

**Eeva Rahko**

LT, syöpätautien erikoislääkäri
Palliativisen lääketieteen erityispätevyys
OYS, SyHe, Syöpätaudit
eeva.rahko@ppshp.fi

Palliativisen hoidon periaatteista

Palliativinen hoito on kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä aktiivista hoitoa, jossa huomioidaan kärsimyksen fyysisen ulottuvuuden lisäksi myös psykosiaaliset ja eksistentiaaliset hoidon tarpeet. Kun parantuminen ei ole lääketieteellisesti arvioiden mahdollista, tulisi lääkärin näkökulman kääntyä sairauskeskeisestä ajattelusta ihmiskeskeiseen arviointiin. Anestesiologin osaamista tarvitaan palliativisessa hoidossa varsin usein — ja osalla potilaista tämä osaaminen on ratkaisevan tärkeä.

Suomessa yleisimpiä kuolinsyitä ovat sydän- ja verisuonisairaudet, syövät ja dementoivat sairaudet. Maanosien välisessä vertailussa palliativisen hoidon tarve on väestöön suhteutettuna suurinta juuri Euroopassa, mikä liittyy väestön ikääntymiseen. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tarpeet on useimmiten liitetty syöpäsairauksien hoitoon, mutta maailman

terveysjärjestö arvioi että 60 % palliativisen hoidon koko tarpeesta kohdistuu ei-maligneja tauteja sairastaviin potilaisiin. Toisaalta, vuoteen 2030 mennessä kaikkein voimakkaimmin nousee syöpätauteihin kuolevien osuus, sillä kasvaintautien esiintyvyys kasvaa myös kehittyvissä maissa (1).

Varhaisella palliativisella hoidolla tarkoitetaan tautispesifisen hoidon rinnalle liitettyä palliativista hoitoa. Tällä lähestymistavalla on

havaittu suotuisia vaikutuksia syöpäpotilaiden elämänlaatuun ja sillä voidaan edistää oikea-aikaista ohjausta tautia jarruttavista hoidoista puhtaasti oireenmukaiseen, palliativiseen hoitoon (2–5). Saattohoitovaiheeseen siirrytään, kun elinajan ennustetaan olevan korkeintaan muutamia viikkoja.

Palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen

Yleislääkäri kohtaa vastaanotollaan tavallisimmin monisairaana potilaan, mutta tämä on arkea myös erikoissairaanhoidon vastaanotoilla ja hoitoarvioissa, joissa kokonaisvaltaisen ja johdonmukaisen hoitolinjan määrittäminen on vaikeampaa lyhyiden potilaskontaktien ja lääketieteellisen syväosaamisen kaventaessa näkemystä potilaan hoidossa (6). Parhaimmillaan erikoissairaanhoido tuottaa potilaalle elämänlaatua ja usein myös lisää elinaikaa. Pahimmillaan päädytään potilaalle hyödyttömiin interventioihin ja aiheutetaan potilaalle lisää kärsimystä. Kun erikoissairaanhoidossa potilaan polku on pääosin viritetty yksittäisten toimenpiteiden mahdollisimman tehokkaiseen toteuttamiseen, eikä eri organisaatioihin hajautunut hoitojärjestelmä tunnista monisairaana potilaan ongelmia, korostuu yksittäisten ammattilaisten kyky poimia potilaskäynnistä ne potilaat, joilla toimintakyky on joka tapauksessa heikkenemässä ja jotka hyötyisivät ohjauksesta palliativisen hoitoketjun piiriin. Potilaan kokonaisennusteen arvioiminen ei välttämättä ole helppoa, mutta sen ei pitäisi estää keskustelua hoitotoimien tavoitteista ja rajallisuudesta silloin, kun taudin hallintaan ei ole hyviä keinoja. Saattaa olla, että potilas ja omaiset ovat jopa lääkäriä valmiimpia keskustelemaan elämän rajallisuudesta ja kuoleman väistämättömyydestä, mutta odottavat että lääkäri tekee keskustelussa aloitteen.

Palliativisen hoidon järjestäminen

Palliativisen hoidon osaamista tarvitaan kaikilla terveydenhuollon tasoilla sekä pitkäaikaissairaita hoitavissa sosiaalipalvelulain alaisissa yksiköissä.

