

<https://helda.helsinki.fi>

---

## Parinkymmenen vuoden päänsärky - tapauksen ratkaisu

Suomela, Jarkko

2019

---

Suomela , J & Artto , V 2019 , ' Parinkymmenen vuoden päänsärky - tapauksen ratkaisu ' ,  
Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 74 , Nro 19 , Sivut 1210-1212 . <  
<https://www.laakarilehti.fi/pdf/2019/SLL192019-1210.pdf> >

---

<http://hdl.handle.net/10138/315620>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*

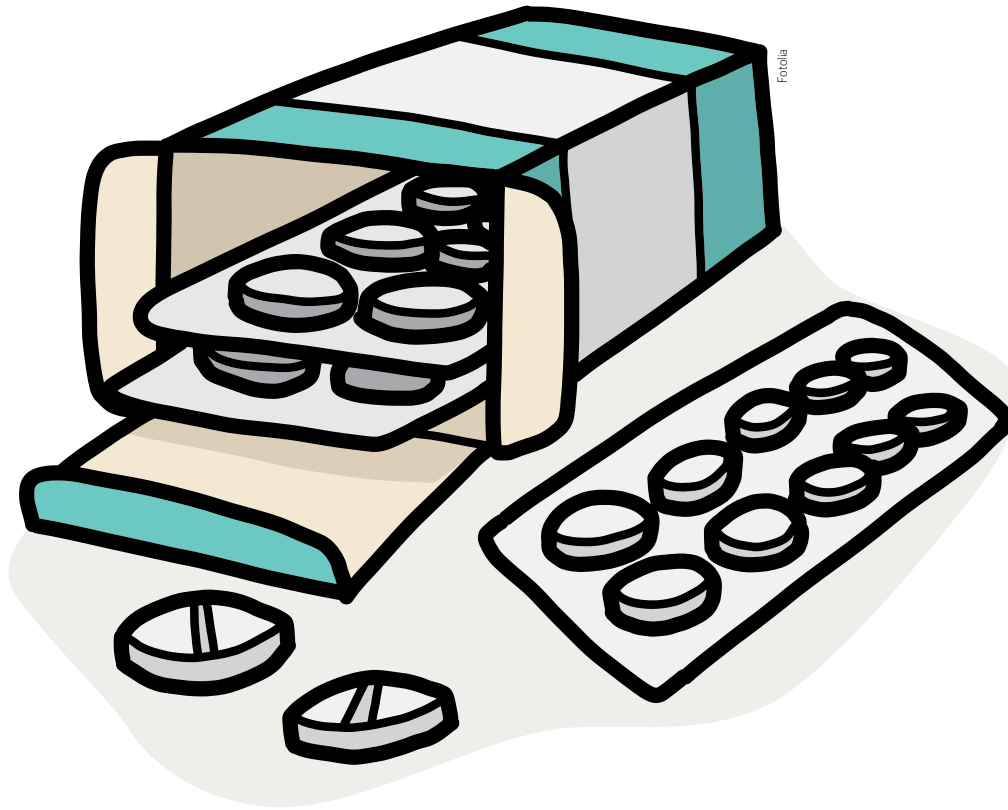


Foto:la

# Parinkymmenen vuoden päänsärky – tapauksen ratkaisu

Neurologin vastaanotolle tuli työterveyslääkärin lähettämänä 42-vuotias rakennusalalla työskentelevä mies pitkäaikaisen päänsärkyongelman vuoksi.

**P**äänsärkyä oli ollut kohta parinkymmenen vuoden ajan, alkuvuosina lievempää, mutta noin viiden vuoden ajan selvästi voimakkaampaa ja kolme viime vuotta erityisen hankalaa. Potilas arvioi särkyä esiinty-

vän noin 25 päivänä kuukaudessa, niistä 7–10 päivää voimakkaampana. Särky oli pikemminkin jatkuvaa kuin kohtausmaista. Siihen on liittynyt hajuerkkyyttä, ja kivun yltyessä potilas on mieluiten hakeutunut lepoon. Voimakkaan säryn yhteydessä on usein ollut pahoinvointia

ja oksenteluakin. Neurologisia puutosoireita ei ole.

