

# PALLIATIIVINEN HOITO POHJOIS-KARJALASSA

## – Inhimillisesti potilaan parhaaksi

Henna Myller (toim.)





# PALLIATIIVINEN HOITO POHJOIS-KARJALASSA

– Inhimillisesti potilaan parhaaksi

Henna Myller (toim.)

# Sisällys

<i>Julkaisusarja</i>	B:35
<i>Julkaisusarjan vastaava toimittaja</i>	Kari Tiainen
<i>Toimittaja</i>	Henna Myller
<i>Graafinen suunnittelu ja taitto</i>	Salla Anttila
<i>Valokuvat</i>	morguefile.com, Henna Myller

@ Tekijät ja Karelia-ammattikorkeakoulu

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain mukaisesti kielletty ilman nimenomaista lupaa.

ISBN 978-952-275-157-7 (painettu)  
ISBN 978-952-275-158-4 (verkkójulkaisu)  
ISSN-L 2323-6876  
ISSN 2323-6876

Joensuu, LaserMedia Oy, 2015

Karelia-ammattikorkeakoulu – Julkaisutoiminta  
julkaisut@karelia.fi  
tahtijulkaisut.net

<b>LUKIJALLE</b>	<b>6</b>
<b>Palliativinen hoito Pohjois-Karjalassa – kehittämistyötä vuosikymmenen ajalta</b> Henna Myller	<b>8</b>
<b>PALLIATIIVISEN- JA SAATTOHOIDON ALUEELLINEN RAKENNE JA HOITOJÄRJESTELMÄ POHJOIS-KARJALASSA</b>	
Palliativisen ja saattohoidon maakunnallinen suunnitelma ja saattohoitoportaali Minna Peake, Leena Surakka	<b>16</b>
Lääkäri – hoitaja konsultaatiokäytänteiden kehittäminen Minna Peake	<b>20</b>
Saattohoitopäätös ja puheeksi ottaminen Niina Haavistola, Minna Laakkonen, Henna Myller	<b>24</b>
Keuhkosairauksien klinikan palliativisen hoidon kokemukset ja tulevaisuuden haasteet Tuomo Kava, Merja Mäkiranta, Minna Tanskanen	<b>32</b>
Hyvä saattohoitoympäristö on kaikkien etu Katja Väyrynen	<b>36</b>
Näkemyksiä ja visioita palliativisesta hoidosta Pohjois-Karjalassa Juha Mustonen	<b>48</b>
<b>FYSIOTERAPIAN JA ENSIHOIDON MAHDOLLISUUDET PALLIATIIVISEN- JA SAATTOHOIDON MONIAMMATILLISESSA YHTEISTYÖSSÄ</b>	
Fysioterapia moniammatillisessa palliativisessa työryhmässä Mika Kopponen, Liisa Suhonen	<b>54</b>
Fysioterapian mahdollisuudet Tarja Pesonen-Sivonen	<b>60</b>
Ensihoito osana saattohoitopotilaan hoitoketjua – muutos on mahdollinen Kari Törrönen	<b>66</b>
<b>PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON OSAAMISEN VAHVISTAMISEN TOIMINTAMALLEJA</b>	
Saattohoitohankkeen kautta yhteisen opintokokonaisuuden luomiseen Riitta Muhonen, Riitta Piitulainen, Mari Savolainen	<b>72</b>
Täydennyskoulutusmallilla suunnitelmallisuutta osaamisen vahvistamiseen Satu Hyytiäinen, Tiina Kauhanen, Heli Koponen, Henna Myller, Riitta Piitulainen, Irja Väisänen	<b>76</b>
<b>LIITTEET</b>	
Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tulokset ja suositukset taulukoina, esimerkkinä fysioterapia	<b>82</b>

## Lukijalle

PALETTI – Palliatiivisen hoidon osaaminen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa –hanke toteutui vuosina 2013–2015. Hankkeen tarkoituksena oli moniammatillisen yhteistyön ja osaamisen vahvistaminen sekä rakenteiden kehittäminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) alueen kunnissa. Keskeisenä kehittämisalueena oli maakunnallinen palliatiivisen- ja saattohoidon toimintamallikonaisuus. Kehitetty malli sisältää moniammatillisen verkostotoimintamallin, alueellisen saattohoitosuunnitelman ja saattohoitoportaalin, hyvän saattohoitoympäristön kuvauksen ja visuaalisen mallinnuksen, selvityksen ensihoidon mahdollisuudesta kaupunkikeskusten ulkopuolisessa kotisaattohoidon toteutuksessa. Toimintamallikonaisuuteen kuuluvat myös sisällöltään yhtenevä perusopintojakso palliatiiviseen- ja saattohoitoon Karelia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitaja opiskelijoille ja Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymän lähihoitajaopiskelijoille sekä tutkinnon jälkeinen hoitotyön täydennyskoulutusmallin. Hankkeen tuloksena Palliatiivisen hoitotyön täydennyskoulutuksen suunnittelu toteutuu jatkossa yhteistyössä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän, Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymän ja Karelia-ammattikorkeakoulun kanssa.

Hanke toteutui moniammatillisena organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Kehittämistoiminnassa oli mukana sosiaali- ja terveysalan koulutusorganisaatioiden ja erikoissairanhoidon edustajia sekä kuntien julkisen, yksityisen ja potilasjärjestöjen edustajia. Hanketta rahoittivat Etelä-Savon ELY-keskuksen kautta Euroopan sosiaalirahasto sekä hankkeen osatoteuttajat; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä ja Karelia-ammattikorkeakoulu, joka hallinnoi myös hanketta.

Hankkeen lähtökohtana pidettiin potilaan oikeutta hyvään oireita lievittävään palliatiiviseen- ja saattohoitoon hänen asuinpaikastaan riippumatta. Lähtötilanteessa maakunnan alueen palliatiivisen- ja saattohoidossa olevan potilaan hoidon organisointi oli puutteellista, hoidon taso kirjavaa ja hoitopolkujen rakentuminen epäyhtenäistä. Myös osaavista saattohoitoon painottuneista osastoista tai hoitoyksiköistä oli puutetta. Haasteena oli eri erikoisalojen järjestämä hoito sairaalassa, terveyskeskuksessa ja kotona. Kun maakunnan väestörakenne painottuu ikääntyneisiin ja eri sairausryhmät kroonistuvat sekä yleistyvät niin myös perus- ja erikoisosaamisen tarve kasvaa terveydenhuollon palveluita tarjoavissa organisaatioissa.

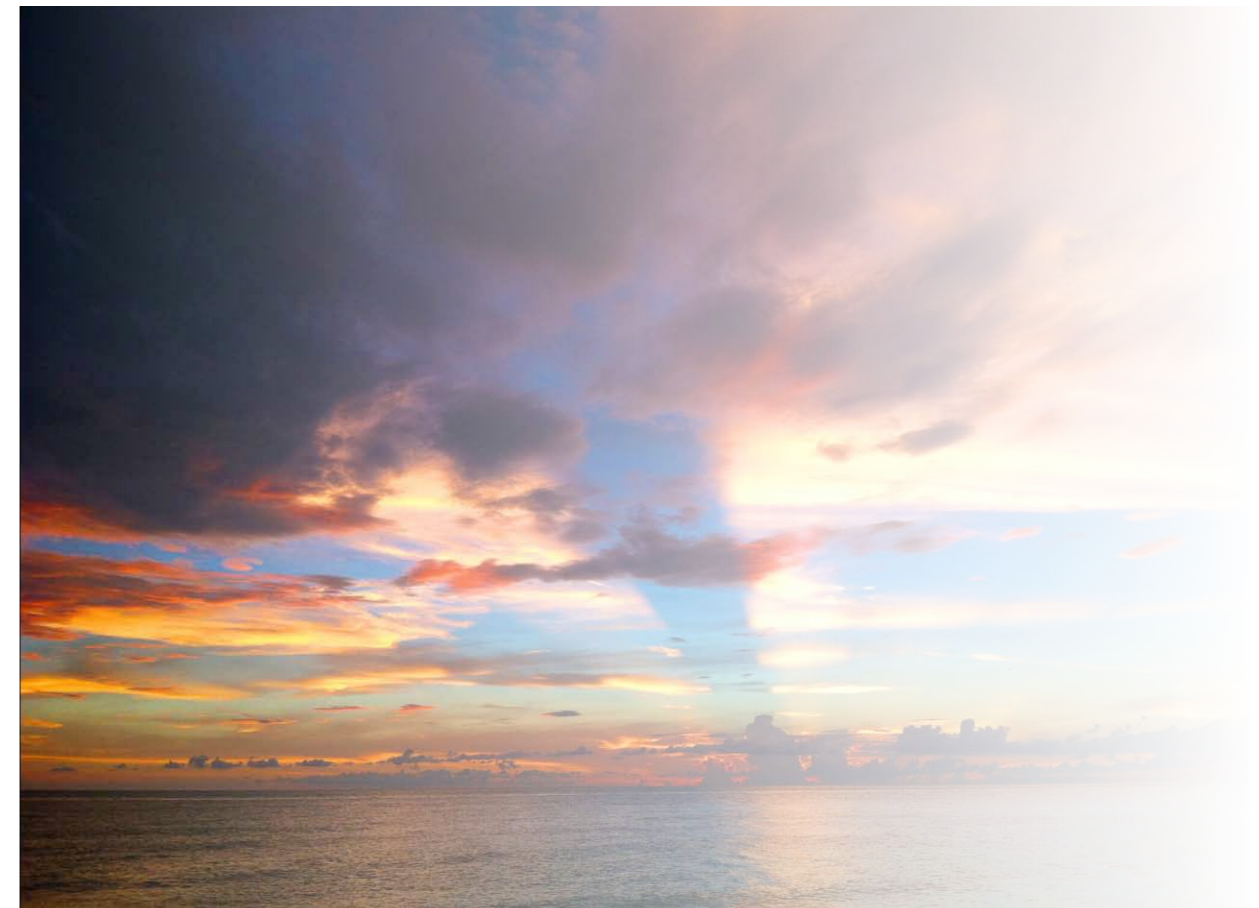
Tässä julkaisussa kuvataan eri näkökulmista hankkeessa mukana olleiden kokemuksia, kehittämistyötä ja tuloksia. Artikkelit antavat laajan ja monipuolisen kuvan kehittämistoiminnan kokonaisuudesta.

Onnistuneen hankkeen perusta on hyvässä, tavoitteellisessa ja innovatiivisessa yhteistyössä. Tämän hankkeen toteutukselle on maakunnassa ollut yhteinen vahva tahtotila ja sitoutuminen inhimillisen ja ihmisläheisen hyvän palliatiivisen - ja saattohoidon edistämiseen. Kiitän Teitä kaikkia hankkeessa mukana olleita eri organisaatioiden hanketoimijoita, opiskelijoita, opettajia, kuntien ja hoitokotien edustajia, ohjausryhmän jäseniä ja muita asiantuntijoita merkittävästä kehittämis-yhteistyöstä. Toivon palliatiivisen - ja saattohoidon kehittämistyön ja yhteistyön jatkuvan edelleen yhtä tavoitteellisenä ja innostuneena.

Kiitän myös kaikkia tähän julkaisuun kirjoittaneita sekä Teitä, jotka olette edesauttaneet julkaisun valmistumista.

Joensuussa 31.10.2014

Henna Myller





# PALLIATIIVINEN HOITO POHJOIS-KARJALASSA – KEHITTÄMISTYÖTÄ VUOSIKYMMENEN AJALTA

Henna Myller, koulutus- ja kehittämispäällikkö, Karelia-ammattikorkeakoulu

Pohjois-Karjalan maakunnassa on palliatiivista hoitoa kehitetty jo vuodesta 2005 lähtien useiden rakennerahastohankkeiden myötävaikutuksella (Palliatiivisen hoidon kehittämishanke 2005–2008 ja Kotihoito24 2008–2011, Paletti 2013–15). Kun ensimmäinen hanke vuonna 2005 käynnistyi oli palliatiivisen hoidon käsite vielä vieras jopa suomalaiselle hoitohenkilökunnalle. Mutta ennen kaikkea suurelle yleisölle se oli käsitteenä tuntematon. Samaan aikaan Suomessa käytiin keskustelua löytyisikö palliatiivisen hoidon käsitteelle selkeää suomenkielistä vastinetta. Käsite oirehoito ei kuitenkaan ollut riittävä kuvaamaan palliatiivisen hoidon laaja-alaista sisältöä, kärsimyksen ehkäisemistä ja lievittämistä sekä kivun ja muiden elämänlaatua heikentävien fyysisten, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien varhaista tunnistamista, ehkäisyä, lievitystä ja hoitoa. Käsite palliatiivinen hoito on kansainvälisesti tunnettu ja käytetty. Tällä hetkellä käsitteen palliatiivinen hoito käyttö on alkanut vakiintua myös Suomessa, vaikkakin saattohoito, kuolevan potilaan hoito, on edelleen tunnetuin palliatiivisen hoidon osa-alue. Viime vuosina palliatiivinen hoito on liitetty muidenkin potilaiden kuin syöpäpotilaiden hoitoon. Palliatiivisista hoitoa tarvitsevia ovat mm. neurologiset potilaat, dementoivaa sairautta sairastavat, keuhkohtaumatauti sairastavat, kroonisista ja pahenevaa sydän- ja verisuonisairauksia ja aivoverenkiertohäiriöitä sairastavat potilaat.

Maakunnan ensimmäisessä Palliatiivinen hoito – Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille (2005–2008) rakennerahastohankkeessa (EAKR) olivat mukana hallinnoijan Karelia-ammattikorkeakoulun, silloisen Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun (PKAMK), lisäksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK), viisi kuntaa (Joensuu, Ilomantsi, Lieksa, Kitee ja Heinävesi), neljä maakunnan hoitokotia (hoitokodit Piritta ja Tervokoti Joensuusta ja Kanervikkoala-koti ja Ee-

” Tällä hetkellä käsitteen palliatiivinen hoito käyttö on alkanut vakiintua myös Suomessa, vaikkakin saattohoito, kuolevan potilaan hoito, on edelleen tunnetuin palliatiivisen hoidon osa-alue. Viime vuosina palliatiivinen hoito on liitetty muidenkin potilaiden kuin syöpäpotilaiden hoitoon.

rika Kiteeltä) sekä Pohjois-Karjalan syöpäyhdistys (Hankesuunnitelma 2005).

Hankkeessa kantavana toimintatapana oli dialoginen oppimis- ja kehitysprosessi, jossa hyödynnettiin parasta mahdollista kansainvälistä ja kansallista tutkimustietoa, asiantuntijoiden kokemuksellista tietoa sekä potilaan ja omaisten kokemuksia. Hankkeen aikana palliatiivista hoitotyötä tehtiin tunnetuksi työyksiköissä ja hoitotyön asiantuntijuus palliatiivisessa hoidossa alkoi vahvistua. Käsitteet hoitotahto, saattohoitopäätös, DNR-päätös ja hoidon linjaukset sekä saattohoidon oikeudellinen perusta avattiin ja vastuukysymyksiä selkiytettiin, vahvistettiin hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamista verkostoyhteistyöllä sekä koulutuksen avulla. Hankkeen aikana konsultointia hoitajalta - hoitajalle sekä lääkäriltä - lääkärille tehostettiin. Neu-

vottelut hoitopaikasta potilaan, omaisen, lääkärin ja hoitajan kesken alkoivat lisääntyä ja DNR- ja saattohoitopäätöksen kirjaaminen parantua. Syöpäyhdistyksen sairaanhoitajan liittyi saattohoidossa olevan potilaan moniammatilliseen hoitotiimiin mukaan. Hankkeen aikana tehdyt tutustumiskäynnit ja työkierto lisäsivät toisen työn tuntemusta sekä käsitystä perusterveydenhuollon mahdollisuuksista ja asiantuntijuudesta. Hankkeen aikana erikoissairaanhoidossa yhden sairaanhoitajan toimenkuvaa muutettiin vastaamaan erityisesti vaikeasti sairaan potilaan jatkohoitoon ja kotiutumiseen liittyviin haasteisiin. (Myller 2007)

Palliatiivisessa hankkeessa (2005–2008) kehitettiin saattohoitokäytänteitä ja luotiin potilaslähtöinen, omaisen tuen huomioonottava saattohoitomalli. Lisäksi hankkeessa tuotettiin lukuisia työohjeita palliatiiviseen oireenmukaiseen hoitoon, testattiin ESAS-oirekyselyn käyttöä työyhteisöissä ja tuotettiin Lämpimin käsin DVD potilaan ja omaisen surutyön tukemiseen. Kehittämishankkeen aikana perustettiin alueellinen sairaanhoitajaverkosto palliatiiviseen hoitoon ja luotiin kiinteät työelämäyhteydet sekä valtakunnallisten verkostojen perusta. Hankkeen aikana asiantuntijatukeaan antoivat mm. Tampereen, Helsingin ja Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Terhokodin palliatiivisen hoidon edustajat ja asiantuntijat Suomen Syöpäyhdistyksestä, Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistyksestä, Suomen Syöpäsairaanhoitajien yhdistyksestä sekä Stakesista. Yhteistyö tiivistyi myös palliatiivista hoitoa tukevien järjestötoimijoiden ja yhteisöjen (mm P-K:n Dementiayhdistys, Joensuun Parkinson yhdistys, Joensuun seudun Omaishoitaja ja Läheiset ry, eri seurakunnat ja sairaalasielunhoito) kanssa. (Myller 2007)

Kehittämistyön aikana Karelia-ammattikorkeakoulu (silloin Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu) toteutti Palliatiivisen hoitotyön 30 opintopisteen erikoistumisopinnot sairaanhoitajille sekä Palliatiivisen hoidon 10 opintopisteen oppisopimuskoulutuksen lähihoitajaopiskelijoille. Nämä opiskelijat ovat olleet edesauttamassa palliatiivisen hoidon hankkeen tulosten jalkauttamisessa ja edelleen kehittämisessä.

Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä hanke, Kotihoito24-hanke toteutui vuosina 2008–2011. Hankkeessa kehitettiin ympärivuorokautista vaativaa sairaalatasoista kotihoitoa vaihtoehdoksi sairaalahoidolle. Saattohoito oli yhtenä keskeisenä kehittämisalueena. Hanke toteutui monialaisesti moniammatillisena yli maakunta- ja organisaatorajat ylittävänä verkostoyhteistyönä. Hankkeessa olivat mukana kahdeksan Pohjois-Karjalan kuntaa, kymmenen maakunnan yksityis-

tä hoitokoti-, ja kotihoitoyritystä, kolme potilasjärjestöä, erikoissairaanhoito ja maakunnan pelastuslaitos sekä Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hankkeen rahoitus tuli Euroopan aluekehitysrahastosta (EAKR) Pohjois-Karjalan maakuntaliiton kautta ja hankkeeseen osallistuneet organisaatiot osallistuivat rahoitukseen omilla rahoitusosuuksillaan. Hankehallinnointi tuli Karelia-ammattikorkeakoulusta (silloin Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu). (Hankesuunnitelma 2008.)

Kotihoito24-hankkeessa jatkettiin edellisen palliatiivisen hankkeen hyvien käytänteiden jalkauttamista arjen toiminnoiksi. Erityisenä kehittämishaasteena oli varmistaa turvallinen ilta- ja yöhoito ympärivuorokautista hoitoa tarvitseville potilaille, myös vaikeasti sairaille potilaille ja saattohoitopotilaille sekä turvata omaisten tarvitsema tuki koteihin. Kotisaattohoitojen kokonaisuuden organisointi oli keskeistä monissa hankkeeseen osallistuvissa kunnissa. Hankkeen aikana luotiin yhteisiä käytänteitä kotisaattohoidossa mukana olleiden hoitoverkostossa toimivien tahojen kanssa, hiottiin erikoissairaanhoidon konsultaatiokäytänteitä sekä saattohoidon tukiosastotoimintaa eri kunnissa. Hankkeen alussa elokuussa 2008 käynnistyi Joensuun kaupungin tehostetun kotihoidon toiminta, jossa yhtenä kehitettävänä alueena olivat kotisaattohoidot ja tukiosastotoiminta. Kotisaattohoitojen kehittämistyö on jatkunut Joensuun kantakaupungin alueella tavoitteellisesti, henkilökuntamäärää on lisätty koko ajan ja toiminta on saanut hyvää palautetta ja kiitosta hyvästä kokonaisvaltaisesta saattohoidosta. Kotihoito24-hankkeen aikana luotiin myös Kotiutusprosessi kotisaattohoitoon -toimintamalli. Tavoitteena oli saada jokaiseen organisaatioon ja työyhteisöön nimettyä saattohoidosta vastaava hoitaja. (Myller 2011, Riikonen & Kouvalainen, 2011, Lähteenmäki & Kinnunen 2011)

Pohjois-Karjalan maakunnan palliatiivisen hoidon kehittäminen on edennyt vuosien ajan pitkäjänteisesti ja tavoitteellisesti. Näissä aiemmin tehdyissä hankkeissa on luotu vankkaa perustaa nyt meneillään olevalle hankkeelle Paletti - Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa (ESR). Paletti-hankkeen kehittämistyön lähtökohdat perustuvat maakunnan palliatiivisen hoidon kokonaistilanteeseen ja hoitotyön osaamisen vahvistamisen tarpeeseen. Perustelut hankkeen tarpeelle ovat luettavissa maakunnan hyvinvointiohjelmasta, valtakunnallisista ja kansainvälisistä selvityksistä, suosituksista, raporteista sekä aikaisemmista hankkeista. (Käypä-

hoitosuositus 2008, P-K:n maakuntaliitto 2009, STM 2009, 2010, 2012, WHO Definition of Palliative Care 2014) Kaikissa näissä selvityksissä, suosituksissa, strategioissa ja hankkeiden tuloksissa tulee esille Palliatiivisen- ja saattohoidon kehittäminen ja vahvistaminen yli organisaatio-, kunta- ja sektorirajojen, saattohoidon kriteeristön- ja hoitosuunnitelman laatiminen, työnjaon organisointi ja moniammatillisen osaamisen vahvistaminen, niin että potilaan sujuva, laadukas, hyvä hoito ja saattohoitopolku toteutuvat asiantuntijayhteistyönä.

Paletti-hankkeen lähtötilanteessa potilaan palliatiivinen- ja saattohoitopolku maakunnan eri alueilla oli rakentunut epäyhtenäisesti ja epäoikeudenmukaisesti. Alueellista saattohoidon järjestämistä ei ollut koordinoitu, puuttui selkeä palliatiivisen- ja saattohoidon kokonaisrakenteen sekä vastuulliset toimijat. Potilaan kokonaisuhoitoon kaivattiin verkostomaista moniammatillista toimintaa maakunnan eri alueille, lääkäri-hoitaja työpareja sekä mm. fysioterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden osallistumista aktiivisesti potilaan hoitoon. Aiemmassa hankkeessa perustetulle sairaanhoitajaverkostolle toivottiin selkeästi suunniteltua ja tavoitteellista toimintaa. Yhtenä keskeisenä huolena oli potilaan akuuttien ja vaikeasti hallittavien oireiden asiantuntija- ja konsultaatiokäytänteet ilta-, yö ja viikonloppuisin maakunnan eri alueilla. Kun osaavia saattohoitoon painottuneita osastoja tai hoitoyksiköitä ei maakunnassa juurikaan ole, haluttiin hoidon osaamisen tasoon myös parannusta. Maakunnassa on tunnetusti ikääntynyt väestörakenne ja eri sairausryhmien yleistymisen ja kroonistuminen kasvattavat tulevaisuudessa palliatiivisen- ja saattohoidon perus- ja erikoisosaamisen tarvetta kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa.

Paletti-hanke käynnistyi 1.4.2013 ja jatkuu toukokuun loppuun 2015. Hanke on Euroopan sosiaalirahaston rahoittama ja toteutuu yhteistyössä Karelia-ammattikorkeakoulun, Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymän ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kanssa. Hanketta hallinnoi Karelia-ammattikorkeakoulu.

Kehittämispöytätyössä keskeistä on ollut turvata palliatiivisessa - ja saattohoidossa olevan potilaan turvallinen ja inhimillinen hoidon kokonaisuus hoidon porrastuksen rakenteita ja hoitojärjestelmiä kehittämällä sekä vahvistamalla hoitohenkilökunnan osaamisen rakenteita. Kehittämistyö on toteutunut kahdessa kehittämissä myönteisessä, innokkaassa sitoutuneessa ja moniammatillisessa yhteistyössä potilaan hoitopolun kaikissa vaiheissa eri organisaatioiden välillä.

**” Pohjois-Karjalan maakunnan palliatiivisen hoidon kehittäminen on edennyt vuosien ajan pitkäjänteisesti ja tavoitteellisesti. Näissä aiemmin tehdyissä hankkeissa on luotu vankkaa perustaa nyt meneillään olevalle hankkeelle Paletti - Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa (ESR).**

Palliatiivisen- ja saattohoidon kehittämishankkeen toteutus aika on osoittautunut erittäin hyväksi ajankohdaksi ja hanke on noteerattu edistykselliseksi ja merkittäväksi kehittämiskohteeksi jopa valtakunnallisesti. Maakunnan terveyskeskusten ja hoitokotien henkilöstölle osoitetun kyselyn tulokset kertovat osaltaan kehittämistarpeen tärkeydestä ja laajuudesta. Valtakunnallinen eutanasia/hyvä palliatiivinen- ja saattohoito keskustelu sekä vuoden 2014 yhteisvastuukeräyksen kohde saattohoito ovat lisänneet hankehenkilöstössä ja maakunnan toimijoissa ajatusta, että kehittämistyö on ajankohtaista ja merkittävää palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevien potilaiden ja omaisten hoidon kehittämiseksi ja hoitohenkilöstön osaamisen lisäämiseksi ja vahvistamiseksi. Myös kuntien tämänhetkinen taloustilanne ja Sote-rakenneuudistus ovat edellyttäneet kehittämään uusia, innovatiivisia (säästö)ratkaisuja sekä arvioimaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja pohtimaan uusia toimintamalleja.

Kehittämistyön tueksi hankkeessa toimivien henkilöiden osaamista on vahvistettu tutustumalla esimerkiksi Oulun, Tampereen ja Lappeenrannan seuduilla kehitettyihin pal-



liatiivisen- ja saattohoidon hyviin käytänteisiin. Lontoon eri Hospice-koteihin ja syöpäsairaalaan suuntautuneelta opintomatkalta saadut kokemukset ja keskustelut ovat vahvistaneet kehittämistyön oikeaa suuntaa ja tarpeellisuutta sekä antaneet kehittämistyöhön ja yhteistyöhön uudenlaisia ideoita ja oivalluksia. Valtakunnalliset ja kansainväliset koulutukset ovat osaltaan antaneet virikkeitä ja hyviä käytänteitä sovellettavaksi kehittämistyössä.

Hankkeen tavoitteiden mukaisesti alueellisen saattohoitotuonnitelman, saattohoitoportaalin sisältö ja mallintaminen, Karelia-ammattikorkeakoulun ja Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymän yhteinen perusopintojaksokokonaisuus ja täydennyskoulutusmalli palliatiiviseen- ja saattohoitoon sekä moniammatillisen verkostotoimintamallin luominen ovat olleet keskeiset kehittämiskohteet. Näiden kehittämiskohteiden rakenteet ovat valmistuneet ja sisällön tuottaminen ja kehittäminen jatkuvat edelleen. Hankkeen tavoitteisiin kuuluva, hyvä saattohoitoympäristö, on mallinnettu Joensuun kaupungin Siilaisen sairaalan osasto B:lle. Myös selvitys ensihoidon osuudesta kaupunkikeskusten ulkopuolisessa kotisaattohoidossa on tehty ja sen pohjalta on käynnistetty saattohoitopotilaan oirehoidon protokollan työstäminen. Tätä ja kivunhoidon konsultaatiokäytänteitä on tarkoitus vielä pilotoida ennen hankkeen päättymistä. Kaikkia näitä hankkeen tuloksia on kuvattu tarkemmin toisaalla tässä julkaisussa. Hankkeen kehittämistyön edessä on kuultu maakunnan asukkaita, ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita ja asiantuntijoita. Samalla on saatu arvokasta käyttäjälähtöistä tietoa kehittämistyöhön ja jalkautettu hankkeen tuloksia.

Kaikkien näiden hankkeiden aikana hanketyö ja opetuksen integrointi on tunnustettu luontevaksi osaksi sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden asiantuntijuuteen kehittymistä ja ammatillisen kasvun laaja-alaista tukemista. Hankkeisiin tehdyt harjoittelut, erilaiset selvitykset, AMK ja YAMK opinnot ja kehittämisselvitukset sekä pro-gradut ovat omalta osaltaan edistäneet kehittämistyötä ja tulosten jalkautumista.

Karelia-ammattikorkeakoulussa on toteutunut Palliatiivisen hoitotyön 30 opintopisteen erikoistumisopinnot myös lukuvuonna 2011–2012 sekä Paletti-hankkeen aikana Palliatiivisen hoidon oppisopimustyyppiset 30 opintopisteen opinnot yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun ja Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa. Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden palliatiivisen hoidon osaamisen vahvistamiseen myös tulevaisuudessa on kiinnitetty Karelia-ammattikorkeakoulussa huomioita. Uuteen syksyllä 2014 käynnistyneeseen opetussuunnitelmaan on tullut Palliatiivisen hoidon perusopintojen lisäksi 15 opintopisteen täydentävät opinnot. Myös muissa opinnoissa sivutaan palliatiivista- ja saattohoitoa.

Paletti-hankkeessa suunnitellun täydennyskoulutusmallin mukaisesti koulutustoiminnan suunnittelu jatkuu yhteistyössä Karelia-ammattikorkeakoulun, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ja Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymän nimeäminen toimijoiden kanssa. Karelia-ammattikorkeakoulun yhteyshenkilö on myös mukana suunnittelemassa Suomen sairaanhoitajaliiton, Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistyksen ja Suomen Syöpäsairaanhoitajat ry:n toimijoiden kanssa kansainvälistä Palliatiivisen hoidon seminaaria vuodelle 2016. Karelia-ammattikorkeakoulussa seurataan aktiivisesti korkeakoulutettujen erikoistumiskoulutusten toteutumismallin suunnittelun etenemistä. Siinä yhtenä vaihtoehtona Karelia-ammattikorkeakoulussa on Palliatiivinen hoitotyö -erikoistumiskoulutus.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä jatkuu palliatiivisen hoidon kehittäminen intensiivisesti. Palliatiivisen hoidon palveluketjua, hoidon porrastuksen, sen eri yksiköiden tehtävien sekä lähete- ja konsultaatiokäytänteiden osalta mallinnetaan ja keväällä 2015 aloittaa erikoissairaanhoidossa toimintansa Palliatiivisen hoidon yksikkö.

## LÄHTEET

Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Käypähoitosuositus 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim ja Palliatiivisen hoidon yhdistys.

Lähteenmäki, K & Kinnunen, M. 2011. Tehostetun kotihoidon tiimin käynnistäminen Joensuussa. Kotihoito24h. Osaamisen vahvistumista ja toimintamallien uudistumista. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C:43.

Maakunnan hyvinvointiohjelma 2015. Strategiaosa. Julkaisu 121:2009. Joensuu: Pohjois-Karjalan maakuntaliitto.

Myller, H. 2011. Kotihoito24h. Osaamisen vahvistumista ja toimintamallien uudistumista. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C:43.

Myller, H. 2007. Palliatiivinen hoito. Elämälaatu parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Tiedotteita, 25.