Sosiaali- ja terveysministeriön järjestämissuosituksen mukaan palliativinen hoito jakautuu vaativuutensa perusteella kolmeen tasoon: perustasoon (A) (kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt sekä perustason saattohoitoyksiköt), erityistasoon (B) ja vaativaan erityistasoon (C) (7). Valtaosa potilaista voidaan hoitaa perustasolla, mutta arviolta kolmannes potilaista tarvitsee erityistason (B/C) hoitoa palliativisissa kotisairaaloissa, palliativisilla osastoilla tai saattohoitokodeissa. Sairaaloissa palliativisen hoidon konsultaatiotiimit tarjoavat erityistason hoitoa ja konsultaatiotukea. Polikliinisia hoitoarvioita järjestetään palliativisen hoidon ajanvarauspoliklinikoilla. Yliopistosairaalan palliativinen keskus vastaa alueensa hoitoketjusta sekä opetuksesta ja tutkimuksesta yhteistyössä yliopistojen kanssa.

Tämän järjestämissuosituksen mukaisesti on parhaillaan rakenteilla eri sairaanhoitopiireissä palliativiseen hoitoon perehtynyt kotisairaala-verkosto valtion hankerahoituksen tukemana, osalla alueista vastaava kotisairaala jo toimii. Etelä-Suomen suurissa kaupungeissa on enemmän palliativisen hoidon erityispuoleiden hankkineita lääkäreitä ja myös saattohoitokoteihin kattunutta erityisosaamista. Harvemmin asutetulla ja pitkien etäisyyksien Pohjois- ja Itä-Suomella on asiassa haasteensa, mutta esimerkiksi etäyhteyksiä hyödynnetään enenevästi ja pienillä paikkakunnilla pitkät hoitosuhteet ja yksilölliset hoitojärjestelmät toimivat usein potilaan eduksi.

Palliativisen hoidon erityistason päivystystä ei ole saatavissa vielä millään alueella. Ennakoivalla palliativisen hoidon suunnitelmalla voidaan varautua useimpiin päivystysajan ongelmiin. Kotisaattohoidon suunnittelun osaksi tuleekin kuulua potilaan kotona säilytettävä ajantasainen hoitokansio, jossa kuvataan potilaan kirjallinen hoitosuunnitelma sekä toimintaohjeet oirehoidon tehostamiseen, konsultaatiotaho sekä tukiosaston yhteystiedot. Alueellisesti tarvitaan vielä kehittämistyötä ja hoitoon osallistuvien vuoropuhelua, jotta hoidossa huomioitaisiin myös ensihoidon käytettävissä olevat hoitomahdollisuudet. Ensihoidon ja kotisaattohoidon yhteistyötä on kehitetty erityisesti Paletti-hankkeessa

Pahimmillaan aiheutetaan potilaalle lisää kärsimystä.

>>

2013–15 Pohjois-Karjalassa ja toimintamallia suositellaan edelleen kehitettäväksi eri alueilla (7).

Palliativisen hoidon ja tehohoidon risteyksessä

Silloin, kun tehostetussa hoidossa olevan potilaan yleistila romahtaa eikä toipumisedellytyksiä ole, saattohoito esimerkiksi teho-osastolla voi lyhentyä tunneksi. Näissäkin vaativissa tilanteissa oirehoidolla ja potilaan ja omaisten tukemisella on suuri merkitys. Saattohoidon todentaminen myös sanallisesti edistää potilaan toiveiden huomioimista (8). Kun tavoite on hyvä oirehallinta ja rauhallinen kuolema, oirehoitoon vaikuttamattomat lääkitykset voidaan purkaa ja luopua esimerkiksi kipua aiheuttavista verikokeista ja fysiologisista mittauksista. Hyvästijättöön pyritään tarjoamaan yksityisyyttä ja potilaan ja omaisen niin toivoessa järjestetään sairaalapastorin tapaa-minen. Anestesiologi toimii tuolloin tärkeimpänä tiedonantajana potilaalle ja omaisille. Hoitolinjoja pohditaan moniammatillisesti ja enenevästi myös palliativisen hoidon konsultaatiotiimit osallistuvat hoitoneuvotteluihin (9). Erityisesti potilaan siirtyessä vuodeosastolle saattohoitoon, palliativisen hoidon konsultaatio voi sujuvoittaa ja edistää hyvän oirehoidon toteutumista vuodeosastolla.

