



PALETTI- Palliativisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013–31.3.2015



Euroopan unioni
Euroopan sosiaalirahasto

POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Saattohoitosuunnitelma

Pohjois-Karjalan maakunnassa



Pohjois-Karjalan keskussairaala
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 3744

Psykiatrian klinikka
Sairaالاتie 6
80850 PAIHOLA
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 4763

Honkalampi-keskus
Ylämyllyntie 94
80400 YLÄMYLLY
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 7100

www.pkssk.fi



1 ESIPUHE

Väestön elinajan pidentyminen, ikääntyvien ihmisten hoivapaikkojen tarpeen lisääntyminen ja terveydenhuollon kustannusten kasvu tuovat haasteita laadukkaan saattohoidon kehittämiseksi tulevaisuudessa. Pohjois-Karjalan maakunnassa on vuonna 2013 käynnistynyt ”Palliativisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä” eli Paletti-hanke (2013 – 2015). Hankkeen yhtenä tavoitteena on alueellisen saattohoitosuunnitelman laatiminen ja toimeenpaneminen Pohjois-Karjalan alueelle. Suunnitelman taustaselvityksenä lähetettiin kaikkiin Pohjois-Karjalan terveyskeskuksiin saattohoidon järjestämistä koskevat kyselyt ([Liite 1](#)), jotka osoitettiin sekä vuodeosastoille että kotisairaanhoidon. Vastaukset saatiin kahta lukuun ottamatta kaikista terveyskeskuksista määräaikaan mennessä. Lisäksi kyselyyn saatiin vastaus kolmesta yksityisestä hoitokodista.

Yhteenvedon voidaan todeta, että kuntakyselyistä ilmenee selkeä halu kehittää palliativista ja saattohoitotyötä. Ongelmaksi nousivat resurssien ja osaamisen tason alueelliset vaihtelut sekä yhtenäisten saattohoito-ohjeiden puuttuminen. Lisäksi kyselyyn vastanneet henkilöt kantoivat huolta siitä, etteivät kuntien vaikea taloudellinen tilanne ja sen aiheuttamat terveydenhuollon kustannusten säästöpainet saisi heikentää elämänsä loppuvaiheessa olevien ihmisten hoidon tasoa. Aikaisemmin tehtyjen selvitysten perusteella voidaan sanoa, että hyvin järjestetty saattohoito vaatii hieman enemmän henkilökuntaa kuin tavallinen vuodeosastotoiminta, mutta toisaalta se voi säästää muita terveydenhuollon kustannuksia. Hyvin laadittu saattohoitosuunnitelma vähentää päivystyskäyntejä ja erikoissairaanhoidon kuormitusta. Saattohoito on siis oikein toteutettuna kustannustehokasta ja saattaa parhaimmillaan tuottaa terveydenhuollolle säästöjäkin ohjaamalla potilaat oikeaan hoitopaikkaan oikea-aikaisesti. Palliativista hoitoa voidaan kehittää huomattavasti nykyistenkin voimavarojen puitteissa huolehtimalla koulutuksesta ja toiminnan uudelleenorganisoinnista.

Tässä alueellisessa saattohoitosuunnitelmassa keskitytään ratkomaan saattohoidon solmukohtia ja ohjaamaan saattohoitokäytänteitä Pohjois-Karjalassa Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 laatimien saattohoitoa koskevien suositusten suuntaan. Suunnitelmaa laatiessa mielessämme on ollut Arkkiatri Risto Pelkosen toteamus: ”Kuolevan potilaan kohtelu on lääkintätaidon humanisuuden koetinkivi ja jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari” ([Pelkonen 2004](#)).

Leena Surakka
Terveyskeskuslääkäri
PKSSK ja Joensuun kaupunki

Minna Peake
Sairaanhoitaja
PKSSK

Juha Mustonen
Ylilääkäri
PKSSK

Antti Turunen
Johtajaylilääkäri
PKSSK

Johanna Bjerregård Madsen
Hallintoylihoitaja
PKSSK

2 SISÄLLYSLUETTELO

1	ESIPUHE	2
2	SISÄLLYSLUETTELO.....	3
3	JOHDANTO.....	4
3.1	Saattohoitoa määrittävät ohjeistukset	4
3.2	Pohdintaa saattohoidon tilanteesta vuonna 2013 Pohjois-Karjalassa tilastotietojen ja kuntakyselyiden valossa	5
4	ALUEELLISEN SAATTOHOITOSUUNNITELMAN KESKEISET TAVOITTEET.....	6
5	SAATTOHOITOPOLKU	7
5.1	Saattohoitoon siirtyminen	7
5.2	Saattohoitokeskustelu ja -päätös.....	7
5.3	Saattohoitosuunnitelma	8
5.4	Saattohoitopaikan valinta	9
5.5	Yhteistyö terveydenhuollon yksiköiden välillä	11
5.6	Omaisten ja läheisten tukeminen	12
6	RESURSSOINTI	13
6.1	Saattohoitohenkilökunnan rakenne ja koulutus.....	13
6.2	Hoitohenkilökunnan työssä jaksaminen.....	14
6.3	Saattohoitoympäristö	15
6.4	Välineistö.....	15
6.5	Ravitseminen	15
7	LÄHDELUETTELO.....	16
8	LIITTEET.....	18

Kannen kuva: Minna Peake

Pohjois-Karjalan keskussairaala
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 3744

Psykiatrian klinikka
Sairaالاتie 6
80850 PAIHOLA
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 4763

Honkalampi-keskus
Ylämyllyntie 94
80400 YLÄMYLLY
Puh. (013) 1711
Fax. (013) 171 7100

www.pkssk.fi

3 JOHDANTO

3.1 Saattohoitoa määrittävät ohjeistukset

Palliatiiivinen eli oireita lievittävä hoito on parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Siihen kuuluu viimeisenä vaiheena saattohoito, joka aloitetaan kuoleman lähestyessä. Sen keskeisimpänä tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja kuolemaan valmistaminen. ([ETENE 2003](#)).