Paletti – Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa. Karelia-ammattikorkeakoulu. Hankesuunnitelma 22.2.2013.

Palliatiivisen hoidon kehittämishanke 2005–2007. Elämänlaatu parantumattomasti sairaille potilaille. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hankesuunnitelma 25.4.2005.

Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 75/2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Riikonen, E. & Kouvalainen, T. 2011. Saattohoito kotiin. Teoksessa Myller, H (toim.) Kotihoito24h. Osaamisen vahvistumista ja toimintamallien uudistumista. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C:43.

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

WHO Definition of Palliative Care 2014. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. 28.8.2014

Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä 2008–2010. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hankesuunnitelma 16.6.2008.



PALLIATIIVISEN- JA SAATTOHOIDON  
ALUEELLISESTA RAKENTEESTA  
JA HOITAJÄRJESTELMÄSTÄ  
POHJOIS-KARJALASSA



# PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON MAAKUNNALLINEN SUUNNITELMA JA SAATTOHOITOPORTAALI

Minna Peake, sairaanhoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä  
Leena Surakka, terveyskeskuslääkäri, Joensuun terveyskeskus

## TARVE PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON MAAKUNNALLISELLE KEHITTÄMISTYÖLLE

Vuonna 2013 käynnistyneen Paletti-hankkeen (Palliativisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013–31.3.2015) kahtena osatavoitteena on ollut alueellisen saattohoitosuunnitelman laatiminen ja toimeenpaneminen Pohjois-Karjalan alueella sekä saattohoitoportaalin luominen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) tietokantaan.

Maakunnallisen suunnitelman taustaselvityksenä kaikkiin alueen terveyskeskuksiin sekä erikoissairaanhoidon klinikkaryhmiin lähetettiin kysely, jossa selvitettiin yksikön palliativiseen ja saattohoitoon liittyviä ongelmia ja kehittämistarpeita. Kyselyihin vastanneiden ammattilaisten palautteesta nousi selkeä halu kehittää maakunnan palliativista ja saattohoitoa. Haasteena koettiin resurssien ja osaamisen tason alueelliset vaihtelut sekä yhtenäisen saattohoito-ohjeistuksen puuttuminen.

Hankkeen suunnittelema saattohoitoportaali nähtiin tarpeellisena tiedon saannin ja kokemusten jakamisen apuvälineenä, jonka käyttö voisi parantaa yhtenäisiä käytänteitä maakunnan saattohoitopotilaiden hoidossa. Erityisen tärkeänä tämä nähtiin hoito- ja hoivakotien kohdalla, joilla ei välttämättä ole pääsyä sairaaloiden ja terveyskeskusten käyttämiin tietokantoihin.

Näiden haasteiden valossa oli aiheellista pysähtyä miettimään kuinka palliativisten ja saattohoitopotilaiden hoitaminen olisi parhaiten järjestettävissä maakunnassa olemassa olevien mahdollisuuksia ja resursseja hyödyntäen. Juuri tähän Paletti-hanke on antanut maakunnan toimijoille mahdollisuuden.

” Hankkeen suunnittelema saattohoitoportaali nähtiin tarpeellisena tiedon saannin ja kokemusten jakamisen apuvälineenä, jonka käyttö voisi parantaa yhtenäisiä käytänteitä maakunnan saattohoitopotilaiden hoidossa.

## VALTAKUNNALLISET SUOSITUKSET MAAKUNNALLISEN SAATTOHOITO- SUUNNITELMAN JA -PORTAALIN LÄHTÖKOHTANA

Suomen Sosiaali- ja Terveysministeriön (STM) vuonna 2010 laatimassa suosituksessa Hyvä Saattohoito Suomessa todettiin, että ”Hyvä saattohoito on kaikkien ihmisten oikeus, jossa keskeistä on kuolevan ihmisen oireiden hoito ja kärsimyksen lievittäminen diagnoosista riippumatta”. Julkaisussa tuotiin julki huoli saattohoidon laadun vaihtelusta ja epätasa-arvoisesta saatavuudesta Suomessa. Samalla otettiin esille myös se, ettei kaikissa sairaanhoitopiireissä oltu laadittu vielä alueellista saattohoitosuunnitelmaa. Suositusten tarkoituksena oli edistää hyvää ja yhdenvertaista saattohoitoa.

” Saattohoitopotilaan polkua pitää Pohjois-Karjalassa selkeyttää siten, että kaikki terveydenhuollon yksiköt tietävät omat vastualueensa niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin. Toisaalta suunnitelmassa alleviivataan terveydenhuollon yksiköiden välisen yhteistyön merkitystä.

Väestön elinajan pidentyminen, ikääntyvien ihmisten määrän lisääntyminen ja terveydenhuollon resurssien rajallisuus tuovat haasteita laadukkaan terveydenhuollon järjestämiseen. Kiristyvän kuntatalouden ja erilaisten säästöpainneiden edessä voi tuntua haasteelliselta ryhtyä järjestelmällisesti kehittämään hoitoprosesseja ja uusia toimintatapoja. Kuitenkin jo aiemmin tehdyissä selvityksissä on todettu, että hyvin järjestetty palliatiivinen ja saattohoito voi tuoda säästöjä terveydenhuollon kustannuksiin. Hyvin laaditut hoitosuunnitelmat ja selkeät hoidon linjaukset vähentävät potilaiden päivystyskäyntejä ja erikoissairaanhoidon käyttöä ja samalla lisäävät potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Järkevästi suunniteltu ja toteutettu palliatiivinen ja saattohoito on kustannustehokasta ja voi tuottaa jopa säästöjä terveydenhuollolle ohjaamalla potilaat oikeaan paikkaan oikea-aikaisesti.

#### PALLIATIIVISEN- JA SAATTOHOIDON SUUNNITELMA

Ennen Paletti-hankkeen alkamista Pohjois-Karjalasta puuttui maakunnallinen saattohoitosuunnitelma, jonka laatiminen nähtiin siis yhdeksi hankkeen keskeisistä tavoitteista. Suunnitelman laatimisen lähtökohtana pidettiin edellä mainittua STM:n v. 2010 julkaisemaa suositusta sekä Euroopan Unionin

ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) antamia kriteerejä (2009, 2010). Sen tavoitteena oli lisätä saattohoidon arvostusta ja merkitystä osana potilaan palliatiivista hoitoa, selkeyttää alueellista saattohoitopolkua, saada tietoa alueellisesta saattohoidon resursoinnista ja koulutustarpeista, parantaa moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista saattohoitopotilaiden osallistuvien tahojen kanssa sekä parantaa potilaan läheisten osallistumista saattohoitoon.

Tehdyssä suunnitelmassa (PKSSK 2014) kuvataan potilaan saattohoitopolun kannalta olennaiset asiat, kuten saattohoitoon siirtyminen, saattohoitokeskustelu ja -hoitopäätöksen tekeminen, saattohoitosuunnitelma, hoitopaikan valinta, yhteistyö terveydenhuollon yksiköiden välillä sekä omaisten ja läheisten tukeminen. Lisäksi suunnitelmassa huomioidaan saattohoitoa määrittävät ohjeistukset, henkilökunnan rakenne ja koulutus, hoitavan henkilökunnan työssä jaksaminen ja saattohoitoympäristöt.

Saattohoitopotilaan polkua pitää Pohjois-Karjalassa selkeyttää siten, että kaikki terveydenhuollon yksiköt tietävät omat vastualueensa niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin. Toisaalta suunnitelmassa alleviivataan terveydenhuollon yksiköiden välisen yhteistyön merkitystä. Potilaan kannalta ”saattaen vaihtaan” tapahtuva hoitovastuun siirto eri yksiköiden välillä on olennaista potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Erityisen tärkeänä on nähty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö ja sen parantaminen, jonka vuoksi maakuntaan luotiin alueellinen saattohoito-henkilöverkosto. Siihen nimettiin jokaisesta saattohoitopotilaita hoitavasta yksiköstä lääkäri-hoitaja-työpari koordinoimaan saattohoitoa ja vastaamaan oman yksikkönsä saattohoidon kehittämisestä. Verkostotoimintamallin tarkoituksena on yhteistyön kehittämisen lisäksi parantaa palliatiivisen hoidon osaamista ja asiantuntemusta. Saattohoitosuunnitelmaa tullaan päivittämään ja arvioimaan säännöllisesti vastaamaan palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeita ja tavoitteita.

Tehdyn saattohoitosuunnitelman lisäksi maakunnassa on ryhdytty miettimään palliatiivisen- ja saattohoidon järjestämistä STM:n (2010) suosituksessa esitetyn kolmiporaisen mallin mukaisesti. Tällä hetkellä PKSSK:ään suunnitellaan palliatiivisen yksikön perustamisesta vuoden 2015 aikana. Yksikkö tulee tarjoamaan vaativan tason hoitoa ja koulutusta sekä toimimaan konsultoivana yksikkönä haastavissa oirehoidon kysymyksissä.

#### SAATTOHOITOPORTAALI

Saattohoitoportaalin tekeminen on osoittautunut haastavaksi. Tietoteknisistä syistä alun perin asettamiemme tavoitteita on jouduttu muokkaamaan sellaisiksi, että portaalin työstäminen on ollut yleensä mahdollista. Alun perin ajatuksenamme oli luoda portaaliin kaksi osiota: Kaikille saattohoidosta kiinnostuneille avoin osio ja terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu kirjautumista vaativa osio. Käytännössä tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista erityisesti tietoturvaan liittyvien rajoitusten takia. Lisäksi kysymyksiä herätti muun muassa salasanojen ja käyttäjätietojen ylläpito hankkeen päättymisen jälkeen. Nämä asiat huomioitiin ottaen portaalista päätettiin tehdä kaikille avoin, PKSSK:n verkkosivuille tuleva tietopankki.

Portaalin sisältöä on rakennettu maakunnan terveydenhuollon ammattilaisten esittämien tarpeiden pohjalta. Portaalin tarkoituksena on yhtenäistää saattohoitoon liittyviä käytänteitä Pohjois-Karjalassa ja helpottaa alueellisen tiedon saatavuutta. Se nähdään yhteisenä tietopankkina, jota voivat hyödyntää niin potilaat, omaiset kuin terveydenhuollon ammattilaisetkin. Jatkossa portaalin päivittämisestä huolehtivat tulevan palliatiivisen hoidon yksikön henkilökunta, maakunnallisen yhteistyöverkoston jäsenet ja Karelia-ammattikorkeakoulun palliatiivista hoitoa opiskelevat opiskelijat.

#### YHTEENVETO

Palliatiivisen ja saattohoidon maakunnallisen suunnitelman ja saattohoitoportaalin tavoitteena on ollut STM:n suositukset huomioitiin ottaen selkeyttää saattohoitopotilaan hoitopolkua, yhtenäistää maakunnan hoitokäytänteitä ja parantaa palliatiivisen- ja saattohoidon arvostusta Pohjois-Karjalassa. Mielestämme tässä työssä on Paletti-hankkeen myötä päästy hyvään vauhtiin. On ollut ilo havaita, kuinka tärkeänä palliatiivisen hoidon kehittäminen nähdään koko maakunnan alueella kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien kesken. Uskomme, että kehitystyö jatkuu vielä hankkeen päättymisen jälkeen, koska nyt sille on luotu suotuisat puitteet. Kantavana ajatuksena kehitystyössä voidaan pitää edelleenkin Arkkiaatri Risto Pelkosen v. 2004 sanomaa: ”Kuolevan potilaan kohtelu on lääkintätaidon humanisuuden koetinkivi ja jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari”.

#### LÄHTEET

European Association for Palliative Care (EAPC) update. 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care. 2009; 16(6), 278-289.

European Association for Palliative Care (EAPC) update. 2010. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care 2010; 17(1), 22-33.

Pelkonen, R. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisu 4. ([http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf))

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2014.

Saattohoitosuunnitelma Pohjois-Karjalan maakunnassa. Versio 1: 03.02.2014.

Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. STM:n julkaisu 2010:6



# LÄÄKÄRI – HOITAJA KONSULTAATIOKÄYTÄNTEIDEN KEHITTÄMINEN

Minna Peake, sairaanhoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

## TARVE KONSULTAATIOKÄYTÄNTEIDEN KEHITTÄMISEEN PALLIATIIVISEN- JA SAATTOHOITOPOTILAAN HOIDOSSA

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö (2010) on todennut 'Hyvä saattohoito Suomessa'- julkaisussaan, että kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille ja että kaikkien lääkäreiden on hallittava hoidon periaatteet.

Paletti-hankkeessa kesällä 2013 tehty, perusterveydenhuoltoon (PTH) ja erikoissairaanhoidon (ESH) suunnattu kysely osoitti, että palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisessa ja saatavuudessa on suuriakin vaihteluita. Lisäksi niin lääkäreiltä kuin hoitajiltakin saadusta palautteesta selvisi, että muun muassa kotisairaanhoidon oli saatavilla ympäri vuorokauden vain pienessä osassa maakuntaa ja sen resurssoinnissa oli suuriakin vaihteluita, suurimmasta osasta terveyskeskuksia puuttui ympärivuorokautinen lääkäripäivystys ja että selkeästi kirjattujen hoitolinjausten puute aiheutti hankaluuksia jatkohoidon järjestämisessä ja suunnittelussa. Erityisesti kivun hoitoon liittyviä ongelmia ja koulutuksen tarvetta tuotiin esille tämän aiheen ympäriltä. Oman lisänsä tilanteeseen tuovat myös maakunnan pitkät välimatkat.

Monet perusterveydenhuollossa työtä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset toivat esille toiveensa lääketieteellisestä ja ammatillisesta tuesta, joka mahdollistaisi tarvittavan konsultaatiotuen 24/7. Tämä nähtiin erityisen tärkeänä kivun hoidon kysymyksissä. Kyselyvastauksissa nostettiin esiin myös potilaan paras – potilaan lähettäminen ambulanssilla mahdollisesti pitkänkin matkan päähän päivystykseen konsultointikysymyksen takia nähtiin potilaan kannalta raskaana ja kuormittavana seikkana.

” Kyselyvastauksissa nostettiin esiin myös potilaan paras – potilaan lähettäminen ambulanssilla mahdollisesti pitkänkin matkan päähän päivystykseen konsultointikysymyksen takia nähtiin potilaan kannalta raskaana ja kuormittavana seikkana.



” Video-välitteisten konsultaatioiden etuna nähtiin se, että potilaan olisi mahdollista tavata erikoissairaanhoidon lääkärin video-välitteisessä konsultaatiossa sen sijaan, että hän joutuisi matkustamaan jopa useita satoja kilometrejä nähdäkseen lääkärin.

### KONSULTAATIOKÄYTÄNTEIDEN KEHITTÄMINEN

Konsultaatiokäytänteiden solmukohtien selvittämiseksi hankkeen koordinoiva sairaanhoitaja ja asiantuntijalääkäri tekivät vierailuja erikoissairaanhoidon klinikkaryhmiin sekä perusterveydenhuollon yksiköihin. Käydyissä keskusteluissa korostettiin erityisesti potilaan hoidon linjausten selkeän kirjaamisen tärkeyttä ja merkitystä. Hyvin kirjatulla hoitosuunnitelmalla on suuri merkitys silloin, kun potilaan hoitovastuuta ollaan siirtämässä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Vastaavasti puutteellisesti kirjatun tiedon nähdään vaikeuttavan jatkohoidon suunnittelua ja aiheuttavan mahdollisesti tarpeettomia potilaskäyntejä päivystykseen.

Klinikka- ja terveyskeskusvierailujen myötä jokaisesta PTH- ja ESH-yksiköstä saatiin nimettyä hoidon toteutuksesta ja edelleen kehittämisestä vastaava lääkäri-hoitajatyöpari. Vierailujen myötä selvisi joitakin, jopa oleellisestikin tiedon kulkuun vaikuttavia seikkoja. Yhtenä esimerkkinä tällaisesta asiasta oli erikoissairaanhoidosta lähetetyn tiedon kulkeutuminen Mediatri-ohjelman sellaiseen kotihoidon sähköiseen ”laatikkoon”, joka ei itse asiassa ole sen yksikön käytössä, jolle tieto oli tarkoitettu luettavaksi. Tällöin seurauksena oli se, ettei tieto kulkenut oikealle hoitavalle taholle perusterveydenhuoltoon ja näin ollen potilaan hoitovastuun siirtäminen hankaloitui tai ainakin viivästyi.

Maakuntakerroksen aikana selvisi myös, että kunnissa on jo olemassa olevat mahdollisuudet video-välitteisiin konsultaatioihin, mikäli tämän tyyppistä käytännettä haluttaisiin lähteä kehittämään enemmänkin. Video-välitteisten konsultaatioiden etuna nähtiin se, että potilaan olisi mahdollista tavata erikoissairaanhoidon lääkärin video-välitteisessä konsultaatiossa sen sijaan, että hän joutuisi matkustamaan jopa useita satoja kilometrejä nähdäkseen lääkärin. Tällä menetelmällä voitaisiin säästää potilasta raskaalta matkalta ja samalla mahdollisesti säästää yhteiskunnan varoja. Video-välitteistä konsultointia on tavoitteena ja tarkoituksena kokeilla ennen hankkeen päättymistä.

Tämän lisäksi hyvien konsultaatiokäytänteiden kehittäminen nähtiin tärkeänä myös hoivakotien kohdalla. Tämä korostuu erityisesti silloin, kun lääkäriresurssit ovat saatavilla esimerkiksi vain viikoittain tai muutaman kerran kuukaudessa. Helppo konsultaatioyhteys ja ennalta sovitut käytänteet vaikkapa oman kunnan terveyskeskukseen toisivat helpotusta arjen pulmatilanteisiin myös hoivakotien kannalta. Monilta hoivakodeilta onkin tullut palautetta siitä, että heillä on halu hoitaa monesti jo vuosia asiakkaina olleet potilaat heidän elämänsä loppuun saakka tutussa ympäristössä tutujen hoitajien tukemana. Selkeät käytänteet konsultaatiokysymyksissä auttavat myös heitä toteuttamaan asiakkaan ja potilaan toiveita palliatiiviseen ja saattohoitoon liittyvissä kysymyksissä.

Konsultaatiokäytänteiden kehittämisessä on myös palliatiivisen- ja saattohoitopotilaiden palveluketjun selvittämisellä ja selkeyttämisellä tärkeä rooli. Kun käytänteistä sovitaan etukäteen ja jokaisella terveydenhuollon yksiköllä (niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa) on oma palliatiivisen potilaan hoitoon vaikuttava tehtävä tiedossa, se helpottaa niin potilaan ja hänen läheisensä elämää kuin myös terveydenhuollon ammattilaisten tekemää työtä. Tämän artikkelin kirjoittamishetkellä näitä konsultaatiokäytänteitä ja potilaan palveluketjua ollaan juuri rakentamassa ja suunnittelemassa yhdessä koko PKSSK:n kanssa.

### YHTEENVETO

Ennalta sovitun vastuunjaon, yhtenäisen ohjeistuksen ja käytänteiden sekä palveluketjun myötä potilaalla on selkeä tieto siitä, kuka häntä hoitaa ja tutkii, missä, milloin ja kuka hänen hoidostaan kulloinkin vastaa ja päättää. Samalla tavoitteena on madaltaa yhteydenoton kynnystä eri terveydenhuollon yksiköiden välillä: tukea yhteistyötä, parantaa tiedonkulkua ja helpottaa konsultointia. Jatkuva

koulutus palliatiivisesta hoidosta ja siihen liittyvistä asioista niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin parantaa osaamista ja ymmärrystä hyvän tiedonsiirron merkityksestä.

Erikoissairaanhoidon tehtävänä nähdään selkeästi niin palliatiivisen kuin saattohoidonkin hoitolinjausten tekeminen ja selkeä kirjaaminen potilastietoihin. Olennaisesti tähän liittyvät myös keskustelut yhdessä potilaan ja (hänen sitä niin toivoessaan) hänen läheisensä kanssa. Jatkohoidon selvittäminen ja ”saattaen vaihtaan” tapahtuva hoitovastuun siirto helpottaa niin ammattilaisten kuin potilaankin elämää.

Vastaavasti perusterveydenhuollon tehtävänä nähdään palliatiivisten potilaiden hoitovastuu (silloin kun se on toteutettavissa perusterveydenhuollossa), hoitoturvan tarjoaminen, saattohoidon järjestäminen joko kotisaattohoidon tai osastohoidon kautta potilaan tilanteesta riippuen sekä hoitolinjauksien tekeminen soveltuvin osin.

Hyvien konsultaatiokäytänteiden tavoitteena on hyvä moniammatillinen yhteistyö, joka koituu palliatiivisen- ja saattohoitopotilaan parhaaksi. Hoidon organisointi STM:n suositusten (hoidon tasot, 2010) mukaisesti selkeyttää vastuukysymyksiä ja helpottaa myös joustavaa konsultointia ongelmatilanteissa puolin ja toisin.

### LÄHTEET

Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

# SAATTOHOITOPÄÄTÖS JA PUHEEKSI OTTAMINEN

Niina Haavistola, sairaanhoitajaopiskelija, Karelia-ammattikorkeakoulu  
Minna Laakkonen, sairaanhoitajaopiskelija, Karelia-ammattikorkeakoulu  
Henna Myller, koulutus- ja kehittämispäällikkö, Karelia-ammattikorkeakoulu

## JOHDANTO

Tämä artikkeli pohjautuu opinnäytetyöhömmme, joka on tehty toimeksiantona Paletti - Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 2013–2015 -hankkeelle.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ilmiötä, joka liittyy saattohoitopäätösten tekemiseen ja niiden puheeksi ottamiseen Paletti-hankkeen toiminta-alueella. Tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten saattohoitopäätöksiä tehdään ja miten ne otetaan puheeksi. Tavoitteena oli kuvata myös, mitä ongelmia ja haasteita saattohoitopäätösten tekoon liittyy.

Tutkimus oli laadullinen eli kvalitatiivinen. Aineiston kerääminen suoritettiin teemahaastattelujen avulla maaliskuussa 2014. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli kaksi lääkärinä ja kolme sairaanhoitajana Paletti-hankkeen toiminta-alueelta. Kaikilla haastatteluun osallistuneilla oli vahva kokemuspohja saattohoitoasioista. Aineiston analysointi suoritettiin sisällönanalyysillä, teemoittelua apuna käyttäen.

Haastatteluissa ilmeni, että kirjattuja saattohoitopäätöksiä ei juurikaan tehdä. Suurimpana ongelmana päätösten teossa pidettiin hoitohenkilökunnan vaihtuvuutta sekä uskallusta tehdä lopullisia päätöksiä. Kuoleman ja kuolevan ihmisen kohtaamista kuvattiin myös haastavana. Saattohoitopäätöksestä puhuminen koettiin vaikeana asiana. Puhumiseen liitettiin vahvasti sekä potilaan että hoitohenkilökunnan valmiudet puhua kuolemasta sekä hyväksyä kuolema osana elämäntähtäilyä.

## HOIDON LINJAAMINEN ELÄMÄN LOPPUVAIHEESSA

Saattohoitopäätös on hoitopäätös, joka tulisi kirjata huolellisesti potilastietoihin (Käypä hoito-suositus 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11,14). Hoitopäätöksen huolellinen kirjaaminen edesauttaa potilaan hyvää hoitoa. Kirjatun hoitolinjan myötä kaikki potilaan hoitoon osallistuvat saavat käyttöönsä ohjeistuksen kyseisen potilaan kohdalle mietityistä toimista. Tällöin varmistuu tiedonkulku kaikille hoitotahoille ja potilas saa tarvitsemaansa asianmukaista hoitoa ilman niin suurta yli- tai alihoitotilaa riskiä. (Puolakka, Aukee, Eskola, Hannonen, Jokiranta, Karjalainen, Keikkala, Korhonen, Miettinen, Nyman, Repo & Vanhala 2008, 11–12.)

Päätöksen saattohoitoon siirtymisestä tekee hoidosta vastaava lääkäri yhdessä potilaan ja hänen omaistensa sekä hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa käydyn saattohoitokeskustelun jälkeen. Ihanteellisinta olisi, jos saattohoitopäätöksen tekoon osallistuisivat kaikki osapuolet yhteisymmärryksessä. Saattohoitoon siirrytään siinä vaiheessa, kun potilaan jäljellä oleva elinaika on lyhyt, tai hänen sairautensa ei aktiivisesta hoidosta huolimatta parane. Lisäksi potilaan kieltäytyminen hänelle tarjotusta hoidosta vakavan sairauden parantamiseksi johtaa saattohoitopäätöksen tekemiseen. (Poukka ym. 2012, 452.) Potilaan tulee saada tarpeeksi tietoa omasta terveydentilastaan voidakseen tehdä päätöksiä haluamastaan hoidosta. Hänen tulee olla tietoinen sairaudestaan, sen ennusteesta ja olemassa olevista hoidoista. Hänen tulee myös saada tietoa siitä, mitä seuraa, mikäli hän ei halua tarjottuja hoitoja. (Laakkonen 2005, 50.)



**”** Saattohoito-  
päätöksen tekoon  
liitty paljon  
haasteita. Päätös itsessään  
on puhtaasti lääketieteellinen  
päätös, jonka lääkäri tekee  
yhteisymmärryksessä potilaan  
ja omaisen kanssa. Päätöstä  
ei kuitenkaan voi tehdä, jos ei  
ole aikaa tutustua potilaaseen  
ja hänen tilanteeseensa.

Saattohoitopäätöksen myötä sairaanhoitajan rooli potilaan ja omaisten tukijana korostuu. Lisäksi sairaanhoitajan osuus potilaan saamista oireenmukaisestahoidosta, sen toteutuksesta ja arvioinnista, on merkittävässä asemassa saattohoitovaiheessa. (Hänninen & Anttonen 2008, 23–37.) Sairaanhoitajan rooli potilaan oikeuksien puolestapuhujana voi tulla esiin voimakkaammin, mikäli potilaalla on eriaavat mielipiteet haluamastaan hoidosta omaisten kanssa. Tällöin sairaanhoitaja, joka puolustaa potilaan tahtoa, voi joutua ristiriitaiseen tilanteeseen. Sairaanhoitaja voi myös tuoda hoitavalle lääkärille sekä oman että potilaan näkemyksen hoidosta, varsinkin jos kokee niiden olevan ristiriidassa suunniteltujen hoitotoimien kanssa. (Mikkola 2006, 150–151.) Saattohoitoon siirryttäessä hoidon linjausten päämääränä tulisi olla kuolevan ihmisen loppuelämän oireettomuus sekä jäljellä olevan elämän mahdollisimman hyvä laatu (Hänninen 2012, 14–15; Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 55).

Saattohoitopäätökseen olisi hyvä kirjata kannanotto elämä ylläpitäviin hoitoihin, kuten suonensisäiseen neste- ja ravitsemushoittoon sekä dialyysihoittoon ja hengityslaittehoittoon. Lisäksi sydämen tahdistaminen ja DNR-päätös (do not resuscitate, ei elvytetä) on käsiteltävä saattohoitopäätöksessä ja kirjattava asianmukaisesti. (Valtakunnallisen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 13.)

Hoitotahto on yleensä henkilön kirjallinen linjaus tahdomastaan ja hyväksymästään hoidosta, mikäli hän on jossain elämänsä vaiheessa kykenemätön, esimerkiksi tajuttomuuden vuoksi, tekemään hoitoaan koskevia ratkaisuja. Hoitotahtoon voi ilmaista myös suullisesti, jolloin se tulee kirjata potilastietoihin ja pyrkiä todentamaan hoitotahto joko allekirjoituksella tai muulla mahdollisella keinolla. (Halila & Mustajoki 2012.)

Hoitotahtoon olemassaolo helpottaa hoitavan henkilöstön päätöksentekoa hoidon linjauksista sekä potilaan hoitoon liittyvistä käytännönasioista. Potilaan itsensä laatima hoitotahto voi osaltaan helpottaa myös omaisten henkistä taakkaa, kun potilaan oma toive on kaikkien osapuolten tiedossa, eikä päätös hoitolinjoista ole omaisten vastuulla. (Poukka ym. 2012, 452.)

#### TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Tulosten perusteella voidaan havaita, että saattohoito itsessään on tuttu käsite ja sitä toteutetaan potilaan hyvän loppuelämän saavuttamiseksi. Kuitenkin päätöksen tekoon ja asian puheeksi ottamiseen liittyy paljon haasteita sekä ongelmia. Päätösten puuttuminen voi kokemusten mukaan olla este hyvän saattohoidon toteutumisellem.

Käsitteinä saattohoito ja saattohoitopäätös eivät opinnäytetyömme mukaan ole kaikkialla yleisesti käytössä olevia sanoja, ja saattohoitopäätöksiä tehdään vähän. Mustosen (2011, 26) mukaan Hyvinkään sairaalan vuodeosastolla kuolleista vain kahdella prosentilla oli saattohoitopäätös tehtynä. DNR-päätös oli kirjattu kahdelle kolmasosalle potilaista, kun taas hieman vajaa neljäsosa potilaista oli ilman mitään hoitolinjausta. Saattohoitoasioista puhutaan edelleen terminaalihoidona ja myös DNR-päätös rinnastetaan vielä usein saattohoitoon. Lehto, Mustonen, Vinkanharju ja Pessa (2011, 3047) näkevät tämän ongelmallisena ja hoidon kohdentamista vaikeuttavana tekijänä.

*”Ja usein käy niin, että saattohoitopäätös, sellaista sanaa ei käytetä. Käytännössä vaan siirrytään saattohoitoon ja neuvotellaan ne toimenpiteet sen mukaisesti.” (Lääkäri)*

Opinnäytetyömme mukaan myös hoitotahtoon ilmauksien määrä koettiin vähäiseksi niiden hyödyllisyyteen nähden. Saattohoitopäätöksen tekemisen tukena hoitotahtoon olemassa oloa pidettiin merkityksellisenä, sillä usein saattohoitovaiheeseen siirtymävaiheessa potilas on kykenemätön ilmaisemaan omaa tahtoaan sairaudentilastaan johtuen. Hoitotahtoon ilmaisujen vähäinen määrä koettiin haastatteluissa olevan seurausta tiedon puutteesta. Potilailla ja heidän omaisillaan ei useinkaan ole tietoa siitä, mitä hoitotahto tarkoittaa ja vastaanotoilla ei välttämättä ole aikaa tai valmiuksia asiaa selventää. Asiasta puhumisen tueksi kaivattaisiin potilasmateriaalia, jonka lääkäri tai sairaanhoitaja voisi antaa vastaanotokäynnillä potilaalle ja hänen omaisilleen kotiin tutustuttavaksi.

*”Kyllä niitä hirmu vähän liikenteessä on. Kyllä toivoisi, että enempi olisi, varauduttaisiin siihen jo tulevaan.” (Lääkäri)*

*”Ja sinne tulee merkintä, että hoitotahto on olemassa. Ja sitten sehän on semmoinen väline, jolla voi sitten, jos jossain tilanteessa tulee niin kun jos potilas ei pysty itse enää sanomaan ja omaiset haluaisivat, että tässä toimittaisiinkin toisin. Se on sitten lääkärillä kuitenkin semmoinen valtuutus tavallaan, että hän itse on toivonut häntä hoidettavan näin.” (Hoitaja)*

Saattohoitopäätös miellettiin potilaan hoidon linjaamiseksi elämän loppuvaiheessa. Haastatteluissa tuli esille erilaisia näkemyksiä siitä, miten hoitoa tulisi linjata siinä tilanteessa, kun potilaalle ei ole enää tarjolla parantavia hoitoja. Hoidon linjaamista kuvattiin erilaisista hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista pidättäytymisenä sekä oireita helpottavien hoitojen määrittämisenä.

