

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44

Tiina Saarto ja asiantuntijatyöryhmä

Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen

Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2017

KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	18.12.2017
Tekijät	Toimeksiantaja
Tiina Saarto ja asiantuntijatyöryhmä	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä
	STM010:00/2015

Muiston nimi
Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen

Tiivistelmä

■ Osana sosiaali- ja terveysministeriön asettaman valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän työtä ministeriö antoi helmikuussa 2016 professori Tiina Saaron johtamalle asiantuntijaryhmälle tehtäväksi laatia ehdotus palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä siten, että valmistelussa olleessa valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä määritellyt toimijat yhteistyössä huolehtivat palliativisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen -suositus pohjautuu aikaisempiin vuonna 2010 laadittuihin suosituksiin. Se pyrkii vahvistamaan niissä kuvattujen tavoitteiden toteutumista esittämällä osaamis- ja laatukriteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen ja osaamisen kehittämiseen tähtääviä toimenpiteitä. Suosituksessa kuvataan vähimmäistaso.

Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämisestä perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. Sen pohjalta voidaan alueellisesti suunnitella palveluketjut ja sopia työnjaosta valtioneuvoston asetuksen (582/2017) mukaisesti. Alueelliset olosuhteet vaikuttavat siihen, minkälaista työnjakoa on tarkoituksenmukaista ylläpitää ja millä keinoin palvelujen tarpeeseen vastataan. Suositusten toimeenpanoon voidaan ryhtyä riippumatta meneillään olevasta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän muutoksesta.

Ehdotus oli lausuntokierroksella kesällä 2016, ja korjatun luonnoksen kuulemistilaisuus oli 17.10.2017. Saadun palautteen mukaan suosituksen toimenpiteitä pidetään tärkeinä palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

Asiasanat

Palliativinen hoito, saattohoito, yhtenäiset hoidon perusteet, hoidon järjestäminen.

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2017:44

Muut tiedot
www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkajulkaisu)
ISBN 978-952-00-3896-0
URN:ISBN:978-952-00-3896-0
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>


Kokonaissivumäärä
32

Kieli
suomi




SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	18.12.2017
Författare	Uppdragsgivare
Tiina Saarto med expertarbetsgrupp	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM010:00/2015
Rapportens titel	
Ordnande av den palliativa vården och terminalvården	
Referat	
<p>■ Som en del av arbetet för den av social- och hälsovårdsministeriet tillsatta nationella arbetsgruppen för tillgången till vård och de enhetliga grunderna för vård gav ministeriet i februari 2016 en expertgrupp under ledning av professor Tiina Saarto uppdraget att utarbeta ett förslag om organisering av den palliativa vården och terminalvården på så sätt att de aktörer som definieras i statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården i samarbete sörjer för att den palliativa vården och terminalvården genomförs jämlikt och effektivt i hela landet.</p> <p>Rekommendationen för ordnande av den palliativa vården och terminalvården bygger på tidigare rekommendationer från 2010 och strävar efter att förstärka uppnåendet av de mål som beskrivs i dem genom att framföra kompetens- och kvalitetskriterier för de olika nivåerna inom social- och hälsovårdens servicesystem samt åtgärder som syftar till att utveckla utbildningen för och kompetensen hos yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Rekommendationen beskriver miniminivån.</p> <p>Rekommendationen bygger på en mall med tre nivåer på så sätt att tjänsterna ordnas på grundläggande nivå, specialnivå och krävande specialnivå. Genom detta blir det möjligt att planera servicekedjorna regionalt och att avtala om arbetsfördelningen i enlighet med statsrådets förordning (582/2017). De regionala förhållandena har inverkan på vilken arbetsfördelning det är ändamålsenligt att upprätthålla och på vilka sätt servicebehovet tillgodoses. Det är möjligt att börja verkställa rekommendationerna oberoende av den pågående reformen av social- och hälsovårdssystemet.</p> <p>Förslaget var på remissrunda sommaren 2016 och hörandet i fråga om det justerade förslaget ordnades 17.10.2017. Enligt responsen betraktas åtgärderna i rekommendationen som viktiga för servicesystemets utveckling.</p>	
Nyckelord	
Palliativ vård, terminalvård, grunderna för enhetlig vård, organisering av vården.	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:44	Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (online)	32
ISBN 978-952-00-3896-0	Språk
URN:ISBN:978-952-00-3896-0	finska
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0	
	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher	Date	
Ministry of Social Affairs and Health, Finland	18.12.2017	
Authors	Commissioned by	
Tiina Saarto and expert working group	Ministry of Social Affairs and Health	
	Date of appointing the organ	
	STM010:00/2015	
Title of report		
Providing palliative treatment and end-of-life care		
Summary		
<p>■ In February 2016, as part of the work being done by the Ministry of Social Affairs and Health-appointed National working group on uniform criteria for access to care, the Ministry assigned the expert working group headed by Tiina Saarto the task of drafting a proposal for the provision of palliative treatment and end-of-life care, wherein the actors specified in the Government Decree on the provision and consolidation of specialised medical care shall work in co-operation to ensure equal access to palliative treatment and end-of-life care throughout the country.</p> <p>Based on earlier recommendations drafted in 2010, the recommendation for providing palliative treatment and end-of-life care aims to strengthen realisation of the objectives specified in it by proposing qualification and quality criteria for different levels of the social welfare and health care service system as well as the measures needed to develop the training and expertise of social welfare and health care professionals. The recommendation specifies a minimum level.</p> <p>The recommendation is based on a three-tier model for providing services at the basic, specialised and intensive tertiary level. This will serve as a basis for the regional planning of service chains and agreeing upon the division of responsibilities in accordance with the Government Decree (582/2017). Regional conditions will determine the most appropriate level of service to be maintained and what measures should be taken to meet the need for services. These recommendations may be implemented regardless of the ongoing reform of the social welfare and health care system.</p> <p>The proposal was in the comments round in June 2016, and the hearing for the revised draft was held on 17 October 2017. According to the feedback received, the measures specified in the recommendations are considered important to development of the service system.</p>		
Key words		
Palliative treatment, end-of-life care, uniform treatment criteria, provision of care		
Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2017:44	Other information	
	www.stm.fi	
ISSN-L 2242-0037	Number of pages	Language
ISSN 2242-0037 (online)	32	Finnish
ISBN 978-952-00-3896-0		
URN:ISBN:978-952-00-3896-0		
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0		
		

SISÄLLYS

1	Toimeksianto.....	6
1.1	Asiantuntijatyöryhmä.....	6
2	Palliativinen hoito ja saattohoito.....	7
2.1	Määritelmät.....	7
2.2	Palliativisen hoidon tarve.....	7
2.3	Hoitosuunnitelma ja hoitolinjaukset.....	7
3	Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa.....	9
3.1	Voimassa olevat suositukset.....	9
3.2	Nykytila.....	10
3.3	Elämän loppuvaiheen hoito ja kustannukset.....	10
3.4	Osaaminen ja koulutustarjonta.....	11
3.5	Tunnistetut kehittämistarpeet.....	12
4	Palvelujen järjestäminen.....	13
4.1	Lait ja asetukset.....	13
4.2	Yleiset periaatteet.....	14
4.3	Hoidon porrastus.....	15
4.4	Palveluketjut.....	17
4.4.1	Kotihoito.....	19
4.4.2	Sosiaalihuollon yksiköt.....	19
4.4.3	Perusterveydenhuolto.....	19
4.4.4	Erikoissairaanhoido.....	20
4.5	Lasten ja nuorten palliativinen hoito ja saattohoito.....	21
4.6	Läheiset.....	21
4.7	Suositus erityistason voimavaroista.....	21
5	Osaamisen ja koulutuksen kehittäminen.....	22
6	Toimeenpanosuunnitelma.....	23
6.1	Toimeenpanon seuranta.....	24
7	Lisätietoa.....	25
	Liite.....	27
	Erityistason palvelumuodot (B- ja C-taso).....	27
	Palliativinen yksikkö tai keskus.....	27
	Palliativinen osasto ja saattohoito-osasto.....	27
	Saattohoitokoti.....	27
	Palliativisen hoidon konsultaatiotiimi sairaalassa.....	27
	Palliativinen poliklinikka.....	28
	Kotisairaala.....	28
	Päiväsairaala.....	28
	Taulukko: Palliativisen hoidon ja saattohoidon tasot.....	29

1 TOIMEKSIANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) antoi helmikuussa 2016 tehtäväksi laatia ehdotus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä siten, että valmistelussa olleessa valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä määritellyt toimijat yhteistyössä huolehtivat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa. Asiantuntijaryhmän saama toimeksianto liittyi STM:n asettaman valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän työhön.

Asiantuntijatyöryhmän ehdotus pohjautuu aikaisempiin palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskeviin suosituksiin. Se se pyrkii vahvistamaan niissä kuvattujen tavoitteiden toteutumista esittämällä osaamis- ja laatuksiteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen ja osaamisen kehittämiseen tähtäviä toimenpiteitä. Suosituksessa kuvataan vähimmäistaso.

Ehdotus on tarkoitettu suositukseksi, joka selkiyttää ja tukee alueellisten palveluketjujen perustamista ja työnjakoa valtioneuvoston asetuksen (582/2017) mukaisesti. Alueelliset olosuhteet kuten pitkät välimatkat vaikuttavat siihen, minkälaista työnjakoa on tarkoituksenmukaista ylläpitää ja millä keinoin palvelujen tarpeeseen vastataan. Esitettyjen toiminnan kehittämistä koskevien suositusten toimeenpanoon voidaan ryhtyä riippumatta meneillään olevasta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän muutoksesta.

1.1 ASIANTUNTIJATYÖRYHMÄ

Tiina Saarto, professori, ylilääkäri, HYKS Syöpäkeskus, Palliatiivinen keskus, puheenjohtaja

Palliatiivinen hoito ja saattohoito erikoissairaanhoidossa, opetus ja tutkimus

Juho Lehto, ylilääkäri, kliininen opettaja, TAYS, Palliatiivinen yksikkö

Palliatiivinen hoito ja saattohoito erikoissairaanhoidossa, opetus ja tutkimus

Sirkku Jyrkkiö, ylilääkäri, Turun kaupunginsairaala, 1.5.2016 alkaen toimialuejohtaja TYKS,

operatiivinen ja syöpätaudit

Palliatiivinen ja saattohoito kaupunginsairaalassa ja erikoissairaanhoidossa

Kirsti Sirkiä, erikoislääkäri, HYKS, Lastenkliniikka

Lasten ja nuorten palliatiivinen hoito ja saattohoito

Paula Poukka, ylilääkäri, Helsingin kotisairaala

Palliatiivinen kotisairaanhoido ja kotisaattohoito

Juha Hänninen, ylilääkäri, Terhokoti

Saattohoitokoti

Elisa Marjamäki, erikoislääkäri, Tehostettu palveluasuminen, Pirkanmaan hoitokoti

Palliatiivinen hoito ja saattohoito sosiaalitoimessa

Minna Forss, sairaanhoitaja, Sastamalan Terveyskeskus

Palliatiivinen hoito ja saattohoito terveyskeskussairaalassa ja kotisairaanhoidossa, palliatiivinen hoito ja saattohoito kaupunginsairaalassa

Tarja Heikkinen, sairaanhoitaja, Kuopion kaupunginsairaala, saattohoito-osasto

Palliatiivinen hoito ja saattohoito kaupunginsairaalan saatto-osastolla

Sirkka Peltola, sairaanhoitaja, Rovaniemen kotisairaala

Palliatiivinen kotisairaanhoido ja kotisaattohoito

Pirkko Ollikainen, sosiaalityöntekijä, TAYS

2 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

2.1 MÄÄRITELMÄT

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon päämääränä on lievittää kipua ja muuta fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä sekä tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu potilaalle ja hänen läheisilleen.

Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organization) määritelmän mukaan palliatiivisella eli oireita lievittävällä hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen monenlaista kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan. Vaikka määritelmän mukaan palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, kasvaa sen tarve kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu viimeisille elinviikoille tai päiville. Silloin potilaan toimintakyky on yleensä merkittävästi heikentynyt.

Palliatiivisessa hoidossa kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana. Tarkoituksena ei ole pidentää eikä lyhentää elämää, vaan pyrkiä säilyttämään toimintakyky niin hyvänä kuin mahdollista elämän loppuun saakka sekä auttaa potilasta ja läheisiä sopeutumaan sairauteen ja lähestyvään kuolemaan.

2.2 PALLIATIIVISEN HOIDON TARVE

Pitkälle edenneenä monet sairaudet kuten syöpä, neurologinen tai muistisairaus, sydän-, keuhko-, maksa- tai munuaissairaudet aiheuttavat palliatiivisen hoidon tarvetta. WHO:n arvion perusteella elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain ainakin 30 000 henkilöä. Arviolta joka toinen heistä tarvitsee erityistason konsultaatiotukea tai hoitoa.

Valmius palliatiivisen hoidon ja saattohoidon antamiseen on oltava kaikkina vuorokauden aikoina. Etenevissä sairauksissa palliatiivinen hoito kannattaa integroida osaksi sairauden hoitoa riittävän aikaisessa vaiheessa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon antaminen perustuu hyvissä ajoin tehtyyn ennakoivaan hoitosuunnitelmaan ja saattohoitopäätökseen. Hoitosuunnitelma voi tähdätä hoitoon kotona kuolemaan saakka ja tarvittaessa joustavaan siirtymiseen ennalta sovittuun saattohoitoyksikköön potilaan ja/tai läheisten niin toivoessa.

2.3 HOITOSUUNNITELMA JA HOITOLINJAUKSET

Riittävän varhain puheeksi otettu palliatiivinen hoito ja ajoissa laadittu hoitotahto luovat perustan elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelulle. Hoidosta vastaava lääkäri ja hoitotiimi laativat yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheistensä tai laillisen edustajan kanssa ennakoivan hoitosuunnitelman, johon sisältyvät hoidon tavoite (hoitolinjaukset), tarvittavat hoitokeinot ja hoidon rajaukset. Tarvittaessa tehdään yhteistyötä alueellisen erityistason palliatiivisen yksikön (B- tai C-taso) kanssa. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan ennakoiden potilaan kivun ja muiden fyysisten oireiden hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja

henkiset tarpeet mahdollisimman kattavasti. Hoitosuunnitelma on sisällytettävä olemassa olevaan asiakassuunnitelmaan.

Vastuu hoitosuunnitelman toteutumisesta ja päivittämisestä on hoitavalla lääkärillä. Hoitava lääkäri arvioi, minkä tasoista ja kuinka kiireellistä palliatiivista hoitoa potilas tarvitsee. Ajan- tasaisen hoitosuunnitelman merkitys korostuu erityisesti etäkonsultaatioiden yhteydessä sekä hoitavan lääkärin vaihtuessa. Potilasta kannustetaan ja ohjataan tarvittaessa tekemään hoito- tahto ja nimeämään läheisen tai muun henkilön, jonka toivoo edustavan itseään siltä varalta, että kyky kommunikoida heikkenee oleellisesti.

Kuoleman lähestyessä hoitosuunnitelmaa täydennetään saattohoitosuunnitelmalla. Tässä huomioidaan jäljellä olevan ajan rajallisuus ja lisääntynyt potilaan ja läheisten avun sekä kokonaisvaltaisen tuen tarve. Saattohoitoa koskevaan suunnitelmaan kuuluu lääkityksen tarpeen arviointi ja oireita lievittävän hoidon onnistumisen varmistaminen. Saattohoidossa valmistaututaan kuolemaan, ja siinä korostuu ihmisarvon kunnioitus, kuolevan ja hänen läheistensä osallisuus sekä ympäristön kodinomaisuus ammatillisen osaamisen rinnalla. Saattohoitoon kuuluu myös vainajan arvokas kohtelu ja omaisten tukeminen kuoleman jälkeen.

Palliatiivista hoitoa (oireita lievittävä hoito) annetaan sairauden kaikissa vaiheissa. Sen sijaan palliatiivinen hoitolinjauus on tarpeellista tehdä, kun jäljellä olevan elämän pituuteen ei voida enää vaikuttaa ja hoidon tavoite on oireiden lievittäminen ja mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Se on ajankohtaista, kun sairauden etenemistä jarruttavista hoidoista ei enää ole odotettavissa hyötyä ja sairaus aiheuttaa kipua tai muuta fyysistä, psyykkistä tai henkistä kärsimystä. Tämä ei ole hoidosta luopumista vaan hoidon toteuttamista toisin tavoittein.

Palliatiivisesta hoitolinjauksesta keskustellaan tarvittaessa useampaan kertaan ja sovitaan yhteisymmärryksessä potilaan ja potilaan luvalla hänen läheistensä tai laillisen edustajansa kanssa. Päätökseen kirjataan hoidon sisältö, siihen liittyvä hoitosuunnitelma tarvittavine hoidonrajauksineen ja päätösten lääketieteelliset perusteet. Lisäksi kirjataan päätöksen tekijät ja potilaan ja läheisten tai laillisen edustajan kanssa käyty keskustelu sekä heidän kantansa päätökseen. Kun palliatiivinen hoitolinjauus on tehty, hoitovastuussa oleva lääkäri kirjaa sen potilaan diagnooseihin ICD10-koodilla Z51.5 – Palliatiivinen hoito.

Saattohoitopäätös tehdään, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai -viikkojen aikana, ja se tarkoittaa samalla hoitolupausta järjestää kuolevan potilaan oireenmukainen hoito ja tarvittava tuki potilaalle ja läheisille elämän viimeisten viikkojen aikana ja kuoleman tapahduttua. Saattohoitopäätöksen tekemisestä vastaa hoitovastuussa oleva lääkäri ja siitä keskustellaan ja sovitaan potilaan ja potilaan luvalla hänen läheistensä kanssa. Päätös pitää sisällään päätöksen pidättäytyä elvytyksestä. Kuten palliatiivinen hoitolinjauus, saattohoitopäätös kirjataan asianmukaisesti hoitokertomukseen.

3 PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON TILA SUOMESSA

3.1 VOIMASSA OLEVAT SUOSITUKSET

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjeistettiin Suomessa ensimmäisen kerran vuonna 1982 (Lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitokselle antamat terminaalihoidon ohjeet). Ohjeen tavoite oli, että potilas voi elää saattohoitovaiheen ilman vaikeita oireita tai kipuja haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa.

2000-luvun alussa annettiin Sosiaali- ja terveysministeriössä toimivan Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) suositukset saattohoidosta (2003).

Euroopan neuvosto on antanut suosituksen palliatiivisen hoidon järjestämisestä (2003). Suosituksen mukaan jokaisella jäsenvaltiolla pitää olla kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma. Palliatiivisen hoidon tulee olla osa terveydenhuoltojärjestelmää tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Euroopan neuvoston suositus kiinnittää erityisesti huomiota siihen että jokaisella elämä loppuvaiheen potilaalla pitää olla ennakoiva hoitosuunnitelma (advance care plan, ACP). Suosituksessa korostetaan, että elämän loppuvaiheen potilaita hoitavan henkilökunnan pitää olla koulutettua ja heidän vuorovaikutustaitonsa tulee olla korkeatasoista.

Sosiaali- ja terveysministeriö on 2010 julkaissut saattohoitosuositukset (STM Hyvä saattohoito Suomessa, 2010). Saattohoitosuosituksissa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus. Saattohoidon aloittaminen perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Saattohoitoa järjestetään kotona tai laitoksissa. Suomessa jokainen sairaanhoitopiiri ja terveyskeskus vastaavat saattohoidon järjestämisestä omalla alueellaan. Jokaisella sairaanhoitopiirillä tulee olla alueellinen saattohoitosuunnitelma.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” -raportissa asetetaan palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen tavoitteet vuoteen 2020 mennessä. Niissä painotetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä hoidon järjestämisessä sekä palliatiivisen hoidon riittävää tarjontaa ja hyvää laatua. Palliatiivisen ja saattohoidon antamisen työnjaoksi ehdotettiin kolmiportaista hoitojärjestelmää, johon kuuluvat perustaso, erityistaso ja vaativa erityistaso.

Käypä hoito -suositus ”Kuolevan potilaan oireiden hoito” vuodelta 2012 opastaa hoitolinjausten tekoa ja oireita lievittävien hoitojen käyttöä elämän loppuvaiheessa. Muistisairauksien käypä hoito -suosituksessa (2017) kuvataan hyvän ympärivuorokautisen hoidon järjestämistä.

Kaikissa suosituksissa ja ohjausdokumenteissa painotetaan riittävän palliatiivisen hoidon koulutuksen järjestämistä terveydenhuollon ammattihenkilöille ja osaamisen vahvistamista kaikissa hoitoon osallistuvissa henkilöstöryhmissä. Lisäksi korostetaan hoitoa antavien ammattihenkilöiden työhyvinvoinnista huolehtimisen tarvetta.

3.2 NYKYTILA

Saattohoidon tilaa on viimeksi kartoitettu kattavasti vuonna 2012. Silloin saattohoitosuunnitelma puuttui vielä joka neljänneltä sairaanhoitopiiriltä tai suurelta kunnalta (ETENE 2012). Erityistason saattohoitovuodepaikkoja oli arviolta vain alle puolet suositellusta (243 sairaansijaa, vastaa 43 % suosituksen mukaisesta tarpeesta). Kotisaattohoitoa ja saattohoito-osastoja ei ollut käytettävissä kaikissa kunnissa.