Saattohoidon ohjauksen perustana pidetään Suomessa Lääkintöhallituksen vuonna 1982 sairaanhoitolaitoksille antamia terminaalihoidon ohjeita, joiden mukaan potilaan tulisi voida elää saattohoitovaihe ilman vaikeita oireita ja kipuja, haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. Potilaan toivomukset saattohoidossa tulisi ottaa huomioon eikä hänen pitäisi kokea itseään hylätyksi tai jäädä yksin, ellei hän itse sitä ole toivonut. Potilaalla tulisi olla oikeus valita joko koti- tai sairaalahoito. Hoitoratkaisuissa pitäisi ottaa huomioon hoidon rasittavuus ja hoitavien henkilöiden mahdollisuudet selviytyä saattohoidosta.

Saattohoitoa normitetaan suomalaisessa lainsäädännössä mm. perustuslaissa (731/1999), laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), myöhemmin potilaslaissa, laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994), kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) ja viimeisimmäksi ns. vanhuspalvelulaissa (980/2012) . Saattohoitoon otetaan kantaa myös kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa, Yhdistyneet Kansakunnat on laatinut vuonna 1975 ”Kuolevan oikeuksien julistuksen”. [WHO](#) on vuonna 2002 antanut palliatiiivisen hoidon suositukset ja Euroopan neuvosto vuotta myöhemmin. ([Lahti 2004](#); [Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a](#))

[Sosiaali- ja terveysministeriö \(STM\)](#) on laatinut vuonna 2010 asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset, joiden mukaan sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta. STM suosittaa myös saattohoitopolkujen kuvaamista ja toiminnan toteuttamista kuvauksen mukaisesti. Tämän saattohoitosuunnitelman tarkoituksena on vastata STM:n sairaanhoitopiirille antamaan haasteeseen.

3.2 Pohdintaa saattohoidon tilanteesta vuonna 2013 Pohjois-Karjalassa tilastotietojen ja kuntakyselyiden valossa

Vuonna 2011 Pohjois-Karjalassa kuoli Tilastokeskukselta saatujen tietojen mukaan 1 780 ihmistä. Näistä 788 (44 %) kuoli verenkiertoelinten sairauksiin, 333 (19 %) syöpätauteihin, 227 (13 %) dementoiviin sairauksiin ja 77 (4 %) hengityselintensairauksiin. 52 % vuonna 2011 kuolleista oli yli 80-vuotiaita, tässä ikäryhmässä dementoivien sairauksien osuus kuolemansyynä oli 22 %.

Vuonna 2011 Pohjois-Karjalassa kuolemista 1208 eli 68 % tapahtui terveydenhuollon toimintayksiköissä ja vain 21 % kuolemista tapahtui kotona. Näistä vain pieni osa oli ennakoitavissa olevia, saattohoitopotilaiden kuolemia. Kuntakyselyjen vastaajat toivat esille käsityksensä siitä, että saattohoitoa ja kuolemista on meillä laitostettu. Näin ollen sekä potilaat, omaiset että myös osa hoitohenkilöstöstä saattavat kokea kotikuoleman pelottavana, ahdistavana asiana. Kuntakyselyiden perusteella myöskään saattohoitopäätöksiä ei aina tehdä riittävän ajoissa.

Kuntakyselyissä tuli esille saattohoitotyötä tekevien hoitajien huoli siitä, että potilaat ovat Pohjois-Karjalassa asuinpaikkakunnastaan riippuen eriarvoisessa asemassa saattohoitomahdollisuuksiensa suhteen. Pitkät välimatkat asettavat monessa pinta-alaltaan suuressa kunnassa erityishaasteita kotisaattohoidon toteuttamiselle, mutta kaikissa kunnissa kotihoidon resurssit koettiin jossain määrin puutteellisiksi saattohoidon kannalta. Tällä hetkellä ainakin Joensuussa, Liperissä ja Kontiolahdella on kotisaattohoidossa olevien potilaiden mahdollista siirtyä kotoaan suoraan terveyskeskuksen vuodeosastolle tilanteen sitä vaatiessa ilman päivystyskäyntiä.

Kuntakyselyiden vastauksissa tuli usein ilmi hoitohenkilökunnan kokema koulutuksen puute ja tämän katsottiin olevan esimerkiksi kotisaattohoidon esteenä. Koulutusta toivottiin palliatiivisesta hoidosta kokonaisuutena, saattohoidosta ja kivunhoidosta. Myös kuolemaan suhtautumisesta, siitä keskustelemisesta ja kärsimyksen lievittämisestä kaivattiin lisäkoulutusta, jota pitäisi tarjota myös lääkäreille. Etenkin hoitotyöntekijät kokivat mahdollisuutensa osallistua laadukkaaseen koulutukseen varsin rajallisina, koska laadukasta koulutusta on harvoin tarjolla lähialueella ja koulutukseen osallistuminen on kallista.

Saattohoitosuunnitelman ovat kirjoittaneet terveyskeskuslääkäri Leena Surakka, sairaanhoitaja Minna Peake, opettaja Satu Hyytiäinen, opettaja Katja Väyrynen ja opettaja Tarja Pesonen-Sivonen. Lisäksi suunnitelmaa ovat kommentoineet lehtori Henna Myller, johtajaylilääkäri Antti Turunen,

ylilääkäri Juha Mustonen, ylilääkäri Anu Niemi, osaston ylilääkäri Minna Kiljunen, ylilääkäri Leena Timonen, apulaisyllilääkäri Inkeri Hentinen, ylihoitaja Heli Karvinen, lehtori Kirsti Sivonen, diabeteshoitaja Tuula Karjalainen, osastonhoitaja Tarja Rusanen, yliopettaja Lissu Suhonen, asiantuntija Hannu Ruokolainen, hoito- ja hoivatyön johtaja Hannele Komu, valtiopäiväneuvos Matti Väistö, toiminnanjohtaja Juhani Kuittinen, yliopettaja Pirjo Vesa, projektisihteeri Anja Väistö ja rakennerahastoasiantuntija Sirpa Raassina.