*”Jotta ne tehohoidot, sellaiset kipua tuottavat tai ylimääräistä tuskaa tuottavat hoidot jää pois.” (Hoitaja)*

Haasteena hoidon linjaamisessa tuli kuitenkin esille se, että on vaikea määrittää, mikä hoito on potilaalle eduksi ja mitkä hoidot voidaan lopettaa lisäämättä potilaan kärsimyksiä.

*”Nämäkin on niin moniulotteisia juttuja, kun on sitten sen seitsemän sairautta ja sitten vieläkin enemmän hoitokeinoja kuhunkin, niin mistä sitten pidättäydytään.” (Lääkäri)*

Haastatteluissa tuli ilmi, että usein potilaille suoritetaan turhia hoitotoimenpiteitä ja tutkimuksia, koska päätöksiä hoidon linjaamiseksi ei ole ehditty tai uskallettu tehdä. Sairauksien kulun ennustettavuus ja useiden eri sairauksien yhdistelmät potilailla tuovat suuria haasteita hoidon linjaamiseen ja mahdolliseen saattohoitopäätöksen tekoon.

*”...jonkun sairauden kulun ennustettavuus on huono... Se on varmaan se suurin probleema siinä, kun ei pysty aina ennustamaan. Pitäisi olla se ennustajamummo sen kristallipallonsa kanssa siinä kaverina.” (Lääkäri)*

Hinkan (2001, 74) tutkimuksesta käyvät ilmi samat tekijät. Pitkälle edennyttä dementiaa sairastavaa potilasta hoidetaan aktiivisemmin kuin elämänsä loppuvaiheessa olevaa syöpäpotilasta riippumatta lääkärin erikoisalasta, iästä tai muista tekijöistä.

Saattohoitopäätöksen tekoon liittyy paljon haasteita. Päätös itsessään on puhtaasti lääketieteellinen päätös, jonka lääkäri tekee yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisen kanssa. Päätöstä ei kuitenkaan voi tehdä, jos ei ole aikaa tutustua potilaaseen ja hänen tilanteeseensa. Päätöksentekoa haittaa usein se, ettei potilaalla ole pysyvää hoitosuhdetta, vaan jokaisella tapaamisella asioita hoitaa eri lääkäri. Samoin muun hoitohenkilökunnan, kuten sairaanhoitajien, vaihtuvuus hankaloittaa potilaan tilanteeseen perehtymistä ja mahdollisesti kukaan ei osaa edes huomioida, että olisi aika alkaa miettimään elämän loppuvaiheen hoitoa. Lääkärin ja hoitajien vaihtuvuus sekä resurssien puute voivat aiheuttaa myös sen, ettei kukaan halua ottaa vastuuta päätöksenteosta, vaan siirtää sitä tietoisesti jollekin muulle mietittäväksi. Saadut vastaukset ovat yhteneväisiä Laakkosen (2005, 77) tekemän tutkimuksen tulosten kanssa. Usein potilaan hoitoon osallistuu useita lääkäreitä ja sairaanhoitajia, joten hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen on haastavaa.

*”Siis silloin se onnistuu hyvin tuollainen, tavallaan liukuen siirtyminen, että sama lääkäri hoitaa ja samat hoitajat hoitaa päivästä toiseen. Mutta jos kolme lääkäriä viikossa käy samalla osastolla, on aika hankala. Silloin se ei minun mielestä kovin hyvin toimi. Pitäisi olla tuttu hoitaja ja tuttu potilas, silloin se onnistuu. Kun ei tuollaista saattohoitopäätöstä, eihän sitä voi tunnissa tehdä. Se voi olla, että se vaatii viikon. Että pikkuhiljaa siirrytään siihen saattohoitovaiheeseen.” (Lääkäri)*

Opinnäytetyössämme tulee ilmi, ettei kuoleman kohtaaminen ole koskaan helppo asia, ja kuolemanpelko voi olla esteenä tehdä elämän loppuvaiheen päätöksiä. Lääkärien, kuten myös sairaanhoitajien työssä tavoitteena on usein terveyden edistäminen ja sairauksien parantaminen jolloin potilaan kuoleman lähestymistä on vaikeaa käsitellä. Haastateltavien mukaan esteenä voi olla myös se, ettei potilaalta ja hänen läheisiltään haluta viedä toivoa, vaan määrätään uusia tutkimuksia sekä suoritetaan erilaisia hoitotoimenpiteitä, vaikka tiedetään, ettei niistä ole enää mitään hyötyä potilaalle. Dobrina, Tenze ja Palese (2014, 79) ovat tutkineet, että sairaanhoitajan eräs tärkeimmistä tehtävistä kuolevien ja heidän omaistensa kanssa työskennellessä on realistisen toivon luominen. Tällöin potilas ja hänen läheisensä saavat mahdollisuuden keskittyä kuolemaan johtavan sairauden hyväksymiseen.

*”Se kuoleman kohtaaminen on niin vaikea asia.” (Hoitaja)*

*”Ajatellaan, että tavallaan heiltä viedä se toivo, siis semmoinen toivo, että vaikka itse hoitajana tai lääkärinä tietää että ei tule paranemaan, mutta mitä se merkkää sille perheelle.” (Hoitaja)*

Toisaalta lääkäriillä saattaa itselläänkin olla vielä toiveita, että potilas hyötyisi jostain hoidoista, joten määrää kaiken varalta vielä uusia tutkimuksia potilaalle. Saattohoitopäätöksen tekemiseen liittyvää tiedonpuutetta sekä yhtenäisten linjausten puuttumista pidettiin myös mahdollisena esteenä päätösten tekemiselle. Hinkan (2001, 73–74) mukaan palliatiivisen ja saattohoidon koulutuksessa olleiden lääkäreiden kokema stressi päätösten tekemisestä väheni, vaikka se ei varsinaisesti vaikuttanut päätösten tekemiseen.

Saattohoitopäätöksellä koettiin olevan merkitystä potilaalle sekä hänen omaisilleen. Päätöksen tekeminen antaa potilaalle kuolevan oikeudet ja antaa aikaa valmistautua tulevaan. Sekä potilaan että omaisten koettiin rauhoittuvan usein tiedosta, ettei enää voida tehdä mitään sairauden parantamiseksi. Sen sijaan potilaalle ja hänen omaisilleen voidaan kertoa, mitä kaikkea voidaan tehdä olon helpottamiseksi ja tukea heitä valmistautumaan lähestyvää kuolemaa. Myös hoitohenkilökunnan kannalta päätöksellä koettiin olevan vapauttava vaikutus kuolevan ja hänen omaistensa kohtaamiseen.

*”...se kuoleva saa semmoiset oikeudet, että tavallaan hänellä on lupa kuolla ja kohdata se oma kärsimys. Ja tavallaan surra sitä, ja sehän ei kosketa se päätös, tietysti koskettaa sitä kuolevaa ihmistä, mutta siihen liittyy sitten toki hyvin tiiviisti kaikki ne, omaiset ja läheiset, ystävät. Mikä kenelläkin se ydinjoukko siinä läheisissä on.” (Hoitaja)*

*”Sen jälkeen se kohtaaminen myös oli paljon helpompaa niiden ihmisten, siis sen potilaan ja omaisen kohtaaminen oli kaikille meille paljon helpompaa.” (Hoitaja)*

Saattohoitopäätöksen puheeksi ottaminen koettiin tärkeäksi jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun potilaan sairautta ei voida enää parantaa eikä hoitaa. Silloin ehdittäisiin keskustella asiasta useita kertoja ja määrittää hoitolinjauksia ennen varsinaisen päätöksen tekoa. Opinnäytetyössämme kävi ilmi, ettei asiasta yleensä puhuta tarpeeksi ajoissa, jolloin päätöstä ei ehkä edes ehditä tekemään ennen potilaan kuolemaa. Vaikka saattohoitopäätös on lääkärin tekemä päätös, sen voi ottaa puheeksi kuka tahansa hoitoon osallistuva henkilö, joka kokee oikean ajan tulleen. Koska lääkäri tapaa harvoin potilasta, hoitohenkilökunnalla on suuri rooli toimia viestinvälittäjänä potilaan, omaisten ja lääkärin välillä. Sairaanhoitaja voi valmistella potilasta ja omia ajattelemaan tilannetta jo ennen lääkärin tapaamista, jolloin tilanne on mahdollisesti kaikille osapuolille helpompaa. Koska sairaanhoitajilla on suuri vastuu havainnoida potilaan vointia ja välittää tietoa lääkärille, odotetaan heiltä rohkeutta tuoda havaintojaan esille, joka osaltaan voisi lisätä saattohoitopäätösten tekoa potilaille. Kuten saattohoitopäätösten tekemisessä, myös niiden puheeksi ottamisessa ko-

ettiin toimiva yhteistyö lääkärin ja sairaanhoitajien välillä merkittävänä tekijänä.

*”...vaikka minä sanoin että se lääkäri sen päätöksen loppupeleissä tekeekin ja että se on lääketieteellinen päätös, kyllähän mekin sivutaan hyvin paljon siellä kotona sen potilaan ja omaisten kanssa keskusteluissa ihan näitä samoja asioita.” (Hoitaja)*

*”...kun me toimitaan todella tulkkina sitten niissä, sen lääkärin ja sen sairastavan ja kodin välillä.” (Hoitaja)*

Haastateltavien mukaan saattohoitopäätöksen puheeksi ottamiseen vaikuttavat suuresti sekä potilaan että hoitohenkilökunnan valmiudet puhua kuolemasta ja hyväksyä tilanne, jossa ollaan. Potilaan ja omaisten näkökulmasta tilanteen hyväksyminen voi olla vaikeaa, ja kaikki osapuolet eivät koskaan pääse siihen tilanteeseen, että voivat hyväksyä lähestyvän kuoleman osana elämää. Potilas voi hyvinkin kieltäytyä puhumasta ja hänellä on täysi oikeus siihen. Silloin päätöksiä on vaikea tehdä. Myös Lipponen (2006, 125, 134) tuo tutkimuksessaan esille sen seikan, että potilaan valmius keskustella vaikuttaa hoitosuhteeseen. Puhumattomuus voi aiheuttaa hämmennystä ja jopa hoitotoimien vähentymistä. Toisaalta voi olla, että potilaalla ja mahdollisesti omaisillakin on ymmärrys tilanteesta ja toive saattohoitoon siirtymisestä tulee heiltä. Sellaisessa tilanteessa voidaan helposti linjata potilaan hoito ja tehdä päätös saattohoitoon siirtymisestä.

*”Että paljon mennään henkilökohtaisella tasolla sitten... Eli vähän sitä tuntumaa, että missä vaiheessa ollaan siinä prosessissa sairauden hyväksymistä, kuoleman lähellä, jos ollaan, niin siinä kuoleman hyväksymisprosessissa...” (Hoitaja)*

Hoitohenkilökunnan valmiudet puhua kuolemasta ja hyväksyä kuolema osana elämäntähtäilyä koettiin olevan ikään ja kokemukseen perustuvia ominaisuuksia. Haastatteluissa tuli ilmi, että haastateltavat itse kokivat saaneensa valmiuksia työuran edetessä. Tietenkään asiaa ei yleistetty, vaan to-

dettiin, että jollain henkilöllä valmiudet ovat jo valmiina ja joku toinen ei tule valmiiksi edes pitkän työkokemuksen jälkeen. Kuoleman kohtaamista ei pidetty helppona, mutta koettiin, että oma ikääntyminen tuo asiaa niin paljon lähemmäksi itseä, että se on helpompaa hyväksyä. Lipposen (2006, 145) tutkimuksessa käy ilmi kokemuksen ja kypsymisen merkitys sairaanhoitajan kyvyssä kohdata kuolevia potilaita. Kuolemasta puhuminen voi olla haasteellista, koska kyseessä on kuitenkin niin lopullinen asia. Kuolema voi myös olla pelottava käsite, jolloin hoitohenkilökuntaan ei rohkene siitä puhua, varsinkaan sen oikealla nimellä.

*”...se vaatii kokemusta ja uskallusta ottaa se asia esille. Että tavallaan niin kun, jos se sattuu jonkun nuoren lääkärin, vähemmän kokeneen lääkärin osalle, niin onhan se kova, haasteellinen paikka. Sanotaan niin.” (Hoitaja)*

*”On oppinut jo sen sanan tai sanottavansa muotoilemaan silleen, että omaisetkin on sitä mieltä, että tälle pitääkin tehdä.” (Lääkäri)*

*”...ikä vaikuttaa, että on nuoria työntekijöitä, niin totta kai se kuolema on heille vieraampi asia. Se on jossakin siellä kaukana tulevaisuudessa, mutta kun ihmiset ikääntyvät ja nämä vanhemmat hoitajat, he uskaltavat jo reippaammin puhua siitä asiasta.” (Hoitaja)*

## TUTKIMUKSEN HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ilmiötä, joka liittyy saattohoitopäätösten tekemiseen ja niiden puheeksi ottamiseen. Opinnäytetyön tulosten pohjalta hanke saa tietoa niistä asioista, jotka hoitohenkilöstö kokee haasteina ja hyvinä käytänteinä puhuttaessa saattohoitopäätöksestä ja päätöksen puheeksi ottamisesta.

Opinnäytetyön tulokset kertovat tiedon tarpeesta ja käytänteiden erilaisuudesta. Tämä tukee hankkeen tarkoitusta laatia yhtenäinen palliatiivisen ja saattohoidon ohjeistus.



## LÄHTEET

Dobrina, R., Tenze, M. & Palese, A. 2014. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *International journal of palliative nursing* 20 (2), 75–81.

Halila, R., Mustajoki, P. 2012. Hoitotahto – käytännön ohjeita. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=hoitotahto&p\\_artikkeli=dlkoo809](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=hoitotahto&p_artikkeli=dlkoo809). 27.11.2013.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito – haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hinkka, H. 2001. Decision –making in end-of-life care. Influence of physician's training, experience and personal characteristics. Tampere: Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Etelä-Suomen syöpäyhdistys & TERHO-säätiö. <http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/saatto/>. 19.8.2014.

Hänninen, J., Anttonen, M.S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 23–36.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laakkonen, M.-L. 2005. Advance care planning –Elderly patients' preferences and practices in long-term care. Helsinki: Helsingin yliopisto, Lääketieteen laitos.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Tampere: Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

Lehto, J., Mustonen, L., Vinkanharju, A. & Pessa, K. 2011. Tarvitaanko akuuttisairaalaissa saattohoitopäätöksiä? *Suomen Lääkärilehti* 66 (41), 3046–3047.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto: Humanistinen tiedekunta.

Mustonen, L. 2011. Saattohoito Hyvinkään sairaalassa. Laurea ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Poukka, P., Pöyhä, R. & Tasmuth, T. 2012. Milloin saattohoito alkaa?. *Finnanest* (5), 450–454. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2013a. Saattohoito. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito). 16.12.2013.

Puolakka, J., Aukee, M., Eskola, K., Hannonen, P., Jokiranta, P., Karjalainen, K., Keikkala, S., Korhonen, H., Miettinen, M., Nyman, K., Repo, P., & Vanhala, M. 2008. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 121/2008. <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=15673>. 15.4.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa –asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Surakka, L., Peake, M., Mustonen, J., Turunen, A. & Bjerregård Madsen, J. 2014. Saattohoitosuunnitelma Pohjois-Karjalan maakunnassa. <http://www.pkssk.fi/alueelliset-hoitoketjut>. 3.5.2014.

Tilastokeskus. 2012a. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. [https://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_09-28\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_09-28_tie_001_fi.html). 16.12.2013.

Tilastokeskus. 2012b. Väestöennuste iän ja sukupuolen mukaan alueittain 2012 – 2040.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. ETENE-julkaisuja 20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.



# KEUHKOSAIRAUKSIEN KLINIKAN PALLIATIIVISEN HOIDON KOKEMUKSET JA TULEVAISUUDEN HAASTEET

Tuomo Kava, ylilääkäri, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä  
Merja Mäkiranta, sairaanhoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä  
Minna Tanskanen, sairaanhoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Keuhkosairauksien klinikassa kohdataan usein potilaita, joilla on kuolemaan johtava pitkäaikaissairaus. Keuhkoah-  
taumatauti, keuhkosityöpä ja hengitysvajeeseen johtava ete-  
nevä neurologinen sairaus kuten ALS ovat tavallisia palliatiiviseen hoitoon ohjautuvista sairauksista. Loppuvaiheessaan ne saattavat aiheuttaa potilaille ja heidän omaisilleen runsaasti ahdistusta ja epävarmuutta taudista peräisin olevien oireiden ohella. Kivun ja hengenahdistuksen riittävä hoito sekä potilaan elämän tilanteen ja omaisten huomioiminen kuuluvat kuolemaa lähestyvän potilaan hyvään hoitoon.

## PARANTAVASTA HOIDOSTA SAATTOHOITOON - VAIKEA, MUTTA TÄRKEÄ PÄÄTÖS

Elämänlaadun parantaminen oireita poistamalla tai lievittämällä ja elinajan pidentäminen ovat pitkäaikaissairauden hoidon keskeisiä tavoitteita. Sairauden edetessä päädytään kuitenkin väistämättä tilanteeseen, jossa odotettavissa oleva elinajan ennuste on rajallinen ja potilaan voidaan arvioida menehtyvän sairauteensa parantavan hoidon puuttuessa. Tällöin kyseeseen tulee palliatiiviseen eli oireita lievittävään hoitoon siirtyminen eli saattohoidon aloittaminen. Tässä vaiheessa potilaan ja hänen luvallaan omaisten kanssa on pyrittävä käymään keskustelu taudin ennusteesta. Hoitolinjaukset tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

## KEUHKOSAIRAUKSIEN KLINIKAN KOKEMUKSIA

Levinneen keuhkosityövän hoidossa solunsalpaajahoidoakin voidaan luonnehtia palliatiiviseksi hoidoksi, jolla parannetaan potilaan ennustetta ja elämänlaatua, mutta tuskin koskaan itse keuhkosityöpää. Elin aika pitenee joillakin kuukausilla, joskus pidempään. Tärkeätä on estää solunsalpaajien

” Sairauden edetessä päädytään kuitenkin väistämättä

tilanteeseen, jossa odotettavissa oleva elinajan ennuste on rajallinen ja potilaan voidaan arvioida menehtyvän sairauteensa parantavan hoidon puuttuessa. Tällöin kyseeseen tulee palliatiiviseen eli oireita lievittävään hoitoon siirtyminen eli saattohoidon aloittaminen.

” Tavoitteenamme on tukeutua entistä voimakkaammin tehostettuun kotisairaanhoidon, jos se on käytettävissä potilaan kotikunnan alueella. Kotisaattohoito on nähtävä uutena mahdollisuutena koko Pohjois-Karjalassa. Tämä edellyttää moniammatillisen yhteistyön korostamista ja potilaan läheisten entistä parempaa huomioon ottamista.

sivuvaikutuksia, erityisesti pahoinvointia. Keuhkosityövälle on ominaista taudin aluksi tapahtuva hidaskas eteneminen, mikä mahdollistaa potilaan pysymisen omatoimisena ja kotikuntoisena varsin pitkään. Loppuvaihe on taas nopeahko. Sairaalahoidon mahdollisesti vaativat tilanteet tulevat siksi eteen hyvin myöhään, joten potilas on perinteisesti joutunut olemaan sairaalassa ehkä vain muutamia päiviä ennen kuolemaansa.

Keuhkosityöpöpotilaan saattohoito keuhko-osastolla on pääasiassa kivun hoitoa lyhyen loppuvaiheen aikana. Tavoitteena on siksi ollut taata riittävä kivun hoito, tarvittaessa kipupoliklinikkaa konsultoiden. Samalla on luonnollisesti pyritty hoitamaan muita oireita kuten hengenahdistusta ja henkistä ahdistusta. Osa potilaista on menehtynyt keuhko-osastolla, osa siirtynyt loppuvaiheeseen vielä terveyskeskukseen. Hengenahdistusta voidaan helpottaa happihoidolla, jos potilas kärsii objektiivisesti mittauksin todetusta hapen puutteesta. Kotona potilas saa lisähapetta keuhkosairauksien klinikasta lainattavan happirikastimen avulla. Happihoidon ansiosta potilas voi olla kotona mahdollisimman pitkään, jopa kuolemaansa saakka.

Non-invasiivinen ventilaatio- eli NIV-hoito toteutetaan nykyisin kaksoispaineventilaattorilla nenä- tai kasvonaamarin

kautta. Tätä laitehoitoa tarjotaan etenevää lihasheikkoutta sairastaville, lähinnä ALS-potilaille. Hoito pyritään aloittamaan heille jo ennen saattohoitovaihetta. Tavoitteena on, että potilas tukeutuu NIV-hoitoon lisääntyvästi taudin edetessä ja käyttää laitetta kuolemaansa saakka. NIV-hoidon aikana potilaalle jää aikaa sopeutua pahenevaan hengitysvajeeseen ja päätökseen kieltäytyä invasiivisesta trakeostomian kautta annettavasta respiraattorihoidosta.

Pleuranesteen kertyminen voi olla ongelma keuhkosityövän tai keuhkopussisyövän eli mesotelioman loppuvaiheessa. Aikaisemmin tätä hoidettiin tekemällä potilaalle talkkipleurodeesi, jolla keuhkopussiin aiheutettiin kiinnikkeitä ja täten hillittiin nesteilyä. Toimenpide on potilaalle rasittava, koska siinä hänelle tehdään kemiallinen tulehdus kuumeineen ja kipuineen. Tunneloitava ohut pleuradreeni (esim. PleurX) on lähes kokonaan korvannut pleurodeesin. Potilas voi tyhjentää dreenin kautta kotonaan pleuranestettä tarvittaessa, yhden tai useamman kerran viikossa. PleurX on osoittautunut hyvin siedetyksi menetelmäksi.

Palliatiivinen sedaatio on hoitomuoto, missä potilas pidetään kevyessä unessa oireiden lievittämiseksi. Sedaatiota voidaan harkita, jos potilas on siihen halukas ja jos muilla keinoilla potilaan olotilaa ei saada siedettäväksi. Palliatiiviseen sedaatioon keuhko-osastolla on käytetty midatsolamia ALS-potilaan saattohoidossa. Keuhkohtaumataudin loppuvaiheeseen liittyy usein hiilidioksidinarkoosi, jonka myötä kuolema tapahtuu rauhallisesti potilaan nukkuessa. Potilas tai hänen omaisensa kuitenkin pelkäävät kuoleman tapahtuvan tukehtumalla. Opiaatti- ja muulla lääkityksellä sekä lisähapella kuolevan potilaan tukehtumisen tunnetta voidaan estää.

Kehittämistyönä on valmistunut potilasta ja omaista varten kirjallinen opaslehtinen ”Hengenahdistuksen ja limaisuuden helpottaminen saattohoidossa”. Valmisteilla on myös ohje henkilökunnalle, ”Saattohoitopotilaan hengenahdistuksen ja limaisuuden helpottaminen”.

### TULEVAISUUDEN HAASTEET

Keskeisenä haasteena on saattohoitokäsittelyn esille ottaminen oikealla hetkellä. Vaikeasta sairaudesta huolimatta potilaalla tai hänen omaisillaan on luontainen taipumus toivoa ja uskoa taudin paranemiseen. Tästä huolimatta asian esille ottaminen riittävän aikaisin on tärkeää. Levinneen keuhkosityövän ja hengitysvajeeseen johtaneen ALS-taudin yhteydessä edessä olevasta kuolemasta on helpompi keskus-

tella kuin keuhkohtaumataudin kyseessä ollessa. Toisaalta potilas voi olla helpottunut, kun terveydenhuollon ammattilainen tekee aloitteen kuolemasta keskustelemiseen.

Yleensä saattohoito- ja siihen liittyvä ei elvytetä (DNR)-päätös tehdään liian myöhään. Tämä voi johtaa joskus ikävään tilanteeseen kotona, jonne hälytetty ambulanssihenkilöstö saattaa aloittaa elvytyksen esimerkiksi levinnyttä keuhkosityöpää sairastavalle potilaalle. Syynä on ollut kuolemasta puhumisen laiminlyönti etukäteen, jolloin häitäntynyt omainen ei ole osannut toimia oikein potilaan kuolinhetkellä.

Tavoitteenamme on tukeutua entistä voimakkaammin tehostettuun kotisairaanhoidon, jos se on käytettävissä potilaan kotikunnan alueella. Kotisaattohoito on nähtävä uutena mahdollisuutena koko Pohjois-Karjalassa. Tämä edellyttää moniammatillisen yhteistyön korostamista ja potilaan läheisten entistä parempaa huomioon ottamista. Potilaan ja omaisen tulisi tietää, mihin otetaan yhteyttä tilanteen vaatiessa. Mahdollisuus kuolemiseen kotona tulee ottaa esille. Saattohoitopäätös pyritään tekemään nykyistä aktiivisemmin; päätös kirjataan potilaan sairauskertomukseen omalla diagnoosikoodilla (Z51.5 Palliatiivinen tai saattohoito). Potilaalla tulee tällöin olla myös DNR-päätös. Saattohoidon loppuvaiheessa on syytä pidättäytyä lisäämättä potilaan kärsimyksiä verinäytteiden ottamisilla tai muilla tutkimuksilla. Turhat lääkkeet voidaan lopettaa. Vaikeutena voi olla esimerkiksi antibioottihoitojen lopettaminen tai niiden aloittamisesta pidättäytyminen, kun kyseessä on kuoleva potilas. Tärkeänä haasteena onkin kannanotto loppuvaiheen lääke- ja muuhun hoitoon, kun kyseessä on potilaan siirtäminen keuhko-osastolta terveyskeskuksen osastolle tai kotihoitoon.

### LÄHTEET

Käypä hoito suositus 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.



# HYVÄ SAATTOHOITOYMPÄRISTÖ ON KAIKKIEN ETU

Katja Väyrynen, opettaja, Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä, aikuisopisto

Paletti-hankkeessa hyvän saattohoitoympäristön kehittäminen on ollut yksi keskeinen tavoite. Hankkeessa on luotu neutraalin, kulttuurista riippumattoman saattohoitoympäristön kuvaus ja sen visuaalisen mallinnus, jossa kuvataan eri osatekijöitä käyttöperusteluineen. Näitä osatekijöitä voidaan valita käytettäväksi ehostuksessa, remonttien tai uusien kohteiden suunnittelussa sopivana yhdistelmänä erilaisia toteutusvaihtoehtoja varten. Onhan täysin eri asia suunnitella uutta saattohoitokotia tai sairaalan osastoa kuin korjata vanhaa rakennusta. Hyvän saattohoitoympäristön suunnittelussa huomioidaan mm. esteettömyys, ergonomia, turvallisuus, yksityisyys, viihtyvyys ja funktionaalisuus. Näiden lisäksi huomiota kiinnitetään tunnelmaan, eri kulttuureihin soveltumiseen, omaisen läsnäolon mahdollistamiseen ja tarkoituksenmukaisen välineistön sijoitteluun. Tilan tulee soveltua usealle eri käyttäjäryhmälle. Jokaisen käyttäjän kokemus tilan viihtyisyydestä on subjektiivinen, joten myös muunneltavuus on tärkeää. Nämä kaikki edellyttävät hoitoympäristöjen suunnitteluun aiempaa laajempaa näkökulmaa.

## KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Saattohoito on erityisen tärkeä vaihe potilaalle hänen ihmisarvonsa, elämänsä viimeisten päivien ja erityistarpeidensa vuoksi, mutta yhtälailla omaisten huomioiminen tuo esiin odotuksia ja tarpeita, joita tilasuunnittelussa on huomioitava. Hyvä ympäristö auttaa myös henkilöstöä tekemään työnsä laadukkaasti, kohtaamaan vaikeita tunteita ja yksilöllisiä tuen tarpeita, sillä saattohoitotyössä ohjataan potilaan omaisia hoitoon osallistumisessa, mutta myös käsittelemään suruaan ja jatkamaan elämäänsä. Tarkoituksenmukainen ja tunnelmaltaan viihtyisä tila tukee kaikkien osapuolten kokemusta hyvästä hoidosta sekä auttaa kuo-

leman käsittelyssä mm. syyllisyyden tunteiden vähentyessä ja mahdollistaessa puitteet parhaaseen annettavissa olevaan hoitoon. Mitä haavoittuvaisempi ihminen on, sitä vahvemmin ympäristö vaikuttaa häneen (Kotilainen 2014). Tiedämme myös aistien olevan aktiivisia ja mukautuvia. Silti on ajateltu, ettei nähtävillä asioilla ole merkitystä sairaana, kun hoito on hyvää. Tulee kuitenkin muistaa, että sokeakin osaa kuvata, miltä tila tuntuu ja että tilaa käyttävät muutkin kuin potilas. Ympäristöllä on merkitystä!

Saattohoitoa toteutetaan Suomessa pääasiassa sairaalaympäristöissä, joiden haasteena on mm. yksityisyyden puute, huono sisäilma, meluisuus, häiritsevä valaistus ja sisustuksellisten ratkaisujen niukkuus. Useimmille ihmisille tärkeä luontonäkymä on usein unohdettu osa hoitoympäristöä. Ympäristöllä tarkoitetaan tässä artikkelissa fyysistä, osapuolten välittömässä läheisyydessä olevaa ja heidän käyttämänsä hoitoyksikön sisätilaa.

Keskeisiä tilasuunnittelua ja rakentamista ohjaavia ohjeita löytyy myös Rakennustieto-kortistosta. Lisäksi Valvira ja aluehallintoviranomainen ohjaa ja valvoo mm. hoito- ja hoivaympäristöjen perustamiseen, laatuun ja omavalvontaan liittyvissä asioissa. Suunniteltaessa uutta saattohoitoympäristöä keskeiseksi nousee myös riittävä tila (suositus: vähintään 20m<sup>2</sup>/ 1hh). Tanskalaisen saattohoitokonseptin mukaan tilaa tulisi olla 25-35m<sup>2</sup>/ 1hh ja omaisella tilaa tämän lisäksi erillisessä huoneessa. Usein suurimpana toteutuksen haasteena ovat kustannustehokas, nopea rakentaminen ja tähän liittyen tilan koko sekä erilaiset materiaalivalinnat. Nämä asiat on pyritty huomioimaan Paletti-hankkeen mallinnuksessa. Mallinnusympäristön koko on noin 25m<sup>2</sup> sisältäen potilaan tilan, kylpyhuoneen, minikeittiön ja tilan omaiselle.

Näyttöön perustuva suunnittelu (EBD) on yleistynyt länsimaissa. Useissa kansainvälisissä artikkeleissa ja projek-



teissa, kuten EHE ja Hospice Forum Danmark, on todettu, että hyvä hoitoympäristö vaikuttaa potilaan elintoimintoihin myönteisesti ja myös hoitohenkilöstön hyvinvointiin. Ulrich (2004) on tutkinut ja selvittänyt hoitoympäristöjen vaikutusta sekä potilaisiin että henkilöstöön ja todennut, että hyvä ympäristö vähentää mm. kivun ja stressin tunteista, lisää turvallisuutta, parantaa hoitotyön kokonaislaatua ja vaikuttaa henkilöstön työhyvinvointiin. Nykänen ym. (2008) korostavat, että näytöllä voidaan tarkoittaa myös esteettisiä ominaisuuksia ja ympäristön sosiaalisia vaikutuksia. Toivottavasti Paletti-hankkeessa tehty mallinnus edistää tulevaisuudessa myös ympäristöjä koskevaa tutkimusintoa.