Tilanne on kehittynyt viime vuosina. Jokaisessa viidessä yliopistosairaalassa ja muutamassa keskussairaalassa on palliatiivisen hoidon yksiköt, mutta vaativan erityistason palliatiivisen keskuksen (C-taso) kaikki kriteerit eivät täyty vielä missään sairaalassa. Erityistason palveluita (B-taso) tuottavat perusterveydenhuollossa toimivat yksiköt (saattohoito-osastot, kotisairaalat) ja muutamassa sairaalassa toimii palliatiivisen hoidon poliklinikka.

Kolmas sektori tuottaa erityistason saattohoitopalveluita neljällä paikkakunnalla osana palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitoketjua (saattohoitokodit). Paikallisia saattohoitoyksiköitä on terveyskeskusvuodeosastoilla. Perustason palveluita tuottavat julkisen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksiköt sekä yksityiset hoitolaitokset. Palveluasumisyksiköissä henkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen ja lääkärin saatavuus ovat vaihtelevia, eikä ennakoivia elämän loppuvaiheen suunnitelmia tehdä kattavasti.

Elämän loppuvaiheessa sekä potilas että hänen läheisensä tarvitsevat psykososiaalista tukea. Suomen sairaaloissa ainoa psykososiaalisen tuen yksikkö on HUS:n palliatiivisessa keskuksessa. Sairaalateologit tarjoavat sielunhoidollisia palveluita myös kotiin. Kolmannen sektorin ja vapaaehtoisten rooli on merkittävä potilaiden ja läheisten tukemisessa ja vertaistuen osana.

3.3 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO JA KUSTANNUKSET

Elämän loppuvaiheessa ilmenevät vaikeat oireet voivat johtaa toistuviin päivystys- ja sairaaläkäynteihin, jos ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ja palliatiivisesta hoidosta ei ole huolehdittu. Valtaosa ihmisistä haluaisi olla tutussa asumisympäristössä mahdollisimman pitkään. Monet haluavat myös kuolla kotona. Suomessa elämän viimeisen kolmen kuukauden aikana 70–80 % vanhuksista siirtyy kodistaan tai tehostetun palveluasumisen yksiköstä johonkin terveydenhuollon toimintayksikköön, yleisimmin terveyskeskuksen vuodeosastolle. Viimeisen elinvuoden hoito kattaa noin 25 % ja viimeisen elinkuukauden noin 10 % kaikista terveydenhuollon menoista.

Päivystyskäyntejä voidaan vähentää, kun potilaiden ennakoiva palliatiivinen hoito on järjestetty hyvin ja henkilökunnalla on riittävä osaaminen. Tavallisimpia syitä hakeutua päivystykseen ovat hoitamattomat oireet, puutteellinen tuki ja turvattomuus. Läheisten tuella on suuri merkitys elämän loppuvaiheen hoidon onnistumiselle ja sitä kautta vaikutusta myös yhteiskunnalle koitaviin kustannuksiin. Koska kuolevat potilaat hoidetaan jo nyt terveydenhuollon voimavaroin, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisessä on kysymys lähinnä toiminnan uudelleen järjestämisestä ja resurssien ohjaamisesta potilaan, läheisten ja yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaisesti.

3.4 OSAAMINEN JA KOULUTUSTARJONTA

Palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan hoivayksiköistä erikoissairaanhoidon, ja se kuuluu osaksi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perustaitoja. Nykyisin palliatiivinen hoito ja saattohoito eivät sisälly riittävästi terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden perusopetuksen ja jatkokoulutuksen opetussuunnitelmiin. Vain lähihoitajakoulutuksessa on määritelty saatto- ja palliatiivisen hoidon ammattitaitokriteerit. Sen sijaan täydennyskoulutus ei ole valtakunnallisesti yhteneväistä.

Sairaanhoitajien peruskoulutuksessa palliatiivisen hoidon opetuksen määrä vaihtelee merkittävästi ammattikorkeakoulusta toiseen. Valtakunnallista suositusta opetusohjelmasta ei ole. Lisä- ja täydennyskoulutusta on tarjolla satunnaisesti. Varsinaista erikoistumiskoulutusta ei tällä hetkellä ole saatavilla.

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden palliatiivisen hoidon tai saattohoidon erityisosaamista sisältävät jatkokoulutusohjelmat eivät nykyisellään johda pätevyyttä osoittaviin tutkintoihin.

Lääkäreiden peruskoulutukseen palliatiivisen lääketieteen opetusohjelma kuuluu vain kahdessa yliopistossa (Tampereen ja Helsingin yliopistot, noin 1,5 opintopistettä). Vaikka useimmat kliiniset erikoisalajat hoitavat myös parantumattomia ja pitkälle edenneitä sairauksia, vain harvojen erikoisalojen koulutusohjelmien vaatimuksiin on sisällytetty palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusosaamista tai elämän loppuvaiheen lähestymisen merkkien tunnistamista.

Lääkärit ovat voineet suorittaa Suomen Lääkäriliiton palliatiivisen lääketieteen kaksivuotisen erityispätevyyskoulutuksen vuodesta 2007. Koulutusoikeudet omaavia erityisyksiköitä on yli 20 eripuolilla Suomessa niin erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa kuin kolmannen sektorin saattohoitokodeissa. Erityispätevyden on suorittanut yli 130 lääkäriä, ja koulutuksessa on vuonna 2017 noin 40 lääkäriä. Suomessa ei ole palliatiivisen lääketieteen erikoislääkärikoulutusohjelmaa tai erikoislääkärikoulutuksen lisäkoulutusohjelmaa missään yliopistossa.

3.5 TUNNISTETUT KEHITTÄMISTARPEET

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäminen ja palvelujen integroituminen kattavasti sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään on toteutunut heikosti suosituksista huolimatta. Määrällisiä tai laadullisia palvelujärjestelmän kehittämistarpeita ovat:

- 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 kotisairaaloiminnan 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
- Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetuksen sisällyttäminen osaksi kaikkien terveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalihuollon ammattihenkilöiden perusopetusta, jatkokoulutusta ja erikoistumiskoulutusta
- Elämän loppuvaiheen potilaiden ja heidän läheistensä elämäntilanteen huomioivan psykososiaalisen tuen tarvelähtöinen ja yhdenvertainen saatavuuden varmistaminen myös kotisaattohoidossa.

4 PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

4.1 LAIT JA ASETUKSET

Suomen perustuslaki (731/1999) edellyttää, että julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjataan mm. seuraavien lakien säännöksillä: laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, asiakaslaki), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012, vanhuspalvelulaki) ja laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015). Näissä korostetaan hoidettavan ihmisen autonomiaa, itsemääräämisoikeutta, koskemattomuutta ja ihmisarvon kunnioittamista.

Asiakaslain 8 §:n mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Vanhuspalvelulain 14 §:n mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Palvelut on sovittava sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palveluntarpeita. Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 32 § säättää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä. Kunnan perusterveydenhuollon tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on oltava sellaisessa yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen sekä potilaan hoidon ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve edellyttävät. Lain 33 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoitoa siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä ja tarvittavasta yhteistyöstä mm. perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ja sosiaalihuollon kesken (34 § 28.12.2012/914). Terveydenhuoltolain perustelumuiotiossa on mainittu saattohoito esimerkkinä järjestämissuunnitelmassa sovittavista asioista. Suunnitelmasta säädetään tarkemmin asetuksella (337/2011).

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 43 §:n mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus, jossa sovitaan alueellisesta työnjaosta. Perustelumuiotiossa mainitaan järjestämissopimus yhtenä keinona yhtenäistää alueen käytäntöjä saattohoidossa ja selkiinnyttää kuolevien potilaiden hoitoa ja potilaiden saattohoitopolku.

Terveydenhuoltolain 45 §:ssä (29.12.2016/1516) säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Valtioneuvoston asetuksen (582/2017) mukaan viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava eräistä erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Vaativa palliatiivinen ja saattohoito kuuluvat näihin tehtäviin. Taustamuiotiossa mukaan palliatiivisen hoidon ja

saattohoidon palveluissa tulee ottaa huomioon alueelliset erot väestötiheydessä ja etäisyyksissä. Erityisvastuualueiden yliopistosairaaloiden tulee suunnitella vaativan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestelyt alueellaan valtakunnallisesti yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden tulee yhteistyössä huolehtia toiminnan yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa.

4.2 YLEISET PERIAATTEET

Seuraavat yleiset periaatteet koskevat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä:

Potilaan ja läheisten näkökulmasta

- Potilas ja läheiset toiveineen huomioidaan päätöksissä ja suunnitelmissa.
- Osaava hoito tarjotaan kotiin tai palveluasumisyksikköön tai mahdollisimman lähellä kotia potilaan ja läheisten tarpeiden mukaisesti.
- Kiireellisten tilanteiden ratkaisu perustuu ennakoiviin päätöksiin ja henkilökohtaiseen hoitosuunnitelmaan.

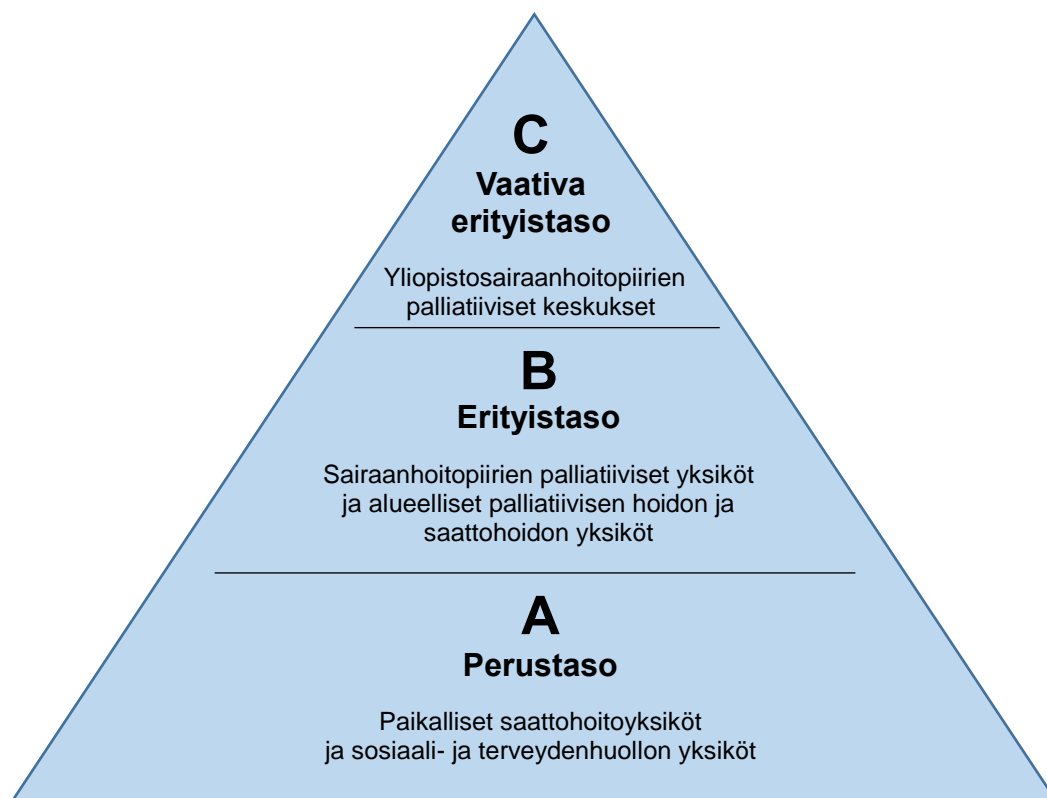
Hoitoa antavan ammattihenkilön näkökulmasta

- Moniammatillinen yhteistyö ja verkostomainen toimintamalli tukevat hoitoa antavaa terveydenhuollon ammattihenkilöä.
- Mahdollisuus konsultaatioon on aina saatavilla.