4 ALUEELLISEN SAATTOHOITOSUUNNITELMAN KESKEISET TAVOITTEET

Alueellisen saattohoitosuunnitelman tavoitteet ovat seuraavat:

1. Saattohoidon arvo ja merkitys lisääntyy osana potilaan palliatiivista hoitoa.
2. Alueellinen saattohoitopolku selkiytyy.
 - Saattohoitopäätösten tekeminen ja kirjaaminen sekä saattohoitosuunnitelmien laatiminen lisääntyvät.
 - Saattohoitopotilaan hoitovastuun siirtyminen terveydenhuollon yksiköiden välillä tulee sujuvammaksi ja alueelliset, saattohoitoa koskevat konsultaatiokäytännöt selkiytyvät.
 - Yksityisten hoivayritysten mahdollisuudet saattohoitoon parantuvat.
3. Saadaan tietoa alueellisesta saattohoidon resurssoinnista (henkilökunta- ja tilarakenne) ja koulutustarpeista.
4. Moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen saattohoitopotilaiden hoidossa tiivistyvät.
5. Omaisten mahdollisuudet osallistua saattohoitoon paranevat.

Tavoitteiden toteutumista mitataan vuoden kuluttua uudella kuntakyselyllä ([Liite 2](#))

5 SAATTOHOITOPOLKU

5.1 Saattohoitoon siirtyminen

Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Hyväksymällä sen, ettei lähestyvää kuolemaa kyetä estämään ja aloittamalla saattohoito ajoissa, kuoleva potilas ja hänen läheisensä pystyvät valmistautumaan kuolemaan ja kuoleva potilas saa saamaan tehokkaammin lievitystä kärsimyksensä.

Hyvään saattohoitoon ovat oikeutettuja kaikki kuolevat ihmiset diagnoosista riippumatta (WHO 2001). On tärkeää tehdä saattohoitopäätöksiä myös esimerkiksi vaikeaa sydämen vajaatoimintaa, pitkälle edenneitä neurologisia tai keuhkosairauksia sairastaville potilaille. Näin myös heille voidaan suoda inhimillinen, kärsimyksen lievittämiseen keskittyvä elämän loppuvaiheen hoito ja välttää mahdollisesti turhia, potilasta rasittavia tutkimuksia.

Lähestyvän kuoleman ennakointi voi olla vaikeaa. Siihen viittaavia merkkejä ovat yleisesti ottaen toimintakyvyn aleneminen, oireiden lisääntyminen ja elämänlaadun heikkeneminen. Hinkan (2001) väitöskirjatutkimuksessa saattohoitopäätösten tekeminen korreloi lähinnä lääkärin kokemukseen ja koulutukseen, nuoret lääkärit epäröivät saattohoitopäätösten tekemistä pidempään. Jokaisessa erikoissairaanhoidon klinikassa ja perusterveydenhuollon toimipisteessä tulisi pohtia saattohoitokäytäntöjä myös tästä näkökulmasta. Niin nuoren kuin kokeneemmankin lääkärin tulee tarvittaessa saada kollegiaalista tukea saattohoitopäätöstä tehdessään. Saattohoitopäätökset tulee kirjata systemaattisesti sairaskertomusjärjestelmään niin, että ne ovat sieltä helposti löydettävissä (ETENE 2003).

5.2 Saattohoitokeskustelu ja -päätös

Saattohoito perustuu potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen (STM 2010a). Saattohoitoon siirtyminen on Sosiaali- ja terveystieteiden valvontaviraston (Valvira) mukaan tärkeä potilaan hoitoa koskeva päätös, joka on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan ja potilaan antaessa luvan myös hänen omaistensa kanssa. Päätös saattohoitovaiheeseen siirtymisestä tulee tehdä saattohoitokeskustelussa, jonka sisältö ja osallistujat on kirjattava sairaskertomukseen.

Saattohoitokeskustelua käydään tarvittaessa useaan kertaan potilaan hoidon edetessä. (ETENE 2003).

Saattohoitopäätöksestä vastaa aina potilaan hoitava lääkäri eli se, joka kyseisellä hetkellä on vastuussa potilaan kokonaishoidosta. Saattohoitopäätös pitää sisällään ”Ei elvytetä” –päätöksen, josta käytetään myös nimitystä DNR (Do Not Resuscitate) tai AND (Allow Natural Death) –päätös (Valvira). Pääpainon keskustelussa tulee kuitenkin olla siinä, mitä vielä voidaan tehdä potilaan kärsimyksen lievittämiseksi.

Hoitavan tahon tulee viimeistään saattohoitokeskustelussa selvittää potilaan toiveet elämän loppuvaiheessa. Huomio tulee kiinnittää myös siihen, mitä potilas vielä toivoo elämältään ennen kuolemaa. Potilasta tulee kannustaa ilmaisemaan omat toiveensa hoitonsa suhteen myös kirjallisesti. Potilaan hoitotahto tulee kirjata potilastietojärjestelmään siten, että se on kaikkien hänen hoitoonsa osallistuvien mahdollista lukea ja huomioida hoidossa. Keskustelua potilaan ja omaisten sekä hoitoyhteisön välillä käytävä jatkuvasti hoidon edetessä, potilaan elämänlaatua parantaa mahdollisuus osallistua itseään koskeviin hoitoratkaisuihin koko hoitojakson ajan. (ETENE 2003).

Vanhusten hoitotahdon selvittämiseen ja kirjaamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota, ennen kuin mahdollinen dementoiva sairaus on heikentänyt heidän kykyään ottaa kantaa omaa hoitoaan koskeviin asioihin (STM 2010a). Potilaan hoitoa on syytä linjata viimeistään siinä vaiheessa, kun tehdään päätös ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan siirtymisestä. Näin voidaan usein välttää potilaan tahdon ja edun vastaista tutkimista ja hoitamista, johon ajoittain saatetaan ajautua esimerkiksi ristiriitatilanteissa omaisten kanssa.

5.3 Saattohoitosuunnitelma

Saattohoitokeskustelun yhteydessä tulee laatia hoitosuunnitelma, johon saattohoidon toteutus perustuu. Saattohoitopotilaat kärsivät useimmiten monista oireista samanaikaisesti, saattohoitosuunnitelmassa arvioidaan, mitkä tekijät ovat ensisijaisesti heikentämässä hänen elämänlaatua. Potilaan oma kokemus oireiden häiritsevyydestä on siis keskeisintä. Hyvin laaditun saattohoitosuunnitelman avulla potilas saa nopeasti helpotusta oireisiinsa ja useimmiten välttyy kuormittavilta päivystyskäynneiltä.