Potilas on ollut koko aikuisiän huomattavan ylipainoinen, mutta laihduttanut elämäntaparemontilla toistakymmentä kiloa parissa vuodessa. Verenpaineauti ja uniapnea hänellä on ollut jo

## MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee klinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Fimnetin keskustelutaululla [www.fimnet.fi](http://www.fimnet.fi). Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä: Mikael Kuitunen, Mika Laitinen, Anneli Lauhio, Jarkko Suomela

lähes kymmenen vuotta. Verenpainelääkitykseksi aloitettiin vuosi sitten kandesartaani, ja aluksi päänsärky lievittyi jonkin verran. Muita verenpainelääkkeitä mies ei ole tarvinnut. CPAP-hoito toimii hänen mukaansa hyvin.

Työterveyshuollosta potilas sai kokeeksi amitriptyliiniä pienellä annoksella (10 mg x 1). Siitä ei ollut hyötyä eikä haittoja, ja potilas lopetti lääkityksen omatoimisesti. Hän on käyttänyt päänsärkyyn ibuprofeenia ja muita tulehduskipulääkkeitä, mutta ennen kaikkea jo vuosien ajan kodeiini-parasetamolihdistelmää. Noin viiden vuoden ajan sen käyttö on ollut jatkuvampaa, 1–6 tablettia lähes joka päivä.

Tutkittaessa potilaan yleistila oli hyvä. Hän oli kontaktissa asiallisesti ja puhe oli selkeää. Myös kävely oli sujuvaa. Neurologisessa tutkimuksessa ei tullut esiin poikkeavaa.

### Verkosta poimittua

”Jos tämä ei saa aikaan lääkepäänsärkyä niin sitten ei mikään”, totesi verkkolääkäri. Toinen luonnehti kodeiinia punaiseksi vaatteeksi päänsäryn hoidossa. Sitä sisältävän lääkityksen suunnitelmallinen asteittainen purku on kommentoijien mielestä ensimmäinen askel, löytyipä tutkimuksissa mitä tahansa. Fysioterapiaa ehdotettiin hoidon tueksi.

Kroonistunut migreeni oli oirekuvan perusteella monen verkkolääkärin veikkaus alkuperäiseksi särkyongelmaksi. Jos muuta syytä ei tule esiin, suositeltiin kokeilemaan toisia estolääkeryhmiä, kuten beetasalpaajia tai epilepsialääkkeitä.

Toisaalta pidettiin mahdollisena, että taustalta löytyy jotakin yllättävääkin. Oksentelu voisi viitata hydrokefalukseenkin, kommentoi eräs kollega. ”Välttämättä ei voimallisia neurologisia oireita ilmene, jos tauti on lievä.”

”Pään magneettikuvaus ei olisi mi-

nusta liioittelua tällä historialla, poissulkuajatuksella”, totesi verkkolääkäri myös. ”Toisaalta normaalilöydöksellä voisi olla psykologista merkitystä potilaan motivoinnissa lääkityksen pur-

kuun”, hän jatkoi. Näin pitkäkestoisen oireen taustalla vakavat syyt ovat kollegan arvion mukaan varsin epätodennäköisiä, mutta esimerkiksi Arnold–Chiarin malformaatio voisi aiheuttaa sentraalista uniapneaa päänsäryn ja pahoinvoinnin lisäksi.

### Jatkohoito

Potilaalla oli ollut vuosien ajan jatkuvampaa särkyä, jossa on migreenin piirteitä ja jonkin verran myös niskajännityspäänsäryn, mutta viime vuosien ongelmana on kuitenkin selvästi myös sarkyläkepäänsärky. Kokonaisuudessaan kyseessä on ns. vyyhtipäänsärky, ja tämä selvitettiin potilaalle.