Iso-Britanniassa on aktiivisesti kehitetty sairaala ja hoivaympäristöjä. Mallinnuksessa huomioitiin myös ns. tanskan mallin suosituksia ja EHE-ohjelman hoitoympäristön suunnittelun periaatteita sekä jatkokehittiin niitä maakunnassa tehtyjen valokuvausten, kyselyn, keskustelujen ja Iso-Britanniassa tehtyjen benchmarking-käyntien perusteella. Kuntakerrosten yhteydessä toteutetussa kyselyssä huomioitiin Kivelän kirjallisuuskatsauksessaan (2012) esiintuomat näkökulmat ja niitä tarkennettiin yksityiskohtien avulla hyvän saattohoitoympäristön eri osatekijöiden merkityksen selvittämiseksi. Tärkeitä ovat perhekeseyttä, yksityisyyttä, turvallisuutta sekä viihtyisyyttä ja esteettisyyttä tukevat tilaratkaisut.

Wayne Jonas on kehittänyt optimaalisen parantavan ympäristön vision. Se koostuu näkemyksestä mahdollistaa hoito sosiaaliset, psykologiset, fyysiset, henkiset ja käyttäytymiseen liittyvät ulottuvuudet huomioiden sekä stimuloida kehon sisäistä kapasiteettia parantaa itse itseään. Paletti-hankkeessa mallinnuksessa on huomioitu näitäkin osatekijöitä. (Ananth & Jonas, 2011)

Värit, muodot, materiaalit ovat hyvin tärkeitä sisustuksellisia elementtejä ja on hyvä tarkastella väriopin keskeisiä käsitteitä sekä pohtia väripsykologian kannalta värin vaikutusta ihmiseen. (Rihlma 1997) Paletti-hankkeessa visualisoiduissa ja mallinnetuissa ympäristöissä huomioidaan myös joitakin klassisen fengshuin periaatteita pienimuotoisesti. Edellä mainittujen osalta tarkastellaan erityisesti käytettävien värien, materiaalien ja muotojen suhdetta toisiinsa. Tämä on Suomessa hyvin vähän tutkittu aihe, joten on perusteltua tuoda tietoa myös näistä ratkaisuista ja tarkastella niiden käytettävyyttä.

Opinnäytetyössään Kallio ja Iso-Markku (2012) ovat tarkastelleet hoitoympäristöjä lasten kannalta. Paletti-

hankkeen suunnitelmassa ympäristössä huomioitiin myös lapsiomaiset. Lasten saattohoitoympäristön luomisessa tulee kuitenkin tämän mallinnuksen periaatteita soveltaa lapsen näkökulma huomioiden.

Taustatietoa suunnittelua ja mallinnusta varten koottiin Pohjois-Karjalan kunnista ja hoivakodeista valokuvaamalla nykyisiä ympäristöjä ja toteuttamalla niissä tiloja koskeva webropol-kysely. Kyselyyn vastasi yksilö- ja yhteisövästääjina hoitohenkilökuntaa, potilas ja lähihoitajaopiskelijoita. Muutama vastaajista vastasi myös omaisen näkökulmasta osallistuttuaan itse läheisensä saattohoitoon.

### YMPÄRISTÖÄ KOSKEVAN KYSELYN TULOKSET

#### Palliatiivisen potilaan ajatuksia hyvästä saattohoitoympäristöstä

Usein hoivakodeissa on oma huone, omat huonekalut ja koriste-esineet, tavallinen sänky, tutut ja turvalliset asiat lähellä. Sairaalayksiköiden osalta vastauksissa korostui, että potilaalla on sama huone kuin ennenkin eli huoneessa voi olla muitakin potilaita/asukkaita. Jotkut toivat esiin myös sen, että ympäristö on vaativa, laitosmainen, kylmä väriltään, huono valaistukseltaan ja jopa ilmaisu ”riisuttu” käytettiin pitkäaikaiseen asumiseen tarkoitettuun laitoshoittoon liittyen. Huoneiden kattovalaisimet ovat tyypillisiä loisteputkivalaisimia verkkoritilöin, seinät usein harmaankalvat. Sairaalassa hoito toteutuu osastolla yleensä kahden hengen potilashuoneissa. Joissakin kunnissa hoitoyksiköissä on erillinen saattohoituhuone.

Hoitajien mielestä teknologian käyttö ja mahdollisuudet koettiin vieraaksi. Esiin tuotiin mm. idea skype-yhteysmahdollisuudesta omaisiin, joskaan sitä ei vielä käytetty. Katon värillä tai rakenteella ei koettu olevan merkitystä tai se oli vähäinen. Sen sijaan aikuisopiskelijoiden vastauksissa värin ja pintojen merkitys koettiin tärkeämpänä, samoin muu sisustaminen ja teknologian hyödyntämisen mahdollisuudet. Lemmikien vierailumahdollisuus koettiin tärkeäksi kaikkien vastaajajoukkojen osalta.

Hoitohenkilöstö toivoi isompia huoneita, tilaa myös omaisen sängylle/vuodesohvalle. Sängyt olisi hyvä saada jopa vierekkäin. Apuvälineitä nostamiseen/siirtämiseen tarvitaan ja niitä tulisi käyttääkin aktiivisemmin. Happi- ja imu olisi hyvä olla jokaisessa huoneessa. Tarvittaisiin tuoleja, asentotyynyjä, valaisimia lempeää valaistusta varten

ja sisustustuotteita enemmän. Jotain herkkää ja kaunista saattohoituhuoneeseen tv, radiosoitin, mikro ja vedenkeitin ja jääkaappi. Sairaalatekstiilit tulisi uusia raikkaisiin ja tuoda niihin vähän väriäkin. Yhtenäinen kalustus (pöytä, sänky, li-pasto) ja tekstiilit (verhot, matto, päiväpeite) ovat toivottuja.

Opiskelijan ilmaisu ”Ihan erilainen kuin laitoshuone, jossa on sänky, pöytä ja verho erottamassa toisista potilaista” kuvaa hyvin tahtotilaa ympäristöstä, jossa saattohoitopotilasta alalle tulevat työntekijät halusivat potilasta hoidettavan. Ympäristön tulee olla tarkoituksenmukainen ja siellä on värillisiä seinäpintoja (vaaleat sävyt) sekä sisustustekstiilejä. Musiikki voisi soida halutessa ja huoneilman tulisi olla lämmin ja vedoton. Opiskelijat toivat esiin myös, että hoitajien positiivisuus ja lämmihenkisyyys, kiireettömän kohtaamisen ja hoidon saanti on osa viihtyisää ympäristöä.

### MALLINNUKSESSA LAADITUT SUUNNITTELUN PERIAATTEET JA TOTEUTUSESIMERKIT

Luontoelementit ja luonnon materiaalien käyttö ovat tärkeä osa hyvää ympäristöä. Näiden käyttöön on lukuisia vaihtoehtoja kuten puutarhat, kukka-istutukset, silkkikasvit, pleksi tai lasi, jolla kuvaprintti/teippaus. Myös tekstiileihin valittavat materiaalit ja kuviointi voivat korostaa luontoaihetta, samoin kattomaalaukset, akustiikkaelementit tai paneeliverhot.

Mallinnukseen valittiin musta-valkea joutsen-tapetti, joka kuvaa lentoon lähtöä tai joutsenen laskeutumista kevyesti, herkästi. Mielikuva on positiivinen myös negatiivisessa tunnetilassa katsottuna. Kyseessä on kansallislintumme, johon liittyy vahvoja ominaisuuksia sen lajiominaisuuksien vuoksi, lisäksi se on kaunis ja uljas lintu. Vastaavanlaista rohkeutta tarvitaan myös kuoleman kohtaamisessa. Mustavalkoisena tapetti sopii moniin valittuihin värikokonaisuuksiin. Pilvitaivas-maalaus sijoitetaan erilliselle pohjalle tehtynä ikään kuin tauluksi kattopintaa vasten, sen taakse tehdään epäsuoravalistus led-nauhalla/loisteputkivalaisimin tasaisen pehmeän valon saamiseksi sivusuuntaan. Kattokoriste voidaan myös toteuttaa digiprinttinä akustovalle levyille. Akustoivana elementtinä yleisesti ottaen voidaan käyttää akustoivia kattolevyjä tai seinäkkeitä.

Silkkiviherkasveja sijoitetaan huoneeseen ja kylpyhuoneeseen tuomaan vehreyttä. Pienikokoiset silkkiviherkasvit soveltuvat erilaisiin tiloihin hyvin ja pehmentävät nurkka-

tiloja. Ruukku valitaan huoneessa muutoin käytettävistä sävyistä samoin kukkien sävy, jos kukkiva kasvi valitaan. Ruukkujen muoto on mieluiten pyöreä pehmeämmän muotokielen takia. käytetään metallin, valkoisen ja valkaistun tammen/ tammen sävyjä. Mikäli valitaan liian montaa erilaista puulajia, luodaan levottomuutta aivan yhtäläillä kun liian suurella värimäärällä tai värin sävyjen ristiriidoilla. Kalustus on hyvä pitää yksinkertaisena ja neutraalina. Näin se on aikaa kestävä.

Sängyn jalkopäähän voidaan asettaa torkkuhuopa, joka on tehty puuvillasta, villasta tai lammastaljasta. Väri valitaan käytetyistä sisustusväreistä valkoista lukuun ottamatta, sillä saattohoituhuoneessa olisi hyvä käyttää valkoisia liinavaatteita, joka luo tunteen puhtaudesta, ilmavuudesta ja kepeydestä. Liinavaatteiden värinkesto laitospölyssä on oltava 95 asteisen pesun kestävä, minkä vuoksi käytettävä värivalikoima on hyvin niukka.



Kuva 1. Potilaan näkökulma saattohoituhuoneesta.

Valaistus, ilmastointi ja ilmanvaihdon säädeltävyys [vedottomuus] sekä ilmansuuntien vaikutuksen huomiointi luovat lisäarvoa saattohoitoympäristölle. Valaistus voidaan tehdä epäsuorasti, päivävalolamppuja ja himmentimiä käyttäen. Lisäksi käytetään tarkoituksenmukaisia työ-, yö- ja pöytävalaisimia. On tärkeää huomioida päivänvalon määrä ja sen vaikutus valittuihin väriin ja lisäksi valaisimissa käytettävä lampputeho ja valon lämpötila, jotka nekin vaikuttavat värisävyyteen. Ihanteellisinta olisi käyttää päivävalolamppuja ja että huoneeseen tulisi luonnon valoa ikkunasta. Siirrettävillä pöytävalaisimilla luodaan kodinomaista tunnelmaa ja pehmeyttä.

Mallinnuksessa epäsuorat ja suunnattavat valonlähteet katossa, niiden reuna-alueella kylpyhuoneessa ja huoneen sivuseinillä toimivat kahden yleisvalon lisäksi riittävänä ja muunneltavana valonlähteinä auttaen tilan hahmotettavuutta. Yksittäisillä esineillä on paljon merkitystä. Joutsenteemaan soveltuisi höyhenin päällystetty pöytävalaisin, joka toisi kuvan elävämmäksi herkällä tavalla. Toki aivan yksinkertainen peruspöytävalaisin pyöreällä varjostimella toimii tilassa hyvin. Valaisimen jalka tulee olla harjattua terästä, jottei kromin kiiltävyys ja kovuus häiritse. Sairaalahuoneita suunniteltaessa sängyn päätyihin sijoitetaan yleensä valaisin, sähkö ja happi-imu- yhdistelmä kiskomaiseen rakenteeseen ja imupussin teline hieman alemmas seinään kiinnitettäväksi. Tällaisessa leveässä seinävalaisimessa valotehon

säädettävyys ja erityisesti sen ylöspäin suuntautuminen on tärkeä ottaa huomioon. Seinälle suunnattu valokeila voi korostaa esim. kaunista kuvaa tai tekstiä.

Saattohoitohuoneessa on huolehdittava vedottomasta ilmanvaihdosta sekä ilman raikkaudesta ja lämpötilan sopivuudesta potilaalle ilmalämpöpumpulla tai tuulettimella. Loppuvaiheessa hengityksen vaikeutuessa lisähappi ja tuulen vire tuntuvat usein hyvältä, mutta kylmä, liian kovasta ilmastoinnista johtuva vedon tunne, ei ole hyväksi. Kesäisin tilat voivat lämmentä liikaa ja tästä syystä ilmalämpöpumpun sijoittaminen huoneeseen kohtaan, josta se ei puhalla suoraan potilaaseen, on harkittava vaihtoehto viilennyksen aikaan saamiseksi. Mallinnuksessa ilmalämpöpumpulle on varattu tilaa minikeittiön kalusteen päälle.

Tilan hahmotettavuus luo perustan harmonialle ja käytettävyydelle. Yksityisyyden huomiointi, hyvät opasteet, valolla korostetut tilan osat ja esteettömyys ovat perusta toimivalle ympäristölle. Mallinnuksessa lattiaan valitaan päälattiamateriaali, johon tehdään toisella sävyllä mattomainen alue potilaan hoitoalueeksi ja luomaan tilantuntua lattiapintaan. Kylpyhuoneessa oviaukon kohdalta väri vaihtuu myös vaalean harmaaseen. Sävy valitaan läheltä joutsentapetin keskittummaa harmaata. Tila on kynnyksetön ja täyttää esteettömyysohjeet. Kylpyhuoneessa on tehostevärinen seinä ja se avautuu leveästi auki kulman molemmin puolin liukuovien ansiosta. Lasi laskee valoa läpi, mutta käytettä-



Kuva 2. Näkymä kattoon, kylpyhuoneeseen ja minikeittiöön.

essä opaalilasiasia tai teippauksia, se antaa riittävän suojan.

Valaisemalla seinä- ja kattopintoja eri tavoin, voidaan korostaa asioita ja ohjata katsetta sekä luoda tunnelmaa. Tässä mallinnuksessa kattomaalauksen taustalle kiinnitetään led-nauha ja kattomaalaus kiinnitetään irti kattopinnasta. Näin saadaan pehmeä, epäsuoravalistus esimerkiksi ilta- ja aamukäyttöön. Huoneeseen sijoitetaan kaksi yleisvalaisinta esim. kattopintaan upotettava valaisin tai kodinomaisuuden tuntua lisäävä plafondi-yleisvalaisin. Näiden tehtävänä on valaista yleinen kulku- ja työskentelyalue niin hoitajille kuin omaisillekin. Ikkunan eteen kattopintaan sijoitetaan suunnattavat pienet ledit. Yksi voi valaista potilaan saamaa kukkakimppua sairaalapöydällä, yksi ikkunan edustaa ja yksi lentoon lähtevää joutsenta seinäpinnalla. Kylpyhuoneessa yleisvalaistus tehdään epäsuoran päävalaistuksen avulla sijoittamalla loisteputkivalaisimet listan tai kattorakenteen reunan taakse. Näin valo tulee seinäpintaa pitkin tasaisesti joka puolelta oviaukkoa lukuun ottamatta eikä häikäise suihkulaverilla oltaessa. Lisäksi peilikaapin päälle sijoitetaan erillinen valaisin ja kattoon yleisvalaisin tarvittaessa käytettäväksi. Minikeittiössä yläkaappien alareunaan asennettu led-nauha valaisee työtilaa ja tehostevärinen seinä antaa ryhtiä ja väriä valkoiselle kalusteelle taustavärinä.

Opasteet, kuten huonenumero, on oltava selkeät. Huoneen oveen kiinnitetään yläreunaan numero tai muu tunnisteen oven ulkopuolelle. Saattohoitohuonetta ei tarvitse

erikseen korostaa, mutta ovessa voi olla rauhallisuuteen ja meluttomuuteen viittaava tarrateksti, kuva tai muu haluttu symboli. Tässä mallinnuksessa lintua käytetään huoneen sisällä tehosteena, joten sellainen voi aivan hyvin olla nähtävissä oven ulkopuolellakin.

Värisävyt valitaan ikkunailmansuunnan mukaan. Länsi-itä ilmansuuntaan avautuvissa varjoisissa ikkunäkymissä suositaan lämpimämpiä sävyjä kuin itä-lounasuuntaan olevissa. Kun huoneeseen paistaa aurinko, sävyt saavat täysin uuden sävyn ja ovat voimakkaampia sekä lähemmäs tulevia. Jos valitaan paljon keltavihreän sävyjä, ne voivat liian kirkkaita ja lämpimiä etelän puoleisessa huoneessa auringonvalon lisäessä niiden keltaisuutta. Suositaan mieluummin viileämpiä sinipohjaisia yhdistelmiä ja beigeä, jos halutaan säilyttää raikkauden tuntua. Varjoisemalla puolella puolestaan lämpimät, keltapohjaiset sävyt herättävät tilan eloon ja soveltuvat sinne erittäin hyvin.

Tässä mallinnuksessa valittiin harkiten värisävyt, jotka toimivat hyvin sellaisenaan molemmissa (valo- ja varjopuolen) ilmansuunnissa taustaväreinä. Nämä ovat vaalea taivaan sininen (G366) ja hento puuteribeige (Y462). Näihin voi yhdistää vaalean puun tai tammen sävyisen puujäljitelmä-lattiapinnan tai sitten yksivärisen valkoisen, keskiharmaan tai vaalean beigen muovimaton. Parketti ja laminaattilattioita ei hankaus- ja liukkauden sekä puhdistettavuuden kanssa suosita julkisessa käytössä. Toki so-



Kuva 3. Huoneen näkymä sisään tultaessa.

veltuviakin puuilmettä tuovia vaihtoja löytyy esim. akustoivammasta vinylykorkkilattaiasta, joka myös kestää vettä, iskuja ja painetta hyvin.

Tehostesävynä pienessä määrin toimii valkoinen (F503). Se on hieman kova ja kliininen, kuten myös kalusteissa ja sairaalasängyssä oleva valkoinen. Valkoista sävyä yleensä kannattaa käyttää beigeen tai keltaiseen taipuvana varjoissa tiloissa. Yleisesti käytetyn ns. maalarinvalkoisen voi unohtaa! Puhtaamman valkoisen vaikutus on huomattavasti keventävä, avartava ja raikas. Muut valitut tehostesävyt ovat petrolin sininen (K366), keltavihreä (J387) sekä fuksian (L338) tai syklaamin (S338) sävyt. Ne soveltuvat hyvin myös yhdessä käytettäväksi, mutta erityisesti vihreää suositellaan ikkunanäkymältään länsi-koillisen ilmansuuntiin avautuviin huoneisiin.

**Yksilöllisyys ja arvokkuus ohjaavat myös tilan muuntelua ja käyttöä.**

Toive hyvästä ympäristöstä elämän viime vaiheissa voidaan huomioida jo hoitotahdossa. On merkityksellistä suunnitella ja kirjata hoitotahtoonsa, tai ilmaista hoitosuunnitelmaan palliatiivisen hoidon aikana, myös saattohoitoympäristöön liittyviä asioita. Mitä haluaa tuoda huoneeseen mukaan? Mikä esine on arvokkain potilaalle? Mikä kuva antaa voimaa tai rauhoittaa? Millainen musiikki tai tuoksu tuntuisi hyvältä? Näin mahdollistetaan omat pienesineet lipaston päällä sekä mielimusiikki, tuokset, maut ja ihmiset, joiden potilas haluaa olla lähellä.

Mallinnuksessa minikeittiö ja omaisen leposija on samassa tilassa, mutta keittiöalue sijoitetaan potilaasta kauemmaksi. Tuoksumailman luomiseksi tällä huoneeseen sijoitetulla minikeittiöllä on merkitystä myös potilaan ruokailun kannalta, jos potilas haluaa ja pystyy jotakin vielä maistamaan. Lisäksi voidaan käyttää 100% eteerisiä öljyjä raikastamaan tilaa. Kalusteet ovat valkoisia. Mini-keittiön pöytäpinta muodostuu metallisesta allaskannesta, jossa on liesi ja se jatkuu vielä harmaalla laminaattitasolla, jotta sen alle saadaan lukollinen alakaappi. Siellä voidaan säilyttää omaisen laukkuja ja tavaroita. Yläkaapit jaetaan kuivaus- ja astiakaappiin sekä mikroaaltouuni-kaappiin. Ovi on maalattu puhtaan valkoisella ja yläkaappi on matala. Omaisen sänky voidaan tarvittaessa siirtää potilassängyn viereen. Lipaston päälle voidaan sijoittaa cd-soitin tai tärkeitä pienesineitä.

**Perhettä tukevat ratkaisut otetaan huomioon ja mahdollistetaan yhteydenpito omaisiin ja tarvittaessa lääkärin konsultaatiot esim. äly-tv:n ja webkameran avul-**

**la (Skype), hyödynnetään verkossa olevia maisemakuvia, musiikkia tai ohjelmia. Omaiselle järjestetään yöpyminen, sillä huoneessa on runkopatjasänky, joka pedataan sängynpäällisellä. Päiväaikaan sängystä tehdään sohva lisäämällä valitusta sävyistä ja hillityn kuvioin päällystetyt tyynyt. Tyynyt toimivat selkänojana ja päätynä, luoden divaanimaista tunnelmaa ja se puolestaan tukee rauhallisen oleskelun mielikuvaa. Huoneeseen sijoitetaan kevyt siirrettävä tuoli/jakkara. Tilaa on potilassängyn ja sohasängyn välissä tarvittavaa muuntelua varten. Sairaalapöytä on pyörällinen, valkoinen/metallinen, lukittavalla laatikostolla oleva pöytä. Saattohoitopotilas ei juuri itse tätä kykene käyttämään, mutta henkilöstö ja omaiset voivat hyödyntää tasoa, laatikostoa ja sijoittaa päälle kukkia tai valokuvia/esineen viereksi katseltavaksi.**



Kuva 4. Näkymä tilan eri osista.

**Turvallisuus ja viihtyvyys syntyvät tuttuudesta ja toimivuudesta. Edellä kuvattujen tilaa ja sen toimivuutta koskevien tekijöiden lisäksi turvallisuuden kokemukseen vaikuttavat myös viihtyvyys ja tuttuus. Omien tavaroiden, tv/radio/video/tablettitietokoneen, lapsiomaisten tarvikkeet ja välineistön sijoittelu on harkittua. Säilytystilaa on myös lipastossa ja seinänaulakossa. TV asennetaan ns. kääntyvään seinävarteeseen potilassängyn ja ikkunaseinän väliselle seinäalueelle, sillä tv on saatava pois näköpiiristä ja ikkunanäkymän tieltä. Lapsiomaisten huomioidaan sijoittamalla lasten tarvikkepakkaus lipaston alalaatikoon. Lapsille on**

hyvä varata piirustuspaperia, puuvärit, jonkinlaiset kuvalliset pelikortit (kaiken ikäiselle) ja leikkihoitotarvikkeita (pelkojen vähentäminen, ihmisen heikkouden/haurauden käsittely jne.) sekä jokin hieman ääntä päästävä lelu, esim. lasta aktivoiva kirja.

**Kestävyys ja taloudellisuus ohjaavat tilasuunnittelua.** Aiemmin mainittujen ratkaisujen lisäksi pinnat on oltava pesun ja desinfioinnin kestäviä. Käytetään mahdollisimman valkoista tai hieman lämmintä valkoisen (Esim. F503 tai G503) sävyä pintojen yleisvärinä, jota sitten tehostetaan valitun väriyhdistelmän sävyillä. Kirjavia, suurikuvioisia tekstiilejä käytetään harkiten. Aistielinten toiminnan heikentyessä on hyvä pitää ärsykkeet mahdollisimman selkeinä. Valkoinen sopii hyvin kattoväriksi niin maalatuun kuin kasetoituun kattoon. Silloin kattoon kiinnitetty maalaus, lasityö tai digiprintattu akustiikkalevy erottuu paremmin.

Seinäpinnoilla valkoista pesunkestävää maalia voi käyttää taivaansinisen sijaan myös ikkunaseinällä, mikäli muuta valittua väriä tai muutaman värin yhdistelmää tuodaan verhoilla. Tässä suunnitelmassa valitussa ikkunaseinän välittömässä läheisyydessä oleva joutsen-tapetti asettaa omat haasteensa viereisen seinän värivalinnalle, jotta rauhallisuus ja harmonia säilyy, ilman liian kylmää vaikutelmaa.

Ikkunaseinä on vaalean taivaan sininen (esim. Tikkurila G366) jolloin se toimii hyvin ikkunasta näkyvän luontonaikymän kehyksenä, mutta myös sopii joutsen-temaan. Potilaan pään puoleinen päätyseinä maalataan myös vaalean taivaan siniseksi. Sähkökiskon, happi- ja imuliittimien yläpuolelle sijoitetaan tarraprintti, jonka väri valitaan yhdistelmän muista väreistä, tässä tapauksessa tumman ruskea. Ei suosita kuitenkaan mustaa tekstiä sen kovuuden ja suuren kontrastisuuden vuoksi.

Joutsen-fototapetti pyyhkimisen kestäväälle pohjalle painettuna käytetään koko seinän kokoisena. Tämä voidaan toteuttaa vaihtoehtoisesti vaihdettavan luontoaiheisen roll-upin avulla, jolloin seinä voidaan maalata valkoiseksi. Eri-laisia roll-upkuvia voi olla huonetta varten eri maisemista, kasveista, taivaasta tai eläimistä.

Minikeittiön taustapäät maalataan jollakin valitulla (fuksialla tai keltavihreällä) tehosteväriillä tai sivuseinässä käytetyllä beigellä. Keittiön toinen sivuseinä maalataan valkoisella. Tehosteväriillä maalatut seinät toimivat hyvänä taustana kalusteille. Ne tuovat myös viherkasvit ja muut tekstiilit, ruukut, pöytävalaisimet, kuvakehykset jne. esiin.



Kuva 5. Tilaa muunneltavuudelle

**Ympäristössä käytetään aktiivisesti hyödyksi taidetta, musiikkia ja käsityötä. Kuviin liittyvät mielikuvat on oltava positiivisia niin omaisen, potilaan kuin hoitajan mielestä. Silloin aihe on hyvä. Mallinnuksessa käytettiin printtitarraa, joka näkyy potilaan omaisille ja hoitohenkilöstölle. ”Sinä merkitset, koska olet juuri Sinä ” on käänös Dame Sicely Saundersin (hospice-ajattelun luoja) periaatteesta tehdä kuolevan potilaan hoitotyötä yksilölläisesti, tarpeen- ja oireenmukaisesti hoitaen. Vuodevaatteet, torkkupeitteet, verhot jne. valitaan suunniteltujen värisävyjen mukaan. Hyvin pieniä kuvioita kannattaa myös välttää. Mallinnuksessa runkosänkyyn sopii beigeä seinää vasten hyvin vaalean harmaa. Harmaa yhdistää sairaalalalusteiden metallisävyn ja toimii taustana värikkäämmille tyynyille sekä sopii tapettiin ja mattoalueisiin. Tyynyt, torkkupeitteet ja verhot valitaan mieluiten yksivärisinä. Suorat verhot ikkunan sivuilla ja peittävät seinäpintaa ja mahdollisesti siellä olevia putkistoja. Verhojen tehtävä on pehmentää ja akustoida ympäristöä. Julkisen tilojen palosuojattujen kankaisten kuosivalikoima on hyvin rajattu, joten tästä syystä seinälle on helpompaa saada haluttua väriä kuin verhoihin. Valkoinen verho on aina löydettävissä. Nykyisin puuvillapohjaiset kankaat saadaan hyvin käsiteltyä paloturvalliseksi niihin suihkutettavalla aineella. Tämä mahdollistaa myös kuvioitujen tekstiilikuosien käytön. On muistettava, että selkeä, värimaailmaan sopiva kuviovalinta on verhovalinnassa tärkeää. Yksinkertaista ja kaunista.**



Taulut voivat olla sävy maailmaan soveltuvia ja aiheiltaan erilaisia, joita voidaan vaihdella potilaan toiveen mukaisesti. Musiikkia voidaan soittaa joko internetyhteyden kautta älytv:stä/tablettitietokoneelta tai cd-soittimilla.

**Kauneutta aisteille - pienillä tekijöillä suuria vaikutuksia tilaan.** Tilaavuutta voidaan luoda fototapetin ja maalausten avulla sekä käyttämällä vaaleita sävyjä seinäpinoilla ja pieniä tehostevärialueita. Peilin avulla voi myös luoda tilaavuusion, mutta peili ei saisi heijastaa mitään ikävää. Saattohoitohuoneessa on hyvin tarkkaan harkittava, mihin peilin sijoittaa. Taivasmaalaus kosteassa tilassa lisää tilantuntua. Näin tila turvasiliukuovien auki ollessa yhä yhdistyy huoneen puolella oleviin sävyin ja harmonia säilyy. Ikkunanäkymän tulisi olla luontoon ja vapaata tilaa saisi olla ikkunan takana. Mikäli saattohoitohuoneessa on lämmityspattereita, ne kätetään seinävärisiin koteloinnein, jossa esim. pystysuora rimoitus ilman liikkumista varten. Näin saadaan tilaan myös ikkunalaute helposti. Hoitotarvikkeet sijoitetaan säilytysrasioihin myös lipastoon laitettaessa tai pieniin, kauniisiin pöydälle sijoitettaviin laatikkoihin /säilytysrasioihin. Ne voivat olla punosta muistuttavaa muovia tai metallia. Pääasia, että ovat puhdistettavia ja kätkevät erilaisia irtoesineitä/tarvikkeita. Seinähyllylle sijoitetaan pieniä huoneen värimaailmaan sopivia lasiesineitä, esim. tuikkukynttilöille tarkoitettuja pieniä lasilyhtyjä. Näiden tarkoitus on tuoda tilaan elävyyttä. Ei suinkaan se, että niissä poltetaan kynttilää (ei saa). Led-tuikun sinne voi tuki sijoittaa.

**Ajanmukaisuus ja muunneltavuus ovat tärkeä suunnittelu ohjaava periaate.** Kalusteet valitaan tilaan käyttötarkoituksen ja käyttäjämäärän mukaan. Minikeittiö, siirrettävät huonekalut kuten tuoli, apupöytä, lipasto ja runkopatjasänky mahdollistavat tilan muuntelun, jos omaisuus haluaa osallistua hoitoon. Taulut voidaan korvata viherseinäkkeillä tai jos huoneen värimaailmaan löytyy kaunis taulu, se voidaan sijoittaa esim. seinähyllylle. Roll-upit tulisi ottaa tehokkaammin käyttöön seinäpintojen elävöittämiseen ja mieltä, millaisesta kuvasta ko. potilas saattaisi pitää.