Palvelujärjestelmän kannalta

- Päätökset ja suunnitelmat tehdään ennakoiden, ja ne ovat koko palveluketjun saatavilla.
- Tarvittaessa koko palveluketju osallistuu hoitoon oikea-aikaisesti.
- Alueelliset palveluketjukurvat laaditaan hoidon porrastuksen mukaisesti huomioiden paikalliset olosuhteet.

4.3 HOIDON PORRASTUS



Kuvio 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli.

Palliativisen hoidon integrointi osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on välttämätöntä, jotta kaikki palliativista hoitoa tarvitsevat potilaat saavat asianmukaisen hoidon. Suomessa tarvitaan kattava palveluverkosto, joka on porrastettu annettavan hoidon vaativuuden mukaan: perustaso A, erityistaso B, ja vaativa erityistaso C. Erityistason (B ja C) palvelumuodot kuvataan liitteessä. Tarkempi kuvaus eri tasojen yksiköistä ja niiden tehtävistä, henkilöstö- ja osaamiskriteereistä on esitetty taulukossa 1.

Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamiseen kuuluu palliativisen hoidon tai saattohoidon tarpeen tunnistaminen ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tekeminen tarvittaessa yhteistyössä palliativisen hoidon asiantuntijoiden kanssa. Jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön pitää hallita perustason hoito mukaan lukien oirehoidon perusteet, huolenpito kuolevasta ja läheisistä sekä psykososiaalisten ja vakaumuksen mukaisten henkisten tarpeiden arviointi.

Palvelut tuotetaan potilaan tarpeen ja henkilökohtaisen hoitosuunnitelman mukaan hoidon vaativuuden edellyttämällä hoidonporrastuksen ABC-tasolla. Joustavat konsultaatiomahdollisuudet eri tasojen välillä mahdollistavat potilaan hoidon ensisijaisesti siellä, missä hän asuu. Hoitovastuu siirtyy tarvittaessa tasolta toiselle ”saattaen vaihdon” periaatteella. Yleisimmät saattohoito- ja oirelääkkeet tulee olla saatavilla kaikissa yksiköissä ja lääkäri ja sairaanhoitaja tavoitettavissa. Läheisillä on oltava mahdollisuus osallistua saattohoitoon.

Perustason (A) muodostavat kaikki terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksiköt, jotka tarjoavat palveluja tai hoitoa elämänkaaren loppuun saakka. Henkilökunta on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon yksiköt, sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen ja vanhainkodit tarjoavat perustason palliatiivista hoitoa. Perustasona ovat myös muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, joissa potilaita hoidetaan elämänsä loppuun saakka, sekä sairaaloiden sellaiset vuodeosastot, joissa kuolevia potilaita hoidetaan vain satunnaisesti.

A-tason laatukriteerit täyttävää saattohoitoa tarjoavat sosiaali- tai terveydenhuollon ympärivuorokautisen palvelun yksiköt sekä vuodeosastot, joissa saattohoitoa on kehitetty yhtenä perustehtävänä muun toiminnan ohessa. Saattohoito on huomioitu yksiköiden henkilöstön mitoituksessa ja osaamisessa sekä toimintaympäristössä (saattohoitopaikat). Hoitohenkilökunnalla on riittävä koulutustaso ja lääkärit osallistuvat yksikön päivittäistöimintaan. Asiantuntevaa konsultaatiotukea on saatavilla ympärivuorokautisesti. A-tason palvelut turvaavat saattohoidon lähellä kotia, kun potilaan tilanne on komplisoitumaton.

Erityistason (B) muodostavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt (kotisairaala ja saattohoitopaikat, saattohoito-osastot tai saattohoitokodit), palliatiiviset poliklinikat sekä konsultaatiotiimit. Näissä palliatiivinen ja saattohoito on pääasiallinen toimi ja henkilökunta on erityiskoulutettua. Alueellisen B-tason yksikön suositeltava väestöpohja on vähintään 50 000 asukasta, jotta yksikössä on riittävä potilasmäärä osaamisen ja laadun varmistamiseksi.

Kaikissa sairaanhoitopiireissä tarvitaan B-tason erikoissairaanhoidon antava palliatiivinen yksikkö, jossa on poliklinikka, sairaalan konsultaatiotiimi ja palliatiivisia vuodepaikkoja, sekä erityistason saattohoito-osasto tai saattohoitokoti vaikeahoitoisia potilaita varten. Alueella on oltava kattava kotisairaalaverkosto ja kotisairaalan tueksi saattohoitoon tarkoitettuja vuodepaikkoja huomioiden väestön määrä ja etäisyydet. Yksiköt toimivat osana sairaanhoitopiirin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluketjua monipuolisten erityistason palveluiden ja konsultaatiotuen turvaamiseksi perustason yksiköille.

Jokaisella alueella tarvitaan riittävästi psykososiaalista tukea potilaille ja heidän läheisilleen sekä vakaumuksen mukaista eksistentiaalista tukea, esimerkiksi sairaalasielunhoidolliset palvelut, myös kotiin.

B-tason yksiköt osallistuvat eri ammattiryhmien perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen järjestämiseen ja ylläpitävään ja kehittävään alueensa palliatiivisen ja saattohoidon osaamista ja toimintatapoja.

Vaativan erityistason (C) muodostavat yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuskeskukset, jotka palvelevat koko erva-alueella. Palveluihin kuuluvat vaativan avohoidon palliatiivinen poliklinikka, psykososiaalinen yksikkö ja ympärivuorokautinen konsultaatiotuki erva-alueelle sekä vaativaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut kotisairaala ja saattohoito-osasto tai/ja saattohoitokoti, joka toimii tukiosastona kotisairaallalle. C-tasolla tarvitaan myös palliatiivisen hoidon vuodeosastoa palliatiivisia interventioita ja hoitajaksoja varten ja palliatiivisen hoidon moniammatillinen konsultaatiotiimi yliopistosairaalassa.

Yliopistosairaanhoidopiirien palliatiivisten keskusten tehtävät:

- koordinoida erityisvastuualueiden vaativaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa, mukaan lukien kotisaattohoito
- huolehtia erva-alueen vaativan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnittelusta ja yhteensovittamisesta sisältäen alueelliset palliatiivisen hoidon hoitoketjut
- huolehtia erva-alueen hoitoketjujen suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta yhteistyössä alueen muiden palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa järjestävien tahojen kanssa
- yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa koordinoida erva-alueen henkisen ja hengellisen tuen palveluja (vakaumuksen mukainen eksistentiaalinen tuki, sairaalasielunhoidolliset palvelut)
- huolehtia erva-alueen vaativan erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tehtävistä
- huolehtia valmiudesta vaativan erityistason psykososiaalisen tuen kotiin tarjonnasta
- lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutussuunnitelman laatiminen
- huolehtia oman sairaanhoidopiirinsä alueen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon potilaiden tarvitsemista erikoissairaanhoidon palveluista (B-taso)
- tarjota ympärivuorokautinen konsultaatiotuki alueen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja etäpalvelut erva-alueelle
- tarjota yliopistosairaalan potilaiden palliatiivinen ja saattohoito, jota ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa muissa yksiköissä
- varmistaa alueen lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan palliatiivisen ja saattohoidon osaaminen
- vastata yhteistyössä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten kanssa palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen perusopetuksesta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden jatko- ja erikoistumiskoulutuksesta
- huolehtia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisestä ja tutkimuksesta.

Yliopistosairaanhoidopiirien alueilla toimii lisäksi väestöpohjaan suhteutettuna riittävä määrä A- ja B-tasojen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksikköjä osana palvelujärjestelmää.

4.4 PALVELUKETJUT

Sairaanhoitopiirien tehtävänä on huolehtia alueensa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnittelusta yhteistyössä muiden alueen palvelujen järjestäjien kanssa osana terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa, huolehtia suunnitelman päivittämisestä sekä siitä, että alueelliset palveluketjut vastaavat hoidon tarpeeseen yhdenvertaisin käytännöin.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnitelmissa kuvataan palvelutarjonnan ja palveluketjujen lisäksi lähete- ja konsultaatiokäytännöt, miten palveluohjaus järjestetään, miten henkilöstön koulutustarpeisiin vastataan ja miten suunnitelmien toteutumista mitataan ja seurataan. Lisäksi kuvataan psykososiaalisen tuen ja vakaumuksen mukaisen eksistentiaalisen tuen (esimerkiksi sairaalasielunhoidolliset palvelut) tarjonta alueella.

Alueiden on sovittava alueellisesta palveluketjusta hoidon porrastuksen mukaisesti. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä kannattaa sairaanhoidopiirien alueilla sopia niin, että sairauden aiheuttamia oireita ja kärsimyksiä voidaan hoitaa ensisijaisesti siellä, missä potilas asuu. Kaikilla potilailla on oltava asuinpaikastaan riippumatta yhdenvertainen pääsy tarpeen mukaisiin erityistason palveluihin.

Suurin osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevista potilaista hoidetaan perustasolla. Perustasolle kuuluu komplisoitumattomien elämän loppuvaiheen oireiden hoito laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Oireiden vaikeutuessa konsultoidaan palveluketjun mukaisesti palliatiivisen hoidon erityistason yksikköä (B- ja C-tasot) ja yhteistyössä täydennetään hoitosuunnitelmaa. Potilaan hoitoon perustasolla voi osallistua erityistason kotisairaala (B- tai C-taso) tai potilas voidaan siirtää erityistason yksikköön.

Hoitovastuussa oleva lääkäri lähettää erityistason palveluja tarvittaessa lähetteen sairaanhoitopiiriin B-tason yksikköön. C-tason vaativan palliatiivisen hoidontarpeen arviointi tehdään yliopistollisen sairaanhoitopiiriin palliatiivisessa keskuksessa. Erityistason palvelut järjestetään tarvelähtöisesti.

