilmetessä, hyödyttömien hoitojen välttäminen sekä potilaan toiveen mukainen kuolinpaikka.

Myös potilaan läheiset ovat keskeisessä asemassa ja heidät tulee huomioida palliativisen hoidon laatua arvioitaessa. Yhden perheenjäsenen sairastuessa vakavasti koko perhe tarvitsee tukea jaksakseen potilaan rinnalla. Läheiset voivat tarvita tukea ja apua surussaan vielä potilaan kuoleman jälkeen.



Kuva 3.25a. Oikea-aikainen ja viivästynyt palliativinen hoito. Lähde: Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus 2022.