Wc ja kylpyhuone suunnitellaan erilaiset toimintakykyisyyden asteet huomioiden. Tästä syystä kylpyhuonekalusteet valitaan harkiten, jotta tilaa jää riittävästi keskialueelle. Suihkuun on päästävä itsenäisesti, esim. rollaattorin avulla, suihkupyörätuolilla tai suihkusängyllä. Myös avustajalle on oltava tilaa, joten tästä syystä wc-kylpyhuone on suunniteltu suureksi. Mikäli toimintakykyä olisi itsenäiseen istu-

miseen tai huonetta käyttäisi joskus muukin potilas kuin saattohoitopotilas, käytetään tukikahvoja. Seinällä on suihkutukikahva, suihkun voi sijoittaa kahteen eri korkeuteen, seinällä on myös käännettävä suihkutuoli, jossa voi istua myös kuivautuessa. Wc-istuin voidaan varustaa sähkösäätöisellä korkeudensäädöllä sekä tukikahvoilla. Sen ympärillä on takana ja sivuilla tilaa avustavalle henkilölle. WC-allas on alta avoin, jolloin sen käyttö pyörätuolissa on mahdollista ja kääntösäde tilassa täyttää vaatimukset. Altaan yllä on kulmapeili kaappi tarvikkeiden säilytystä varten. Sivussa on seinäkaappi ja pyyhkekoukut. Ikkuna ylhäällä, vaaka-suunnaisesti sijoitettuna mahdollistaa luonnon näkemisen paljastamatta ihmistä. Väreinä käytetään valkoista perusväriä wc-kalusteissa ja seinäpinoille valitaan väriyhdistelmän sävyjä. Lattia on yksivärinen luistamaton kostean tilan muo- vimatto tai laatta. Katto on koristemaalattu tai valkoinen. Tässä esimerkissä käytämme vaalean beigeä ja vihreää seinillä sekä keskiharmaata märkätilan muovimattoa seinä- ja lattiamateriaalina. Väriä tuodaan kasvilla ja tekstiileillä sekä seinäkaapilla.

### FENGSHUI NÄKÖKULMAN SOVELTAMINEN

Fenghui -sisustusoppia sovellettiin mallinnuksessa pieni- muotoisesti, esimerkiksi Yin- ja Yang-alueiden kautta tai viiden elementin (Wuxing) teorian kautta. Potilas sijoitetaan pois ovelta ikkunaan sijoitettavilta linjoilta. Korkein- taan potilassängyn jalkojen puoleinen pääty voi sijaita tällä alueella. Jos potilas on sekä ikkunan että ovilinjan välissä, hän reagoi herkästi sekä ulkopuolella että oviympäristössä oleviin ärsykkeisiin, halusipa tai ei. Samankaltainen sijoit- tamissuositus löytyy myös tanskalaisesta saattohoitokodin suunnitteluoheistuksesta.

Mikäli potilas joudutaan sijoittamaan ovi-ikkuna-linjalle, voidaan ohjata katsetta erilaisin tehostein tai näköestein, kuten sermit, hyllyt, seinäkkeet, kauniit pinnoilla olevat yksityiskohdat. Hyvä lähtökohta on sijoittaa potilassängyn- pään puoleinen pääty pitkälle seinälle, josta potilaan näkö- kenttä ulottuu toiselle sivulle oviaalueelle ja ikkunaan toiselle puolelle. Jotain kaunista on hyvä sijoittaa näkökenttää po- tilaan katsoessa suoraan eteenpäin. Fengshuin mukaan ei olekaan kyse siitä, miltä tila näyttää vaan siitä, miltä tila tun- tuu. Kehomme reagoi ärsykkeiden kokonaisuuteen. Sama periaate huomioidaan myös omaisen lepopaikan sijoittami- ssa. Ikkunan edessä ja kulkuväylillä ollaan vain hetkisen aikaa, niihin soveltuu parhaiten siirrettävät tuolit. Potilasta ei tulisi fengshuin mukaan sijoittaa minkään roikkuvan tai

teräväkulmaisen esineen alle. Niinpä upotetut valaisimet, jotka eivät myöskään sijoittelunsa vuoksi aiheuta häikäisyä, ovat hyvä tapa valaista tila, kuten myös epäsuoravalaisuus seinä- ja kattopintoja pitkin.

Lisäksi voidaan hyödyntää tietoa eri elementeistä (Puu, Tuli, Maa, Metallin ja Vesi). Kukin elementti tukee, hillitsee tai rajoittaa toisiaan. Elementtien tasapaino, huomioiden tilan ilmansuunnan vaikutuksen, mahdollistaa harmonisten tekijöiden valinnan. Kullakin elementillä on mm. oma ke- hollinen elinparinsa, väri, olosuhde, vuodenaika, tunnetila, muoto, materiaali, aisti ja ulkoinen elin. Värit ja muodot ovat helpoimpia huomioitavia asioita sisustettaessa, mutta myös materiaalivalinnoilla voidaan lisätä harmoniaa. Värit ovat merkittävässä osassa luotaessa tilan perustunnelmaa. Väriopin mukainen harmonia ja fengshuissa tarkoitettava harmonia eivät siis ole sama asia. Fengshuissa pyritään saa- maan energia, Qi, tasapainoiseen liikkeeseen ja väri vain on yksi tapa ilmentää elementtiä. Lähes valkoinen tila voi olla elementteiltään harmoninen, kun siinä huomioidaan muodot, materiaalit, kuvat ja kuviot. Tärkeää on myös huomioida että, värin vaaleus korostaa muotoa, kirkkaus enemmän esineen väriä. Värin kyläisyyden, valöörin sekä värien yhteiskäytön harmonian ja disharmonian huomiointi on osaa hyvää suunnittelua. (Banks 2007, Hytönen E.2003)

Oranssi, punainen ja violetin sävyt edustavat Tuli-ele- menttiä, mikä tarkoittaa mm. kehossamme psyykeä, unta, verenkiertoa, sydäntä ja ohutsuolen toimintaa. Maan sävyt, kuten keltainen ja ruskea edustavat Maa-elementtiä, jolla nähdään kiinalaisessa lääketieteessä ja fengshuissa olevan yhteys ruoansulatuselimistöön ja pernan toimintaan. Me- talli-elementtiin kuuluvat metallisävyt, valkoinen ja harmaa edustavat hengitystoimintoja ja paksusuolen toimintaa. Vesi-elementtiin yhdistettävät värit musta ja tummansininen puolestaan tukevat virtsaamistoimintoja, lymfajärjestelmää, hormonitoimintaa ja muistitoimintoja. Puu-elementtiin kuuluvat vihreä ja turkoosi. Ne tukevat tunteiden tasapai- noa, niveliä ja jänteitä, luovuutta, verenkiertoa sekä veren puhdistumista ja kuljettamista.

Puuvaikutelma ja luonnonmateriaalit villaa lukuun ot- tamatta tasapainottavat tunteita ja tukevat suunnitelma- lisuutta sekä luovuutta. Luonnon elementteinä erityisesti aidot kukat ja viherkasvit puhdistavat ilmaa, muistuttavat luonnon kiertokulusta ja virkistävät ihmistä. Niiden käyttö mullassa olevien itiöiden ja hoitamisen vuoksi on haastavaa. On hyvä huolehtia siitä, että saattohoitoympäristössä on aitoa puuta, kasveja, puuvillaa sekä luontokuvia.



**Värit ja muodot ovat helpoimpia huomioitavia asioita sisustettaessa, mutta myös materiaalivalinnoilla voidaan lisätä harmoniaa. Värit ovat merkittävässä osassa luotaessa tilan perustunnelmaa.**

Eläimet, eläinperäiset materiaalit sekä ihmisiä ja eläimiä esittävä taide ovat potilaan mieleen ja sen tasapainoon vaikuttavia Tuli-elementtiä edustavia asioita, aivan kuten dynaamiset muodot, aito tuli ja punaisen eri sävyt. Suurina määrinä ne kiihdyttävät elintoimintoja, erityisesti sydäntä ja voivat aiheuttaa levottomuutta. Näitä käytetään siis har- kituissa paikassa hyvin pieninä määrinä. Esim. läheisten kuva, tekstit eri pinnoilla, valittu valkoinen joutsen-tapetti kauempaa katseltuna ei vielä luo levottomuutta. Jos ko. joutsen-tapetti sijoitettaisiin potilasvuoteen välittömään läheisyyteen, se ärsyttäisi aktivoiden kokoajan potilasta ja lisäisi levottomuutta.

Maa-elementti on huomioitu suunnitelmassa valitse- malla vaalea beige ja tummempi neliön muotoinen mat- toalue huoneeseen. Suunnitelmassa käytetään puhdasta valkoista minikeittiössä, seinällä, ovissa ja lipastossa sekä hieman harmaata edustamaan Metallin-elementtiä. Nämä tukevat ennen kaikkea, energian mestaria eli hengityseli- miä ja lisää tilantuntua ja kepeyttä eikä ärsytä aistielimiä. Kohtuullinen määrä metalliesineitä vaikuttaa samoin. Vesi-elementtiä löytyy luonnollisesti kylpyhuonetilasta vesipisteinä. Ikkuna- ja peilipinnat voidaan myös tulkita edustavan Vesi-elementtiä, joten lisäksi oikeastaan mustaa voidaan käyttää pienesineissä, kukkaruukuissa, tekstiileis- sä tms. Vesi-elementtiin kuuluvan mustan värin käyttö on hoitoympäristöissä hyvin tarkoin harkittava asia, sillä se luo hahmottamiseen ”aukkomaisia” alueita. Toisaalta kuitenkin se toimii hyvänä taustavärinä pienellä alueella esimerkiksi kauniille valokuvakokoelmalle. Puu-elementti on huomi-

oitu suunnitelmassa omaisen sohasängyn päällisessä, jossa on puuvillaa, kukka-aiheisissa selkänojatyynyissä sekä silkkivierkasveissa ja puisissa kalusteissa. Tuli-elementtiä käytetään vain tehosteena eläinaiheisessa tapetissa, lampunvarjostimessa sekä kukkaruukuissa tai villaisessa torkkupeitteessä.

### LOPUKSI

Kotilainen (2014) kysyi artikkelissaan, olisiko sairaalaan mahdollista synnyttää lämminhenkinen hoitoympäristö- ja hoitokulttuuri. Paletti-hankkeen kehittämistyön ja pilotointikokemusten mukaan vastamme, että kyllä tahtotila siihen on olemassa. Saattohoitoympäristön suunnittelu lähtee kuolevan ihmisen tarpeista, saa ominaispiirteensä hoitokulttuurista sekä hoitohenkilöstön asenteesta työtään ja potilaitaan kohtaan. Ympäristö on yksi tärkeä väline hyvän hoidon toteuttamiseksi.

### LÄHTEET

- Banks, A. 2007. Fengshui-aapinen. Jyväskylä: Gummerus.
- Hytönen, E. 2003. Lohikäärmeen lääketiede. Helsinki: Ming-Men Oy.
- Kallio, T. ja Iso-Markku, R. 2012. Millainen on hyvä hoitoympäristö neurologisesti sairaalle lapselle, opinnäytetyö Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.
- The King's Fund's 2012. Environmental Design Audit Tool-principles for the design of residential and day care homes and hospices. London: Prince's foundation.
- The King's Fund's 2008-2010. Enhancing the healing environment Programme. London: Prince's foundation.
- The King's Fund's 2012. Hospices department of health capital Grant Programme. London: Prince's foundation.
- Kivelä, K. 2012. Hoitoympäristöjen suunnittelu- potilaan näkökulma. Kirjallisuuskatsaus. Kandidaatti työ. Tampereen yliopisto. Tampere
- Kotilainen, H. 2014. Tilaa lähtemiselle. Suomen lääkärilehti 3/2014, 69.
- Nykänen, E; Porkka, J; Aittala, M; Kotilainen, H; Räikkönen, O; Wahlström, M; Karesto, J; Yli-Karhu, T; Larkas-Ilpatti, E. 2008. HospiTool käyttäjälähtöinen sairaala, Helsinki: Edita Prima Oy.
- Passi, K ja Viitala, M. 2011. Hoitoympäristö vanhusien hyvinvoinnin tukena. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoki.
- Programme for the Good Hospice in Denmark- an outline for the hospice as a part of palliative care Rakennustieto. RT NET-kortisto.
- Rihlana, S. 1997. Laajennettu värioppi. Tampere: Rakennustieto Oy.
- Ulrich, R; Xiaobo, Q; Zimring, C. 2004. The role of the physical environment in hospital of the 21st Century: A once-in-a-lifetime Opportunity. Report to Center for health systems and design, College of architecture. Texas.



# NÄKEMYKSIÄ JA VISIOITA PALLIATIIVISESTA HOIDOSTA POHJOIS-KARJALASSA

Juha Mustonen, LT, dosentti, konservatiivisen klinikkaryhmän johtaja  
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Sairaanhoitopiirin alueella on noin 170.000 asukasta. Pohjois-Karjalan keskussairaalassa on vuosittain lähes 30.000 tuhatta hoitajaksoa. Keskeisiä erikoisaloja, joissa on kuolemaan johtavia sairauksia, ovat keuhkosairaudet, kirurgia, neurologia, onkologia, sisätaudit ja tehohoito. Vuonna 2012 Pohjois-Karjalan keskussairaalassa kuoli 382 potilasta eli keskimäärin yksi potilas päivässä. Keskussairaalan kaikista hoitajakoista 1,3 % päättyy potilaan kuolemaan.

Suomessa arvioidaan vuosittain olevan noin 15 000 ihmistä, jotka tarvitsevat saattohoitoa. Yli puolet heistä voidaan hoitaa kotona tai kotisairaanhoidon turvin. Muut saattohoitopotilasta tarvitsevat hoitoa sairaalaolosuhteissa tai saattohoitoon erikoistuneissa hoitokodeissa. Pohjois-Karjalassa näitä saattohoitopotilaita arvioidaan olevan noin 400-500 vuodessa.

Kun vakavan sairauden yhteydessä todetaan, että sairaus tulee johtamaan kuolemaan, on aika siirtyä saattohoitoon. Saattohoidon kesto tulee olemaan muutamasta päivästä useisiin viikkoihin. Erikoissairaanhoidossa ei ole ollut perinnettä näiden tilanteiden hoidossa. Siten saattohoidon suunnittelu sairaalassa ja koko maakunnassa on tärkeää. Tätä varten jo vuonna 2012 pidettiin kokoussarja, jossa kartoitettiin saattohoidon tilanne Pohjois-Karjalassa. Keskeisinä johtopäätöksiä kokoussarjalle olivat seuraavat: Keskeisille erikoisaloille nimetään hoidosta koordinoiva lääkäri ja hoitaja. Vakavan sairauden yhteydessä suunnitellaan hoitoneuvottelut potilaan ja hänen omaisten kanssa. Viimeisenä tavoitteena on, että koordinoidaan alueellisesti palliatiivinen ja saattohoito.

Tämän kokoussarjan myötä onnistuttiin samaan Paletti-hanke, jossa eri tahojen kanssa yhteistyötä tehden saatiin laaja toimintaympäristö. Hankkeessa ovat olleet mukana Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä, Karelia-ammatt-

” Saattohoidon kesto tulee olemaan muutamasta päivästä useisiin viikkoihin. Erikoissairaanhoidossa ei ole ollut perinnettä näiden tilanteiden hoidossa. Siten saattohoidon suunnittelu sairaalassa ja koko maakunnassa on tärkeää.



tikorkeakoulu ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalikeskus.

Erikois- ja perusterveydenhuollon alueella kehitetään hoitomallia eri sairauksien osalta siten että kuoleva potilas voidaan hoitaa kotiin tai tarpeen vaatiessa terveyskeskuksen vuodeosastolla tai sairaalassa. Erinomaista tässä hankkeessa on ollut, että tässä on mukana kaikki erikoisalajat. Mukana ovat syöpäsairaudet, keuhkosairaudet, sydänsairaudet, neurologiset sairaudet, maksasairaudet, vatsaelinsairaudet ja munuaissairaudet, kirurgiset ja tehohoitoon liittyvät sairaudet ja lastentaudit.

Vuosisadan aikana ihmisten keski-ikä on noussut. Vielä 1900-luvun alussa keski-ikä oli alle 50 vuotta ja tärkein kuolinsyy oli erilaiset infektiot. 1950-luvulta lähtien keski-ikä oli jo yli 60 vuotta. Tärkeimmät kuolinsyyt ovat nyt sydän- ja verisuonisairaudet, neurologiset sairaudet, tapaturmat ja syövät. Nyt keski-ikä on noussut 80 vuoteen. Merkittävä havainto on että viimeisen vuosisadan aikana meidän keski-ikä on noussut yli 30 vuotta.

Nykypäivän ja tulevaisuuden haasteet ovat tiedossa. Tärkeimmät niistä ovat lääketieteen kehittyminen eri erikoisaloilla, väestön keski-ikänsä nousu ja lukumääräisesti vakavasti sairaiden potilaiden lisääntyminen. Ennakoiden nämä tilanteet, voidaan nämä asiat hoitaa alueellisesti hyvin ja tehokkaasti.

Lääketieteen kehittymisen myötä esimerkiksi sydänsairaiden potilaiden taudinkulku on muuttunut merkittävästi. Nykyään sydäninfarktin hoito on tehostunut siten, että infarktin koko on pienentynyt. Sairaalavaiheen tai ensimmäisen vuoden aikana tapahtunut kuolleisuus on vähentynyt huomattavasti. Tehokkaalla sydänhoidolla potilaan ennustetta on voitu parantaa jopa vuosikymmenillä. Viime vuosikymmenen aikana myös vaikean sydämen vajaatoiminnan hoito on muuttunut parantaen näiden potilaiden kotona selviytymistä ja ennustetta. Syövän hoitomahdollisuudet ovat huomattavasti parantaneet syöpäpotilaiden ennustetta. Leikkaustulokset, tehokas sädehoito ja syöpälääkitys ovat parantaneet syövän hoitotuloksia huomattavasti. Lääketieteen kehittymisen myötä aikaisemmin kuolemaan johtaneet sairaudet ovat muuttuneet ennusteeltaan hyväksi. Nykyään uusi potilasryhmä on niitä, joita iän myötä sairastuvat johonkin toiseen vakavaan sairauteen.

Väestörakenteen muuttumisen myötä ikärakenne muuttuu. Nyt Pohjois-Karjalassa yli 65-vuotiaita on noin 36.000.

Vuonna 2030 ennustetaan yli 65-vuotiaita olevan 52.500 eli lisäys on yli 16.000. Suuri osa heistä on ainakin kohtalaisessa kunnossa olevia vanhuksia. Tulevaisuuden haaste tulevaisuuden terveydenhuollolle on, että sairaiden ihmisten tutkimus ja hoitoresurssit ovat asianmukaiset. Nämä hoitomahdollisuuden tulee olla saatavilla kaikille ikäryhmille. Realiteetti kuitenkin on, että osalla, ja etenkin iäkkäiden sairauksista, on niin vakava, että potilaan hoidossa joudutaan siirtymään palliatiiviseen hoitoon ja sitten saattohoitoon. Tulevaisuuden terveydenhuollon haasteena on tämän asianmukainen järjestäminen.

Samaan aikaan meidän tulisi pohtia sitä, että miten elämän loppuaika saadaan inhimilliseksi kuolevaa potilasta kohtaan ja hänen läheisiään. Tulevaisuuden tavoitteena tulee olla, että kuolevan ihmisen - ei enää potilaan - lähellä on enempi omaisia kuin terveydenhuollon ammattilaisia. Ja että kuoleva voi olla toivomassa paikassa joka usein näyttää olevan muu kuin sairaala.



FYSIOTERAPIAN JA  
ENSIHOIDON MAHDOLLISUUDET  
PALLIATIIVISEN- JA SAATTOHOIDON  
MONIAMMATILLISESSA YHTEISTYÖSSÄ



# FYSIOTERAPIA MONIAMMATILISESSA PALLIATIIVISESSA TYÖRYHMÄSSÄ



Mika Kopponen, fysioterapeutti  
Liisa Suhonen, fysioterapian yliopettaja,  
Karelia-ammattikorkeakoulu

## JOHDANTO

Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat tulevaisuudessa entistä merkittävämpiä hoidon osa-alueita väestön ikään-  
tymiskehityksen jatkuessa. Palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain arviolta 200 000-300 000 potilasta ja saattohoitoa 15 000 potilasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11). Tilastokeskuksen (2013) mukaan Pohjois-Karjalan vuoden 2012 väkiluku oli 165 754. Väkilukuun suhteutettuna tämä tarkoittaisi maakunnassa vuosittain noin 6 100 - 9 160 palliatiivisen ja 458 saattohoidon tarvitsijaa.

Palliatiivista hoitoa toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä, johon voi tai tulisi kuulua myös kuntoutusalan ammattilaisia. Fysioterapialla on oma roolinsa osana palliatiivista hoitoa, mutta palliatiivisesta fysioterapiasta ei toistaiseksi ole saatavilla suomeksi materiaalia tai kokoelmaa suosituksista. Moniammatillisen tiimin jäsenten tulisi viestiä enemmän omasta osaamisalueestaan (Aherne 2005, 11). Tämä artikkeli pohjautuu Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön ”Palliatiivinen fysioterapia moniammatillisessa työryhmässä”, joka valmistui v. 2014 ja pyrkii osaltaan vastaamaan tähän haasteeseen.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Paletti-hanke. Työ julkaistaan hankkeen portaalissa ja Theseus-julkaisurkistossa. Opinnäytetyö auttaa fysioterapeutteja sekä muita terveysalan ammattilaisia hahmottamaan niitä fysioterapian menetelmiä, joita voidaan käyttää palliatiivisen hoidon tukena. Tavoitteena on siis viestiä fysioterapian käytännettä moniammatilliselle työryhmälle. Menetelmien käyttö puolestaan vaatii fysioterapian ammattilaisen arviointia ja suunnitelmaa toteutuksesta.

## PALLIATIIVINEN FYSIOTERAPIA

Palliatiivinen hoito on suunnattu potilaille, joilla on henkeä vaarantava tauti. Palliatiivisen hoidon tavoitteena ei ole joutua tai lykätä kuolemaa. Hoidon tavoitteena on potilaan ja hänen perheensä elämänlaadun parantaminen muun muassa auttamalla potilaita elämään mahdollisimman aktiivista elämää, sekä lievittämällä kipua ja muita sairauden aiheuttamia oireita. (World Health Organization 2013.) Moniammatillisen työryhmän katsotaan olevan hyvän saattohoidon edellytys ja palliatiivisen hoidon pääperiaate (Borda, Charnay-Sonnek, Fonteyne, & Papaioannou 2013, 84; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 25; World Health Organization 2013). Moniammatillinen lähestymistapa on tärkeää palliatiivisen hoidon menestyksekkääksi toteuttamiseksi palliatiiviseen hoitoon liittyvien monisyisten ongelmien takia. Moniammatillisessa yhteistyössä keskeiseksi nousee ammattilaisen oman asiantuntijuuden merkityksen lisäksi eri ammattiryhmien välinen yhteistyö, sen arvostaminen ja kehittäminen potilaan hyvän hoidon toteuttamiseksi (Anttonen 2011, 1 - 3).

Fysioterapian tiedetään olleen mukana esimerkiksi syövän hoidossa 1960-luvulta lähtien. (Laakso 2006, 781.) Palliatiivinen fysioterapia on yksi kuolevan potilaan elämänlaadua parantavista hoitomuodoista (Kumar & Anand, 2008, 138 - 146). Fysioterapialla pyritään yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen, ylläpitämiseen ja palauttamiseen tavoittelemalla parasta mahdollista fyysistä suoritus- ja toimintakykyä. Palliatiivisen fysioterapian tavoitteena on vähentää sairauden tai sen hoidon haittavaikutuksia yksilön jokapäiväiseen elämään. (Watson, Lucas & Hoy 2009, 771.) Palliatiivisen fysioterapian tavoitteet voivat olla hyvin yksinkertaisia, kuten kivuton istuminen vuoteella tai tärkeään sosiaaliseen tapahtumaan osallistuminen. (Watson ym. 2009, 771.)



## PALLIATIIVISEN FYSIOTERAPIAN MENETELMIÄ

Palliatiivinen fysioterapia ei rajoitu pelkästään syöpäsairauksiin (Laakso 2006, 781). Palliatiivisen fysioterapian menetelmiä voidaan soveltaa syövän ja syöpään liittyvien oireiden, neurologisten sairauksien kuten Parkinsonin taudin, amyotrofisen lateraaliskleroosin (ALS) ja multipeliskleroosin (MS) lisäksi myös HIV:n, (Kumar & Anand, 2008, 138–146) AIDS:n sekä sydän- ja verisuonitautien oireiden hoidossa (Laakso, McAuliffe, & Cantlay 2003, 781). Fysioterapeutin on mahdollista välttää omaisten ja hoitohenkilökunnan yleinen ”sudenkuoppa”, jossa toimintakyvyn alenemista pidetään kiinteänä osana taudinkuvaa, eikä jäljellä olevaa fyysistä toimintakykyä hyödynnetä (Frymark 2009, 8–9).

Fysioterapeutilla on tietämystä muun muassa toiminnallisesta anatomiasta ja ergonomiasta. Fysioterapeutti voi myös analysoida liikkumista ja kehon asentoa suhteessa ympäristöön. Fysioterapia pyrkii maksimoimaan fyysistä toimintakykyä, edistämään itsenäisyyttä ja voimaannuttamaan potilasta aktiiviseen sopeutumiseen. Fysioterapeutin ohjaamana toteutettu liikunta voi kumota liikkumattomuuden negatiivisia vaikutuksia, ja parantaa samalla henkistä hyvinvointia. Fysioterapia pyrkii auttamaan potilaan toimintakyvyn optimoimisessa huomioimalla samalla fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ammatillisen ulottuvuuden vuorovaikutuksen (National Institute for Clinical Excellence 2004, 12; Santiago-Palma & Payne 2001, 1049 - 1052; Watson ym. 2009, 771).

Palliatiivisessa fysioterapiassa hyödynnetään yleisiä fysioterapian menetelmiä ja hoitoja potilaan taudinkuvaan sovellettuna (Frymark 2009, 8–9). Fysioterapian menetelmiä voidaan soveltaa jo sairauden varhaisessa vaiheessa muun hoidon ja terapian rinnalla (Watson ym. 2009, 771). Fysioterapian menetelmillä voidaan vaikuttaa useaan fyysiseen osa-alueeseen, kuten kipu, liikkuvuus, voima / heikkous, epämuodostumien hallinta, koordinaatiokyky, tasa-painon hallinta, askellus, hengitysoireet, kestävyys ja voimantuotto (Kumar & Anand 2008, 138–146). Esimerkiksi terapeuttisen harjoittelun menetelmillä voidaan parantaa tasapainoa tai ylävartalon voimantuottoa. Näitä ominaisuuksia tarvitaan esimerkiksi siirtymisissä ja pyörätuolin käytössä. Siirtymisten ja apuvälineiden käytön ohjauksen ja neuvonnan lisäksi fysioterapeutti voi opastaa hoitajia, avustajia ja omaisia passiivisten liikeharjoitteiden ja asento-hoidon toteuttamisessa sekä siirtymisissä avustamisessa. (Watson ym. 2009, 771.)

Palliatiivisen fysioterapian avulla potilaat eivät pelkäävät oppi hallitsemaan pitkän aikavälin oireita, vaan sen avulla voidaan saada myös uutta sisältöä tai merkitystä elämään. Avoin ja kannustava kuntoutusympäristö antaa toivon tunnetta. Liikuntaa sisältäneen terapia-intervention jälkeen potilaat voivat kokea paitsi kohentunutta fyysistä hyvinvointia parantuneen liikkuvuuden, lihasvoiman ja kestävyuden myötä, myös psyykkisen hyvinvoinnin kohonemista. Potilaat voivat kokea olonsa positiivisemmaksi, rentoutuneemmaksi ja vastaanottavaisemmaksi. Kohentunut kyky tehdä arkipäiväisiä toimintoja antaa tunteen kohentuneesta elämänhallintakyvystä, mikä edesauttaa toiveikkuutta. Parantamalla henkistä ja fyysistä hyvinvointia fysioterapia voi palauttaa yhteenkuuluvuuden tunnetta potilaan omaan elämään ja ympäristöön mahdollistaen elämisen eikä vain olemisen. (Belchamber 2013, 136–139.) Fysioterapialla on merkitystä vielä saattohoitovaiheessakin. Keskeistä silloin on neuvonta ja opastaminen, mutta esimerkiksi fyysinen harjoittelu voi vielä tuolloinkin parantaa potilaan elämänlaatua. (Santiago-Palma 2001, 1049–1052.)

## KANSAINVÄLISET HOITOSUOSITUKSET

Koska palliatiivinen fysioterapia on käsitteenäkin Suomessa vielä verrattain tuntematon, ei aiheesta löydy suomenkielisiä fysioterapiasuositusta tai muuta lähdemateriaalia, joka kattavasti tai edes auttavasti kuvaa ja koostaa palliatiivisessa fysioterapiassa käytettäviä menetelmiä. Opinnäytetyö pyrkii esittelemään yleiskatsauksen palliatiivisesta fysioterapiasta ja sen menetelmistä. Opinnäytetyön tietoperustassa avataan käsitteitä palliatiivinen hoito, palliatiivinen fysioterapia ja moniammatillinen työryhmä. Fysioterapian menetelmiä etsittiin kirjallisuuskatsauksen keinoin. Kirjallisuuskatsaus pyrkii vastaamaan kysymykseen ”Mitä fysioterapian menetelmiä kansainvälisten hoitosuosituksen mukaan käytetään palliatiivisen hoidon moniammatillisessa työryhmässä?”

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa tiedonhaun tarkoituksena oli etsiä kansainvälisiä moniammatillisen palliatiivisen työryhmän käyttöön tarkoitettuja hoitosuosituksia, jotka ovat verrattavissa Suomessa käytettäviin Käypä hoito -suositukseen. Tiedonhaussa etsittiin englanninkielisiä kansallisia tai alueellisia hoitosuosituksia (guidelines), jotka ovat julkisesti saatavilla. Tutkimukseen valikoitui 11 hoitosuositusta, jotka arvioitiin tarpeeksi laadukkaiksi sisällytettäväksi katsaukseen. Suositukset koskivat pääasiassa kuolevan potilaan oireenmukaista hoitoa, mutta mukana

oli myös pitkäkestoisemman palliatiivisen hoidon suosituksia. Hoitosuosituksista poimittiin ne oireet, joihin oli esitetty fysioterapiaa tai fysioterapeuttisia menetelmiä. Kansainväliset suositukset yhdistettiin suomalaisten Käypä hoito -suositusten ja Sairaanhoidajan käsikirjan kontekstiin (Atula 2013; Janes 2013; Kassinen 2013; Kokkinen 2012; Käypä hoito -suositus 2012).

Kirjallisuuskatsauksen tulokset kuvattiin sanallisesti ja niistä koottiin yhteenvedot taulukoihin (liite 1). Taulukoissa on esimerkinomaisesti kuvattu menetelmien soveltamista palliatiivisen potilaan fysioterapiaprosessissa. Fysioterapiaprosessissa käytettiin fysioterapianimikkeistöä (Kuntaliitto 2007). Kuolevan potilaan oireiden hoito nousi katsauksessa voimakkaimmin esille. Suosituksia löytyi seuraavien oireiden fysioterapiaan: selkäydinkompressio, maha-suolikanavan oireet (pahoinvointi, oksentaminen, ummetus), raajaturvotus (lymphödeema), väsymysoireyhtymä (fatigue), hengitystieoireet (hengenahdistus, yskä, kuolonkorina), kipuoireet, spastisuusoireet sekä psyykkiset oireet (unettomuus, ahdistus).

Kirjallisuuskatsauksessa korostuivat seuraavat fysioterapian menetelmät: terapeuttinen harjoittelu ja liikunta, apuvälineet, asento-hoito, ortoosit, hengitysharjoitteet, rentoutumisharjoitteet ja -tekniikat, adaptaatiotekniikat, hieronta ja erityisesti lymfahieronta sekä fysikaalisen terapian menetelmät (sähköhoidot kuten TENS, kylmä- ja lämpöhoidot sekä akupunktio). Palliatiivisessa fysioterapiassa on potilaan yksilöterapian lisäksi keskeistä ohjaus ja neuvonta. Fysioterapeutti voi esimerkiksi ohjata hoitohenkilökuntaa tai kotihoidossa olevan potilaan omaisia asento-hoidon toteuttamiseen, siirtymisissä avustamiseen ja apuvälineiden käyttöön.