Kun potilaan hoitovastuu on siirtymässä toiselle yksikölle, huolehditaan hoidon jatkuvuudesta riittävällä tiedonsiirrolla ja varmistamalla, että hoitokontakti on syntynyt seuraavan hoitoyksikön kanssa niin, että potilaalla ja läheisillä on aina tiedossa, mikä on hoidosta vastaava taho ja mihin he voivat ottaa yhteyttä (saattaen vaihtaminen). Jos palliatiivisen hoitolinjauksen seurauksena, esimerkiksi syöpälääkehoidon päättyessä, hoitovastuu siirtyy, kontakti edeltävään yksikköön pidetään yllä, kunnes yhteys uuteen yksikköön on syntynyt. Saattohoitovaiheessa potilaalla on mahdollisuus olla yhteydessä hoitavaan yksikköön kaikkina vuorokauden aikoina ja potilas voi siirtyä viiveettä saattohoito-osastolle omasta pyynnöstään. Myös muille kotihoidossa oleville palliatiivisille potilaille turvataan yhteydenottomahdollisuus ja nopea siirtyminen vuodeosastolle tilanteen niin vaatiessa.

Palveluketjuissa hyödynnetään julkisen palvelujärjestelmän ohessa yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien tarjoamia palveluja. Seurakunnat ja uskonnolliset yhteisöt, järjestöt, yhdistykset ja muut vapaaehtoisuuden pohjalta toimivat tahot ovat julkisia palveluja täydentävä voimavara esimerkiksi psykososiaalisen tuen, läheisten tukimuotojen ja vertaistuen tarjoajina. Vapaaehtoistoiminta lisää hoidon inhimillisyyttä. Vapaaehtoistoiminta voi ulottua kaikille palvelujärjestelmän tasoille. Vapaaehtoisten koulutuksesta ja toiminnanohjauksesta huolehtiminen on osa palvelujen laadun varmistamista.

Yliopistosairaanhoitopiireillä on lisäksi erityisvastuualueillaan vaativan palliatiivisen ja saattohoidon suunnittelun ja yhteensovittamisen koordinaatiovastuu yhdenvertaisen ja vaikuttavan hoidon toteuttamiseksi sekä osaamisen varmistamiseksi koko maassa. Niiden on myös huolehdittava erikoissairaanhoitoon kuuluvista vaativan palliatiivisen ja saattohoidon tehtävistä. Suunnitelmassa kuvataan vaativan palliatiivisen hoidon järjestelyt erityisvastuualueella valtakunnallisesti yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Alueelliseen erikoissairaanhoitoon järjestämissopimukseen on mahdollista kuvata alueen saattohoidon yhtenäisiä käytäntöjä ja hoitoketjut eri-ikäisten potilaiden ja eri sairauksien saattohoidon järjestämiseksi.

Yhtenäiset tietojärjestelmät palvelevat hoitoketjuja. Kanta-arkisto tarjoaa mahdollisuuksia ajantasaiseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tietojen välittämiseen. Innovatiiviset ratkaisut paikallisten terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoiden yhteistoiminnassa ovat arvokas lisä palvelujen toteuttamiseksi. Yhteistyön ja tiedonkulun kehittäminen ensihoidon kanssa on tärkeää tarpeettomien päivystyskäyntien ja siirtojen välttämiseksi.

4.4.1 Kotihoito

Suurin osa kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä ja monisairaita. Kotihoidon terveydenhuollon ammattilaiset voivat tarvittaessa hoitaa potilasta yhteistyössä erityistason kotisairaalan kanssa. Avuntarpeen lisääntyessä kotihoidon tukena voidaan tarvita myös päiväsairaaloimintaa. Kotona hoidettaville potilaille turvataan voinnin heikentyessä nopea pääsy tukiosastolle. Tukiosastojaksoa voidaan tarvita myös silloin, kun potilaan läheiset väsyvät.

4.4.2 Sosiaalihuollon yksiköt

Palvelujen laadun varmistamiseksi sosiaalihuollon yksiköiden omavalvontasuunnitelmassa kuvataan yksikön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnitelma ja saatavilla olevat A-tason palvelut.

Palveluketjuissa kuvataan, miten erityistason konsultaatiotuki ja kotisairaalapalvelut (B- tai C-taso) järjestetään kaikille sosiaalihuollon yksiköille, niin ympärivuorokautisen asumisen kuin vähemmän tuettuihin asumisyksikköihin. Konsultaatiopalveluja voidaan antaa myös puhelinneuvontana tai järjestämällä videoneuvotteluja. Potilaan hoidon ohella konsultaatiopalvelut tarjoavat koulutusta palveluasumisyksikön henkilökunnalle palliatiivisen hoidon ja saattohoidon valmiuksien lisäämiseksi.

Ympärivuorokautisen asumispalvelun yksiköiden suurin asukasryhmä ovat muistisairaat iäkkäät potilaat, joilla on usein muitakin sairauksia. Muistisairaana elämänlaadun kannalta olennaista on tuttu ympäristö ja hoitohenkilökunta. Tavoitteena on, että ympärivuorokautisessa asumispalvelussa olevat saavat asua samassa paikassa kuolemaan asti ilman aiheettomia siirtoja päivystykseen tai sairaalaan. Kaikille ympärivuorokautisessa asumisessa oleville on asianmukaista laatia osana asiakassuunnitelmaa ennakoiva elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman varalle, että vointi heikkenee. Hoidon laadun varmistamiseksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistason konsultaatiotuki (B tai C) on oltava saatavilla niihin ympärivuorokautisen asumisen yksiköihin, joissa hoidetaan asiakkaat elämänkaaren loppuun saakka.

Mielenterveyspotilaita, kehitysvammaisia ja päihdepotilaita asuu eritasoisissa palveluasumisyksiköissä. Kun tarve siirtyä ympärivuorokautisen hoidon piiriin ilmaantuu, tarvitaan myös ennakoiva elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Kontaktin säilyminen omahoitajaan tai omaohjaajaan luo turvallisuutta ja tukee potilasta. Ennakoivan suunnittelun avulla luodaan edellytyksiä hoidon antamiselle asumisyksikössä kuolemaan asti yhteistyössä erityistason yksikön kanssa huomioiden kyseisten potilasryhmien erityistarpeet.

Ympärivuorokautisissa palveluasumisyksiköissä, joissa asukkaita hoidetaan elämän loppuun saakka, tulee olla saattohoitoon tarvittavat lääkkeet saatavilla (lääkekaappi) akuuttien tilanteiden hoitamista varten, jotta hoitolupaus hyvästä oirehoidosta voidaan toteuttaa. Sosiaalihuollon lääkehuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevat säädökset tarvitsevat ajantasaisamista, jotta asianmukainen palliatiivisen ja saattohoidon lääkitys olisi sujuvasti toteutettavissa.

4.4.3 Perusterveydenhuolto

Suurin osa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon A- ja B-tason palveluista toteutuu nykyisin osana kuntien itsenäisesti tai yhdessä järjestämiä terveydenhuoltopalveluja. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon yksiköt ovat osa alueellista palveluketjua samoin kuin terveyskeskusten vuodeosastot, jotka tarjoavat saattohoitoa (taso A). Suurimmissa kunnissa voi olla järjestettyä kattavasti omaa B-tason toimintaa. Työnjako ja yhteistyö sosiaalihuollon yksiköiden, kuntien

terveydenhuoltopalveluiden ja sairaanhoitopiiriin B- tai C-tason palvelujen kanssa kuvataan alueellisen suunnitelman palveluketjukuvauksissa.

Perusterveydenhuollossa hoitava lääkäri on vastuussa komplisoitumattoman potilaan hoitosuunnitelman tekemisestä ja päivittämisestä tarvittaessa yhteistyössä sosiaalihuollon tai erityistason toimijoiden kanssa.

4.4.4 Erikoissairaanhoito

Sairaanhoitopiirien B-tason yksiköt tuottavat palliatiivisen hoidon konsultaatioita, palliatiivisen hoidon vastaanottoa, kotisairaalapalveluja sekä tarjoavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vuodeosastohoitoa yhteen sovittaen toimintansa alueen perusterveydenhuollon tarjoamien erityistason palvelujen kanssa. Sairaanhoitopiiriin alueen kaikki B-tason yksiköt toimivat tiiviissä ja joustavassa yhteistyössä alueen perustason kanssa niin, että palliatiivisen hoidon laadukas toteutuminen onnistuu mahdollisimman pitkälle siellä, missä potilas asuu. Lisäksi sairaanhoitopiiriin B-tason yksiköt toimivat yhteistyössä erityisvastuualueen C-tason palvelujen tuottajien kanssa vaativan palliatiivisen hoidon toteuttamiseksi (esim. lapset ja nuoret).

Erikoissairaanhoitoa antavassa sairaalassa tarvitaan palliatiiviseen hoitoon perehtynyt moniammatillinen konsultaatiotiimi, joka tukee hoitosuunnitelman laatimista ja huolehtii kärsimyksiä lieventävän hoidon ja toimenpiteiden järjestymisestä. Joskus vaikeat oireet edellyttävät päivystyksellisiä toimenpiteitä.

Kaikkien erikoissairaanhoidossa toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamiseen kuuluu tunnistaa potilaiden palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tarve. Potilaan kanssa päätetään hoitolinjauksesta ja laaditaan palliatiivisen hoidon suunnitelma tarvittaessa yhteistyössä palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden kanssa. Tämän jälkeen sovitaan jatkohoidon järjestämisestä sen mukaan, mitä oireiden hoito edellyttää. Elämän loppuvaiheen hoito pyritään ensisijaisesti järjestämään siellä, missä potilas asuu. Jos potilaan oireiden lievitys ei onnistu kotiolo-suhteissa, hoito järjestetään hoidon vaativuuden mukaisella tasolla (ABC).

Yliopistosairaanhoitopiirien palliatiivisen ja saattohoidon keskuksien (C-taso) tehtävä on huolehtia oman alueen erityistason palliatiivisen hoidon yhteensovittamisesta ja vaativan erityistason palvelujen järjestämisestä koko erva-alueelle (palliatiivisen hoidon ympärivuorokautiset konsultaatiopalvelut, vastaanotto, kotisairaala, vuodeosasto, saattohoito-osasto tai -koti, psykososiaalinen- ja eksistentiaalinen tuki). C-tason keskuksista tarjotaan vaativan erityistason palliatiivisen hoidon osaamista erityisryhmille, esimerkiksi lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintasuunnitelmien laatiminen.

C-tason keskus vastaa yhteistyössä alueen yliopiston, ammattikorkeakoulujen ja muiden oppilaitosten kanssa siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden palliatiivisen hoidon opetus on määrällisesti ja laadullisesti riittävää.

Yliopistosairaanhoitopiiriin C-tason keskus koordinoi palliatiivisen ja saattohoidon alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista yhteistyössä alueen muiden toimijoiden kanssa (ABC-tasot). Erityisvastuualueen palliatiivisen ja saattohoidon suunnitelmassa kuvataan alueen väestön tarvitsema hoidon tarve huomioiden paikalliset olosuhteet (mm. etäisyydet) ja sen toteutus sekä laadun seuranta. C-tason keskus huolehtii suunnitelman päivittämisestä yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.