Ei vain hoidon rajausta vaan hoidon ennakoivaa suunnittelua

Hoitoa rajaavat päätökset herättävät välillä keskustelua, ja terminologiasta ja päätösten sisällöstä on ainakin aikaisemmin esiintynyt sekaannuksia myös ammattilaisten keskuudessa. Potilasasiakirjoihin merkitty DNR/DNAR (do not attempt resuscitation) on saattanut toimia epämääräisenä viestinä hoitotiimille, että potilaan ennuste on heikko eikä kajoaviin hoitotoimiin ryhdytä. Virhetulkinnoissa on tehty se väärä johtopäätös, että tuolloin kaikki elämää ylläpitävä hoito lopetettaisiin. Päätös kuitenkin rajaa pois vain kardiorespiratorisen elvytyksen, mutta mahdolliset muut hoitoa rajaavat seikat on arvioitava erik-

seen. DN(A)R-päätös ei siten ole saattohoidon synonyymi, mutta tehty saattohoitopäätös pitää sisällään päätöksen pidättäytyä elvytysyrityksestä (10). Hoitoa rajaavien päätösten rinnalle tarvitaan suunnitelma potilaan hoidosta ja sen järjestämisestä (11, 12). Palliativista hoitolinjaa kuvataan sairauskertomuksessa ICD-diagnosikoodilla Z51.5.

Pandemia ja palliativinen hoito

Koronapandemia on nostanut tehohoitokapasiteetin valtakunnallisesti keskustelun keskiöön. Tehohoidon ulkopuolelle rajaaminen voi herättää potilaassa pelkoa hoidotta jäämisestä. Toisaalta määrittelemättömät hoitolinjat iäkkäillä ja kroonisesti sairailta potilailta turhauttavat ja ahdistavatkin päivystysyksiköissä työskenteleviä. Palliativisen hoidon roolista tuki- ja oirehoidossa on keskusteltu vain vähän. Silti palliativisen hoidon ideologia on hyvin sovellettavissa myös pandemiassa: potilaan oireita lievitetään ja tukihoitoa toteutetaan tasolla, joka on sopusoinnussa potilaan toiminta- ja toipumiskykyyn. Keväällä 2020 Terveysportissa julkaistiin ohje koronainfektion oireenmukaisesta hoidosta (13). Tuetussa asumispalveluyksikössä asuvaa vanhusta tulee voida hoitaa hänelle kodiksi muodostuneessa yksikössä esimerkiksi kotisairaalan tuella. Geriatrien kannanotto covid-19-potilaiden hoidossa korostaa yksilöllistä hoitoarviota (14).

Osa hoitohenkilökunnasta on sijoitettu koronainfektioita sairastavien ja siihen kuolevien potilaiden hoitoon lyhyen perehdytyksen jälkeen tai ilman aiempaa kokemusta saattohoidosta. Heille potilaiden ja omaisten hädän kohtaaminen on oletettavasti erityisen kuormittavaa. Olisi tarpeellista, että myös eksistentiaalisen kärsimyksen ja surureaktioiden kohtaamiseen tarjottaisiin koulutusta niin sairaalateologian, yleissairaala-psykiatrian kuin palliativisten yksiköidenkin toimesta.

Ennakoivalla palliativisen hoidon suunnitelmalla voidaan varautua useimpiin päivystysajan ongelmiin.

Palliativisen lääketieteen koulutus

Noin puolessa Euroopan maista lääkäreille on tarjolla jokin erikoistumisohjelma palliativiseen lääketieteeseen. Suomen Lääkäriliitto on ylläpitänyt palliativisen lääketieteen erityispätevyysohjelmaa vuodesta 2007 alkaen, ja erityispätevyyteen tähtäävän koulutuksen toteutuksesta on vastannut Suomen Palliativisen Lääketieteen Yhdistys (SPLY). Nykyisin erityispätevyyskoulutukseen kuuluu kahden vuoden kliininen palvelu, josta kuusi kuukautta tulee suorittaa erityispätevyyden koulutusoikeudet saaneessa erityistason yksikössä (B/C). Koulutukseen kuuluu teoriaopintoja vähintään 150 tuntia, tutoropetusta ja kirjallinen kuulustelu. Koulutusta on saatavilla myös pohjoismaisella kurssilla: Nordic Specialist Course in Palliative Medicine (NSCPM) järjestetään yhteistyössä pohjoismaisten yhdistysten kanssa. Uusi kurssi käynnistyy syksyllä 2021 ja haku on käynnissä 16.4.2021 asti (15). Keväeseen 2020 mennessä Suomessa 14 anesthesiologia oli hankkinut palliativisen lääketieteen erityispätevyyden, mutta määrä tulee kasvamaan tulevina vuosina.