Tämän artikkelin lopussa on kirjallisuuskatsauksen tulokset esitetty sairauskohtaisesti taulukoituna. Taulukot on koottu mukaillusti samaan järjestykseen kuin suomalaisessa kuolevan potilaan hoitosuosituksessa.

## SOVELTAMINEN KÄYTÄNTÖÖN

Opinnäytetyö antaa ammattilaiselle viitteitä siitä, miten palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oireita voi fysioterapian menetelmin hoitaa. Työstä voi olla hyötyä myös fysioterapeuteille, jotka työskentelevät palliatiivisten potilaiden kanssa. Fysioterapeutti voi oman koulutuksensa ja ammattitaitonsa pohjalta toteuttaa vaikuttavaa fysioterapiaa palliatiivista hoitoa tarvitsevalle potilaalle, vaikka ei olisikaan erikoistunut palliatiiviseen fysioterapiaan. Pallia-

” Palliatiivisen fysioterapian avulla potilaat eivät

pelkästään oppi hallitsemaan pitkän aikavälin oireita, vaan sen avulla voidaan saada myös uutta sisältöä tai merkitystä elämään. Avoin ja kannustava kuntoutusympäristö antaa toivon tunnetta.

tiivisen fysioterapian menetelmien kirjo onkin käytännössä opinnäytetyössä kuvattua laajempi.

Maa- ja aluekohtaiset erot tehtävänjaossa eri ammattikuntien kesken aiheuttavat sen, että kaikkea katsauksessa mainittua ei voi soveltaa suoraan käytäntöön alkuperäisissä suosituksissa kuvattujen palveluprosessien mukaisesti. Esimerkkinä tästä ei Suomessa ainakaan julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva fysioterapeutti toteuta hierontaa laajamittaisesti hoitomuotona. Vastaavasti alkupe- räisessä hoitosuosituksessa saatettiin kuvata menetelmiä, jotka kyseissä maassa olivat osa toimintaterapeutin tehtäväkenttää, mutta Suomessa saattavat osittain kuulua fysioterapeutille. Esimerkkinä tästä on vaikkapa liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälinearviointi, jota Suomessa tekevät useimmiten fysioterapeutit.

Palliatiivisen hoitoon erikoistuneiden ammattilaisten tehtävänä on kouluttaa uusia osaajia, sekä osallistua korkeatasoisinta mahdollista palliatiivista hoitoa tuottavan palvelujärjestelmän rakentamiseen (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7). Paletti-hankkeessa yhtenä tavoitteena on kehittää palliatiivisen- ja saattohoidon rakenteita sekä hoitokäytäntöjä. Toinen tämän tuotoksen kannalta merkittävä tavoite on akuuttien ja vaikeasti hallittavien oireiden asiantuntija- ja konsultaatiokäytänteiden sekä perus- ja täydennyskoulutuksen kehittäminen. (PALETTI 2013).

Tätä opinnäytetyötä hyödynnetään hankkeen palliatiivisen hoidon koulutuksissa, jotka on suunnattu sekä hoitoalan että fysioterapian ammattilaisille ja opiskelijoille. Lisäksi

opinnäytetyö julkaistaan Paletti-hankkeen kehitteillä olevassa Pohjois-Karjalan palliatiivisen- ja saattohoidon portaalissa, jossa se on vapaasti hoitotyön kehitystyötä tekevien käytettävissä. Opinnäytetyö on julkaistu myös ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden Theseus-julkaisuarkistossa (<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405117101>). Opinnäytetyö on laajalti palliatiivista sekä saattohoitoa toteuttavien alan ammattilaisten käytettävissä, mikä toivottavasti antaa virikkeitä fysioterapian ammattitaidon hyödyntämiseen palliatiivisten potilaiden hoidossa.

#### LÄHTEET

- Aherne, M., Beaumont, C. & Pereira, J. 2006. Palliative and end-of-life care education: An introduction to the literature and select bibliography (Knowledge for Action Occasional Paper 2006-05). Edmonton, Kanada: The Pallium Project. [www.pallium.ca/infoware/PeoLC\\_EducBiblio2006.pdf](http://www.pallium.ca/infoware/PeoLC_EducBiblio2006.pdf). 12.6.2013.
- Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Murtonen, I. 2011. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit. Suomen palliatiivisen hoitotyön yhdistys Ry. <http://www.sphy.fi/@Bin/130228/Kriteerit.pdf>. 19.6.2013.
- Atula, S. 2013. Spastisuus. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 23.2.2014.
- Belchamber, C., Gousy, M. & Ellishill, C. 2013. Fostering hope through palliative rehabilitation. *European Journal of Palliative Care* 20(3). Hayward Medical Communications. [http://eprints.bournemouth.ac.uk/20849/1/EJPC\\_Belchamber\\_palliative\\_rehabilitation.pdf](http://eprints.bournemouth.ac.uk/20849/1/EJPC_Belchamber_palliative_rehabilitation.pdf). 20.6.2013.
- Borda, A., Charnay-Sonnek, F., Fonteyne, V. & Papaioannou, E. Guidelines on Pain Management & Palliative Care. 2013. European Association of Urology. [www.uroweb.org/gls/pdf/24\\_Pain\\_Management\\_LR.pdf](http://www.uroweb.org/gls/pdf/24_Pain_Management_LR.pdf). 1.2.2014.
- Frymark, U., Hallgren, L. & Reisberg, A-C. 2009. Physiotherapy in palliative care – a clinical handbook. Tukholma: Palliative Centre, StockholmsSjukhem. <http://www.stockholmssjukhem.se/Documents/SPN/Physiotherapy%20in%20palliative%20care%20-%20a%20clinical%20handbook.pdf>. 23.2.2014.

Janes, R. 2013. Palliatiivinen hoito. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18.2.2014.

Kassinen, J. 2013. Amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS). Sairaanhoidajan käsikirja -tietokanta. Helsinki: KustannusOyDuodecim. 18.2.2014.

Kumar, S.P. & Anand, J. 2010. Physical Therapy in Palliative Care: From Symptom Control to Quality of Life: A Critical Review. *Indian Journal of Palliative Care* 16(3), 138–146.

Kokkinen, J. 2012. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja -tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18.2.2014.

Kopponen, M. 2014. Fysioterapia moniammatillisessa palliatiivisessa työryhmässä – kirjallisuuskatsaus. Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-01405117101>.

Kuntaliitto. 2007. Fysioterapianimikkeistö. Suomen Kuntaliitto & Suomen fysioterapeutit ry & FYSI ry. [http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot/luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6\\_2007.pdf](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot/luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6_2007.pdf). 3.3.2014.

Käypä hoito -suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Ammattilaisen tietokanta. 17.2.2014.

Laakso, E.L. 2006. The role of physiotherapy in palliative care. *Australian Family Physician* 35 (10), 781.

National Institute for Clinical Excellence. 2004. Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Lontoo, Englanti. <http://guidance.nice.org.uk/CSGSP/Guidance/pdf/English>. 8.8.2013.

PALETTI. 2013. Tiedote syksy 2013. PALETTI - Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013 - 31.3.2015.

Santiago-Palma, J. & Payne, R. 2001. Palliative Care and Rehabilitation. *Cancer, Volume 92, Issue Supplement 4*, 1049–1052.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa – Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf). 12.8.2013.

Tilastokeskus. 2013. Väkiluku sukupuolen mukaan alueittain sekä väestömäärän muutos 31.12.2012. Helsinki: Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. 28.2.2014.

Watson, M., Lucas, C. & Hoy, A. 2009. Oxford Handbooks : Oxford Handbook of Palliative Care (2nd Edition). Oxford, Englanti: Oxford University Press.

World Health Organization (WHO). Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. 21.3.2013.

Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance. 2012. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. Version 5.1. [www.yacpalliativecare.co.uk/documents/download126.pdf](http://www.yacpalliativecare.co.uk/documents/download126.pdf).



## FYSIOTERAPIAN MAHDOLLISUUDET

Tarja Pesonen-Sivonen, päätoiminen tuntiopettaja,  
Karelia-ammattikorkeakoulu

Fysioterapiassa käytettävillä menetelmillä voidaan lisätä, ylläpitää toimintakykyä tai hidastaa sen heikkenemistä. Toimintakyky liittyy elämänhallintaan, joka tarkoittaa että pystyy tekemään itselle tärkeitä arjen toimintoja. Arjessa on tärkeää saada kannustusta jäljellä olevien voimavarojen käyttämiseksi. Avoin ja kannustava ympäristö luo toivon tunnetta, muistammehan että pyrimme yhdessä miettimään ratkaisuja. Näin elämänlaatu voi parantua niin, että elämä on miellyttävää ja antoisaa sekä tapahtuu mahdollisimman itsenäisesti. Aktiivisuuden merkitys on jokaiselle ihmiselle erittäin merkityksellinen. Fysioterapian menetelmillä pyritään muun muassa aktivoimaan toimintaa, lievittämään kipuja, lisäämään lihasvoimaa, harjaannuttamaan tasapainoa. Menetelmillä tavoitellaan mahdollisimman hyvää kokemusta arjessa selviytymisestä. (Hautamäki & Seppälä 1998; Kopponen 2013.) Fysioterapian avulla asiakkaat oppivat hallitsemaan oireitaan arjessa ja mahdollistavat näin erilaisten uusien ajatusten ja toimintojen sisällyttämisen elämäänsä. Näin elämän arjessa voi löytyä uusia asioita jotka mahdollistavat elämän arvotuksen ja merkitysten muutoksen.

### MONINAiset MAHDOLLISUUDET

Liikkeen väheneminen, liikkumattomuus ja pitkään kestävä vuodelepo aiheuttavat erilaisia ongelmia. Heikkous ja liikkumattomuus voivat johtaa huonoon ryhtiin tai asennon -hallintaan. Tämä aiheuttaa pehmytosakudoksille ja nivelille ylimääräistä rasitusta, joka aiheuttaa ylimääräistä kipua. Ongelmia tuovat myös lihasvoiman ja -kestävyyden heikentyminen, nivelsiteiden ja jänteiden joustavuuden vähentyminen, luiden haurastumisen, keuhkojen tuuletuksen heikentyminen, liman poistuminen keuhkoista huononee ja kapillaarihiussuonten paine kasvaa aiheuttaen turvotusta. (Kopponen, M. 2013.) Näin ollen on tärkeää huomioida toi-

” ” Aktiivisuuden merkitys on jokaiselle ihmiselle erittäin merkityksellinen. Fysioterapian menetelmillä pyritään muun muassa aktivoimaan toimintaa, lievittämään kipuja, lisäämään lihasvoimaa, harjaannuttamaan tasapainoa.





ja haitallisilta seurauksilta välttyään. Näin myöskään nukujan uni voi jatkua keskeytyksettä. (Toikka 2012.)

Liikehoidossa avustettuja tai passiivisia liikkeitä käytetään, kun vuoteessa olija ei enää pysty itse suorittamaan liikettä täysimääräisesti tai osallistumaan sen suorittamiseen. Tilanteessa tulisi kuitenkin pyrkiä kertomaan toiminnasta ja hitaasti edeten saamaan jumpattava ajatuksen tasolla mukaan liikkeeseen. Liikkeillä annetaan kokemuksia kehon osien liikkeistä ja omasta kehosta, parannetaan potilaan keuhkojen tuulettumista, kudosten verenkiertoa ja hapensaantia sekä ehkäistään painehaavaumien syntymistä. Liikkeen aikana suurimpia niveliä tulee tukea laajalla otteella liikkeen aikana. Niveliä ojennetaan ja koukistetaan niin paljon kuin ne liikkuvat. Liikehoito tulee tehdä hitaasti kivutta ja liikkeen rytmin tulee olla rauhallinen. Passiivisella liikkeellä ylläpidetään myös nivelten liikkuvuusia mahdollistaen perushoidon kivuttomuuden, koska raajoja pitää liikuttaa esimerkiksi pesujen yhteydessä tai vaippojen vaihdossa. (Heimonen 2014; Toikka, 2012.)

Luonnon merkitys kuntoutumisessa on suuri. Luonto on hyvinvointia ja terveyttä edistävä tekijä. Luonnossa liikkuminen antaa hyviä mahdollisuuksia koko kehon hyvinvointiin fyysisen kunnon ylläpidon lisäksi. Luonnossa tavoitteet saavutetaan helpommin ja huomaamattomasti. Hyviä luonnon aiheuttamia huomaamattomia vaikutuksia fysioterapian harjoittelun vaikutuksia ovat esimerkiksi tasapainon kehittyminen kävellessä metsäpolkua. Sisällä liikkuesssa keskushermosto ei saa samanlaisia erityisiä ärsykeitä kuin ulkona liikuttaessa ja onkin todettu, että liikkumiskyky säilyy paremmin, kun ulkona liikutaan säännöllisesti. (Juvonen & Ratilainen 2014.)

Ulkoilma ja luonnon monimuotoisuus vaikuttavat myös myönteisesti ruokahaluun ja unenlaatuun. Luonnossa liikkuminen virkistää. Vuodenaikojen muutokset luonnossa lisäävät mielenkiintoa seurata luonnonkulkua ja lisää näin tilannetietoutta vuodenajasta ja jopa päivistä. Luonnon tuoksut aktivoivat aisteja ja saavat aikaan muistoja. Piha-alueen ympäristössä oleva puutarha voi houkuttaa liikkumaan hoitamalla kasveja. Kuntoliikuntaa tulee esimerkiksi kerätessä omena- ja marjasatoa, haravoidessa syksyn lehtiä ja vihannestarhassa askarrellessa. Ulkoilulla on siis suuri merkitys hyvinvoinnille. (Juvonen & Ratilainen 2014.)

Vihreys ja vehreys kannustavat osallistumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Luonnossa oleskelu rentouttaa ja vähentää stressiä. Lisäksi se alentaa myös sykettä ja lihaskäynnityksiä. On todettu että, kohonnut verenpaine laskee jo 20 minuutin luonnossa olon jälkeen. Myös stressihormonin kortisolimäärä veressä vähenee, ja vastustuskyky lisäävien valkosolujen määrä kasvaa. Luonnossa olon positiiviset maksimivaikutukset tavoitetaan noin kahdessa tunnissa, ja ne kestävät useiden päivien ajan. (Juvonen & Ratilainen 2014.)

#### LÄHTEET

Juvonen, K. & Ratilainen, S. 2014. SUVIKULMA - Lähiliikuntapuisto ikäihmisille Joensuun Niinivaaralle. Fysioterapian koulutusohjelma. Karelia ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014091313945> 28.9.2014.

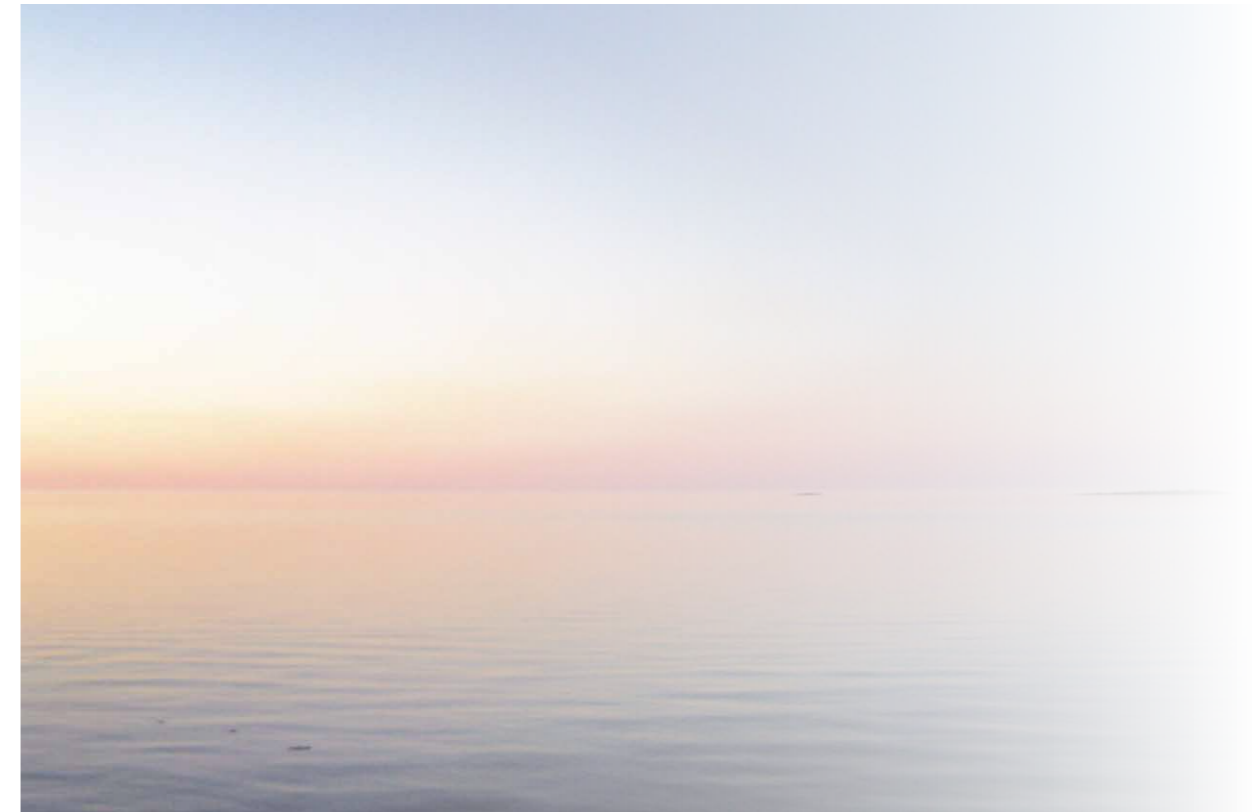
Hautamäki, L. & Seppälä, E. 1998. Toimintakyvyn käsite fysioterapiassa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8308/719.pdf?sequence=1> . 28.9.2014

Heimonen, H. 2014. Kivun määrittäminen, asento- ja passiiviset liikehoidot palliatiivisessa ja saattohoidossa. Opas omaisille. Fysioterapian koulutusohjelma. Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014062313194> . 28.9.2014

Kopponen, M. 2013. Fysioterapia moniammatillisessa palliatiivisessa työryhmässä. Kirjallisuuskatsaus. Fysioterapian koulutusohjelma. Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405117101> . 28.9.2014.

Toikka, M. 2012. Vanhus vuodepotilaana - kinestetiikasta apua elämän-laadun ylläpitämiseen. Kinestetiikka. Suomen kinestetiikkayhdistys.ry. Jäsenlehti 2/2012. [kinestetiikka.fi/vanha/page57.php](http://kinestetiikka.fi/vanha/page57.php) . 28.9.2014.

Toikka, M. 2012. Liikkumista ja toimintoja tukeva. Kinestetiikka. Suomen kinestetiikkayhdistys.ry. Jäsenlehti 1/2012. [kinestetiikka.fi/vanha/page47.php](http://kinestetiikka.fi/vanha/page47.php) . 28.9.2014





## ENSIHOITO OSANA SAATTOHOITO- POTILAAN HOITOKETJUA – MUUTOS ON MAHDOLLINEN

Kari Törrönen, ensihoidon kenttäjohtaja, Pohjois-Karjalan pelastuslaitos

### TAUSTA

Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatua ja saatavuutta on pyritty parantamaan viime vuosina ja hyvänä esimerkkinä onnistuneesta uudistuksesta on ensihoito. Nykyisin ensihoidon järjestämisvastuu on terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymillä. Kuntien omia ambulansseja ei siis enää ole.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK) on päättänyt toteuttaa alueensa ensihoitopalvelun kaikilta osin yhteistyössä Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen kanssa. Kenttäjohtajajärjestelmä on luotu varmistamaan, että potilaat tavoitetaan mahdollisimman nopeasti ja alueellisia ambulanssityhjiöitä tulee mahdollisimman vähän. Kenttäjohtajat toimivat yhdessä hätäkeskuksen kanssa tilannetta koko ajan arvioiden ja kenttää seuraten.

Uudistus käynnistyi siksi, että ensihoidon taso vaihteli kunnittain ensihoitajien koulutustason ja ambulanssien lähtövalmiuden suhteen. Nyt Pohjois-Karjalassa on vain yksi palveluntuottaja, mikä omalta osaltaan takaa tasalaatuisuuden ensihoitopalvelussa.

### ENSIHOITOPALVELU PYSTYY VASTAAMAAN SAATTOHOIDON TARPEESEEN

Nykyisen palvelurakenteen perusta on uudessa terveydenhuoltolaissa ja koulutusvaatimukset määräytyvät sen pohjalta: hoitotason ambulanssissa vaaditaan ensihoitaja amk / sairaanhoitaja-amk-tutkinto. Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksella työskentelee tällä hetkellä noin 80 hoitotason ensihoitajaa. Tämän ansiosta se pystyy vastaamaan kuntien saattohoitopotilaiden hoidon tarpeeseen tasapuolisesti.

” Tutut ambulanssipojat tulivat, saivat selville, ettei ollut vakavaa ja antoivat happea. Mie sain jäädä kotiin. Eihän tämän parempaa olekaan sairaalle ihmiselle.”



## KUOLEVAN POTILAAN ENSIHOIDON PROTOKOLLA

Kuntien kotisairaanhoidon vastaa laitoshoidon ulkopuolella olevien potilaiden saattohoidosta. Joensuun kantakaupungin alueella toimii kotihoitopotilaiden hoidossa tehostettu kotisairaanhoidon ympäri vuorokauden. Tämä vaikuttaa siten, että ensihoidon tarve kotisaattohoitopotilaiden kohdalla on vähäisempi. Muissa kunnissa tai muilla alueilla kotisairaanhoidon palvelut loppuvat klo noin 16 tai klo 21. Ensihoidon rooli korostuu luonnollisesti näillä paikkakunnilla ympärivuorokautisen palvelun puuttuessa. Monilla paikkakunnilla ensihoito on ainoa terveydenhuollon yksikkö, mikä on tavoitettavissa 24/7. Ensihoidon rooli on myös olla kotisairaanhoidon tukena esimerkiksi virka-ajan ulkopuolella tai ruuhka-aikana.

Ensihoidossa ollaan nyt tekemässä ohjeita kuolevan potilaan hoitoon (kuolevan potilaan oireenmukaisen hoidon protokolla). Protokollan sisältö poikkeaa totutusta ensihoidajan roolista, koska ensihoitaja on koulutettu pelastamaan ja pitämään ihminen hengissä kaikissa olosuhteissa. Toisaalta, jos potilaalle on tehty saattohoitopäätös, hätätilapotilaan hoitoprotolla ei olekaan käyttökelpoinen, koska hoidon tavoitteet ovat muuttuneet henkeä pelastavasta oireenmukaisen hoidon toteuttamiseen ja tukemiseen. Ensihoitajan pitää tässä tilanteessa olla läsnä ja empaattinen, helpottaa potilaan vointia ja kuunnella mahdollisesti paikalla olevan läheisen hätää. Siirtokuljetuksen osalta saattohoitopotilas on aina erityisasemassa: jos saattohoitopotilas tarvitsee kuljetusta vuodeosastolle, hänet kuljetetaan aina ambulanssilla potilaan tilanteesta riippumatta.

Uusi tilanne vaatii siis uuden protokollan ja koulutuksen siihen. Asennemuutos on välttämätön – ensihoidajan työ on edelleen tärkeää ja tarpeellista, vaikkakin uudesta ja erilaisesta näkökulmasta. Ohjeistuksen on oltava riittävän selkeä, koska lopullinen arvio potilaan tilasta ja hoitotoimenpiteistä jää tilannekohtaisesti ensihoitajalle. Tarvittaessa ensihoitaja konsultoi päivystävää lääkärinä.

## TIEDONKULKU JA ENSIHOIDON ROOLI

Hyvä tiedonkulku on oleellista ensihoidolle. Ensihoidon on tiedettävä oman alueensa saattohoitopotilaat ja potilaille tehdyt hoitopäätökset tulee olla selkeästi kirjattuna sekä helposti löydettävissä sieltä, missä potilas kulloinkin on. Jokaisella saattohoitopotilaalla pitää olla niin sanottu ”lupa-paikka” kunnan terveyskeskuksessa, jonne potilas voidaan tarvittaessa kuljettaa ilman käyntiä päivystysvastaanotolla

vuorokauden ajasta riippumatta. Äkilliset ja yllättäen tapahtuvat tilanteet, joihin ei ole osattu ennalta varautua, tuovat lisäksi omat haasteensa (potilas voi olla kyläilemässä, ulkoilemassa tai muuta sellaista, jolloin saattohoitopäätös ei välttämättä ole mukana).

Kohteessa (potilaan luona) ensihoitaja tekee välittömän tilannearvion ja pyrkii ratkaisemaan ongelman sekä tekemään mahdolliset hoitotoimenpiteet paikanpäällä. Tarvittaessa ensihoitaja konsultoi päivystävää lääkärinä ja informoi hoitavaa tahoa hoitotoimenpiteistä. Saattohoitopotilaalla voi olla kotona ollessaan esimerkiksi seuraavanlaisia ongelmia: kipu, hengenahdistus, limaisuus, pahoinvointi, ummetus, ripuli, virtsaumpi, verenvuodot, kouristelu, hoitovälineisiin liittyvät ongelmat, yleistilan lasku, omaisten epävarmuus ja uupumus.

## MUUTOKSEN ARVOPOHJA

Moni saattohoitopotilas haluaa olla kotona ja kuolla kotiinsa. Kuolevan potilaan oireenmukaisen hoidon protokollan avulla ensihoito pystyy osaltaan tukemaan potilaan omaa tahtoa ja mahdollistamaan arvokkaan ja ihmisarvoisen kuoleman. Tähän tarvitaan kuitenkin koulutusta ja jatkuvaa työnohjausta.

Uusi käytäntö tukee myös saattohoitopotilaan läheisiä olemaan läsnä ja mukana saattohoitoprosessissa. Heitä helpottaa monesti jo pelkkä tieto siitä, että he saavat oman paikkakunnan ambulanssin numeron tietoonsa ja että siihen voi soittaa silloin kun kotisairaanhoidon ei ole tavoitettavissa. Tämä mahdollistaa myös omaisen kannalta saattohoitopotilaan hyvän kuoleman.



PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON  
OSAAMISEN VAHVISTAMISEN  
TOIMINTAMALLEJA



# SAATTOHOITOHANKKEEN KAUTTA YHTEISEN OPINTO- KOKONAISUUDEN LUOMISEEN

Riitta Muhonen, lehtori, Karelia-ammattikorkeakoulu  
Riitta Piitulainen, opettaja, Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä, aikuisopisto  
Mari Savolainen, opettaja, Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä, aikuisopisto

Alkusysäys yhteisen opintokokonaisuuden luomiselle antoi hanketoimijoiden kanssa päätetyt PALETTI-hankkeen tavoitteisiin liittyvät toimenpiteet ja toteuttamissuunnitelma. Esille nousi tavoite yhteisen perusopintojaksokokonaisuuden rakentamisesta palliatiiviseen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämiseksi PKKY:n lähihoitaja- ja Karelia-amk:n sairaanhoitajaopiskelijoiden opetussuunnitelmiin (nuoret/aikuiset/monimuoto-opinnot).

Tavoitteiden asettelun jälkeen lähdimme selvittämään nykyisiä koulutusmalleja PKKY:n ja Karelia-amk:n kesken kartoittaen samalla opiskeltavan kokonaisuuden tarvetta organisaatioidemme opetussuunnitelmissa. Huomasimme, että molempien koulutusorganisaatioiden toteutussuunnitelmien sisällöissä oli vähänlaisesti palliatiivisen ja saattohoidon tietoa ja vielä vähemmän opiskelijan harjoitustunteja kokonaisuuteen liittyen. Tarkastelimme samalla opiskelijoiden havaintoja ja näkemyksiä tulevaa suunnittelutyötämme varten. Totesimme (Karelia-amk:n osalta), että opiskelijat kokivat tiedon olevan osittain pirstaleista. Hankkeen myötä tarjoutui oiva tilaisuus korjata pirstaleisuus eheäksi kokonaisuudeksi.

Tästä innostuneina päätettiin tuottaa koulutusorganisaatioiden kesken yhteinen opintojakso: opintojakson tavoitteet, sisällöt, aikataulutus ja materiaalit. Saattohoidon onnistumiseksi on perushoidollisten valmiuksien oltava kunnossa. Ei voi opiskella eriteltynä vain saattohoitoa, vaan hoitamisen perusteita tulee tarkastella osana hyvää saattohoitoa. Näin yhteinen kehittäminen ei jäänyt pelkästään saattohoitomateriaalin työstämiseen, vaan päädyimme uudistamaan koko Hoitotyön toiminnot opintokokonaisuuden. Tämä opintojakso toteutetaan sekä lähihoitajien että sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien koulutuksissa ensimmäisen opiskeluvuoden aikana riippumatta suuntautumisvaihtoehdoista tai osaamisalois-

ta. Opintojaksolla opitaan hoitamisen lähtökohtia ja perushoitoa, lähtien vuorovaikutustaidoista, aseptiikasta, voinnin tarkkailusta, ihmisen auttamiseen, auttamisen välineisiin ja saattohoitoon.

Opintokokonaisuuden toteuttamisen tueksi päätimme luoda yhteisen verkko-oppimisympäristön Moodleen, joka toimii oppimisympäristönä ja materiaalipankkina opiskelijoille ja opettajille. Moodle-pohja luotiin yhteisesti suunnittelemamme toteutussuunnitelman pohjalta jakaen vastualueet tiimimme jäsenten erityisosaamisten mukaisesti. Moodleen linkitettiin myös Second Life -ympäristö, jossa opiskelijat luovat oman avatar-hahmon ja voivat itsenäisesti harjoitella saattohoitoon liittyviä sisältöjä. Second Life -ympäristöön luotiin myös oppimistehtävä hengellisyydestä, jonka avulla opiskelijan on mahdollista syventää aiheen näkökulmaa oppituntien sisältöjen lisäksi.

Luomamme verkko-oppimisympäristö toimii myös opettajien työvälineenä ja antaa valmiin paketin kullekin opettajalle, miten kyseistä opintojaksoa voi lähteä opettamaan. Saattohoidon osuus nousee esille omana, selkeänä kokonaisuutenaan, teemana, ja on näin vahvistamassa sitä perustaa, jolle opiskelija rakentaa osaamistaan opetussuunnitelman eri vaiheissa.

Opintojaksoon liittyy läheisesti harjoitustunnit, joissa opiskelijat saavat harjoitella opintojaksolla käsiteltäviä auttamisen menetelmiä, toimintoja ja kädentaitoja turvallisessa ympäristössä opettajien ohjaamina. Toteutussuunnitelmat luotiin sellaisiksi, että harjoitustunnit sijoittuvat sujuvasti teoriaopetuksen kanssa aihekokonaisuuksittain yhteen. Toteutussuunnitelman näkyviksi saattaminen oli tärkeää myös lukujärjestytyön yhteydessä. Teoriatuntien sijoittuminen harjoitustunteihin nähden ajallisesti oikealla tavalla tuottaa opettajalle ja opiskelijalle turvallisen ja luonnollisen oppimispolun.



Paletti-hankkeen avulla olemme saamassa myös saattohoitotyön kokonaisuuteen opiskelijayhteistyössä (opinnoissaan jo edenneiltä opiskelijoilta) tuotettua materiaalia opettajan opetuskäyttöön. Materiaalin tarkoituksena on tuoda opetettavaan aiheeseen uusia opetusmenetelmiä ja opiskelijanäkökulmaa. Asiakokonaisuutta opettava opettajahan saattaa usein pohtia: ”millä uudella menetelmällä nyt opettaisin tämän asiakokonaisuuden”.