4.5 LASTEN JA NUORTEN PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Lasten ja nuorten saattohoito on erityisen vaativaa. Lapsen ja nuoren palliatiivinen hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä yliopistollisen sairaalan (C-taso) kanssa. Lasten ja nuorten hoidossa huomioidaan aina koko perheen tarpeet mukaan lukien sisarukset. Hoitosuhde lasta hoitavaan yksikköön tavallisesti säilyy. Palliatiivisen hoidon suunnitelmasta ja saattohoitosuunnitelmasta keskustellaan lapsen tai nuoren kanssa hänen kehitystasonsa mukaisesti. Vanhempien rooli huomioidaan keskustelussa keskeisenä. Lapsen ja nuoren saattohoito toteutetaan ensisijaisesti kotona tai mahdollisimman lähellä kotia. Etäisyyksien ollessa pitkät saattohoidon voi toteuttaa alueellinen erityistason yksikkö yhteistyössä lähimmän keskussairaalan lastenyksikön kanssa. Alueellinen taso otetaan ajoissa mukaan lapsen ja perheen tueksi. Yliopistosairaalan (C-taso) tulee kyetä antamaan ympärivuorokautista konsultaatiotukea ja etäpalveluja tarvittaessa osana lapsen kotiin tarjottavia palveluja.

4.6 LÄHEISET

Elämän loppuvaiheessa läheisten merkitys korostuu. Omaishoitajan rooli on tärkeä, ja hänen jaksamistaan tuetaan esimerkiksi tarjoamalla potilaalle mahdollisuus intervallihoitoon. Läheisille välitetään tietoa kolmannen sektorin ja vapaaehtoistoiminnan tarjoamista tukimuodoista.

Kun kuolevan perheessä on alaikäisiä lapsia, heidän tuen tarpeeseensa kiinnitetään huomiota ja tarjotaan perheelle mahdollisuus psykososiaaliseen tukeen. Kolmannen sektorin rooli läheisten tukena on merkittävä ja vertaistuen järjestämistä perheenjäsenille voidaan edistää myös osana palveluketjuja.

4.7 SUOSITUS ERITYISTASON VOIMAVAROISTA

Laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen perustuu osaavaan ja mitoitukseltaan riittävään terveydenhuollon ammattihenkilöistä muodostuvaan henkilökuntaan sekä kotiin vietävien palvelujen ensisijaisuuteen. Euroopan neuvoston ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) suositusten mukainen resurssitarve on:

- Erityistason kotisairaala (B- ja C-tasot, moniammatillinen asiantuntijaryhmä) / 100 000 asukasta.
- Erityistason (B- ja C-tasot) palliatiivisen ja saattohoidon vuodeosastolla noin 8-10 sairaansijaa / 100 000 asukasta.
- Erityistason (B- ja C-tasot) palliatiivisen ja saattohoidon vuodeosastolla 1-1,2 hoitajaa ja 0,15 lääkäreä / sairaansija.

Edellä olevia lukuja voidaan pitää suuntaa antavina. Käytännössä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon resurssitarpeeseen Suomessa vaikuttavat alueelliset erot, kuten väestötiheys ja etäisyydet. Harvaan asutulla alueella pienempikin väestöpohja (alle 50 000 asukasta) tarvitsee kotisaattohoidon asiantuntijaryhmän eli kotisairaalan. Kun etäisyys lähimpään B- ja C-tason hoitoyksikköön on suuri, kannattaa A-tason valmiuksia nostaa niin koulutuksellisesti kuin henkilöstömitoituksenkin suhteen laadukkaan lähipalvelun turvaamiseksi. Erityistason ja vaativan erityistason jalkautumista, videokonsultaatiota, etävastaanottoja sekä voimien ja oireiden itseraportointia sähköisin viestimin voidaan edistää palveluja kehitettäessä etenkin harvaan asutulla alueella, jotta erityistason palvelut voidaan turvata koko maassa.

5 OSAAMISEN JA KOULUTUKSEN KEHITTÄMINEN

Palliativisen hoitotyön ja lääketieteen opetusta on tarpeen kehittää ja lisätä tutkintoon johtavissa koulutuksissa, jotta varmistetaan kaikkien ammattiryhmien asianmukainen osaaminen. Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden (keskeisimpinä sairaanhoitajat, lähihoitajat ja lääkärit) ja soveltuvin osin sosiaalihuollon ammattihenkilöiden (esimerkiksi kehitysvammaisten ja vanhusten hoidossa toimivien) kuuluu ymmärtää ihmisen elämänsäkaareen sisältyvät vaiheet, hallita elämän loppuvaiheen hoidon perusasiat ja vuorovaikutustaidot sekä tunnistaa läheisten tuen tarpeet. Osaamisen saavuttamiseksi tarvitaan riittävä ja yhdenmukainen palliativisen hoidon ja lääketieteen perusopetus yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja ammattioppilaitoksissa.

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden erikoistumisopintoihin kuuluu myös palliativiseen hoitoon perehtyminen etenkin aloilla, joiden piiriin kuuluu vaikeasti sairaita potilaita. Palliativisen hoidon oppimistavoitteiden huomioiminen opintokuvauksissa on aiheellista. Erityistasojen (B- ja C-taso) osaamistarpeisiin vastataan parhaiten palliativisen hoidon erikoistumiskoulutusohjelmin, jotka johtavat pätevyuden osoittaviin tutkintoihin. Näiden käynnistämiseksi Suomessa tarvitaan suunnittelua ja yhteistyötä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja ammattioppilaitosten kesken. Myös lähihoitajien ja omaohjaajien valtakunnallisesti yhdenmukaista täydennyskoulutusta tarvitaan eri puolilla maata.

Riittävällä ja laadukkaalla täydennyskoulutuksen tarjonnalla varmistetaan palliativista hoitoa antavien ammattihenkilöiden yleinen osaamistaso. Kaikkien ammattiryhmien koulutuksessa tulee huomioida moniammatillinen yhteistyö, jossa on edustettuna lääketieteellinen ja hoitotyön sekä psykososiaalisen ja henkisen/hengellisen tuen osaaminen.

Jatkuvan työssä oppimisen mahdollistamiseksi tarvitaan verkostoitumista, hyvien käytänteiden jakamista sekä tiivistä ja joustavaa yhteistyötä palliativisen hoidon eri tasojen kanssa. Alueellisissa suunnitelmissa kuvataan, miten palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon osallistuvien työntekijöiden osaamista ja jaksamista tukevaa työnohjausta kehitetään ja tarjontaa lisätään säännöllisesti saattohoitotyössä toimivalle henkilöstölle.

Saattohoidossa on suuri merkitys vapaaehtoisilla, joiden koulutuksesta ja jaksamisesta huolehditaan osana laadukasta palvelukokonaisuutta.

6 TOIMEENPANOSUUNNITELMA

Työryhmä ehdottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämistä niin, että palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarjonta on valtakunnallisesti kattavaa ja tarpeenmukainen hoito on kaikkien saatavilla yhdenvertaisesti. Työryhmä myös ehdottaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden palliatiivisen ja saattohoidon osaamista lisätään sen varmistamiseksi, että saatavilla oleva hoito on asianmukaisesti toteutettua ja laadukasta. Palvelujärjestelmän eri tahoilla ehdotetaan ryhtymistä seuraaviin toimenpiteisiin:

1. Yliopistosairaanhoitopiirit yhdessä huolehtivat, että yhteistyössä palliatiivisen ja saattohoidon asiantuntijoiden kanssa laaditaan laatuksiteerit erityistason ja vaativan erityistason yksiköille ja käynnistetään menettelyt laadun seurantaan.
2. Yliopistosairaanhoitopiirit huolehtivat, että erityisvastuualueella on kriteerit täyttävä C-tason palliatiivinen keskus, jossa on riittävä osaaminen ja voimavarat sekä riittävästi vaativan saattohoidon tarjontaa.
3. Yliopistosairaanhoitopiirit kartoittavat erityisvastuualueellaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykyiset palvelut ja määrittävät väestöpohjaisesti kolmiportaisen mallin mukaisen palveluiden tarpeen (ABC-tasot). Kartoituksen pohjalta erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit yhdessä laativat suunnitelman työnjaosta palveluketjujen toteuttamiseksi. Suunnitelma voidaan liittää osaksi erikoissairaanhoitojärjestämissopimusta.
4. Sairaanhoitopiirit huolehtivat siitä, että palliatiivisen ja saattohoidon suunnittelu ja yhteen sovittaminen toteutuu osana alueellisesta terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa 1.1.2018 voimaan tulevan keskittämisasiasetuksen mukaisesti. Sairaanhoitopiiri ja alueen kunnat sopivat, miten nykyisiä yksiköitä kehitetään niin että näistä muodostuu kattava alueellinen kolmiportainen palliatiivisen ja saattohoidon palvelujärjestelmä, joka mahdollistaa potilaalle saumattoman palveluketjun elämän loppuvaiheessa. Suunnitelmassa huomioidaan sosiaalihuollon yksikköjen ja kolmannen sektorin roolit palveluketjussa. Yksityisten palvelutuottajien kanssa laadittavien sopimusten ehtoihin on sisällytettävä suosituksen mukaisten laatuksiteerien täyttäminen.
5. Osana kehittämistä sairaanhoitopiirit järjestävät alueellista koulutusta ja tekevät hoitoketjua tunnetuksi alueen väestölle ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille.
6. Yliopistot, ammattikorkeakoulut ja ammattioppilaitokset selvittävät yhteistyössä STM:n ja OKM:n kanssa terveydenhuollon ammattihenkilöiden palliatiivisen hoidon perusopetuksen ja jatkokoulutuksen nykytilan. Selvityksen perusteella laaditaan suositus palliatiivisen hoidon opetusohjelmasta perusopetuksen sekä jatko- ja erikoistutuskoulutuksen osalta.
7. Lisätään kansalaisten ja päättäjien tietoisuutta elämän loppuvaiheen hyvästä hoidosta valtakunnallisella viestintäkampanjalla yhteistyössä kolmannen sektorin palvelutuottajien ja potilasjärjestöjen kanssa.

Lisäksi ehdotetaan, että sosiaali- ja terveysministeriö arvioi keinoja seuraaviin kehittämistarpeisiin vastaamiseksi:

1. Miten varmistetaan, että sosiaalihuollon yksiköitä koskeva lainsäädäntö ja ohjeistus lääkehuollon järjestämisestä mahdollistavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhteydessä annettavan tarpeellisen ja oikea-aikaisen lääkehoidon kohtuullisin asiakkaal-

le koituvien kustannuksien? Miten määritellään edellytykset tehostetussa palveluasumisessa säilytettäviä lääkkeitä varten?

2. Miten lisätään ja tehdään tunnetuksi keinoja, joilla kuolevan henkilön läheisten jakaminen ja sosiaaliturvan saaminen varmistetaan?
3. Miten voidaan tukea ensihoidon ja muiden toimijoiden joustavaa yhteistyötä erityisesti pitkien etäisyyksien alueilla?
4. Miten varmistetaan, että kaikilla palveluketjussa toimivilla, mukaan lukien ensihoito, on ajantasainen tieto palliatiivisen ja saattohoidon piirissä olevan potilaan hoitolinjauksista, hoitopäätöksistä ja hoitotahdosta?

