



# Hyviä uutisia saatto- hoidosta

Suuri osa hyvinvointialueista on perustanut palliativisen keskuksen. Melkein kaikkialla toimii kotisairaala.

TEKSTI ANNE SEPPÄNEN

**P**alliatiivisen ja saattohoidon saatavuus ja laatu ovat viimeisen viiden vuoden aikana kehittyneet merkittävästi, kun niitä on kaikessa hiljaisuudessa nivottu osaksi terveydenhuoltojärjestelmää.

Taustalla on sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hankerahoituksella tehty, vuonna 2016 alkanut kehitystyö.

– Olemme saaneet istutettua hyvinvointialueille mallin, jossa on palliatiivinen keskus, johon sisältyvät poliklinikka, saatto-osastot, jalkautuvat konsultit ja kotisairaalaverkosto. Ihan joka paikassa ei ole vielä jokaista elementtiä, saati että ne olisivat hyvin resursoituja, mutta olemme päässeet kohtuullisen hyvin sisälle terveydenhuoltojärjestelmään, kertoo palliatiivisen lääketieteen professori, ylilääkäri **Tiina Saarto** Husista.

### Saatavuus ja laatu parantuneet

Kun vuonna 2018 erityistason palliatiivinen keskus oli vain joka neljännessä sairaanhoitopiirissä ja yliopistosairaalassa, nyt niitä on kolmella neljästä hyvinvointialueesta.



*Kivut pystytään hoitamaan erittäin hyvin, samoin muita oireita.”*

Tiina Saarto

Kotisairaala toimii liki kaikkialla, 96 prosentilla alueista, kun vuonna 2018 luku oli 36 prosenttia.

– Voimme nyt tarjota palliatiivista ja saattohoitoa tarvelähtöisesti, eikä sen saaminen ole enää sattumanvaraista. Saatavuus ja laatu ovat tämän myötä huomattavasti parantuneet, Saarto iloitsee.

Laadun parantuminen näkyy käytännössä.

– Kivut pystytään hoitamaan erittäin hyvin, samoin muita oireita, kuten hengenahdistus, pahoinvointi, ummetus tai kuolevan potilaan sekavuudet. Myös psykososiaalisen tuen saatavuus on parantunut, hän kertoo.

### Vaativa lääketieteen osa-alue

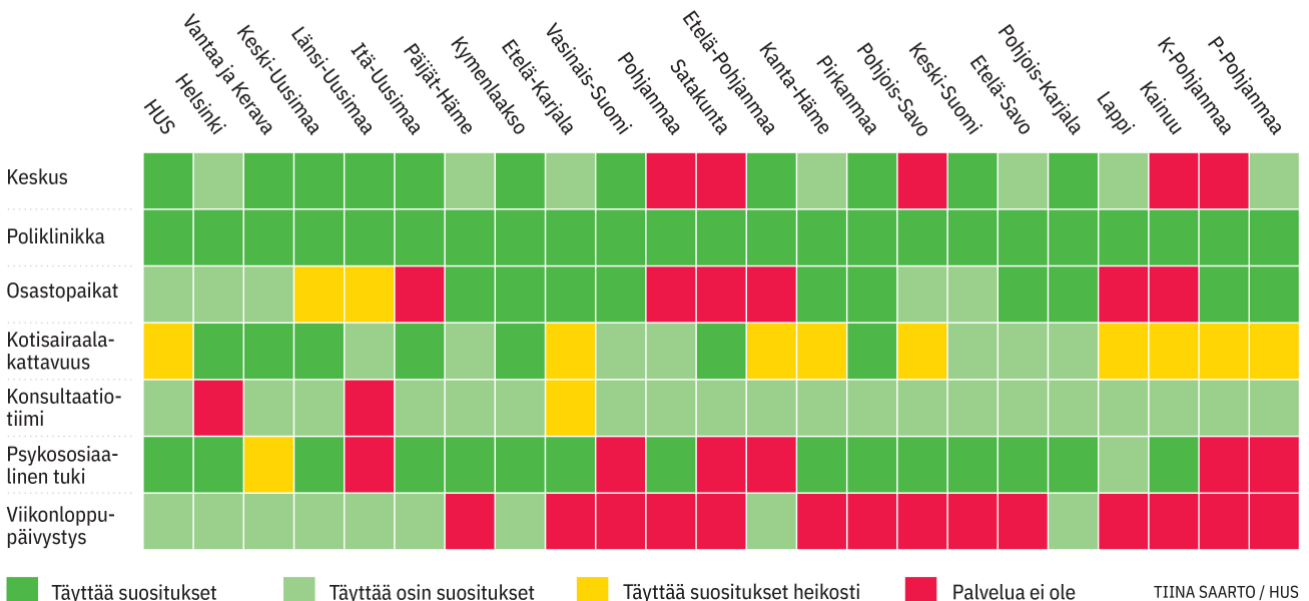
Hyvinvointialueiden palliatiivisten keskuksen tehtäviin kuuluvat esimerkiksi vastuu palliatiivisesta palveluketjusta, konsultaatiotuen järjestämisestä ja osaamisen vahvistamisesta.