Potilasta kehoitettiin minimoimaan kipulääkkeiden käyttö, mutta ensisijaisesti lopettamaan kodeiinin käyttö kokonaan. Kipukynnystä nostavaksi estolääkitykseksi aloitettiin amitriptyliini uudestaan, mutta aiempaa isommalla annoksella (25 mg x 1).

Varsinaista lääkevieroitusta ei tässä vaiheessa suunniteltu.

Potilaalle oli nimittäin suunnitteilla lähitulevaisuudessa elektiivinen leikkaustoimenpide, ja olisi ollut epärealistista käydä se läpi täysin ilman kipulääkkeitä.

Kontrollikäynnillä pari kuukautta myöhemmin potilas kertoi vähentäneensä merkittävästi kipulääkkeiden käyttöä. Päänsärkyä oli enää 2–3 päivänä viikossa.

Potilas jatkoi samoilla linjoilla, ja seuraavalla kerralla tavattaessa migreenityypistä päänsärkyä oli enää yhtenä

päivänä viikossa. Potilas oli varsin tyytyväinen tilanteeseen. Lisäksi hän oli edelleen saanut pudotettua painoa ja koki myös vointinsa kohentuneen.

### Neurologin kommentti

Tämänkaltaisen potilas on varsin tuttu neurologin vastaanotolla, eikä ongelma ole väestötasollakaan harvinaisen: sarkyläkepäänsäryn esiintyvyydeksi arvioidaan 1–2 % (1). Ilmiö kuitenkin tunnistetaan huonosti sekä terveydenhuollossa että apteekeissa. Potilaat kiertävät lääkäriltä toiselle päänsärkynsä takia ja saavat aina uusia kipulääkkeitä.

Kun potilas hakeutuu neurologin vastaanotolle, hän saattaa odottaa saavansa vihdoinkin todella vahvaa kipulääkettä. Ohje lopettaa kipulääkkeiden käyttö kokonaan tulee täytenä yllätyksenä, eikä lääkevieroitus tai siihen motivoiminen välttämättä ole helppoa.

Ongelman vähentämiseksi keskeistä on tiedon levittäminen sarkyläkepäänsärystä ja sitä kautta ongelman ehkäiseminen. On myös tärkeää ymmärtää, että satunnaisesti ilmenevät migreenikohtaukset ja lähes päivittäin oireileva krooninen migreeni edellyttävät täysin erilaisia lähestymistapoja. Satunnaiseen kohtaukseen hoitona on nopeasti otettu tehokas kohtauslääke, krooniseen migreeniin taas sopivan estolääkityksen löytäminen, mahdollisen sarkyläke-

päänsäryn tunnistaminen ja lääkevieroitus.

Kaikilla runsaasti kipulääkkeitä käyttävillä päänsärkyipotilailla lääkkeet eivät välttämättä ole päänsäryn kroonistumisen syy. Mutta jos kipulääkepäiviä on viikoittain säännöllisesti enemmän kuin lääkkeetömiä päiviä, hälytyskellojen tulisi soida ja asiaa on pohdittava vakavasti.

Käytännössä kaikki kipulääkkeet ja myös triptaanit voivat aiheuttaa sarkyläkepäänsärkyä, mutta erityisen petollisia ovat opiaatit. Niitä tulee välttää päänsäryn hoidossa. Onneksi Suomessa vah-

*Verkkolääkäri luonnehti kodeiinia punaiseksi vaatteeksi päänsäryn hoidossa.*

*Ohje lopettaa kipulääkkeiden käyttö kokonaan tulee yllätyksenä.*

voja opiaatteja käytetään vain hyvin harvoin tähän tarkoitukseen, mutta ongelmama särkylääkepäänsärystä ovat tulehduskipulääkkeet, triptaanit ja miedot opiaatit, eli kodeiini ja tramadoli.