6.1 TOIMEENPANON SEURANTA

Työryhmä ehdottaa, että suunnitelmien toteutumisen seuraamiseksi yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuskeskukset laativat vuosittain raportit erä-alueiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluista ja hoitopäätöksistä. Raportit arvioi viiden yliopistosairaalan yhteinen asiantuntijaryhmä, joka laatii koko maan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumista kuvaavan yhteenvetä.

Vuosittain suositellaan seurattavaksi ainakin seuraavien toteutumista ja laatua:

Hoitoketjut ja palvelujen tarjonta

- palvelutarjonta väestöön suhteutettuna ABC-tasojen mukaan
- erityistason yksiköiden (B, C) laatukriteerejä vastaavat toimintamuodot (kotihoito-osastot tai saattohoitokodit, poliklinikat, sairaaloiden konsultaatiotimet)
- ammattilaisille tarjotun konsultaatiotuen kattavuus
- henkilöstön rakenne (moniammatillisuus), määrä ja tavoitettavuus ABC-tasoilla
- henkilöstön koulutus (tutkinnot, koulutuspäivät) ABC-tasoilla
- lasten ja nuorten ja muiden erityisryhmien saattohoidon palvelujen tarjonta.

Hoidon laatu ja saatavuus

- potilaiden ja läheisten tyytyväisyys palveluihin
- hoitajaksojen määrä ja kesto
- laatukriteerien mukaisten palveluiden saatavuus (ml. psykososiaalinen ja henkinen tuki)
- perheille suunnatut palvelut (huomioiden etenkin perheet, joissa alaikäisiä lapsia)
- läheisten kokonaisvaltaisen tuen saatavuus
- henkilökunnalle ja potilaille/läheisille suunnattu kirjallinen ohjeistus
- henkilökunnalle järjestetty koulutus
- oireiden seurantakäytännöt
- hoitomuotojen kuten ihonalaisen lääkeinfuusion ja sedaation käyttö.

Perustason yksiköiden vuosittainen kysely

- saattohoitolääkkeiden saatavuus
- sairaanhoitajien ja lääkäreiden konsultaatioiden saatavuus
- hoitoketjun tunnettuus ja toimivuus
- henkilökunnalle suunnattu koulutus ja ajantasainen ohjeistus.

Seurannan tulee olla säännöllistä, systemaattista ja yhtenevää palvelujen saatavuuden, käytön, laadun ja kustannusvaikuttavuuden vertailemiseksi valtakunnallisesti.

7 LISÄTIETOA

Worldwide palliative care alliance. WHO Global Atlas of palliative care at the End of Life. 2014.

Kelly RJ and Smith TJ. Affordable cancer care 1. Delivering maximum clinical benefit at an affordable price: engaging stakeholders in cancer care. *Lancet Oncology* 2014;15:e112–18.

Aaltonen M: Patterns of care in the last two years of life. Care transition and places of death of old people. Väitöskirja, Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 2094;2015.

Sutradhar R, Barbera L, Seow HY. Palliative homecare is associated with reduced high- and low-acuity emergency department visits at the end of life: A population-based cohort study of cancer decedents. *Pal Med* 2016;28:184-190.

Henson LA, Gao W, Higginson IJ et al. Emergency Department Attendance by Patients With Cancer in Their Last Month of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JCO* 2015;33:370–376.

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. Työryhmän raportti.

Hyvä Saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituks. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2001). Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisuja 4.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2003). Saattohoito. ETENE-julkaisuja 8.

Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member state on the organisation of palliative care.

Euroopan neuvosto. Opas elämän loppuvaiheen hoitoa koskevaan päätöksentekoon 2014.

Käypä hoito -suositus (2012). Kuolevan potilaan oireiden hoito. www.kaypahoito.fi/suositus-hoi50063.

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 - suunnitelmat ja toteutus (Versio 1.0). ETENE-julkaisuja 36.

Vuorinen E. ja Hänninen J. Saattohoito eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 2010;65:1606–7.

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European J Palliative Care* 2009;16(6):278–289.

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European J Palliative Care* 2010;17(1):22–33.

Konsensuslausuma 2014. *Vanhuuskuolema*. *Duodecim* 2014;130:115–123.

LIITE

ERITYISTASON PALVELUMUODOT (B- JA C-TASO)

Erityistasolla henkilökuntana on erityiskoulutettu moniammatillinen tiimi, johon kuuluu lääkäreiden, sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäksi psykososiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen ammattilaiset sekä erityistyöntekijät kuten sosiaalityöntekijä, suuhygienisti ja fysioterapeutti tai toimintaterapeutti. Henkilökunta hallitsee erityistason palliatiivisen hoidon kaikki osa-alueet (fyysinen, psykososiaalinen ja henkinen) ja huomioivat potilaan ja läheisten tarpeet.

Palliatiivinen yksikkö tai keskus

Palliatiiviseen yksikköön tai keskukseen kuuluu poliklinikka avohoitopotilaita varten, konsultaatiotiimi ja vuodeosasto, saattohoitokoti tai vuodeosastopaikkoja sekä palliatiivista hoitoa että saattohoitoa varten. Lisäksi kiinteänä osana toimintaa on kotisairaala ja mahdollisesti päiväsairaala ja konsultaatiopalvelut. Nimeä ”keskus” käytetään monipuolisesta C-tason yksiköstä, jossa on kaikki palvelumuodot saatavilla. Yksiköksi kutsutaan B-tason palveluja tuottavaa yksikköä.

Palliatiivinen osasto ja saattohoito-osasto

Palliatiiviset ja saattohoito-osastot ovat sairaaloiden vuodeosastoja, joiden toiminta on suunnattu elämän loppuvaiheen hoitoon ja oireita lievittävään hoitoon. Vuodeosastopaikat ovat palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon soveltuvia henkilöstömitoitukseltaan ja toiminnaltaan. Ympäristö on kodinomainen. Läheisten läsnäolo on huomioitu tiloissa. Osasto tarjoaa lyhyitä hoitajaksoja kotona hoidettavan potilaan ja hänen läheisensä tukemiseksi (intervallihoidot) sekä toimii tukiosastona kotisairaallalle. Osastolla voidaan tehdä tutkimuksia ja toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on potilaan oireiden syyn selvittäminen ja lievittäminen. Osastolla toteutetaan myös saattohoitoa. Osastolla on valmiudet psykososiaaliseen ja vakaumuksen mukaiseen eksistentiaaliseen tukeen. Vapaaehtoiset voivat osallistua osaston toimintaan. Osasto voi olla osa B-tason palliatiivista yksikköä tai C-tason palliatiivista keskusta ja siten osa erikoissairaanhoitoa.

Saattohoitokoti

Saattohoitokoti on hoitokoti, jossa koko toiminta on keskittynyt saattohoitoon. Saattohoitokodit voivat toimia sairaalan ulkopuolella tai osana sairaalaa. Saattohoitokodeissa korostuu kodinomainen ympäristö, jossa myös läheisten tarpeet on huomioitu. Saattohoitokodissa toimii myös vapaaehtoisia. Hoidossa on erityisesti kiinnitetty huomiota henkiseen ja psykososiaaliseen tukeen ja läheisten tukemiseen. Saattohoitokotien yhteydessä voi toimia kotisairaala ja päiväsairaala, ja se voi olla osa B-tason palliatiivista yksikköä tai C-tason keskusta.

Palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimi sairaalassa

Palliatiivisen hoidon moniammatilliset tiimit toimivat sairaaloissa tarjoten konsultaatioita hoidosta vastaavalle lääkärille ja vuodeosaston henkilökunnalle. Konsultaatiotiimiin kuuluu lääkäri ja sairaanhoitaja ja tarvittaessa erityistyöntekijöitä kuten sosiaalihoitaja, sairaalateologi ja psykoterapeutti. Tiimi kutsutaan palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan luokse osastolle, missä arvioidaan hoidon tarve ja tehdään palliatiivinen hoitosuunnitelma yhdessä potilaan, hänen läheistensä ja hoitavan tahon kanssa. Tiimi auttaa myös palliatiivisessa hoidossa ja jatkohoidon järjestämisessä sekä saattohoitotilanteissa, joissa potilasta ei enää ole tarkoituk-

senmukaista siirtää saattohoitoyksikköön. Palliatiivisen tiimin rooli on myös neuvoa, tukea ja kouluttaa sairaalan henkilökuntaa.

Palliatiivinen poliklinikka

Palliatiivinen poliklinikka voi olla osa palliatiivista yksikköä tai keskusta. Poliklinikka on erikoistunut palliatiiviseen avohoitoon. Lääketieteen ja hoitotyön osaamisen lisäksi saatavilla on erityistyöntekijöiden palvelut mm. psykososiaalista ja henkistä tukea varten. Poliklinikalla laaditaan palliatiivisen hoidon suunnitelma potilaalle yhteistyössä hoitoketjun muiden toimijoiden kanssa. Tarvittaessa potilaan vointia voidaan seurata poliklinikalla.

Kotisairaala

Kotisairaalat tarjoavat palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa potilaan kotiin tai muuhun potilaan asuinpaikkaan, kuten palveluasumisyksiköihin sekä hoiva- ja vanhainkoteihin. Kotisairaalat vastaavat kotona tapahtuvasta saattohoidosta. Toiminta on tavanomaista kotisairaanhoidoa laajempaa ja mahdollistaa muuten sairaalassa annettavat hoidot kuten neste- tai lääkeinfuusiot potilaan kotona. Kotisairaalat ovat osa sairaalapalveluja. Kotisairaalan henkilökunta koostuu moniammatillisesta työryhmästä, johon kuuluu ainakin lääkäri ja sairaanhoitaja. Kotisairaalan työntekijät voivat tehdä yhteistyötä muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa, esim. fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä ja muiden palveluntuottajien kuten kotihoidon kanssa. Kotisairaala on saatavilla puhelimitse ja kotikäynnein ympäri vuorokauden. Kotisairaala järjestää pääsyn saattohoito-osastolle tai –paikalle tilanteen niin vaatiessa tai potilaan niin halutessa kaikkina vuorokauden aikoina.

Päiväsairaala

Päiväsairaala toimii yleensä palliatiivisen osaston, saattohoito-osaston tai saattohoitokodin yhteydessä. Se tukee potilaan kotona selviytymistä tarjoamalla päivähoidoa yhtenä tai useampana päivänä viikossa. Toiminta voi olla lääketieteellistä (oirekontrolli, hoitotoimenpiteet), perustarpeista huolehtimista (peseytyminen ym.), psykososiaalista (vertaistuki, tukihenkilö), kuntouttavaa (fysioterapia) tai ohjaavaa (taide). Tarkoituksena on myös antaa potilaasta huolehtivalle läheiselle vapaa-aikaa. Päiväsairaalassa toimii ammattilaisten lisäksi vapaaehtoisia.