Saattohoidossa oireita pyritään hallitsemaan mahdollisimman yksinkertaisin toimenpitein. Kotisaattohoidon mahdollisuudet samoin kuin pienempien terveystieteiden resurssit tulee selvittää ja huomioida saattohoitosuunnitelmia laadittaessa (kivunlievitysmenetelmät, happihoito, haavanhoidot, nestehoidot). Pienemmissä kunnissa kannattaa selvittää myös esimerkiksi ensihoidon mahdollisuudet sairaanhoidollisten toimenpiteiden, kuten neste- ja kivunhoidon, toteuttamisessa. Kotisaattohoitoon siirtyvien potilaiden kohdalla tulee erityisesti kiinnittää huomiota myös siihen, että potilaan on mahdollista saada kotiinsa tarvitsemansa lääkkeet, hoitotarvikkeet ja apuvälineet. Yhteistyötä apteekkien kanssa tulee näin ollen myös kehittää. Huomio jatkossa tulee suunnata myös lääkkeettömien, esimerkiksi fysioterapeuttisten, hoitomuotojen kehittämiseen ja hyödyntämiseen saattohoidossa.

Saattohoitosuunnitelmassa tulee siis ennakoida potilaalle mahdollisesti tulevia oireita. Vaikeiden oireiden hoidossa voidaan tarvita palliatiivisen hoidon erityisosaamista ja konsultaatioita esimerkiksi sädehoidon tai kirurgisen toimenpiteen toteuttamiseksi. Potilaan saattohoitosuunnitelmassa tulee ottaa kantaa siihen, hyötyykö potilas vielä jossain tilanteessa erikoissairaanhoidon konsultaatiosta ja missä tilanteessa voi tulla kyseeseen potilaan siirto fyysisesti erikoissairaanhoitoon. Jatkossa tullaan kehittämään PKSSK:n tietojärjestelmään saattohoitoa käsittelevä portaali helpottamaan saattohoitosuunnitelmien laatimista ja potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Potilaalle laadittua saattohoitosuunnitelmaa tulee arvioida ja päivittää tilanteen mukaan jatkuvasti (ETENE 2003). Saattohoitosuunnitelman alueelliset kirjaamiskäytännöt tulee yhtenäistää ja sairaskertomusjärjestelmään tulee jatkossa sisällyttää saattohoitopotilaan oirearviointia helpottavia, siihen tarkoitukseen validoituja lomakkeita (esim. ESAS, Liite 3).

5.4 Saattohoitopaikan valinta

Saattohoito kuuluu pääsääntöisesti perusterveydenhuollon vastuulle. Hoito toteutetaan terveystieteiden vuodeosastolla, muussa hoitopaikassa tai potilaan kotona. Potilaan oman toiveen tulee olla keskeisin asia hoitopaikkaa valittaessa. Potilaan pitäisi saada kuolla siellä, missä kokee olonsa turvallisimmaksi. Toisille ihmisille tuo turvaa kotiympäristö ja läheiset ihmiset, kun taas toiset kokevat olonsa turvallisiksi sairaalaympäristössä. (STM 2010a; STM 2010b; ETENE 2003)

[Euroopan neuvoston palliatiivisen hoidon suosituksissa \(2003\)](#) linjataan, että palliatiivista hoitoa tulee järjestää pääasiallisesti kodeissa. Kotona potilaalla on mahdollisuus osallistua perheensä arkeen luonnollisella tavalla. Kotisaattohoidon toteutuminen edellyttää ainakin yhden potilaan omaisen osallistumista hoitoon. Tukikeinoja potilaan omaisten osallistumiseksi saattohoitoon tulee pohtia moniammatillisesti, ja mahdollisuuksia kotisaattohoidon järjestämiseen tulee systemaattisesti selvittää jo hyvissä ajoin ennen saattohoitotilannetta.

[STM:n \(2010a\)](#) mukaan kuntien kotisairaala ja –sairaanhoitotoimintaa tulee kehittää siten, että ne kykenevät järjestämään saattohoidon kotona tarkoituksenmukaisesti potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Kaikissa kotisaattohoitoa koskevissa suosituksissa korostetaan, että potilaalla ja hänen hoitoon osallistuvilla omaisilla on oltava mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitohenkilökuntaan kaikkina vuorokauden aikoina. Jos tarvittavaa yöhoitoa ei katsota olevan mahdollista pienemmissä kunnissa järjestää, niin kotisaattohoidossa olevien potilaiden ympärivuorokautinen yhteydenottomahdollisuus tulee järjestää muulla tavoin, esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosaston tai pelastuslaitoksen kautta. Pienemmissä kunnissa kannattaa myös selvittää, voidaanko harvakseltaan toteutuissa kotisaattohoitolanteissa jatkaa kotisairaanhoidossa jonkinlaista ilta/yöpäivystystä.

Kotisaattohoitopotilaalla tulee olla joustava mahdollisuus tarvittaessa siirtyä laitoshoidon tilanteen sitä vaatiessa. Jos potilas kuolee laitoksessa, hoitajakson tulee olla mahdollisimman lyhyt. Niin sanottua ”Lupapaikka”-käytäntöä tulee jatkossa jalkauttaa kaikkiin kuntiin ja sen on useimmiten mahdollista ajoissa laaditun saattohoitosuunnitelman perusteella. Tästä käytännöstä tulee myös hätäkeskusta ja sairaankuljetushenkilöstöä informoida osana sujuvaa saattohoitoketjua.