Koulutusorganisaatioiden välisessä yhteistyössä selkeäksi omaksi kehitysalueeksi nousi siis myös opetusmenetelmien laajempi hyödyntäminen. Yhdeksi kehittämisalueeksi otimme simulaatioharjoitukset. Simulaatiolla tarkoitetaan opetus- ja oppimismenetelmää, jossa luodaan mahdollisimman oikeaa tilannetta vastaava ympäristö, tilanne, laitteet ja psykologinen todellisuus (Miller ym. 2008). Simulaatioilla on tutkimuksissa todettu olevan selkeää vaikutusta hoitohenkilökunnan tietoihin ja taitoihin (Falcone ym. 2008) ja erityisesti tiiminä toimimisen on todettu parantuneen simulaatioharjoitusten myötä (DeVita ym. 2005, Wisborg ym. 2006, Wallin ym. 2007, Bergman ym. 2008, Falcone ym. 2008, Miller ym. 2008). Erityisen hyödylliseksi simulaatiot oli koettu vaikeiden ja harvoin tapahtuvien tilanteiden harjoitteluun, koska tapahtuvista virheistä huolimatta potilaille ei aiheudu vahinkoa (Reeves 2008). Tutkimustietoa löytyy esimerkiksi synnytyksen aikaisten ja vastasyntyneen hätätilanteiden harjoittelusta (Miller ym. 2008, Henrichs ym. 2009), triagen tekemisestä (Wolf 2008), elvytysryhmän orientoimisesta uuden sairaalan tiloihin järjestämällä simuloituja elvytystilanteita sairaalan eri osastoilla (Villamaria ym. 2008) sekä kriisien hallinnasta, etiikan kysymysten harjoittelusta ja hoitovirheiden havaitsemisesta (McFetrich 2006). Tämän tiedon valossa simulaatiot nähtiin hyvänä menetelmänä myös saattohoidon harjoitteluun.

Loimme valmiin paketin saattohoitosimulaatioista, joita harjoitteleminen yhdessä sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijoiden kanssa. Pilotiryhmät toteutimme joulukuussa 2014 Karelia-amk:n simulaatio-oppimisympäristössä Simulassa. Tarkoituksena on, että kussakin pienryhmässä on sekä sairaanhoitaja- että lähihoitajaopiskelijoita toteuttamassa simulaatioharjoituksia moniammatillisesti. Myös opettajia on molemmista organisaatioista, joten saamme menetelmän ja simulaatiopedagogiikan jalkautettua laajempaan käyttöön.

Pilotoinnin jälkeen on tavoitteena, että toiminta vakiintuisi myös muiden opetettavien ryhmien käyttöön.

Karelia-amk:ssa kaikkien aloittavien sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaryhmien kanssa toteutamme opintojakson ja simulaatiot täysimääräisinä jo kuluva lukukauden aikana. Karelia-amk:ssa vuonna 2013-2014 suunniteltuihin uusiin sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien opetussuunnitelmiin (Karelia-ammattikorkeakoulu 2014) on jo integroitu hankkeessamme suunniteltu yhteinen opintojakso toteutuksineen. Kaikki opintojaksoa opettavat opettajat käyttävät hankkeessa luotua verkkopohjaa toteutuksissaan. Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymässä on käytössä vuoden 2010 valtakunnallinen toteutussuunnitelma (Pohjois-Karjalan Koulutuskuntayhtymä 2010), mutta sen uudistamiseksi on perustettu työryhmä ja ammatillisten perustutkintojen tutkinnon perusteet uudistuvat kokonaisuudessaan 1.8.2015 alkaen. Uudessa toteutussuunnitelmassa saattohoito tulee näkymään vahvemmin ja hankkeemme tuotokset tulevat palvelemaan tätä uudistusta. Toteuttamamme opintojakson pilotoinnin jälkeen keräämme kokemuksia molemmista organisaatioista, jonka myötä voimme kehittää opintojaksoa ja opetusmenetelmiä myös jatkossa.

Yhteisen kurssipohjan luominen ja tähän liittyvät palaverit ovat tuoneet mukanaan paljon sellaista, mitä ei projektin alussa olisi osannut odottaakaan. Oppilaitosten erilaiset käytännöt ovat tulleet tutuksi ja olemme saaneet uusia hyödyllisiä ideoita oppituntien ja opiskelijan itsenäisen opiskelun toteutukseen. Olemme saaneet mahdollisuuden vertailla koulutustemme sisältöjä ja laajuuksia ja löytäneet paljon yhtymäkohtia, joissa yhteistyötä voidaan hyödyntää. Matkan varrella oma tietovarantomme on lisääntynyt ja päivittynyt. Paletti-hankkeessa tiimimme henki on ollut erinomainen ja aina tiimin kokouksista on voinut poistua voimaantuneena muun työn ääreen. Eräs tällainen voimaantumisen tuottaja oli Paletti-hankkeen benchmarking-matka Lontooseen 6.-10.4.2014, jossa tutustuttiin kolmeen saattohoitokotiin. Erittäin hyvin suunnitellun ja toteutetun matkan aikana huomasimme, että koulutusjärjestelmä poikkeaa maiden välillä huomattavasti. Siellä terveydenhuoltopalvelujen organisaatiot (esim. saattohoitokodit) tuottavat koulutusta itse, myös yhteistyössä yliopiston kanssa. Totesimme, että olemme täysin samaa mieltä siitä, että opetuksessa ja kliinisessä työssä tulisi nähdä potilas omana persoonana ja tukea häntä pienillä keinoilla loppuun asti moniammatillisen yhteistyön voimin. Matka tuotti meille osallistujille opetettavaan aihekokonaisuuteen paljon myös henkistä pääomaa, josta ammentaa sisältöä myös oppitunneille.

Syntynyttä yhteistyöverkostoa emme varmasti unohda, vaan hyödynämme jatkossakin tätä matalan kynnyksen kommunikaatiokanavaa, jossa olemme voineet vaihtaa kuulumisia, purkaa mieltämme ja tukea toisiamme. Näin olemme luoneet vahvan perustan saattohoitotyön osaamisen kehittymiselle.

#### LÄHTEET

- Bergman, S., Deckelbaum, D., Lett, R., Haas B, Demyttenaere, S., Munthali, N., Museru, L. & Razek, T. 2008. Assessing the impact of the trauma team training program in Tanzania. *The Journal of Trauma*, 65, 879–883.
- DeVita, MA., Schaefer, J., Lutz, J., Wang, H. & Dongilli, T. 2005. Improving medical emergency team (MET) performance using a novel curriculum and a computerized human patient simulator. *Quality & Safety in Health Care*, 14, 326–331.
- Henrichs, BM., Avidan, MS., Murray, DJ., Boulet, JR., Kras, J., Krause, B., Snider, R. & Evers, AS. 2009. Performance of certified registered nurse anesthetists and anesthesiologists in a simulation-based skills assessment. *Anesthesia & Analgesia*, 108, 255–262.
- Falcone, RA., Daugherty, M., Swever, L., Patterson, M., Brown, RL. & Garcia, VF. 2008. Multidisciplinary pediatric trauma team training using high-fidelity trauma simulation. *Journal of Pediatric Surgery*, 43, 1065–1071.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2014. Sairaanhoitajan opetussuunnitelma. Saatavissa: [https://soleops.karelia.fi/opslitteet/OPSRAK\\_2014/FI/Sairaanhoitaja.pdf](https://soleops.karelia.fi/opslitteet/OPSRAK_2014/FI/Sairaanhoitaja.pdf) 26.9.2014.
- McFetrich, J. 2006. A structured literature review on the use of high fidelity patient simulators for teaching in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 23, 509–511.

Miller, KK., Riley, W., Davis, S. & Hansen, HE. 2008. In Situ simulation – A method of experiential learning to promote safety and team behavior. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 22, 105–113.

Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä. 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, toteutussuunnitelma. Saatavissa: <http://www.pkky.fi/hakijalle/opiskelu/Documents/sosiaalijaterveysalanpt.pdf>

Reeves, K. 2008. Using simulated education for real learning. *Medsurg Nursing*, 17(4), 219–220.

Villamaria, FJ., Pliego, JF., Wehbe-Janeck, H., Coker, N., Rajab, MH., Sibbitt, S., Ogden PE., Musick, K., Browning, JL. & Hays-Grudo, J. 2008. Using simulation to orient code blue teams to a new hospital facility. *Simulation in Healthcare*, 3, 209–216.

Wallin, C., Meurlin, L., Hedman, L., Hedegård, J. & Felländer-Tsai, L. 2007. Target-focused medical emergency team training using a human patient simulator: effects on behavior and attitude. *Medical Education*, 41, 178–180.

Wisborg, T., Brattebø, G., Brattebø, J. & Brinchmann-Hansen, Å. 2006. Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Evaluation for Health*, 19, 85–95.

Wolf, L. 2008. The use of human patient simulation in ED triage training can improve nursing confidence and patient outcomes. *Journal of Emergency Nursing*, 34, 169–171.

# TÄYDENNYSKOULUTUSMALLILLA SUUNNITELMALLISUUTTA OSAAMISEN VAHVISTAMISEEN

Satu Hyytiäinen, päätoiminen tuntiopettaja,  
Karelia-ammattikorkeakoulu

Tiina Kauhanen, koulutuspäällikkö, Pohjois-Karjalan  
sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Heli Koponen, lehtori, Karelia-ammattikorkeakoulu

Henna Myller, koulutus- ja kehittämisspäällikkö,  
Karelia-ammattikorkeakoulu

Riitta Piitulainen, opettaja, Pohjois-Karjalan  
koulutuskuntayhtymä, aikuisopisto

Irja Väisänen, päätoiminen tuntiopettaja,  
Karelia-ammattikorkeakoulu

## JOHDANTO

Valtakunnallinen Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE, on kartoittanut säännöllisesti saattohoidon toteutumista ja kehittämistä Suomessa vuodesta 2001 alkaen. Tähän mennessä suoritetun kolmen kyselyn mukaan saattohoidon toteuttamisen ja kehittämisen suunnitelmallisuus on parantunut, mutta siitä huolimatta saattohoidon saatavuus ja laatu vaihtelevat. (ETENE 2012.) Näin on myös Pohjois-Karjalassa. ETENE:n kartoituksen lisäksi aiemmin toteutettujen hankkeiden (Palliativinen hoidon kehittäminen -hanke 2005–2008; Kotihoito24-hanke 2008–2011) perusteella tiedetään, että paikallinen palliativisen ja saattohoidon organisointi on puutteellista, joten potilaiden hoitopolut ovat epäyhtenäisiä ja heidän saamansa hoidon laatu vaihtelee. Saattohoitoon erikoistuneita hoitoyksiköitä ei ole sekä palliativisen ja saattohoidon vaatima osaaminen on vaihtelevaa. (Paletti-hankehakemus 2012.)

Paletti-hankkeen yksi päätavoitteista on palliativisen- ja saattohoito-osaamisen vahvistaminen. Siihen pyritään kehittämällä ja yhtenäistämällä palliativisen ja saattohoidon opintojaksojen rakenteita ja toimintamalleja paikallisessa terveysalan perus- ja täydennyskoulutuksessa. Täydennyskoulutuksen osalta hankkeessa on tarkoitus luoda vuorovai- kutteinen, monikanavainen ja prosessinomainen täydennys- koulutusmalli. (Paletti- hankehakemus 2012.) Mallin avulla toivotaan päästävän eri toimijoiden väliseen saumattomaan yhteistyöhön ja tarkoituksenmukaiseen työnjakoon.

Terveydenhuollon täydennyskoulutus on ammattia tu- kevaa, suunnitelmallista ja tarvelähtöistä (väestö ja henki- löstö/organisaatio) koulutusta. Tavoitteina ovat vaikuttavan ja laadukkaan hoidon varmistaminen väestölle, terveyden- huollon toimintaedellytysten turvaaminen ja työntekijän elinikäisen kasvun ja kehittämisen mahdollistaminen.

” Paletti-hankkeen yksi päätavoitteista on palliativisen- ja saattohoito-osaamisen vahvistaminen. Siihen pyritään kehittämällä ja yhtenäistämällä palliativisen ja saattohoidon opintojaksojen rakenteita ja toimintamalleja paikallisessa terveysalan perus- ja täydennyskoulutuksessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003) ja suo- situs täydennyskoulutuksen toteuttamisesta (STM 2004) painottavat erityisesti toteutetun koulutuksen seurantaa ja arviointia kokonaisvaltaisen kehittämisen välineinä. Seu- rantavastuu on organisaatioilla ja Kunnallisella työmarkki- nalaitoksella, joka kokoaa organisaatioiden seurantatiedot. (STM 2003, STM 2004).

Paletti-hankkeen tavoittelemalle osaamisen vahvistami- selle on selkeästi sekä väestön terveystarpeisiin että henki- löstö/organisaatioiden koulutustarpeisiin perustuva poh- ja (ETENE 2012, Paletti-hankehakemus 2012). Kehitettävän



täydennyskoulutusmallin lähtökohtana on Sosiaali- ja terveysministeriön suositus palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä kolmiportaisena. Palliatiivisen ja saattohoidon ensimmäistä tasoa edustavat kaikki terveydenhuollon yksiköt ja niissä annetaan perustason palliatiivista ja saattohoitoa. Toisella tasolla ovat alueelliset palliatiivisen ja saattohoidon yksiköt, jotka toteuttavat oman alueensa erityistason palliatiivista ja saattohoitoa sekä toimivat kyseisen alueen konsultoina yksikköinä. Kolmatta tasoa edustavat yliopistosairaaloiden palliatiivisen lääketieteen yksiköt ja saattohoitokodit. Näissä potilas saa tarvittaessa vaativan tason hoitoa. Lisäksi nämä yksiköt osallistuvat alan opetukseen ja tutkimukseen. (STM 2010a; STM 2010b; PKSSK 2014).

### SELVITYS PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON TÄYDENNYSKOULUTUKSESTA POHJOIS-KARJALASSA ENNEN HANKETTA

Palliatiivisen ja saattohoidon täydennyskoulutuksen nykytilaa selvitettiin kaikkien kolmen hankkeeseen osallistuvan organisaation täydennyskoulutuksesta vastaavilta henkilöiltä. Hankkeen toimijoista Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymällä (PKSSK) oli jo tuolloin oma osaamisen kehittämisen prosessi, johon sisältyvät vuosittaiset osaamistarvekartoitukset erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilöstölle. Osaamisen kehittämisen prosessin osana on ONNI-HR-järjestelmä, joka sisältää mm. alueellisen koulutuskalenterin. Koulutuskalenterin koulutustarjonta rakentuu osaamistarvekartoitusten pohjalta ja sisältää myös palliatiivisen ja saattohoidon teemoja. PKSSK koordinoi lisäksi kipusairaanhoitajien maakunnallista verkostoa ja siten myös kivun hoidon koulutusta, mikä on tärkeä osa palliatiivista ja saattohoitoa.

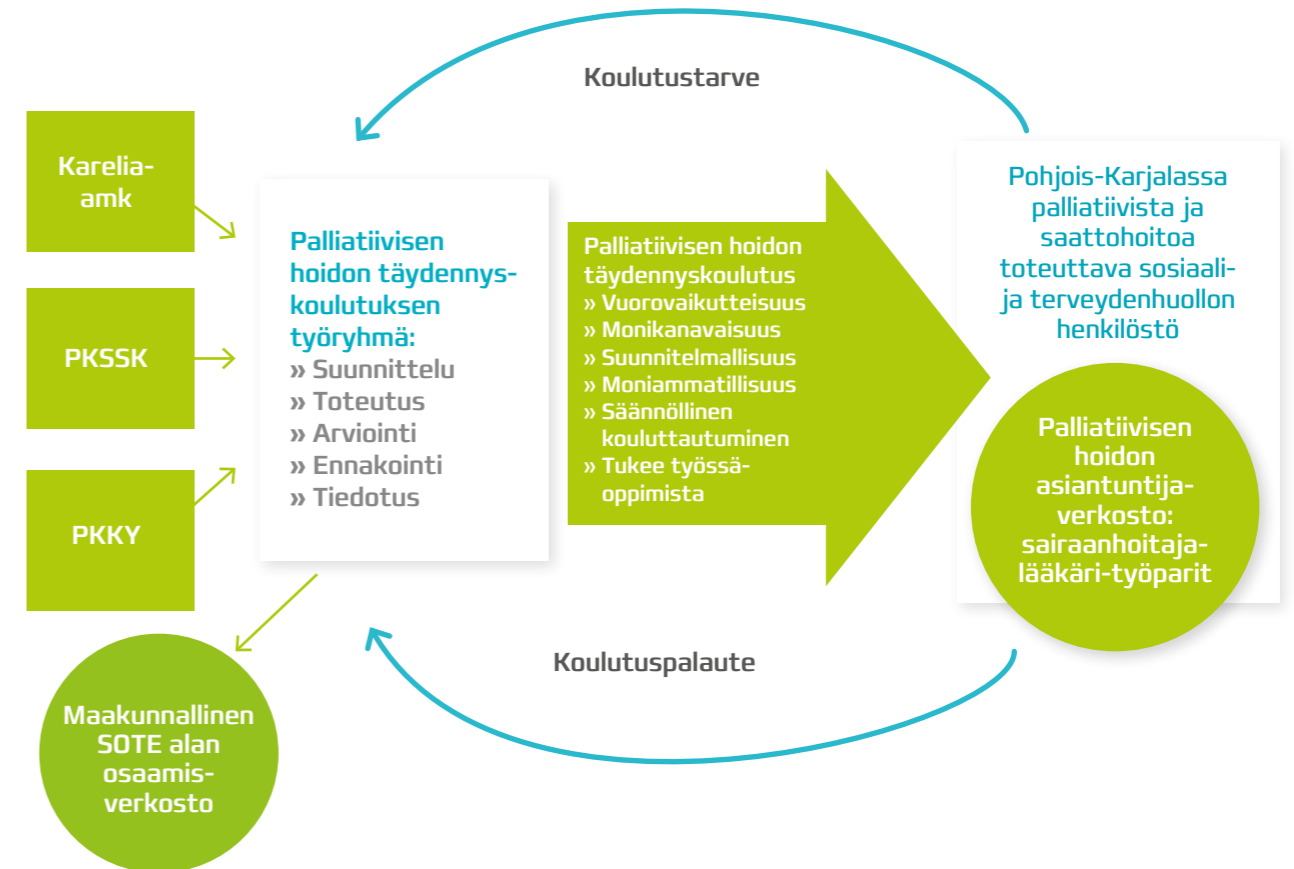
Karelia-ammattikorkeakoulussa oli puolestaan järjestetty muutamia kertoja erikoistumisopintoja (30 op) syöpäpotilaan hoidosta, palliatiivisesta hoidosta ja kivunhoidosta. Selvityksen aikoihin suunniteltiin yhteistyössä Turun ja Satakunnan ammattikorkeakoulujen kanssa palliatiivisen hoitotyön korkea-asteen oppisopimustyyppistä täydennyskoulutusta, joka alkoi tammikuussa 2014. Aikaisempina vuosina toteutettujen palliatiivisen hoitotyön kehittämishankkeiden yhteydessä on koulutettu maakunnan työntekijöitä palliatiivisen ja saattohoidon erityiskysymyksissä. Lisäksi Karelia-amk on tarjonnut henkilöstökoulutuksia eri organisaatioille. Vuodesta 2011 alkaen on Karelia-amk järjestänyt syksyisin pidettävää Itä-Suomen Palliatiivisen hoidon seminaaria.

Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymän aikuisopisto on tarjonnut henkilöstökoulutuksena neljän iltapäivän laajuista koulutuskokonaisuutta saattohoidosta. Lisäksi palliatiivista ja saattohoitoa on sisällytetty näyttötutkintoina suoritettaviin ammatti- ja erikoisammattitutkintoihin. Vanhustyön erikoisammattitutkinnossa käynnistyi syksyllä 2014 uutena tutkinnon osana Kuolevan ihmisen hoitaminen -tutkinnon osa, joka on mahdollista suorittaa erillisenä opintokokonaisuutena tai osana Vanhustyön erikoisammattitutkintoa.

### PALLIATIIVISEEN JA SAATTOHOITOON LIITTYVÄT OSAAMISTARPEET MAAKUNNAN TOIMIJOIDEN NÄKÖKULMASTA

Paletti-hankkeen alkuvaiheessa keväällä 2013 lähetettiin kaikkiin maakunnan terveyskeskuksiin ja yksityisiin hoivayrityksiin kysely, jolla kartoitettiin palliatiivisen ja saattohoidon toteutumista sekä palliatiiviseen ja saattohoitoon liittyviä koulutustarpeita. Lisäksi syksyllä 2013 pidetyssä koulutuspäivässä kerättiin osallistujilta tietoa heidän henkilökohtaisesta palliatiivisen ja saattohoidon täydennyskoulutustilanteesta ja -tarpeesta.

Vastauksissa toistui ETENE:n (2012) ja Karelia-amk:n (Paletti- hankehakemus 2012) aiempien hankkeiden tulos: palliatiivisen ja saattohoidon saatavuus ja laatu vaihtelivat suuresti ja osaamisen vahvistamiselle oli suuri tarve. Tarvitavaa koulutusta pohtiessaan kyselyyn vastanneet henkilöt kertoivat pitävänsä tärkeänä palliatiivisen ja saattohoidon opetuksen sisällyttämistä sekä peruskoulutukseen että täydennyskoulutukseen. Jälkimmäisen toivottiin toteutuvan niin alueellisella kuin työpaikkakohtaisella tasolla. Vastauksissa korostettiin koulutuksen säännöllisyyttä ja sen kykyä välittää uusi tieto nopeasti hoitotyön käytäntöön. Koko henkilökunnan, lääkärit mukaan lukien, katsottiin tarvitsevan koulutusta. Koulutusteemaksi toivottiin yleisesti palliatiivisen ja saattohoidon kokonaisuutta. Henkilöt, jotka erittelivät tarkemmin koulutustarpeitaan, halusivat koulutusta kivun hoidosta, potilaan ja hänen omaistensa kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta ja tukemisesta, erilaisten potilasryhmien saattohoidon erityispiirteistä, hoitotahdosta sekä ravitsemuksesta ja nesteytyksestä. Myös työntekijän oman jaksamisen vahvistamiseen toivottiin tukea.



Kuvio 1. Maakunnallinen palliatiivisen hoidon täydennyskoulutusmalli.

### PALLIATIIVISEN HOIDON TÄYDENNYSKOULUTUSMALLI

Palliatiivisen ja saattohoidon hanketta edeltävän tilanteen ja täydennyskoulutustarpeiden selvittämisen jälkeen käynnistettiin palliatiivisen hoidon täydennyskoulutusmallin luominen. Mallia alkoivat kehittää Paletti-hankkeen tiimi 2:sen jäsenet, joiksi valittiin hankkeen kolmen toteuttajaorganisaation täydennyskoulutuksesta vastaavat henkilöt. Tiimi kokoontui syksyn 2013 ja kevään 2014 aikana 1–2 kertaa kuukaudessa. Ideoita malliin saatiin myös pitämällä koko hankehenkilöstön innosessio. Lisäksi hankkeen sparrausryhmä on kommentoinut ja antanut ideoita mallin kehittämiseen.

Palliatiivisen täydennyskoulutusmallin (kuvio 1) keskeinen toimija ja koordinoija on palliatiivisen hoidon täydennyskoulutuksen työryhmä. Koordinoivan tahon nimeämisellä varmistetaan mallin toimivuus myös hankkeen päätyttyä. Työryhmän vastuuhenkilöinä toimivat PKSSK:n palliatiivista hoitoa koordinoiva sairaanhoitaja ja lääkäri, jotka ovat työryhmän koollekutsuja. Työryhmässä muina jäseninä ovat PKSSK:n koulutuspäällikkö sekä Karelia-amk:n ja PKKY:n nimeämät edustajat, kaksi kummastakin. Ryhmän tehtävänä on ennakoida, suunnitella, toteuttaa ja arvioida palliatiivisen hoidon täydennyskoulutusta. Se myös arvioi jatkuvasti luodun täydennyskoulutusmallin toimivuutta. Palliatiivisen hoidon täydennyskoulutuksen



työryhmä on osa maakunnallista Sosiaali- ja terveysalan osaamisverkostoa.

Palliatiivisen hoidon täydennyskoulutuksen työryhmä kokoontuu 2-3 kertaa vuodessa. Koordinoiva sairaanhoitaja kerää täydennyskoulutustarpeet maakunnasta joka toinen syksy lähettämällä kyselyn maakunnalliselle palliatiivisen hoidon asiantuntijaverkostolle. Lisäksi PKSSK:n koulutuspäällikkö välittää hänelle joka vuosi tehtävässä osaamistarvekartoituksessa esille tulleet palliatiivista hoitoa koskevat koulutustarpeet. Koordinoivan sairaanhoitajan laatiman yhteenvedon pohjalta työryhmä tekee vuosittaisen koulutussuunnitelman ja laatii koulutustiedotteen, joka julkaistaan PKSSK:n [www.sivujen](http://www.sivujen) Saattohoitoportaaliissa, Onni-koulutuskalenterissa ja lähetetään erikseen maakunnassa toimivalle asiantuntijaverkostolle. Työryhmän koordinoimista koulutuksista seurataan osallistujamääriä ja palautetta, joiden avulla työryhmä arvioi koulutustarpeen ja -tarjonnan yhteensopivuutta.

Palliatiiviseen täydennyskoulutusmalliin on otettu mukaan organisaatioissa aikaisemmin hyväksi todettuja palliatiivisen ja saattohoidon koulutuksia. Uuden täydennyskoulutusmallin myötä koulutusten sisältöä on tarkoitettu suunnitella yhdessä. Koulutuksia ovat muun muassa yhteistyönä toteutettavat teemaseminaarit, Karelia-amk:n ja PKKY:n yhdessä suunniteltava palliatiivisen hoidon verkkokurssi (5 op.), PKSSK:n koulutustarjonta sekä yksittäiset ja yksilöllisesti räätälöidyt koulutukset. Kaikissa koulutuksissa hyödynnetään tarvittaessa tietoteknisiä sovelluksia kuten videovälitteisiä luentoja. Opetus toteutetaan käyttämällä osallistavia ja kokemukselliseen oppimiseen pohjautuvia oppimismenetelmiä (Karelia-amk:n simulaatio-oppimisympäristö, PKKY:n saattohoitoympäristön mallinnus, tapausesimerkit ja työpajat). Koulutusten toteutuksessa tehdään yhteistyötä maakunnallisen palliatiivisen asiantuntijaverkoston kanssa ja hyödynnetään PKSSK:n Saattohoitoportaalien materiaalia.

Palliatiivisen hoidon täydennyskoulutusmallin keskeisenä tavoitteena on mahdollistaa hoitohenkilöstön suunnitelmallinen ja tarkoituksenmukainen kouluttautuminen. Koulutukset muodostavat kokonaisuuden, jossa erilliset koulutustuotteet täydentävät toisiaan ja siten edistävät asioiden syvällistä oppimista. Koulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan työssäoppiminen, mikä tu-

kee uuden tiedon jalkautumista työyhteisöihin. Suoritettu tutkinto ei yksistään takaa riittävää osaamisen kehittymistä ja jatkuvaa ammatillista kasvua. STM:n suositus kolmiportaisesta palliatiivisen ja saattohoidon järjestelmästä on huomioitu mallissa siten, että yhtenäisten peruskoulutusopintojaksojen turvassa ammattitaitoisen henkilökunnan kaikille terveydenhuollon tasoille (I taso) täydennyskoulutus takaa mahdollisuuden päivittää perustason osaamista ja tarjoaa koulutusta erityistason osaamista vaativille, II ja III tason palliatiivisen ja saattohoidon yksiköissä toimiville. (STM 2010a; STM 2010b.)

### POHDINTA

Paletti-hanke päättyi keväällä 2015 ja silloin palliatiivisen hoidon täydennyskoulutusmalli otetaan käyttöön. Hankkeen jalkautumista helpottaa se, että hankkeen loppuvaiheessa, syksyllä 2014 PKSSK on päättänyt perustaa sairaalaansa kansallisten suositusten mukaisesti palliatiivisen yksikön. Yksikön työntekijät (koordinoiva sairaanhoitaja ja lääkäri) tulevat olemaan myös palliatiivisen hoidon täydennyskoulutuksen työryhmän avainhenkilöitä. Uuden yksikön myötä palliatiivisen hoidon kehittäminen voi jatkua.

Täydennyskoulutusmalli on luotu Paletti-hankkeen pääorganisaatioiden (Karelia-amk, PKKY ja PKSSK) toimesta. Jo hankkeen aikana tehty yhteistyö on lisännyt tarkoituksenmukaista työnjakoa. Vastaavanlaista kahden koulutusorganisaation ja erikoissairaanhoidon yhteistä täydennyskoulutusmallia ei tietyksi vielä ole käytössä muualla Suomessa.

Kehitetyn täydennyskoulutusmallin vahvuus on tarvelähtöisyys ja järjestelmällinen seuranta. Suunnitelmallisesti kerätyt koulutustarve- ja koulutuspalautetiedot mahdollistavat palliatiivisen hoidon täydennyskoulutusryhmän jäseniä ennakoimaan koulutuksen suunnittelua. Ennakointi on tärkeä osa onnistunutta suunnittelutyötä (Sivonen & Pouru 2014). Se edellyttää työryhmän jäseniltä myös aktiivista verkostoitumista ja palliatiivisen hoidon kehittämisen seuraamista niin kansallisella kuin kansainvälisellä tasolla. Toteutetun täydennyskoulutuksen kokonaisvaltainen arviointi on olennainen osa kehittämisprosessia (STM 2003, STM 2004). Arviointi on palliatiivisen hoidon täydennyskoulutuksen työryhmän tulevaisuuden haaste. Esimerkiksi potilaiden ja väestön palaute olisi tärkeää saada osaksi arviointia.

### LÄHTEET

ETENE - Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus. ETENE julkaisu 36.

Paletti - Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa -hankkeen hankehakemus. 2012. Karelia ammattikorkeakoulu.

PKSSK. 2014. Saattohoitosuunnitelma Pohjois-Karjalan maakunnassa.

Sivonen S. & Puru L. 2014. Osaamisen ennakointi kuntapalveluissa. Kuntatyöntajat.

STM. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta 1194/2003.

STM. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3.

STM. 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6.

STM. 2010b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 – 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6.

## Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tulokset ja suositukset taulukoina, esimerkkinä fysioterapia

Taulukko 1. Selkäydinkompressiota koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta. (Käypä hoito -suositus 2012; Palliative Care Guidelines Plus 2008a Fraser Health 2006a; Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 40; Yorkshire Cancer Network and North East Yorkshire and Humber Clinical Alliance 2012, 34).

