

## Pääkirjoitus | tiede

**REINO PÖYHKÄ**

palliativisen lääketieteen dosentti, Turun yliopisto anestesioiogian ja tehohoidon dosentti, Helsingin yliopisto johtava ylilääkäri, Kaunialan sairaala

## Eikö ole jo aika investoida palliativiseen hoitoon?

Palliativinen hoito kohdentuu edelleenkin ensisijaisesti syöpäpotilaisiin. Kansainvälisten tutkimusraporttien mukaan vain alle viidennes saattohoitokotien potilaista on hoidossa sydämen, keuhkojen, munuaisten tai hermoston sairauksien loppuvaiheen takia (1,2). Tätä vahvistavat omat kokemukseni työskenneltyäni viime vuosina saattohoidossa Ruotsissa ja Englannissa sekä monet keskustelut ulkomaisten kollegojen kanssa.

Vastikään julkaistiin yhdysvaltalainen tutkimus, jossa oli selvitetty liki 60 000 potilaan elä-

ja aiheuttaa korvaamatonta kärsimystä. Tarve ja tarjonta eivät kohta.

Vanhoihin esteisiin ei enää kannata vedota – näitä ovat olleet hoitopäätösten ja keskustelujen vaikeudet, ennusteen arvioinnin tuska, ajatus että ”palliativinen lääketiede ei ole oikeaa lääketiedettä”, puutteelliset organisaatiot ja korkeat kustannukset. Usean sairauden ennusteen laatiminen ja hoitolinjan valinta on nykytiedon valossa mahdollista (5,6). Eri sairauksien loppuvaiheen kulkua ymmärretään (7). Palliativisen lääketieteen asema on kansainvälisesti tunnustettu ja osaaminen laajenee myös Suomessa. Kotimaiseen erityispätevyysohjelmaan on koko ajan tulossa enemmän lääkäreitä kuin voidaan ottaa. Tutkimustyötä tehdään ja suomalainen palliativisen hoidon oppikirjakin on päivitetty kansainvälisten mittojen mukaiseksi.

Olisiko siis jo aika suunnata kuolinapukustelu palliativisen hoidon saatavuuden ja laadun parantamiseen? Amerikkalaiset tutkijat peräivät resursointia, ja se on avainkysymys Suomessakin. Sairaaloissa palliativisen hoidon konsultaatiotimit ja vastaanotot on koettu tarpeellisiksi. Palliativisen lääketieteen ja hoidon perusopetus pitäisi liittää oppivaatimuksiin sekä lääkäri- että hoitajakoulutuksessa. Palliativisen lääketieteen kurssin tulisi kuulua kaikkiin klinisiin erikoistumisohjelmiin. Jokaiseen tiedekuntaan pitäisi saada palliativisen lääketieteen professuuri. Ruotsin mallin mukainen potilasrekisteri (Palliativregistret) (8) auttaisi varmasti palliativisen hoidon laadun valvonnassa ja kehittämisessä.

Kaikki nämä ovat toimia, joihin olisi aika ryhtyä nyt. Investointi palliativiseen hoitoon tukisi kustannustehokkuutta ja samalla auttaisi meitä kaikkia elämään ihmisarvoisesti niin pitkään kuin on suotu. ●

### Tarve ja tarjonta eivät kohta.

**KIRJALLISUUTTA**

- West E, Pasman HR, Galesloot C ym. Hospice care in the Netherlands: who applies and who is admitted to inpatient? BMC Health Services Res 2016;16:33.
- Hess S, Stiel S, Hofman S ym. Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany – data from the national hospice and palliative care evaluation (HOPE). Eur J Intern Med 2014;25:187–92.
- Wahcterman, Pilver C, Smith D ym. Quality of end-of-life care provided to patients with different serious illnesses. JAMA Intern Med 2016;176:1095–102.
- Connor SR, Bermedo MCS, toim. Global atlas of palliative care at the end of life; WHO. Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.
- Medici V, Rossaro L, Wegelin JA ym. The utility of the model for end-stage liver disease score: a reliable guide for liver transplant candidacy and, for select patients, simultaneous hospice referral. Liver Transpl 2008;14:1100–6.
- Lamba S, Quest TE. Hospice care and the emergency department: rules, regulations, and referrals. Ann Emerg Med 2011;57:282–90.
- Amblás-Novellas J, Murray SA, Espauella J ym. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. BMJ Open 2016;6:3012340.
- Svenska palliativregistret. <http://palliativ.se>

män loppuvaiheita (3). Sairautensa loppuvaiheesta olevista syöpä tai dementiaa sairastaneista potilaista 74 % ohjattiin palliativiseen konsultaatioon, mutta muiden elinten sairauksien loppuvaiheesta tätä mahdollisuutta tarjottiin vain 43–50 %:lle potilaista. Keskimäärin kolmannes potilaista, joilla oli loppuun palaneet munuaiset, sydän tai keuhkot, kuoli tehosastolla, levinnyttä syöpä tai dementiaa sairastaneista onneksi vain 9–13 %. Tästä laajasta amerikkalaisaineistosta selvitetiin myös 34 000 omaisen näkemystä palliativisen hoidon laadusta, ja se oli läheisten mielestä huonompaa muille kuin syöpä- ja dementiapotilaille. Munuaisten, sydämen tai keuhkojen vajaatoiminnan loppuvaiheen hoidossa lääkärit tekivät elvyttämättäjäätämispäätöksen ja keskustelivat omaisten kanssa harvemmin kuin syöpä- tai dementiapotilaiden hoidossa.

Tutkimus osuu sekä terveystalouden että lääketieteen ytimeen. WHO:n arvion mukaan vuositaitin 20 miljoona ihmistä tarvitsee hyvää palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa (4). Muita kuin syöpäsairauksia sairastavista potilaista noin 70 %:n on arvioitu tarvitsevan palliativista hoitoa. Tämän joukon ohjaaminen tehohoitoon kuluttaa terveystaloutta hyödyttömästi