[STM:n \(2010a\)](#) mukaan yksi hyvän kuoleamisen laadun indikaattori on mahdollisuus kuolla siinä yksikössä, jossa on elämänsä viimeiset kuukaudet tai vuodet viettänyt. Saattohoidon osaamista tulee tulevaisuudessa kehittää myös sosiaalihuollossa ja kodinomaisissa laitoksissa, kuten palveluasunnoissa, ryhmäkodeissa ja vanhainkodeissa. Moniammatillisen saattohoitotyöryhmän asiantuntemuksen tulee olla sujuvien konsultaatiokäytänteiden avulla käytettävissä myös kodinomaisissa laitoksissa kuolevien saattohoitopotilaiden hoidossa. Kotisairaanhoitotoiminnan tulee jatkossa ulottua myös vanhushoivaa tarjoaviin yksiköihin, jotta kuolevia vanhuspotilaita ei tarvitse heidän viimeisinä elinpäivinänsä lähteä siirtämään hoitopaikasta toiseen. Saattohoito tulee nähdä luonnollisena päätöksenä hyvää elämänlaatua ylläpitävälle vanhushoivalle.

Mikäli kotisaattohoito (kotona tai kodinomaisessa laitoksessa) ei ole jostain syystä mahdollista, on potilaan ensisijainen saattohoitopaikka terveyskeskuksen vuodeosasto, joka sijaitsee useimmiten lähempänä potilaan kotiympäristöä ja omaisia kuin keskussairaala. Usein terveyskeskuksessa on potilasta hoitamassa hänelle jo entuudestaan tuttu henkilöstö, joka on myös perillä hänen elämänhistoriastaan ja sosiaalisesta ympäristöstään. Terveyskeskusten vuodeosastoilla voidaan usein myös erikoissairaanhoidon paremmin hyödyntää yleislääketieteen ja geriatrian asiantuntemusta potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Saattohoito erikoissairaanhoidossa tulee kyseeseen silloin, kun potilasta ei hänen huonon kuntosensa takia enää pystytä siirtämään kotipaikkakunnalle tai hänen oireidensa lievittäminen edellyttää erikoissairaanhoidon vastuulla. Lasten saattohoito on erikoissairaanhoidon vastuulla.

5.5 Yhteistyö terveydenhuollon yksiköiden välillä

Hoitopaikan vaihdokset ovat erityisesti saattohoitopotilaalle riskitilanteita hoidon jatkuvuuden kannalta. Siirtotilanteet ovat erityisen raskaita jo fyysisesti, myös paikan ja hoitajien vaihdokset voivat tuoda turvattomuuden tunteita vaikeasti sairaalle potilaalle. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajoja tulee hälventää niin, etteivät ne vaaranna saattohoidon toteutumista. Saattohoitopotilaiden hoitopaikan siirrostun tulee olla hyvin suunniteltuja, niiden tulee tapahtua ”saattaen vaihtaen”. Jatkohoitotahoa tulee informoida potilaasta hyvissä ajoin, jotta potilaan mahdollisesti tarvitsemiin lääkityksiin ja muihin hoitotarpeisiin kyetään varautumaan ajoissa.

Potilaan turvallinen siirtyminen edellyttää saattohoitosuunnitelman sisältävän hoitotiivistelmän valmistumista jatkohoitopaikan luettavaan muotoon siirtotilanteen yhteydessä. Potilasta lähetettäessä jatkohoitopaikkaan tulee suunnitelmassa olla varmistettuna se, miten potilas pärjää mahdollisten oireidensa kanssa seuraavaan lääkärikontaktiin saakka, joka on usein siirtoa seuraava arkipäivä. Myös jatkohoitopaikoissa, kuten kotihoidossa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla, tulee terävöittää saattohoitopotilaiden vastaanottokäytänteitä. Olisi hyvä, että esim. kotihoidosta voitaisiin jo ennakkoon käydä potilasta tapaamassa. Myös vuodeosastoille tulisi voida tehdä tutustumiskäyntejä jo ennen saattohoitoon siirtymistä.

Yhteistyötä terveydenhuoltoyksiköiden välillä pyritään parantamaan jatkossa luomalla alueellinen saattohoitohenkilöverkosto siten, että jokaisesta perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon yksiköstä nimetään lääkäri-hoitajatyöparit koordinoimaan saattohoitoa ja vastaamaan oman yksikkönsä saattohoidon kehittämisestä. Verkoston luomisessa hyödynnetään jo aikaisemmin perustettua Palliatiivisen hoidon asiantuntijaverkostoa, Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistyksen maakunnan syöpäsairaanhoidtajaverkoston jäseniä sekä kotiutushoitajatoimintaa.

Jokaisessa terveystieteidenkeskuksessa tulee [STM:n \(2010a\)](#) suositusten mukaisesti olla terveystieteidenkeskukohtainen tai alueellinen suunnitelma, jonka erikoissairaanhoidon saattohoidon yhdyshenkilö tuntee. Näin hän osaa ohjata kyseisen alueen potilaan sekä lähetteen hoitosuunnitelmiseen vastaanottavan yksikön vastuuhoidtajalle. Myös tätä käytäntöä kehitetään Pohjois-Karjalassa alueellisen saattohoitohenkilöverkoston avulla.

Jatkossa tulee pyrkiä siihen, ettei saattohoitopotilasta siirretä konsultaation takia laitoksesta toiseen, vaan nykyaikaista teknologiaa hyödyntämällä potilas saa avun olemassa olevaan hoitopaikkaansa. Konsultaatioissa hyödynnetään vuorovaikutteista sähköistä viestintää ja tietoteknisiä sovellutuksia. Puhelinkonsultaatiopalveluiden helpottamiseksi saattohoidon vastuuhenkilöiden yhteistietojen tulee olla reaaliaikaisesti päivitettyinä saatavilla kaikissa kunnissa.

5.6 Omaisten ja läheisten tukeminen

[STM:n suositusten \(2010a\)](#) mukaan hoitotahon pitäisi turvata omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon potilaan toivomalla tavalla. Saattohoitoon kuuluu olennaisesti potilaan omaisten ja läheisten tukeminen, neuvonta, ja käytännön asioiden ohjaus. Hyvään saattohoitoon kuuluu avoin ilmapiiri ja vapaus tunteiden ilmaisuun. Kotisaattohoidossa omaisten merkitys korostuu erityisesti, ja kotisaattohoidon esteenä onkin usein omaisten uupuminen hoitotilanteessa. Kotihoidon palvelujärjestelmää on suunniteltava siten, että kuolevalle potilaalle kyetään tarjoamaan hoivaa joustavasti, ilman viiveitä omaisen jaksaminen huomioiden. Saattopotilaiden omaiset tarvitsevat lepoa ja näiden toteutumista on suunniteltava jo ennakkoon.

