

Saattohoito kuntoon 2013–

Saattohoito organisoitava Suomessakin, kirjoitin vuonna 2008 Lääkärilehden pääkirjoituksessa. Ajatuksena oli, ettei pelkkä hyvä tahto ja toiveajattelu riittänyt, sillä piti tehdä myös jotain konkreettista. Jo vuonna 2009, kun sosiaali- ja terveysministeriö laati syövän hoidon suunnitelmaa vuosille 2010–2020, olin laatinut hyvän saattohoidon kriteerit (liite 7). Ne perustuivat USA:n, Ison-Britannian ja Norjan kriteeristöihin. Siinä esiteltiin ensi kerran ajatus kolmiportaisesta saattohoidon toteuttamisen mallista. Ylin porras, yliopistosairaalat ja saattohoitokodit, hoitaisivat vaativimmat potilaat, kotisairaalat ja keskussairaalat keskivaikeat potilaat ja perustasolla hoidettaisiin muun muassa kuolevat vanhukset kotisairaanhoidossa sekä ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa antavissa yksiköissä.

Kirjoitin Muistiliiton saattohoito-oppaan esipuheessa siitä, että vanhuustutkijat ovat kiinnittäneet huomiota vanhuudessa koettuihin merkityksiin elämässä ja siihen, miksi vanha ihminen haluaa kuolla. Kun saattohoidolle aletaan asettaa yläikärajaja, on hyvä muistaa, ettei kaikki vanhuudessa ja siihen liittyvässä kuolemassa ole ongelmantonta. Ei 25-vuotiaan kuolema ole itsestään selvästi vaikeampi kuin 85-vuotiaan.

Olen tavannut iäkkäämpiä ihmisiä (jollainen alan olla itsekin), joille puolison menetys voi olla sydäntä särkevä menetys 60 yhdessä eletyn vuoden jälkeen. Silti voidaan sanoa, ettei tilanteessa tarvita tukea, koska ”kuolema on normaali”. Päätelläänkö kuoleman normaalisuus iän perusteella?

Duodecimin konsensuskokouksessa (2014) vanhuuskuolemasta todettiin näin:

”Yhteiskuntien niukkenevat terveydenhuollon resurssit johtavat myös vanhuuden arvostuksen kriisiytymiseen. Kustannus-
hyötyanalyysin kannalta vanhuuteen sijoittaminen on ongelmallista: käytettävillä resursseilla toivotaan saatavan potilaalle mahdollisimman monia terveitä vuosia.”

”Kuolintoiveen ilmaisemisen jälkeen vanhuksen ja hänen omaistensa kanssa tulee keskustella niin, etteivät pelot ja väärin-

käsitykset lisää ahdistusta eivätkä vaikeuta hoidon toteuttamista. Lempää ja asiallinen keskustelu kuolemasta ja kuolemisesta vähentää pelkoa. Vanhuksen omaa kuolemaa koskevat toiveet ja pelot eivät kosketa vain häntä itseään, vaan myös hänen lähipiiriään ja häntä hoitavia. Kuolevinakin olemme yhteisöjen ja yhteiskunnan jäseniä.” (Konsensuslausuma 2014).

Terveydenhuollossa kohdennetaan voimavaroja yhä enemmän niihin ihmisryhmiin, joiden yhteiskunnallisen tuottavuus arvioidaan riittäväksi. Tunnutaan ajattelevan, että kuoleminen vanhana ei ole ongelma, koska silloin kuuluukin kuolla. Vanhoille ihmisille tarjotaan kuolemaan liittyviä palveluja vähemmän kuin nuoremmille.

Saattohoidon keskeisenä päämääränä on kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä hyvinvointi. Tällainen hoito tukee ihmisen jäljellä olevaa elämää ja pitää kuolemaan valmistautumista normaalina hoidon haasteena. Saattohoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman täysipainoisesti kuolemaansa asti ja tukee myös hänen läheisiään selviytymään hänen sairautensa aikana sekä kuoleman jälkeen. Saattohoidon tavoitteena on pitää kuoleva ihminen mahdollisimman oireettomana ja saavuttaa tilanteessa paras mahdollinen elämänlaatu.

Yhteisvastuun saattohoitohanke 2015–2017

Kirkkohallituksen täysistunto hyväksyi valtakunnallisen saattohoitohankkeen vuoden 2014 Yhteisvastuukeräyksen kotimaiseksi erityiskohteeksi.

Yhteisvastuukeräyksen tuotoilla aloitettiin vuoden 2015 alusta Hyvä kuolema -hanke, jonka tarkoituksena on ollut kehittää saattohoitoa etenkin Suomen perusterveydenhuollossa. Yhtenä hankkeen osana on ollut yhteistyö järjestöjen kanssa. Tammikuussa 2015 suurimpien potilas- ja kansalaisjärjestöjen johtajat kokoonoutuivat keskustelemaan yhteishankkeesta.