TAULUKKO: PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON TASOT

Taulukko 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaiset laatuksiteerit palvelujen tuottajille.

TASO A PERUSTASO				
Yksiköt	Henkilökunta ja voimavarat	Koulutus ja osaaminen	Tehtävät	Potilaat
<p>Sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosasto, jossa saattohoitoa toteutetaan muun toiminnan ohessa</p> <p>Ympäri vuorokautisen asumisen yksikkö, jossa asukas hoidetaan elämän loppuun asti</p>	<p>Palliatiivisen ja saattohoidon vastuulääkäri ja sairaanhoitajia</p> <p>Saattohoitopotilaalla on nimetty vastuulääkäri ja vastuusairaanhoitaja, jotka vastaavat hoitosuunnitelmasta ja hoidon toteutuksesta ja jotka osallistuvat potilaan hoitoon virka-aikana</p> <p>Henkisen ja hengellisen tuen ammattilaiset saatavilla</p> <p>Hoitohenkilökunta tavoitettavissa ja lääkäri konsultoitavissa 24/7</p> <p>Puitteet saattohoidolle: henkilöstömitoitus, saattohoituhuoneet, läheisten mahdollisuus yöpyä potilaan luona</p>	<p>Yksikössä on kehitetty saattohoitoa</p> <p>Vähintään vastuuhenkilöillä (lääkäri, sairaanhoitajat) on perustason jälkeistä jatkokoulutusta ja kokemusta</p> <p>Henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti palliatiivisen ja saattohoidon lisäkoulutusta</p> <p>Henkilökunta omaa hyvät vuorovaikutustaidot</p> <p>Hallitsevat yleisimpien oireiden hoidon kuten kivun, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin ja ahdistuneisuuden hoidon</p> <p>Osaavat erilaiset lääkkeiden annostelureitit kuten ihonalaisen tai suonensisäisen lääkeinfusion, lääkkeettömät menetelmät ja psykososiaalisen tuen perusteet</p>	<p>Tarjoavat perustason oirehoitoa sekä psykososiaalista ja henkistä tukea potilaille ja läheisille huomioiden vakaumus</p> <p>Arvioivat oireita säännöllisesti</p> <p>Osallistuvat alueen hoitoketjuun ja yhteistyöhön erityistason yksiköiden kanssa (B/C-tason konsultointi)</p>	<p>Hauraat potilaat, joiden yleistila on heikentynyt hitaasti etenevien kroonisten sairauksien tai ikääntymisen seurauksena</p> <p>Potilaat, joiden oirekuva on lievä ja vakaa ja hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa, esimerkiksi muistisairaus tai muu krooninen sairaus, jossa ei ole odotettavissa vaikeahoitoisia oireita</p>

TASO B ERITYISTASO				
Yksiköt	Henkilökunta ja voimavarat	Koulutus ja osaaminen	Tehtävät	Potilaat
<p>Sairaanhoitopiirin palliatiiviset yksiköt, joissa palliatiivinen pkl, sairaalan konsultatiotiimi ja palliatiiviset vuodepaikat</p> <p>Muut sairaanhoitopiirin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityisyksiköt</p> <ul style="list-style-type: none"> - kotisairaalat ja niiden saattohoitovuodepaikat/osastot - saattohoito-osastot- ja kodit - palliatiiviset pkl:t - sairaaloiden konsultatiotiimit <p>Muiden palvelutuottajien itsenäiset saattohoito-osastot/kodit, palliatiiviset poliklinikat ja sairaaloiden konsultatiotiimit</p>	<p>Erityiskoulutettu moniammatillinen työryhmä</p> <ul style="list-style-type: none"> - lääkäri - sairaanhoitajat - erityistyöntekijöistä vähintään sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti - henkisen ja hengellisen tuen asiantuntija - psykososiaalisen tuen ammattilaiset - saattoyksiköissä vapaaehtoiset <p>Sairaanhoitopiirin palliatiivinen yksikkö toimii yhteistyössä kivunhoidon, psykiatrian, syöpätautien ja muiden saatavilla olevien erikoisalojen kanssa</p> <p>Saattohoito-osastolla/kodissa suositusten mukainen henkilöstömitoitus ja kodinomainen ympäristö</p> <p>Saatto-osastolla/kodissa ja kotisai-</p>	<p>Vastuulääkäreillä ja -sairaanhoitajilla erikoistumiskoulutus</p> <p>Henkilökunnalla jatkokoulutusta erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta</p> <p>Hoitoyksikössä on riittävä kokemus erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta</p> <p>Erityistyöntekijöillä kokemusta vakavasti sairaa potilaan tukemisesta</p> <p>Henkilökunta on koulutettu vaativien vuorovaikutustilanteiden varalle</p> <p>Henkilökunta käy säännöllisesti lisäkoulutuksessa</p>	<p>Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat pääasiallista toimintaa</p> <p>Sairaanhoitopiiri vastaa alueen hoitoketjujen koordinoinnista ja palvelujen yhteen sovittamisesta</p> <p>Tarjoavat erityistason palliatiivista ja saattohoitoa kattaen oirehoidon invasiiviset erityistekniikat, hätätilanteiden hoidon (sedaatiovalmius), kotisaattohoidon sekä psykososiaalisen ja henkisen tuen huomioiden vakaumuksen mukaisen eksistentiaalisen tuen</p> <p>Arvioivat oireita ja hoitovastanteita systemaattisesti</p> <p>Huomioivat läheisten tuen tarpeen myös kuoleman jälkeen</p> <p>Turvaavat pääsyn avohoidosta suoraan vuodeosastolle tai ko-</p>	<p>Potilaat, joilla nopeasti etenevä sairaus, joka vaatii puuttumista muutuviin hoidontarpeisiin esim. syöpäsairaana nopea heikkeneminen</p> <p>Oireiset potilaat, joiden hoito vaatii erityistason hoitoa ja seuranta 24/7 esim. kivun tai hengenahdistuksen vuoksi. Potilaat, joiden oirekuva edellyttää valmiutta sedaatioon</p> <p>Potilaat, joilla erityinen psykososiaalisen ja henkisen tuen tarve, haastava sosiaalinen tilanne ja lisääntynyt läheisten tuen tarve (esim. kuormittava perhetilanne), vaikeus sopeutua lähestyvään kuolemaan</p> <p>Eri erikoisalojen osaamista (esim. kivunhoidon, keuhkosairauksien, neurologian, syövän hoidon asiantuntemus) tai erityistekniikoita (esim. sädehoito, palliatiivinen kirurgia, spinnaalinen kivunhoito, anestesilogiset toimenpiteet) tarvitsevat potilaat</p>

	<p>raalassa asiantuntija-sairaanhoitajat 24/7 ja erikoistumiskoulutuksen omaava lääkäri virka-aikaan saatavilla sekä konsultoitavissa 24/7</p> <p>Keskussairaalassa virka-aikainen konsultaatiotuki ja etäpalvelut sairaanhoitopiirin alueelle</p>		<p>tisairaalan tukiosastolle</p> <p>Tarjoavat erikoissairaanhoidon potilaille palliativisen hoidon konsultaatiotukea ja varhain integroitua palliativista hoitoa tautispesifisen hoidon rinnalla</p> <p>Toimivat alueellisina konsultoina yksikköinä perustasolle sekä huolehtivat alueellisesta yhteistyöstä</p>	<p>Perustason potilaat, joiden hoidontarve muuttuu esimerkiksi uuden sairauden johdosta (muistisairas vanhus, jolle ilmaantuu etenevä syöpäsairaus tai oireinen sydämen vajaatoiminta), yhteistyössä perustason kanssa</p>
--	--	--	---	--

TASO C VAATIVA ERITYISTASO

Yksiköt	Henkilökunta ja voimavarat	Koulutus ja osaaminen	Tehtävät	Potilaat
<p>Yliopistosairaanhoidopiirien palliativiset keskuksset:</p> <ul style="list-style-type: none"> - palliativinen poliklinikka ja konsultaatioyksikkö - palliativinen - vuodeosasto - saattohoitokoti tai vastaava saattohoito-osasto - kotisairaala - päiväsairaala - psykososiaalisen tuen yksikkö 	<p>Eryityskoulutettu moniammatillinen työryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lääkärit - sairaanhoitajat - psykososiaalisen tuen ammattilaiset (psykologit /psykoterapeutit) - sosiaalityöntekijät - fysioterapeutit - ravitsemusterapeutti - muut erityistyöntekijät konsultoitavissa - henkisen ja hengellisen tuen työntekijä - kivunhoidon asiantuntijat - koulutuspaikkoja lääkäreille ja sairaanhoitajille - saattoyksiköissä vapaaehtoistyöntekijöitä <p>B-tason edellytysten lisäksi saatto-osastolla/kodissa ja kotisairaalassa erityiskoulutuksen omaava lääkäri saatavilla 24/7</p> <p>Ammattilaisia varten erityiskoulutuksen omaavan lääkärin konsultaatiopalvelut 24/7</p>	<p>Lääkäreillä ja sairaanhoitajilla erikoistumiskoulutus</p> <p>B-tason edellytysten lisäksi hoitoyksikössä on riittävä kokemus vaativan erityistason palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta</p> <p>Henkilökunta on koulutettu vaativien vuorovaikutustilanteiden varalle</p>	<p>Erva-alueen vaativan palliativisen hoidon ja saattohoidon koordinaatiovastuu mukaan lukien sairaalasielunhoidolliset palvelut</p> <p>Vastaavat erva-alueen</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoitoketjujen suunnittelusta ja yhteensovittamisesta - vaativan erityistason palliativisesta ja saattohoidosta - lasten ja nuorten hoidon toimintasuunnitelmasta - 24/7 konsultaatio- ja etäpalveluista <p>Vastaavat opetuksesta, koulutuksesta, tutkimuksesta ja hoidon kehittämisestä</p> <p>B-tason tehtävien lisäksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - vaativan erityistason palliativinen ja saattohoito kattaa eri erikoisalojen erityisosaamisen ja tekniset valmiudet 24/7 (esim. invasiivinen kivunhoito, päivystys sädehoito, kriisitilanteiden hoito myös saattohoidossa) - erityisryhmien vaativan erityistason hoito (esim. lapsiperheet, vammaiset) 	<p>Hoidolle huonosti reagoivat vaikeat tai epästabiliit oireet tai kriisitilanteet (fyysiset, psykososiaaliset tai eksistentiaaliset), jotka vaativat erityiskoulutetun lääkärin tekemää hoidon suunnittelua tai toimenpiteitä 24/7</p> <p>Erityisryhmät kuten lapset, nuoret, lapsiperheet</p> <p>B-tason potilaat, joiden hoidontarve muuttuu vaativammaksi sairauden edetessä, yhteistyössä B-tason kanssa</p> <p>Yliopistosairaaloiden potilaat, joiden hoito ei ole tarkoituksenmukaista muualla</p>