Omaisten tukemisessa on myös vapaaehtoistyöntekijöillä merkittävä rooli. Yhteistyötä järjestöjen ja seurakuntien kanssa tulee jatkossa kehittää ja tiivistää. [Euroopan neuvosto](#) huomauttaa

suosituksissaan (2003), että myös vapaaehtoistyöntekijät tarvitsevat koulutusta arvokkaassa työssään.

Saattohoitopotilaan omaiset tarvitsevat erityistä tukea myös potilaan kuoleman jälkeen. Omaisille on annettava riittävästi tilaa ja aikaa jäähyväisten jättämiseen, he tarvitsevat usein tukea ja opastusta myös käytännön järjestelyissä. Omaisille on suotava mahdollisuus olla yhteydessä saattohoitohenkilöstään myös potilaan kuoleman jälkeen.

6 RESURSSOINTI

6.1 Saattohoitohenkilökunnan rakenne ja koulutus

[Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys \(EAPC\)](#) on laatinut Euroopan palliatiivisen hoidon suositusten pohjalta vähimmäiskriteerit palliatiivisen hoidon tarpeesta ja lääkäreiden sekä hoitohenkilökunnan koulutuksen sisällöstä. Kriteerien mukaan tarvitaan 80 – 100 saattohoitovuodepaikkaa /milj. asukasta, tämä tarkoittaa 13 - 16 saattohoitopaikkaa 165 000 asukkaan kokoisessa Pohjois-Karjalan maakunnassa. [Saattohoidon henkilökuntatarpeeksi eri suosituksissa linjataan 1.0 - 1.2 hoitajaa ja n. 0.15 lääkäriä saattohoitovuodepaikkaa kohden.](#) Kriteereissä määritellään myös muun henkilökunnan tarve. Kotisaattohoitoon suositellaan yhtä asiantuntijaryhmää 100 000 asukasta kohti. Pohjois-Karjalassa ei ole yhtään pelkästään palliatiivisten tai saattohoitopotilaiden hoitoon keskittynyttä terveydenhuollon yksikköä, eikä näin ollen osastojen henkilökunnan määrää voi aivan suoraan verrata yllä oleviin suosituksiin.

Lisäksi [STM:n \(2010a\)](#) antamissa suosituksissa todetaan saattohoitohenkilöstöstä, että saattohoitosuunnitelman edellyttämiä palveluita potilaalle ja omaisille tuottaa [moniammatillinen työryhmä](#) ja että kuolevalle potilaalle tulisi järjestää [omahoitaja](#). [ETENE 2003](#) ottaa kantaa, että saattohoitoa toteuttaviin terveyskeskuksiin ja sairaaloihin on hyödyllistä nimetä [saattohoidosta vastaava lääkäri](#), jonka on mahdollista hankkia riittävästi oirehoidon koulutusta, järjestää aikaa kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaamiseen sekä kouluttaa yksikön muita lääkäreitä saattohoidon toteutuksessa.

Suosittelun mukaisen saattohoidon järjestäminen ei [STM:n \(2010a\)](#) arvion mukana lisää kunnallisia kustannuksia pidemmällä tähtäimellä, kysymys on toiminnan uudelleen järjestämisestä ja resurssien

ohjaamisesta toiminnan kannalta järkevästi. Sairaanhoidopiirin keskeisenä tehtävänä on muodostaa toiminnallinen kokonaisuus alueensa erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta. Sairaalan tehtäväksi linjataan alueensa terveyskeskusten ja yksityisten hoitolaitosten lääkäreiden ja hoitohenkilöstön kouluttamisen. Perusterveydenhuolto on saattohoidon ensisijainen toteuttaja ja sen tulee huolehtia kaikista niistä potilasta, joiden hoito ei edellytä erityisosaamista. Perusterveydenhuollon osaamista ja konsultaatiomahdollisuuksia tulee vahvistaa, mutta toisaalta tulee huolehtia siitä, että perusterveydenhuoltoon siirtyy vain sellaisia potilaita, joita on tarkoituksenmukaisinta hoitaa siellä. Palliatiivisen ja saattohoidon järjestäminen perusterveydenhuollossa vapauttaa resursseja sairauksien primaarihoitoon erikoissairaanhoidossa ([STM 2010b](#); [Hollu 2004](#)).

Kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille ja kaikkien lääkäreiden on hallittava saattohoidon periaatteet erikoistumisalasta tai työpisteestä riippumatta. Saattohoitohenkilökunnan koulutus lisää saattohoitosuunnitelmien ja DNR-päätösten määrää, oireiden havainnointia ja parantaa oirehoitoa. Hoitohenkilökunnan saattohoidon koulutuksen puute on huolestuttavaa, koska saattohoidon toteuttamisesta suuri osa on hoitajien vastuulla. ([ETENE 2003](#); [Hinkka 2001](#), [STM:n 2010a](#); [Toppinen 2004](#)).

Saattohoidon toteuttaminen vaatii ammattitaitoisten perusosaajien lisäksi erikoiskoulutettua henkilökuntaa. Koulutuksen tavoitteena on kolme osaamistasoa ([Liite 4](#)). Porrastetun hoitomallin tarkoituksena on turvata katkeamaton hoitoketju ja huomioida potilaan oikea-aikainen siirtyminen hoidon vaativuustasoa vastaavaan hoitopaikkaan. ([STM 2010b](#))

6.2 Hoitohenkilökunnan työssä jaksaminen

[STM:n \(2010a\)](#) suositusten mukaan saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on herkkyden ja intuition säilymisen edellytys ja näitä ominaisuuksia tulee tukea ja kehittää.

Työyhteisössä tulee ottaa huomioon saattohoidon toteuttamisen aiheuttama emotionaalinen rasitus. Työnantajan velvollisuus on huolehtia työnohjauksesta ja jaksamisesta ([ETENE 2003](#)). Jatkossa tulee selvittää, onko saattohoitohenkilöstöllä Pohjois-Karjalassa mahdollisuus esimerkiksi työnohjaukseen ja minkälaiselle tuelle heillä olisi tarvetta.