Lähes kaikkiin yliopistosairaaloihin on perustettu yliopistollinen keskus. Niiden tarkoituksena on keskittyä hyvin vaikeisiin potilastapauksiin, sekä hoidon kehittämiseen, opetukseen ja tutkimukseen.

– Yliopistosairaaloista käsin seurataan, miten palvelut kehittyvät milläkin alueella, ja järjestetään koulutusta, Saarto kertoo.

Hänen mukaansa Suomessa ei aiemmin ole oikein ymmärretty, että palliatiivisessa ja saattohoidossa on kyseessä vaativa lääketieteen ja hoidon osaamisalue.

## Palliatiiviset keskukset hyvinvointialueilla ja Husissa 2024



– Eihän sitä ole edes opetettu kaikissa yliopistoissa. On ajateltu, ettei siinä ole mitään erityistä opettamista, vaan se kuuluu hyvään perushoittoon. Akateemista arvostusta ei ole ollut. Sen takia alan professuurit ovat valtavan tärkeitä, hän sanoo.

Tämän takia toisessa, opetusministeriön rahoittamassa hankkeessa, on käyty läpi ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen opetusohjelmat saattohoidon ja palliatiivisen hoidon näkökulmasta.

– Annoimme suositukset lääkärin ja sairaanhoitajien perusopetuksen opetusohjelmiin. Lisäksi hankkeen turvin saatiin sairaanhoitajille virallinen jatkokoulutusohjelma palliatiiviseen ja saattohoitoon. Lääkäreillä onkin Lääkäriliiton erityispätevyys, Saarto kertoo.

## Ei enää pelkkää hyvää tahtoa

Tiina Saarto on tyytyväinen siihen, mitä on saatu aikaan, vaikka resursseista ja koulutetusta henkilökunnasta on edelleen pulaa.

– Ennen tämä oli hyväsydämisten ihmisten varassa. Nyt se on saatu ajet-

tua terveydenhuoltojärjestelmän sisälle erittäin monessa paikassa. Palliatiivinen ja saattohoito ei ole enää kiinni yhdestä ihmisestä tai pelkästä hyvästä tahdosta, Saarto sanoo.

Huoliakin on: terveydenhuollon resurssipula voi vaikeuttaa hyvää kehitystä. Pelkona on myös saattohoitopaikkojen karkaaminen kauas ihmisistä, kun terveyskeskuksia ja osastoja suljetaan. Saarto näkee, että vaikka palveluita muuten keskitetäänkin, niin saattopaikat pitäisi säilyttää ihmisten lähellä.

Hän toivoo, että terveydenhuoltolakiin kirjattaisiin tarkemmin, miten palliatiivisen ja saattohoidon saatavuus tulisi turvata. Toistaiseksi se on kirjattuna vain asetustasolla, eikä sitä valvota. •

**Tiina Saarton mukaan Suomessa ei aiemmin ymmärretty, että palliatiivisessa ja saattohoidossa on kyseessä vaativa osaamisalue.**



## LYHYET

### Kelalta kannatusta omalääkärimallille

**Petteri Orpon** (kok.) hallitus on uudistamassa Kela-korvausjärjestelmää.

Kelan tutkijoiden mielestä aika voisi nyt olla kypsä laajassa yhteistyössä rakennettavalle uudelle hoidon jatkuvuuteen perustuvalla Kela-korvausmallille. Sen kautta perusterveydenhuollon kehittämiseen voisi saada korvamerkittyä rahoitusta.

– Tavoitteena uudistuksessa tulisi olla hoidon jatkuvuus. Tätä tukisi parhaiten omalääkäri-omahoitajamalli, Kelan tutkimusyksikön päällikkö **Hennamari Mikkola** sanoo.

Lääkärisuhteen jatkuvuuden hyödyistä on vahvaa tieteellistä näyttöä.

– Nykyisin ongelmana ovat pitkät hoitojonot ja jatkuvasti vaihtuvat lääkärit. Hoidon jatkuvuutta tukeva omalääkäri-omahoitajamalli toteutuu vain joidenkin yksityislääkärin, yksityisten hammaslääkärin ja joskus työterveyshuollon vastaanotoilla, Mikkola sanoo.

Kelan tutkijoiden ehdottamassa mallissa hyvinvointialueen asukas voisi valita halutessaan perusterveydenhuollon palveluiden tuottajakseen yksityissektorilla omalääkärinä toimivan yleislääketieteen erikoislääkärin ja hänen työparinaan toimivan omahoitajan. Hyvinvointialueen työmäärä kevenisi, eikä Kela-korvauksilla tuettaisi päällekkäistä toimintaa.

Omalääkäri-omahoitaja-työpari noudattaisi alueen yhteisesti hyväksytyä hoidon porrastusta ja hoitoketjuja. Diagnostiset palvelut tuottaisi hyvinvointialue tai vastaavalla hinnalla muut palveluntuottajat.

– Mallia voitaisiin kokeilla ensi vuoden alusta lähtien eri hyvinvointialueilla. Se voisi turvata hoidon jatkuvuuden ilman kohtuuttomia lisäkustannuksia, Mikkola arvioi.

Lääkäriliitto on ottanut kantaa sen puolesta, että Kela-korvausmalli toteutettaisiin omalääkärimallina.

Sari Kosonen