<b>SELKÄYDINKOMPRESSIO</b>		
<p><b>Yleistä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» levinneissä syöpäsairauksissa noin 5 % tapauksista ilmenee selkädin-kompressio</li> <li>» aiheuttajana metastaasi</li> <li>» lisävaurioiden välttäminen tärkeää</li> <li>» lääkärin arvio välttämätön</li> <li>» rinta-, keuhko-, eturauhas-, munuaissyöpä ja myelooma</li> <li>» rintanikama 70 %, lannenikama 20 %, kaulanikama 10 %</li> <li>» selkäkipu</li> <li>» kävelyn vaikeus, raajojen motorinen heikkous</li> <li>» tuntopuutokset</li> <li>» sfinkteritonuksen heikkous</li> <li>» virtsaamisen vaikeus</li> </ul>	<p><b>Yksilöllinen fysioterapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» liikkuvuuden ja kivun salliessa vuodelepo makuu-asennossa ei ole hdottomuus</li> <li>» maltillinen fysioterapia-suunnitelma (potilaalla heikentynyt suoritus- tai palautumiskyky)</li> <li>» kävely</li> <li>» terapeuttinen ryhmä-liikunta jos yleiskunto hyvä esim. taudin alkuvaiheessa</li> </ul>	<p><b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» suoritus- ja toimintakyvyn arviointi</li> <li>» kivun arviointi</li> </ul> <p><b>Apuvälinearvio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» potilaan toimintakykyä tukevien apuvälineiden valinta</li> <li>» tarvittaessa ortoosin valinta (esimerkiksi selän tukivyö)</li> </ul> <p><b>Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoitusohjelman laatiminen</li> <li>» potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul> <p><b>Fysioterapia-suunnitelma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoittelun vaikuttavuuden seuraminen (muutokset toimintakyvyssä ja kivussa)</li> <li>» harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita</li> </ul>

Taulukko 2. Maha-suolikanavan oireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta (Käypä hoito -suositus 2012; Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 10; Fraser Health 2006c; Janes 2013; Macleod ym. 2012, 18).

<b>PAHOINVOINTI, OKSENTAMINEN</b>		
<p><b>Yleistä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» parantumattomasti sairaista noin 30 % kärsii oksentamisesta</li> <li>» noin 60 % kärsii pahoinvoinnista</li> <li>» taustalla useita eri syitä, kuten infektio, kohonnut kallonsisäinen paine, maha-ärästyys tai maha-haavauma, ummetus, lääkkeet, solunsalpaaja- /sädehoito, askites, ahdistuneisuus, yskä ja limaisuus, vaikea kipu</li> </ul>	<p><b>Rentoutus-tekniikat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» hätäntymisen lievittäminen</li> </ul> <p><b>Akupunktio</b></p> <p><b>Akupisteterapia</b></p> <p><b>Sähköakupunktio</b></p> <p><b>Akupistehoito itsehoitona</b></p>	<p><b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b></p> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» rentoutumisharjoitteen ohjaaminen potilaalle</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul> <p><b>Fysikaalinen terapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» akupunktiotekniikat vaativat erikoiskoulutetun fysioterapeutin</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» akupistehoidon ohjaaminen potilaalle, omaisille, avustajalle tai hoitajille</li> </ul>
<b>UMMETUS</b>		
<p><b>Yleistä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harventunut ulostaminen, alle kolme kertaa viikossa</li> <li>» noin puolet palliatiivisessa hoidossa olevista kärsii ummetuksesta</li> <li>» opioidien ummetusta lisäävä vaikutus</li> <li>» lääkinällisesti hoidetaan laksatiiveilla</li> </ul>	<p><b>Liikunta, fyysinen aktiivisuus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» edistää suolen toimintaa</li> <li>» korkea intensiteetti ei välttämätön</li> </ul> <p><b>Lämpöpakkaus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» edistää suolen toimintaa</li> </ul> <p><b>Vatsan hierominen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» edistää suolen toimintaa</li> </ul>	<p><b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» suorituskyvyn arviointi</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoitusohjelman laatiminen</li> <li>» potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lämpöpakkauksen käytön neuvonta</li> <li>» potilas, omaiset, avustajat tai hoitajat toteuttavat hoidon</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» fysioterapeutti voi ohjata omaisille ja avustajille yksinkertaisen hierontamenetelmän</li> <li>» Fysioterapiasuunnitelma</li> <li>» harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen</li> <li>» harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita</li> <li>» lämpöhoidon ja vatsan hieromisen vaikuttavuuden seuraaminen</li> </ul>

Taulukko 3. Raajaturvotusta koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 105; Macleod ym. 2012, 44; Kokkinen 2012; Käypä hoito -suositus 2012; Palliative Care Guidelines Plus 2010c; Yorkshire Cancer Network and North East Yorkshire and Humber Clinical Alliance 2012, 39).

RAAJATURVOTUS (LYMFÖDEEMA)		
<b>Yleistä</b> » edennyttä syöpää sairastavilla » lymfavirtauksen estyminen tai hyperproteinemia, voi yhdistyä laskimoturvotukseen » lymfakierron estyessä diureettien teho vähäinen (Käypä hoito -suositus 2012.)	<b>Lymfahieronta</b> » lymfavirtauksen tehostaminen	<b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b> » suorituskyvyn arviointi » sopivan harjoitusmenetelmän valinta  <b>Manuaalinen terapia</b> » tehokas ja vaikuttava lymfahieronta vaatii erikoiskoulutetun fysioterapeutin » erityiskoulutuksen puuttuessa terapeutti voi vähäisessä määrin lievittää oireita yksinkertaisella manuaalisella kompressiolla.
	<b>Yksinkertainen lymfahieronta</b>	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> » lymfahierontaan kouluttautunut fysioterapeutti antaa tehokkainta ja vaikuttavinta ohjausta » potilaan ohjaaminen itsehoitona toteutettavaan hierontaan » hieronnan ohjaaminen omaisille ja avustajille » lievässä turvotuksessa potilaan ohjaaminen hierojalle
	<b>Kompressiohoidot (painepuristus-hoidot)</b> » kompressioasut » kompressiositeet » kompressioiteippaus	» Kompressioasut, siteet ja teippaus voivat kuulua hoitotarvikkeisiin, ja niiden käyttö voivat kuulua moniammatillisessa työryhmässä hoitohenkilökunnalle lääkärin ohjauksessa.
	<b>Kompressiohoidon yhdistäminen liikuntaan</b> » lisää kompressiohoidon tehokkuutta  <b>Liikunta</b> » lievittää lymfaturvotusta	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> » harjoitusohjelman laatiminen » potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen » omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen  <b>Fysioterapia-suunnitelma</b> » harjoittelun tai hoidon vaikuttavuuden seuraaminen » harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita
	<b>Lymfasidokset</b> » lievittävät lymfaturvotusta	<b>Muu fysioterapeuttinen menetelmä</b> » lymfasidoksiin perehtynyt terapeutti toteuttaa hoidon  <b>Ohjaus ja neuvonta</b> » lymfasidoksiin perehtynyt terapeutti ohjaa sidosten tekemisen hoitajille

Taulukko 4. Väsymysoireyhtymää koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 86 - 87; Fraser Health 2006d; Macleod ym. 2012, 49; NHS Lanarkshire 2009, 29; Palliative Care Guidelines Plus 2008b; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 10; Käypä hoito -suositus 2012).

VÄSYMYSOIREYHTYMÄ (FATIGUE)		
<b>» Väsymysoireyhtymä</b> » yleinen syöpäsairauksissa (60 - 90 %) » alihoidettu » erotettava muista väsymystä aiheuttavista tekijöistä (esim. anemia, metaboliset häiriöt, kilpirauhasen vajaatoiminta, infektio)  <b>Oireita:</b> » aktiivisuustason lasku » heikkous » väsyneisyys » uneliaisuus » motivaation puute » kyllästyneisyys » apatia » oireilu ei lievyt levolla » yhteys masennukseen tai ahdistuneisuuteen mahdollisesti suurempi kuin taustasairauteen » voi liittyä myös kipuun, ikävystyneisyyteen, unihäiriöihin ja lääkitykseen	<b>Liikunta</b> » erityisesti pitkäaikaisen liikkumattomuuden yhteydessä » hyödyllistä esimerkiksi sädehoidon aiheuttamaan väsymykseen » hidastaa luustolihasten kuihtumista anoreksian ja tautiin liittyvän kuihtumisen yhteydessä » suunniteltu, maltillinen liikunta hyödyllistä vielä kuoleman läheystyessä	<b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b> » suorituskyvyn arviointi » sopivan menetelmän valinta  <b>Ohjaus ja neuvonta</b> » harjoitusohjelman laatiminen » potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen » omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen  <b>Fysioterapia-suunnitelma</b> » harjoittelun tai hoidon vaikuttavuuden seuraaminen » harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita



Taulukko 5. Hengitystieoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

<b>HENGENAHDISTUS (DYSYPNEA)</b>		
(Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 11; Borda ym. 2013, 84; Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 22; Janes 2013; Jassal 2013, 20, 53; Kokkinen 2012; KNGF 2008, 9 - 11; Käypä hoito 2009; Macleod ym. 2012, 37; Palliative Care Guidelines Plus 2004b; 2004c.)		
<b>Yleistä</b> » yleinen ja erittäin häiritsevä oire  <b>Aiheuttajat:</b> » hengitystie-obstruktio » hengitystilavuuden pienentyminen » keuhkokudoksen ongelma » verenkierron ongelma » hengitysilhasten heikkous » psyykkiset tekijät » Elämän loppuvaiheessa lääkkeettömät menetelmät ovat vähemmän tehokkaita hengenahdistuksen hoidossa, mutta niitä voidaan käyttää lääkehoidon rinnalla.	<b>Hengitysharjoitteet</b> » hengityksen tehostaminen » Rentoutumisharjoitteet » ahdistuksen lievittäminen	<b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b> » fyysisen suorituskyvyn arviointi » Terapeuttinen harjoittelu » fyysisen suorituskyvyn harjoittaminen
	<b>Liikunta</b> » lihasvoima ja lihaskunto » aerobinen harjoittelu » apuvälineet	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> » puhallus- ja hengitystekniikan ohjaaminen » potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen » omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen
	<b>Vastapainehengitys</b> » vesipulloon puhallus » PEP -laite	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> » sopivan menetelmän valinta » harjoitusohjelman laatiminen » potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen » omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen
	<b>Adaptaatiotekniikat</b> » coping -strategiat » itsehoitomenetelmät » tavoitteena fyysisen suorituskyvyn sovittaminen rasiitusta vastaavaksi	<b>Fysikaalinen terapia</b> <b>Ohjaus ja neuvonta</b> » vibraatiokäsittelyitä ja sähköhoitoja käytetään Suomessa harvemmin hengenahdistuksen hoitoon (Lehto, Toikkanen & Saarto 2011). » sovelletun rummutus- tai värinätekniikan voi opastaa omaiselle, avustajalle tai hoitajalle  <b>Fysioterapia-suunnitelma</b> » vaikuttavuuden seuranta » harjoitteiden suoritustekniikan kontrollointi
<b>Vibraatiokäsittelyt</b> » limanpoistoon » taputtelu- ja täristelytekniikat  <b>Sähköhoidot</b> » NMES » EMS		

Taulukko 5. Hengitystieoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

<b>YSKÄ</b>			
(Janes 2013; Jassal 2013, 18, 53; Kokkinen 2012; Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 24; NHS Lanarkshire 2009, 19; Macleod ym. 2012, 39; Palliative Care Guidelines Plus 2004c.)			
<b>Yleistä</b> » keuhkohtaumatauti » keuhkosityöpä » keuhkofibroosi (Käypä hoito -suositus 2012). » Fysioterapiasta on hyötyä erityisesti infektion aiheuttaman yskän hoidossa liman ja yskösten poistamisessa.	<b>Aktiiviset hengitystekniikat</b> <b>Hengitysharjoitukset</b> <b>Rentoutumisharjoitukset</b> <b>Liikunta</b> <b>Asentotyhjennyshoito</b> <b>Cough assist -laite</b> <b>Apuvälineet</b>	<b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b> » suorituskyvyn arviointi » hengitystoimintojen arviointi » sovellettavan menetelmän valinta  <b>Ohjaus ja neuvonta</b> » hengitystekniikan ja tehokkaan yskimisen ohjaaminen » potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen » harjoitusohjelman laatiminen » omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen » laitteen käytön ohjaaminen  <b>Apuvälinearvio</b> » suorituskykyä tukevien apuvälineiden valinta	
	<b>KUOLONKORINA</b>		
	(Borda ym. 2013, 84 - 85; Wee & Hillier 2 - 5; Käypä hoito -suositus 2012.)		
	<b>Yleistä</b> » syynä voi olla hengitysteitä tukkiva lima » lääkehoidon vaikutuksesta ei selvää näyttöä	<b>Fysiologiset menetelmät</b> » asentohoito, limanpoisto (imu)	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> » menetelmät voivat olla aiemmin saman potilaan kohdalla yskän hoidossa käytettyjä » hoitajat, omaiset ja avustajat toteuttavat esimerkiksi asentohoitoa » fysioterapeutin konsultaatio lienee tarpeen vain poikkeustapauksissa

Taulukko 6. Kipuoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 6, 11; Voltz & Borasio 1997, 2; Käypä hoito -suositus 2012; Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance 2012, 6, 11; Borda ym. 2013, 14 - 15; Jassal 2013, 77, 79, 90; North of England Cancer Network 2012, 4, 12; PCGP 2010e; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41; NHS Lanarkshire 2009, 67; Vella-Brincat & Macleod 2012, 14).

KIPU		
<p><b>Yleistä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» esiintyy tunnetusti useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa</li> </ul> <p><b>Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» voi käyttää lääkehoidon tukena</li> <li>» voi käyttää erityisesti tapauksissa, joissa paras lääkehoito ei jostain syystä sovellu potilaalle, tai potilas kieltäytyy lääkähoidosta</li> <li>» yleensä vaikutuksiltaan lyhytkestoisia, mutta potilaista kokemuksesta miellyttäviä</li> <li>» voivat parantaa potilaan koettua elämänhallintaa ja lievittää psyykkisiä oireita.</li> </ul>	<p><b>Asentohoito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lievittää kipua</li> </ul>	<p><b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» kivun tutkiminen ja arviointi</li> <li>» fyysisen suorituskyvyn arviointi</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» hoitajat, omaiset ja avustajat toteuttavat asentohoitoa</li> </ul>
	<p><b>Liikunta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lievittää kipua</li> </ul>	<p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoitusohjelman laatiminen</li> <li>» itsenäinen liikunta tai omaisten, avustajien, hoitajien tukema liikunta</li> </ul> <p><b>Fysioterapiasuunnitelma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen</li> <li>» harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita</li> </ul>
	<p><b>Kylmähoito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» erityisesti kudonvaurioissa</li> </ul>	<p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» esimerkiksi kylmäpakkauksen käytön neuvonta</li> <li>» potilas, omaiset, avustajat tai hoitajat toteuttavat</li> </ul>
	<p><b>Lämpöhoito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» kudonvaikutusten ohella voi vapauttaa endogeenisiä opioideja lievittäen kipua</li> </ul>	<p><b>Fysikaalinen terapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lämpöhoito esimerkiksi ultraäänellä (jos ei kontraindisoitu) tai lämpöpakkauksella</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lämpöpakkauksen käytön neuvonta</li> <li>» potilas, omaiset, avustajat tai hoitajat toteuttavat</li> </ul>

Taulukko 6. Kipuoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 6, 11; Voltz & Borasio 1997, 2; Käypä hoito -suositus 2012; Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance 2012, 6, 11; Borda ym. 2013, 14 - 15; Jassal 2013, 77, 79, 90; North of England Cancer Network 2012, 4, 12; PCGP 2010e; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41; NHS Lanarkshire 2009, 67; Vella-Brincat & Macleod 2012, 14).

	<p><b>Rentoutustekniikat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lievittävät kipua</li> </ul>	<p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» rentoutusharjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien neuvominen rentoutusharjoittelun ohjaamiseksi</li> </ul>
	<p><b>Sähköhoidot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» TENS</li> <li>» TSE</li> <li>» lievittää kipua</li> </ul>	<p><b>Fysikaalinen terapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» fysioterapeutti toteuttaa hoidon</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» tarvittaessa esimerkiksi kotihoitossa TENS-laitteen määrä- tai pitkäaikaislaina</li> <li>» potilas, omaiset, avustajat tai hoitajat voivat toteuttaa hoitoa ohjauksen jälkeen</li> </ul>
	<p><b>Akupunktio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lievittää kipua</li> </ul>	<p><b>Fysikaalinen terapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» akupunktiotekniikat vaativat erikoiskoulutetun fysioterapeutin</li> </ul>
	<p><b>Korva-akupunktio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lievittää perifeeristä ja neuroopaattista kipua</li> </ul>	<p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» potilaan ohjaaminen korva-akupunktion osajalle</li> </ul>
	<p><b>Iskiashermon kompressio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lievittää kipua</li> </ul> <p><b>Hieronta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lievittää kipua</li> </ul>	<p><b>Manuaalinen terapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» menetelmän hallitseva fysioterapeutti toteuttaa kompressiohoitoa</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien ohjaaminen toteuttamaan kompressiotekniikkaa</li> <li>» fysioterapeutti voi ohjata omaisille ja avustajille yksinkertaisen hierontamenetelmän</li> <li>» vaihtoehtoisesti potilaan ohjaaminen hierojalle</li> </ul>

Taulukko 7. Spastisuusoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta (Atula 2013; Fraser Health 2006; Jassal 2013, 72; 91; Kassinen 2013; Palliative Care Guidelines Plus 2010a; 2010d; Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 86 - 87; Borda ym. 2013, 14 - 15; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41).

SPASTISUUS			
<b>Yleistä</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» lihaksen jäykkyysoire</li> <li>» ei välttämättä vaadi hoitoa</li> <li>» voi jopa mahdollistaa liikkumisen tukemalla lihasvoimaltaan heikentyntä raajaa</li> <li>» yksilöllisten ominaisuuksien ja tarpeiden huomioiminen, fysioterapiainterventio voi olla tarpeen</li> <li>» fysioterapialla voidaan välttää iho-ongelmia, lievittää kontraktuuraa ja ehkäistä nivelten dislokaatiota</li> <li>» fysioterapiaa tarvitaan myös ryhdin oikaisussa, sopivan istuma-asennon löytämisessä ja apuvälinearvioinnissa</li> </ul>	<b>Liikunta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» aktiivinen</li> <li>» passiivinen</li> <li>» nivelliikkuvuus-harjoitteet</li> </ul>	<b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» suoritus- ja toimintakyvyn arviointi</li> </ul> <b>Ohjaus ja neuvonta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul>	
	<b>Apuvälineet</b>	<b>Apuvälinearvio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» päivittäisten toimintojen suorittamiseen tarvittavien apuvälineiden valinta</li> <li>» liikkumista tukevien apuvälineiden valinta</li> </ul>	<b>Apuvälinearvio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» liikkumista tukevan ortoosin valinta</li> </ul>
	<b>Ortoosit</b>	<b>Apuvälinearvio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» asentohoitoa tukevien apuvälineiden valinta</li> </ul>	<b>Apuvälinearvio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» asentohoitoa tukevien apuvälineiden valinta</li> </ul>
	<b>Asentohoito</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» spastisuuden lievittäminen</li> <li>» kontraktuurien ehkäisy</li> </ul>	<b>Apuvälinearvio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» asentohoitoa tukevien apuvälineiden valinta</li> </ul> <b>Ohjaus ja neuvonta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» asentohoidon toteuttamisen neuvominen potilaalle</li> <li>» asentohoidon toteuttamisen neuvominen omaisille, avustajille tai hoitajille</li> </ul>	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» asentohoidon toteuttamisen neuvominen potilaalle</li> <li>» asentohoidon toteuttamisen neuvominen omaisille, avustajille tai hoitajille</li> </ul>
	<b>Ohjaus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» ryhti</li> <li>» istuma-asento</li> </ul>	<b>Terapeuttinen harjoittelu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» toimintakyvyn ja liikkumisen harjoittaminen</li> </ul> <b>Ohjaus ja neuvonta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoitusohjelman laatiminen</li> <li>» potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul>	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoitusohjelman laatiminen</li> <li>» potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul>

Taulukko 7. Spastisuusoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta (Atula 2013; Fraser Health 2006; Jassal 2013, 72; 91; Kassinen 2013; Palliative Care Guidelines Plus 2010a; 2010d; Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 86 - 87; Borda ym. 2013, 14 - 15; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41).

	<b>Hengitystekniikat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» hengityksen apulihasten ja palleen harjoittaminen</li> </ul>	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul>
	<b>Hieronta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» spastisuuden lievittäminen</li> </ul>	<b>Ohjaus ja neuvonta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» fysioterapeutti voi ohjata omaisille ja avustajille yksinkertaisen hierontamenetelmän</li> <li>» vaihtoehtoisesti potilaan ohjaaminen hierojalle</li> </ul> <b>Fysioterapiasuunnitelma</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen</li> <li>» harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita</li> </ul>



Taulukko 8. Psykkisiä oireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 86 - 87; Borda ym. 2013, 14 - 15; Jassal 2013, 91; Käypähoito suositus 2012; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41.)

AHDISTUNEISUUS		
<p><b>Yleistä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» voi olla luonnollinen reagointi lähestyvään kuolemaan</li> <li>» voi myös olla merkki jostain muusta häiriöstä tai oireesta</li> </ul>	<p><b>Liikunta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» ahdistuneisuuden lievittäminen</li> </ul>	<p><b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» suorituskyvyn arviointi</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoitusohjelman laatiminen</li> <li>» potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul> <p><b>Fysioterapiasuunnitelma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen</li> <li>» harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita</li> </ul>
UNETTOMUUS		
<p><b>Yleistä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» tunne huonosta nukkumisesta</li> <li>» unen ylläpidon vaikeus</li> <li>» unen saannin häiriö</li> <li>» heikentää toimintakykyä</li> <li>» ärtyvyys</li> <li>» päiväaikainen uneliaisuus</li> <li>» keskittymiskyvyn puute</li> <li>» väsymysoireyhtymä</li> </ul>	<p><b>Liikunta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» helpottaa unensaantia ja nukkumista</li> <li>» auttaa jopa syöpään</li> <li>» liittyvien unihäiriöiden hallinnassa</li> </ul>	<p><b>Fysioterapeuttinen tutkiminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» suorituskyvyn arviointi</li> </ul> <p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoitusohjelman laatiminen</li> <li>» potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> </ul>
	<p><b>Rentoutustekniikat</b></p> <p><b>Rentouttava hieronta</b></p>	<p><b>Ohjaus ja neuvonta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» rentoutusharjoitteen ohjaaminen potilaalle</li> <li>» omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</li> <li>» fysioterapeutti voi ohjata omaisille ja avustajille yksinkertaisen hierontamenetelmän</li> <li>» vaihtoehtoisesti potilaan ohjaaminen hierojalle</li> </ul> <p><b>Fysioterapiasuunnitelma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen</li> <li>» harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita</li> </ul>

#### TAULUKOISSA KÄYTETYT LÄHTEET:

Atula, S. 2013. Spastisuus. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 23.2.2014.

Australian Palliative Residential Aged Care. 2006. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care. Enhanced Version May 2006. Australia: Edith Cowan University. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A248BE3B9456B15FCA257BF001A4E89/\\$File/guideall.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A248BE3B9456B15FCA257BF001A4E89/$File/guideall.pdf). 8.2.2014.

Borda, A., Charnay-Sonnek, F., Fonteyne, V. & Papaioannou, E. Guidelines on Pain Management & Palliative Care. 2013. European Association of Urology. [www.uroweb.org/gls/pdf/24\\_Pain\\_Management\\_LR.pdf](http://www.uroweb.org/gls/pdf/24_Pain_Management_LR.pdf). 1.2.2014.

Fraser Health. 2006a. Spinal Cord Compression. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health. <http://www.fraserhealth.ca/media/17FHSymptomGuidelinesSpinal.pdf>. 8.2.2014.

Fraser Health. 2006b. Nausea and Vomiting. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health. <http://www.fraserhealth.ca/media/14FHSymptomGuidelinesNausea.pdf>. 8.2.2014.

Fraser Health. 2006c. Bowel Care. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health. <http://www.fraserhealth.ca/media/04FHSymptomGuidelinesBowelCare.pdf>. 8.2.2014.

Fraser Health. 2006d. Fatigue. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health. <http://www.fraserhealth.ca/media/11FHSymptomGuidelinesFatigue.pdf>. 8.2.2014.

Fraser Health. 2006e. Fatigue. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health. <http://www.fraserhealth.ca/media/11FHSymptomGuidelinesFatigue.pdf>. 8.2.2014.

Fraser Health. 2006e. Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS). Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health. <http://www.fraserhealth.ca/media/02FHSymptomGuidelinesALS.pdf>. 8.2.2014.

Greater Manchester & Cheshire Cancer Network. 2011. Pain & Symptom Control Guidelines. Palliative Care. Englanti: Greater Manchester & Cheshire Cancer Network. <http://www.eastcheshire.nhs.uk/About-The-Trust/policies/P/Palliative%20care%20pain%20and%20symptom%20control%20guidelines%203rd%20edition%201582.pdf>. 8.2.2014.

Institute for Clinical Systems Improvement. 2011. Health Care Guideline: Palliative Care. November 2011. [http://www.icsi.org/\\_asset/k056ab/PalliativeCare.pdf](http://www.icsi.org/_asset/k056ab/PalliativeCare.pdf). 15.9.2013.

Janes, R. 2013. Palliativinen hoito. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18.2.2014.

Jassal, S. 2013. Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care. The Rainbows Children's Hospice Guidelines. Bristol, Englanti: Together for Short Lives. [http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/5325/TfSL\\_Basic\\_Symptom\\_Control\\_In\\_Paediatric\\_Palliative\\_Care\\_-\\_Ninth\\_Edition\\_-\\_PDF.pdf](http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/5325/TfSL_Basic_Symptom_Control_In_Paediatric_Palliative_Care_-_Ninth_Edition_-_PDF.pdf). 8.2.2014.

Kassinen, J. 2013. Amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS). Sairaanhoidajan käsikirja -tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18.2.2014.

KNGF. 2008. KNGF - Guideline for physical therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Supplement to the Dutch Journal of Physical Therapy, Volume 118, Issue 4, 2008. Hollanti: the Royal Dutch Society for Physical Therapy (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, KNGF). [http://www.kngfrichtlijnen.nl/images/pdfs/guidelines\\_in\\_english/copd\\_practice\\_practice\\_guidelines\\_2008.pdf](http://www.kngfrichtlijnen.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/copd_practice_practice_guidelines_2008.pdf). 6.8.2013.

Kokkinen, J. 2012. Syöpäpotilaan palliativinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja -tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18.2.2014.

Kuntaliitto. 2007. Fysioterapianimikkeistö. Suomen Kuntaliitto & Suomen fysioterapeutit ry & FYSI ry. [http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot/luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6\\_2007.pdf](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot/luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6_2007.pdf). 3.3.2014.

Käypä hoito -suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Ammattilaisen tietokanta. 17.2.2014.

- Lehto, J., Toikkanen, V. & Saarto, T. 2011. Hengenahdistuksen palliatiivinen hoito. Suomen Lääkärilehti 66(13), 1089-1096. Terveystietokanta, Lääkärin tietokannat. 23.2.2014.
- MacLeod, R., Vella-Brincat, J. & Macleod, S. 2012. The Palliative Care handbook. Guidelines for clinical management and symptom control. 6th edition. Wellington, Uusi-Seelanti: Hospice New Zealand. [http://www.hospice.org.nz/cms\\_show\\_download.php?id=377](http://www.hospice.org.nz/cms_show_download.php?id=377). 8.2.2014.
- National Institute for Clinical Excellence. 2004. Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Lontoo, Englanti. <http://guidance.nice.org.uk/CSGSP/Guidance/pdf/English>. 8.8.2013.
- NHS Lanarkshire. 2009. Lanarkshire Palliative Care Guidelines. <http://www.nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Documents/NHS%20Lanarkshire%20Palliative%20Care%20Guidelines.pdf>. 8.2.2014.
- North of England Cancer Network. 2012. Palliative and end of life care guidelines for cancer and non-cancer patients. Third edition: 2012. [http://www.middlesbrough.nhs.uk/includes/documents/About\\_Us/Prescribing\\_Guidelines/New\\_Prescribing\\_Guidance/NECNPalliativeCareGuidelinesBooklet2012.pdf](http://www.middlesbrough.nhs.uk/includes/documents/About_Us/Prescribing_Guidelines/New_Prescribing_Guidance/NECNPalliativeCareGuidelinesBooklet2012.pdf). 8.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2004a. Nausea & Vomiting. Edition/Revision 2.0. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) <http://book.pallcare.info/index.php?tid=230>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2004b. Dyspnoea. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) <http://book.pallcare.info/index.php?tid=41>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2004c. Cough. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) <http://book.pallcare.info/index.php?tid=44>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2008a. Spinal Cord Compression. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2008b. Anorexia, Cachexia & Asthenia. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=9>. 9.2.2014. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=9>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2010a. Motor Neurone Disease. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=216>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2010b. Other Pain Interventions. Edition/Revision 2.0. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=230>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2010c. Lymphoedema. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=90>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2010d. Multiple Sclerosis. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=218>. 9.2.2014.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2008. Control of Pain in Adults with Cancer. A National Clinical Guideline. Edinburgh, Skotlantti: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <http://www.palliativecareggc.org.uk/uploads/file/guidelines/SIGN106.pdf>. 9.2.2014.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2010. Prevention and management of venous thromboembolism. A national clinical guideline. Edinburgh, Skotlantti: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <http://sign.ac.uk/pdf/sign122.pdf>. 10.3.2014.
- Voltz, R. & Borasio, G.D. 1997. Palliative therapy in the terminal stage of neurological disease. Journal of Neurology 244, Issue 4 Supplement. S3. Taulukko käytetty lisenssiluvalla 3354711492201. Springer-Verlag 1997. <http://link.springer.com/article/10.1007/PL00007721>. 6.8.2013.
- Wee, B. & Hillier, R. 2008. Interventions for noisy breathing in patients near to death. Review. Cochrane Database of Systematic Reviews 1 / 2008. John Wiley & Sons, Ltd.
- Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance. 2012. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. Version 5.1. [www.yacpalliativecare.co.uk/documents/download126.pdf](http://www.yacpalliativecare.co.uk/documents/download126.pdf). 9.2.2014.







**PALETTI – Palliativisen hoidon osaaminen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen** asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa -hanke toteutui vuosina 2013–2015. Hanke oli Euroopan sosiaalirahaston rahoittamaa ja rahoitus tuli Etelä-Savon ELY-keskuksen kautta. Hanketta hallinnoi Karelia-ammattikorkeakoulu ja osatoteuttajina toimivat Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä sekä Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymä.

Julkaisun artikkeleissa kuvataan eri näkökulmista hankkeen aikana tehtyä kehittämissytöä ja hankkeen tuloksia. Kirjoittajat ovat hankeyhteistyökumppaneita, opettajia ja opiskelijoita. Julkaisun sisältö painottuu hyvään palliativisen - ja saattohoidon moniammatilliseen toteutukseen; kehitettyjen toimintamallien kuvauksiin ja hoidon osaamisen vahvistamisen käytänteisiin sekä hyvään saattohoitoympäristöön.

#### KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA B:35

ISBN 978-952-275-157-7 [painettu]  
ISBN 978-952-275-158-4 [verkkajulkaisu]  
ISSN-L 2323-6876 | ISSN 2323-6876



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-  
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ



pkky.fi

Pohjois-Karjalan  
ammattiopisto

Pohjois-Karjalan  
aikuisopisto



Elinkeino-, liikenne- ja  
ympäristökeskus

Vipuvoimaa  
EU:lta  
2007-2013



Euroopan unioni  
Euroopan sosiaalirahasto