6.3 Saattohoitoympäristö

Terveyskeskusten saattohoitovuodepaikkojen on oltava saattohoitoon soveltuvia. Kuolevan potilaan vaatima hoiva edellyttää, että hänen ympärillään on riittävästi tilaa. Oma huone mahdollistaa omaisten läsnäolon potilaan rinnalla vuorokauden ympäri. ([EAPC 2010](#); [ETENE 2003](#); [STM 2010a](#)). PKSSK:n saattohoitoportaaliin kuvataan ihanteellinen saattohoitoympäristö.

6.4 Välineistö

Sujuvaan saattohoitoketjuun kuuluu myös se, että potilas saa hyvän hoitonsa edellyttämät hoitotarvikkeet ja apuvälineet helposti ja viiveettä terveydenhuollon yksiköistä. Esimerkiksi happihoidon suhteen selkiytetään hoitoketjua jatkossa siten, ettei happilisästä hyötyvää saattohoitopotilasta rasiteta turhilla kuljetuksilla ja tutkimuksilla, vaan happihoito järjestyy tarvittaessa kotiin oireita lievittäväksi hoidoksi.

6.5 Ravitseminen

Saattohoitopotilaan ravitseminen herättää käytännön työssä runsaasti tunteita ja kysymyksiä. Ravitsemuksen terveyttä ylläpitävä merkitys muuttuu kuolemaa lähestyessä elämänlaatua ja välitöntä mielihyvää tuottavaksi. Jatkossa tulee selvittää saattohoitopotilaan ruokahuoltoa ja siihen mahdollisesti liittyviä ongelmia maakunnassa.

7 LÄHDELUETTELO

Council of Europe. 2003. Recommendations Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. The committee of experts, Strasbourg.

EAPC. 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, 22 – 33.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. (http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf)

Hinkka, Heikki. 2001. Decision Making End-of-life Care; influence of physician's training, experience and personal characteristics (Lääkäreiden päätöksenteko kuolevan potilaan hoidossa; koulutuksen, kokemuksen ja henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutus). Acta Universitatis Tamperensis; 839, Tampere: Tampereen yliopisto.

Holli, Kaija. 2004. Palliatiivisen hoidon koulutus. Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito 28.11.2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kuolevan%20potilaan%20oireiden%20hoito)

Lahti, Raimo. 2004. Kuolevan hoitoon liittyvistä oikeudellisista näkökohdista. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2001. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisuja 4. (http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf)

Lääkintöhallitus. 1982. Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Nro 3024/02/80.

Pelkonen, Risto. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisuja 4. (http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 – 2020. Työryhmän raportti. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf)

Toppinen, Pilvi. 2004. ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2001. Kuolemaan liittyvät eettiset

kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisuja 4.

(http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf)

Valvira. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös).

(http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta)

Valvira. Saattohoito.

(http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)

WHO. 2002. National Cancer Control Programmes, Policies and managerial guidelines. 2. edition.

(<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf>)

8 LIITTEET

Liite 1	Tehty kuntakysely
Liite 2	Seurantakuntakysely
Liite 3	ESAS
Liite 4	STM:n ehdotus kolmiportaiseksi hoitojärjestelmäksi hoidon vaativuustason mukaan

Nimi:

Toimipaikka, kunta:

Kuinka kuntanne palliatiivinen ja saattohoito on järjestetty?

Onko kunnassanne mahdollisuuksia kotisaattohoitoon? Jos ei, niin minkä koette olevan kotisaattohoidon esteenä?

Minkälaista osaamista organisaatiostanne löytyy? Työskenteleekö teillä palliatiiviseen hoitoon, saattohoitoon, kivun hoitoon tms. perehtynyttä hoitajaa tai lääkäriä?

Minkälaisia kivunhoito-menetelmiä käytätte (esimerkiksi kipupumppu, kipulaastarit jne)? Pystytäänkö näitä hoitomenetelmiä käyttämään kotiolosuhteissa? Mistä lääkkeitä toimitetaan kotihoitoon?

Järjestetäänkö kuntanne palliatiivisille potilaille saattohoitohoitoneuvottelu? Kuinka se mielestäsi toimii?

Minkälaisia palliatiivisen ja saattohoidon haasteita näette Pohjois-Karjalassa olevan? Kuinka haluaisitte hoitoa kehitettävän?

Mikä auttaisi tai helpottaisi hoidon järjestämistä? Mikä on hyvän palliatiivisen ja saattohoidon esteenä?

Millaista koulutusta toivoisit oman työnnne tueksi saattohoidosta? Kuinka usein koulutusta tulisi järjestää?

Muita kommentteja/risuja/ruusuja/ideoita palliatiivisesta ja saattohoidosta kuntasi ja maakuntasi alueelta.

Saattohoitosuunnitelman toteutumista arvioidaan vuoden kuluttua seuraavien kysymysten avulla:

1. Saattohoidon arvo ja merkitys lisääntyy osana potilaan palliatiivista hoitoa.
 - Onko saattohoidon merkityksestä keskusteltu työyhteisöissä?
 - Mitä työyhteisössä on tehty saattohoidon kehittämiseksi?

2. Alueellinen saattohoitopolku selkiytyy.
 - Onko saattohoitopäätösten tekeminen ja saattohoitosuunnitelmien laatiminen lisääntynyt?
 - Ovatko saattohoitoa koskevat kirjaamiskäytänteet täsmentyneet?
 - Onko saattohoitopotilaan hoitovastuun siirtyminen terveydenhuoltoyksiköiden välillä muuttunut sujuvammaksi?
 - Ovatko saattohoitopotilaita koskevat konsultaatiokäytänteet muuttuneet? Miten?
 - Ovatko yksityisten hoivakotien saattohoitomahdollisuuden parantuneet?
 - Onko saattohoitoa koskeva portaali PKSSK:n intranetissä otettu käyttöön?