Hanketta koordinoi Terho-säätiö. Hankkeen tavoitteena oli kehittää valtakunnallisesti kuolevan kärsimyksen hoitamisen koulutusta ja konsultaatioavun saamista yhteistyössä saattohoidon asiantuntijoiden ja muiden toimijoiden kanssa. Tavoitteena

oli, että ammattimaista saattohoitoa olisi saatavilla aiempaa laajemmin koko Suomessa.

Hankkeen tarkoituksena oli niin ikään vahvistaa auttamisverkostoa ja tuoda seurakuntien sielunhoitotyön rooli entistä näkyvämmäksi kuolevan potilaan hoidossa ja omaisten tukemisessa. Yhteisvastuuhankkeen seurauksia voidaan nähdä edelleen saattohoidon kehittämisessä kuin koulutuksessakin.

Projektin kokonaistavoitteena oli parantaa mahdollisuutta saada tarvittua korkeatasoista saattohoitoa asuinpaikasta riippumatta. Pyrittiin vahvistamaan olemassa olevia toimintayksiköitä sekä lisäämään niiden ammatillisia valmiuksia toteuttaa saattohoitoa.

- Tuetaan saattohoitokoulutusta.
- Kehitetään ammattihenkilöstön konsultaatiopalveluita.
- Lisätään mahdollisuuksia omaisten ja muiden läheisten tukemiseen ja tarpeiden tunnistamiseen.
- Kartoitetaan perusopetuksen ja saattohoitotoiminnan tasoa.
- Vahvistetaan vapaaehtoistyön auttamisverkostoja.
- Tuetaan olemassa olevia kehittämishankkeita ja -rakenteita (hoitoketjut).

Saattohoidon tasoa nostettava

Kirjoitin vuonna 2010 Lääkärilehteen Eero Vuorisen kanssa, että saattohoito on saatava eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. Totesimme, että saattohoidon järjestäminen on Suomessa sattumanvaraista eikä tasapuolisesti kaikkien saatavilla. Palliatiivista hoitoa käsittelevien EU:n suositusten pohjalta on laadittu minimikriteerit, joiden mukaan saattohoito tulisi järjestää myös Suomessa. Vuoden 2019 sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän saattohoitoa koskevassa suosituksessa on runsaasti kaikkia näistä ajatuksista. Lisäksi kirjoitin Eero Vuorisen ja Juho Lehdon kanssa kolmiportaisesta hoitomallista Kuntaliiton sivuille (kunnat.net).

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen eli EAPC:n selvityksen mukaan palliatiivisen hoidon resurssit ovat Suomessa vähäiset. Suomessa toimii neljä saattohoitokotia. Niissä voidaan hoitaa noin joka kymmenes saattohoitoa tarvitsevistä syöpäpotilaista. Muutamissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa toimii saat-

tohoitotyöryhmiä, kotisaattohoitoyksiköitä ja kotisairaaloita, jotka hoitavat myös saattohoitopotilaita. Erikoissairaanhoidon yksiköissä ja terveyskeskuksissa ei yleensä ole erillisiä saattohoitovuodepaikkoja.

Euroopan neuvoston palliatiivisen hoidon suosituksissa ja Euroopan parlamentin ENVI-valiokunnan (Environment, Public health and safety) raportissa korostetaan tasa-arvoa ja kuolevien oikeutta oireiden hyvään hoitoon.

EAPC on laatinut minimikriteerit palliatiivisen hoidon tarpeesta sekä lääkäreiden ja hoitajien koulutuksen sisällöstä EU:n palliatiivisen hoidon suositusten pohjalta. Kriteerien mukaan saattohoitovuodepaikkoja tarvitaan miljoonaa asukasta kohden 80–100. Henkilökunnan minimitarpeeksi on laskettu 1,2 hoitajaa ja 0,15 lääkäriä yhtä vuodepaikkaa kohden. Kriteereissä on määriteltä myös muun henkilökunnan (sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, psykologi, pappi jne.) tarve. Kotisaattohoitoon suositellaan yhtä asiantuntijaryhmää 100 000:tta asukasta kohden.

Syöpään sairastuu vuosittain 27 000 suomalaista. Noin 11 000 kuolee tautiinsa. Myös muihin tauteihin kuolevat potilaat tarvitsevat saattohoitoa, ja heidän kohdallaan hoito on ollut syöpäpotilaidenkin hoitoa huonommin järjestettyä.

Mitä kuoleminen maksaa?