EduPal-hanke on opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama kärkihanke, jossa uudistetaan sekä palliativisen lääketieteen että hoitotyön perus- ja täydennyskoulutusta (16). Kaikki lääketieteelliset tiedekunnat ovat mukana hankkeessa. Kuluvan vuoden loppuun mennessä hankkeessa päättyy pilotoitavana oleva seminaarisarja, joka antaa valmiuksia palliativisen lääketieteen erityispätevyyteen.

Perustasolla tarvittavaa palliativisen hoidon osaamista tulee vahvistaa myös kandidaattien opetuksessa. Lääketieteen kandidaateille osoitettu kyselytutkimus osoitti, että Helsingin ja Tampereen yliopistoissa, joissa on palliativisen lääketieteen oma kurssi ja oppiala, 80–90 % opiskelijoista kertoi kohdanneensa saattohoitopotilaan opetuksessa, kun muissa yliopistoissa opiskelleista näin arvioi vain kolmannes (17). Voiko osaamista edellyttääkään, mikäli palliativisen hoidon tai saattohoidon potilasta ei joko todella kohdata opetustilanteissa tai tällaista potilasta ei tunnusteta? EduPal-hankkeen tavoitteena on kehittää integroitua palliativisen hoidon opetusta, mutta myös edistää oman oppialan perustamista niihin yliopistoihin, joissa sitä ei vielä ole.

Työn ääreltä

Potilaan ja omaisen auttaminen silloin, kun ”häätä on suurin”, on palkitsevaa silloinkin, kun taudinkulku johtaa kuolemaan. Osa potilaista hyötyy erityistason toimenpiteistä, mutta kaikki potilaat tarvitsevat arvostavaa kohtaamista ja kuulluksi tulemistä. Kollegiaalisuuden ja moniammatillisuuden arvostus kasvaa luontaisesti palliativisen hoidon työryhmässä toimiessa kuten muussakin tiimityössä. Tuon oman osaamiseni potilashoidon kokonaisuuteen ja on etuoikeus saada itse neuvoja ja oppia kollegoilta. Ja potilas – ehkä huomaamattaan – opettaa usein elämää! ■

Viitteet

1. World Health Organization. Saatavissa: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2015_2030/en/
2. Temel J, Greer J, Muzikansky A, Gallagher E, ym. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733–42.
3. Haun MW, Estel S, Rücker G, ym. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue 6. Art. No: CD011129.
4. El-Jawahri A, LeBlanc T, Kavanaugh A, ym. Effectiveness of Integrated Palliative and Oncology Care for Patients With Acute Myeloid Leukemia A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol* 2021; 7(2): 238–245.
5. Rautakorpi L, Jyrkkö S, Löyttyniemi E, Hirvonen O. End-of-life care among patients with pancreatic cancer with or without palliative intervention: a retrospective single-centre study. *Acta Oncologica* 2021; 60:1, 106–111.
6. Koskela T. Monisairas potilas. *Duodecim* 2020; 136: 2206–8.
7. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. STM raportti 2019:68. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>
8. Lund V. Tehohoito vai saattohoito? *Finnanest* 2012; 45(5): 442–445.
9. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith T, Pronovost P. *J Palliat Med* 2014 Feb;17(2): 219–35.
10. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito.
11. Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018. www.kaypahoito.fi.
12. Lehto J, Marjamäki E, Saarto T. Elämän loppuvaiheen enakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 2019; 135(4): 335–42.
13. Ohjeita COVID-19-potilaiden saattohoitovaiheen lääkehoidon. Terveysportti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/tk/article/ykt01997/search/koronavirus%20ja%20palliativinen>
14. Suomen akuuttigeriatrian yhdistys. Saatavissa: http://www.akuuttigeriatria.fi/?page_id=264
15. Suomen palliativisen lääketieteen yhdistys. Saatavissa: <https://www.palliativisenlaaketieteenyhdistys.fi/koulutus-uusi/palliativinen-erityispatevyys/>
16. EduPal hanke. www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi
17. Lehto J, Hökkä M, Lamminmäki A, ym. Palliativisen lääketieteen opetus lääketieteen kandidaattien arvioimana. *Suomen Lääkärilehti/Suomen Lääkärilehti* 2020; 75(36): 1775–1780.