3. Saadaan tietoa alueellisesta saattohoidon resurssoinnista (henkilökunta- ja tilarakenne) ja koulutustarpeista.
 - Millaiset ovat saattohoitohenkilöstön resurssit yleisiin suosituksiin suhteutettuna? Onko tarvetta muutoksiin?
 - Onko kotisaattohoidossa olevien potilaiden mahdollista tavoittaa hoitotahonsa ympärivuorokautisesti?
 - Millaiset ovat saattohoidon toimintaympäristöt? Miten niitä tulisi kehittää?
 - Mitkä ovat keskeisimmät täydennyskoulutustarpeet?
 - Onko saattohoitotyöntekijöillä mahdollisuus osallistua työnohjaukseen?

4. Moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen saattohoitopotilaiden hoidossa tiivistyvät.
 - Mitkä ammattiryhmät osallistuvat saattohoitoon? Miten esimerkiksi sosiaalityön ja fysioterapian roolia saattohoitopotilaan hoidossa voitaisiin kehittää?
 - Onko alueellinen saattohoitohenkilöverkosto perustettu?

5. Omaisten mahdollisuudet osallistua saattohoitoon paranevat.
- Miten omaisten mahdollisuuksia osallistua saattohoitoon on parannettu?
 - Mitkä tekijät vähentävät omaisten osallistumista saattohoitoon?

ESAS – OIREKYSELY POTILAAN OIREENMUKAISEEN ARVIOINTIIN

Mukaeltu suomenkielinen versio (lähteenä Edmonton Symptom Assessment System – ESAS-r)

Nimi:**Päivämäärä:****Henkilötunnus:****Osasto/poliklinikka:**

Ympäröikää numero joka parhaiten kuvaa oloanne juuri NYT:

Kipu

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Väsymys/uupumus

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Pahoinvointi

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Ruokahaluttomuus

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Ummetus

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Hengenahdistus

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Masennus

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Levottomuus/ahdistus

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Unettomuus

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Muu ongelma _____

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Millaisena koette vointinne kokonaisuudessaan tänään?

Paras mahdollinen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Lomakkeen täytti:

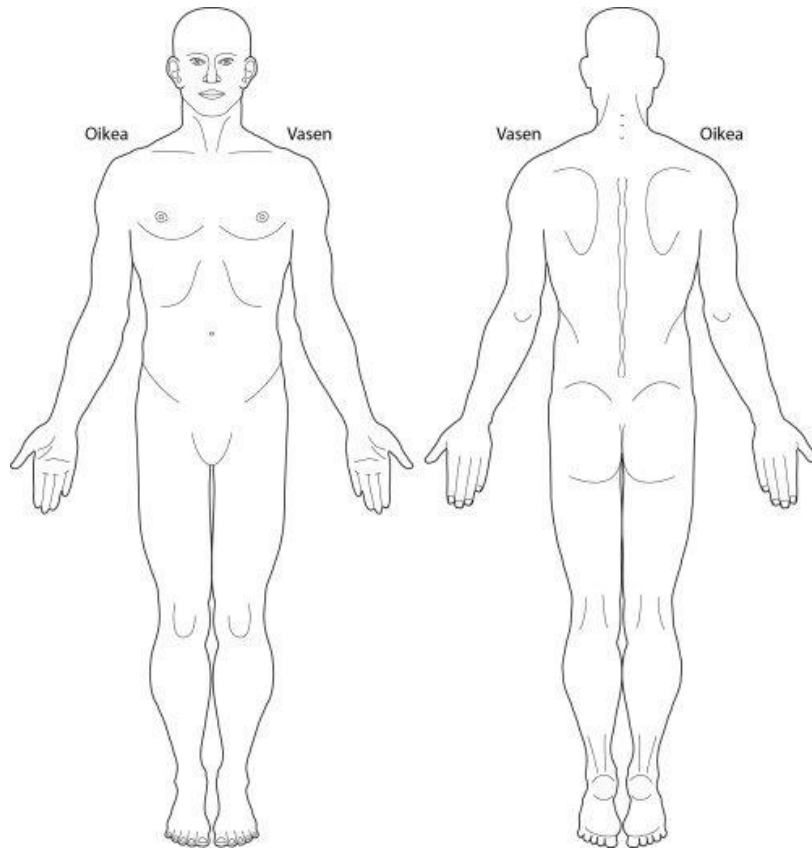
Potilas

Omainen/läheinen

Terveystieteiden henkilö

**KOKOVARTALOKAAVIO SIVUN KÄÄNTÖPUOLELLA
MERKITKÄÄ NÄIHIN KUVIIN MISSÄ KIPU TUNTUU:**

Liite 3, 2/2



Kauanko kipu kestää?

Esim. jatkuva, ajoittainen, kohtauksittainen tai jotain muuta

Minkä laatuista kipu on?

- pinnallinen – syvä
- epämääräinen – tarkkarajainen
- tylppä – jomottava
- puristava – säteilevä
- pistävä – vihlova
- viiltävä – repivä
- jotain muuta

Mikä yleensä vaikuttaa kipuun, pahentaa tai helpottaa?

Mitä lääkettä on kokeiltu ja miten se on auttanut; sivuvaikutukset?

Potilaan itsensä kokema pahin ongelma?

Potilaan liikkumiskyky?

Käytössä olevat kipulääkkeet, pahoinvointi- ja ummetuslääkkeet?

STM:N EHDOTUS KOLMIPORTAISEKSI HOITOJÄRJESTELMÄKSI HOIDON
VAATIVUUSTASON MUKAAN:

1. Kaikki terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan palliatiivisessa tai saattohoidossa olevia potilaita

- vastaavat perustason palliatiivisesta ja saattohoidosta.

2. Alueelliset palliatiivisen- ja saattohoidon yksiköt

- toteuttavat oman alueensa palliatiivista ja saattohoitoa.
- toimivat oman alueen konsultoivina yksikköinä.

3. Yliopistosairaaloiden palliatiivisen lääketieteen yksiköt ja saattohoitokodit

- antavat vaativaa palliatiivista hoitoa ja toimivat alueellisina palliatiivisen hoidon konsultaatioyksikköinä.
- osallistuvat alan opetukseen
- osallistuvat lisäkoulutukseen
- tekevät alan tutkimusta ja osallistuvat palliatiivisen hoidon kehittämiseen.