Kuolemisella on aina hintansa. Kysyin Lääkärilehdessä (2011): ”Kannattaako terveydenhuollon niukkenevia varoja sijoittaa kuoleviin potilaisiin?” Turussa saattohoidon välittömiä hoitokustannuksia arvioitiin äskettäin kenties hoidon laadun kustannuksella. Suomi on kuolevien potilaiden oireiden ja muun kärsimyksen hoidon laadun osalta maailman parialuokkaa.

Pelkkä säästöjen korostaminen ilman laadukasta saattohoidon toteutusta saattaa olla vaarallista ja johtaa näennäisiin tai virheellisiin ratkaisuihin. Saattohoidon toteuttaminen sairaalassa on ongelmallista, koska sairaalalaitos on suuntautunut aktiiviseen, elämää pidentävään ja parantavaan hoitoon. Kuoleman hoitamista tarkastellaan rationaalisen lääketieteen näkökulmasta. Kun hoito ei tehoa, on hyvä keskittyä huolehtimaan potilaan elämänlaadusta. Myös huolenpito omaisista kuuluu hyvään hoitoon. Potilas ei voi hyvin, jos hän kokee omaistensa kärsivän.

Terveydenhuollon rahoitusongelmat ovat nostaneet asian uudestaan esiin. Terveydestä on tullut keskeinen päämäärä. Toive kuolinpaikasta vaihtelee potilaan voinnin ja oireiden mukaan. Omaiset voivat sairastamisen alkuvaiheissa ja varsin pitkään sen jälkeenkin ajatella hoitavansa potilasta kotona kuolemaan saakka. Mikäli kuoleminen pitkittyy usean kuukauden mittaiseksi, hoitaminen kotona voi osoittautua liian raskaaksi. Omaisten levon puute ja emotionaalisen tuen vähyys ovat yleisimmät syyt sille, että potilas joutuu sairaalahoitoon.

Vuonna 2011 päädyin lausumaan, että saattohoitopolku kulkee koko terveydenhuoltojärjestelmän läpi. Säästämiseen vetoaminen tuntui oikealta vedolta. Vaikka saattohoitoon satsattaisiin, säästöjä syntyisi vältettävistä kuluista. Niitä ei koituisi, koska ei tarvittaisi päivystyskäyntejä, akuuttisairaalaraksoja, tutkimuksia tai kalliita (mutta hyödyttömiä) hoitoja.

Terveystaloustieteessä oli jo kauan laskettu laatupainotteisia elinvuosia. Esittelin itse palliatiivisen hoidon standardeja, jotka ovat myös osa sosiaali- ja terveysministeriön uusinta raporttia. Olennaista on oivaltaa, että tavalliset mittarit eivät toimi sen arvioinnissa. Hoidon etenemistä voidaan jäsentää sujuvammaksi kokonaisuudeksi laatimalla hoitopolkuja. Saattohoidon hoitopolulla pyritään kuvaamaan, missä tilanteessa potilas voi tulla saattohoidon piiriin, mistä hänet sinne ohjataan ja kuinka hoito toteutuu. Arviolta kaksi kolmasosaa kuolemaan johtavaa tautia sairastavista henkilöistä tarvitsee erityisosaamista vaativaa palliatiivista hoitoa ja yksi kolmasosa erikoistunutta saattohoitoa.

Valtakunnallinen palliatiivisen hoidon suositus

Vuonna 2019 valmistui sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallinen palliatiivisen hoidon suositus, jossa laaditaan ja mallinnetaan varsin hyvin hoidon tasaveroista organisointia eri alueille Suomessa:

Erikoistuneita saattohoito-osastoja on vielä vähän lähinnä isoissa kaupungeissa, ja neljä kolmannen sektorin saattokotia tarjoaa erityistason saattohoitoa. Palliatiivinen poliklinikka tai konsultaatio-

tiimi on vasta osassa keskussairaaloita tai muita suuria sairaaloita. Palliatiivisia poliklinikoita on lisäksi muutamassa suuressa kunnassa. Kaikissa yliopistosairaaloissa on palliatiiviset poliklinikat, osassa myös konsultaatiotiimit ja Hyksin palliatiivisessa keskuksessa on psykososiaalisen tuen yksikkö. Toistaiseksi yksikään yliopistosairaala ei tarjoa vaativan erityistason palveluita koko erityisvastuualueelle eikä ympärivuorokautista erityistason konsultaatiotukea ole vielä järjestetty yhdelläkään erityisvastuualueella.

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

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportissa (2010) syövän hoidon kehittämisestä Suomessa ehdotettiin muun muassa riittävän palliatiivisen koulutuksen järjestämistä lääkäreille ja hoitajille. Lisäksi esitettiin, että perusterveydenhuollon tulisi huolehtia potilaista, joiden hoito ei edellytä erityisosaamista. Siksi on tarpeen vahvistaa konsultaatiomahdollisuuksia. Myös kotihoidon lisääminen ja erikoistuneiden palliatiivisen ja saattohoidon yksiköiden perustaminen mainittiin esityksessä.

Raportissa ehdotetaan kolmiportaista hoitojärjestelmää:

1. Kaikki terveydenhuollon yksiköt vastaavat perustason saattohoidosta. (taso A)
2. Alueelliset saattohoidon yksiköt toteuttavat saattohoitoa ja toimivat alueellisina konsultoivina yksiköinä. (taso B)
3. Keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt ja saattohoitokodit tarjoavat vaativan tason hoitoa, osallistuvat alan koulutukseen ja tekevät alan tutkimusta. (taso C)

Saattohoitoa on tähän saakka pidetty paljon tarpeettomana lisäkustannuksena. Elämän lopun terveydenhuollon on katsottu tulevan kalliiksi. Suuri osa elämän lopun kustannuksista syntyy kuitenkin muusta kuin palliatiivisesta tai saattohoidosta. Merkittävän kustannuserä on sairaalahoido, joka kattaa kaksi kolmannesta tai enemmänkin.

Usein käytetty mittari terveydenhuollon kustannus-hyötylaskelmissa on laatu painotteinen elinvuosi (QALY). Siinä yhdistetään elämän laatu ja pituus, joka voidaan saavuttaa jollain toimenpiteellä. Palliatiivisen ja saattohoidon päämäärät ovat kuitenkin moniulotteisempia. Osa liittyy potilaan läheisiin ja on vaikeasti yhdistettävissä mittariin. Osa hyödyistä saattaa puolestaan olla niin kutsutun aikaikkunan ulkopuolella. Tällainen on esimerkiksi hyöty, joka seuraa tiedosta, ettei elämän lopulla tarvitse kärsiä. Myös oletamus kaiken ajan samanarvoisuudesta on ongelmallinen.

On kehitetty niin sanottu palliatiivisen hoidon PaLY-mittari, jossa mainitut ongelmat otetaan huomioon. Mittarissa painotetaan muun muassa hyvän kuoleman arvoa ja myös palvelun tavoitettavuudella sinänsä on arvoa. Palliatiivisen hoidon piirissä käytetään hoidon tuottavuuslaskelmien sijaan kustannusten välttävyyden käsitettä. Kun potilas siirretään erikoissairaanhoidosta saattohoitokotiin tai terveyskeskukseen, kustannusten eroa voidaan käsitellä säästönä. Vastaavasti hyvin toimiva kotisairaanhoido säästää päivystyspoliklinikan kustannuksia.

Kun yleislääkärin tietämystä saattohoidosta on lisätty, sairaalapäivystyksiin hakeutumista on saatu selvästi vähennetyksi. Huono koordinaatio perusterveydenhuollon ja sairaalan kesken on merkittävä sairaalaan hakeutumisen syy.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon standardeista tärkeimpiä on Euroopan palliatiivisen yhdistyksen (EAPC) kannanotto vuodelta 2009. Erikoistuneella saattohoitoyksiköllä viitataan siinä sairaalaosastoon tai erilliseen yksikköön, joka tarjoaa oireiden lievitystä sekä psykologista ja sosiaalista tukea elämän loppuvaiheen potilaille ja hänen läheisilleen. Raportin mukaan tarvitaan 80–100 palliatiivista vuodepaikkaa miljoonaa asukasta kohden. Yksikön optimaalinen koko kattaa 10–12 vuodepaikkaa. Henkilöstö on koulutettua ja kokoonpanoltaan moniammatillinen. Hoitajien optimimäärä yhtä vuodepaikkaa kohti on 1,2 ja lääkärin 0,15.

Yleissairaalat ja terveyskeskusten vuodeosastot ovat merkittäviä saattohoidon toteuttajaresursseja. Näissä sairaaloissa on erityisesti Englannissa myös ilmaistu kiinnostusta saattohoitoon, ja puolet niistä on omaksunut niin sanotun Liverpool care -hoitopolun. Englannin sairaaloissa kuolevien potilaiden hoidon auditointi toi esiin alueita, joilla saattohoito ei yllä asetettuihin standardeihin. Erityisesti kiinnitettiin huomiota siihen, että kyyvyssä

havaita hoitolinjauksen muutostarpeet – se, että potilas on kuolemassa – on puutteita. Myös muiden kuin lääketieteellisten tarpeiden huomiointi todettiin puutteelliseksi.