Lääkkeistä vieroittautuminen voi olla hankalaa, mutta toisaalta jo pelkästään tiedon saamisella särkylääkepäänsärystä on osoitettu olevan päänsärkyä vähentävä vaikutus (2). Se riitti myös tämän tapauksen potilaan hoidossa. Päänsärky päiväkirja on hyvä työkalu tilanteen arvioimiseksi; sellaisen voi tulostaa Migreeniyhdistyksen verkkosivuilta, mutta osa haluaa mieluummin puhelimeen ladattavan sovelluksen.

Yleensä tarvitaan kuitenkin usean viikon tai jopa parin kuukauden lääkehoito. Sen toteutuksesta ja kestosta ei ole yksimielisyyttä. Se suunnitellaan tapauskohtaisesti ongelman vaikeusasteen mukaan. Se voidaan yleensä toteuttaa polikliinisesti ja vain poikkeuksellisesti tarvitaan osastohoitoa (3). Mikäli opiaattien käyttö on runsasta, lääkitystä saattaa olla tarpeen keventää asteittain ennen varsinaista vieroitusta. Pahoinvointilääkkeitä voidaan käyttää vieroitusvaiheessa oireenmukaisena lääkityksenä. Arvioiden mukaan lähes puolet särkylääkepäänsärkypotilaista hyöty merkittävästi lääkevieroituksesta (4).

Särkylääkepäänsäryn taustalla on lähes aina migreenitaipumus, ja oleellinen kysymys on, missä vaiheessa migreenin estolääkitys olisi syytä aloittaa. Osa asiantuntijoista suosittaa ensin lääkevieroitusta, jotta nähdään, mikä on päänsärkyjen määrä ja luonne ilman särkylääkepäänsärkyä. Perinteisten estolääkkeiden teho saattaa myös olla heppoinen ilman edeltävää vieroitusta. Toisaalta uudemmat estohoidot (botuliinitoksiini, CGRP-vasta-aineet) voivat osoittautua tehokkaiksi myös särkylääkepäänsärystä kärsiville potilaille. Niiden aloittaminen hyvissä ajoin saattaa

osalla potilaista helpottaa huomattavasti kohtauslääkkeiden vähentämisen aiheuttamia oireita.

Kipulääkkeiden liiallisen käytön lisäksi myös ylipainon tiedetään olevan riskitekijä migreenin kroonistumiselle (5). Tässäkin tapauksessa painon samanaikainen pudotus saattoi osaltaan auttaa jatkuvien päänsärkyjen helpottumisesta.

*Ongelmien  
ehkäisyn kulmakivi  
on hoidon  
jatkuvuus.*

#### Terveyskeskuslääkärin kommentti

Kipulääkkeiden saaminen usealta lääkäriltä ja mahdollisuus saada resepti uusituksi etänä voivat johtaa siihen, ettei kukaan tutki potilasta ja ota kokonaisvastuuta läkehoidosta. Pienen kipulääkemäärän toistuvakaan määrääminen ei useimmiten johda hoitokontaktiin. Vaikka etähoito on helpottanut monien asioiden hoitamista, se ei useinkaan voi korvata perinteistä vastaanottoa (6). Myöskään tieto lääkityksen muutoksista potilaan asioidessa eri hoitoyksiköissä ei välttämättä kulje, etenkin kun reseptikeskuksen lääkelistan hallinnassa ja käytettävyydessä on tunnetusti ongelmia.

Olisi hyödyllistä, jos myös reseptikeskus ja apteekki tukisivat lääkäreitä potilaan kokonaislääkityksen hallinnassa nykyistä paremmin. Ne voisivat esimerkiksi ohjata potilaan hoitavan lääkärin arvioon, jos käytössä on ollut vuoden aikana tietty määrä kipulääkettä. Särkylääkepäänsäryn ehkäiseminen on aina helpompaa, vaikuttavampaa ja halvempaa kuin komplikaatioiden hoito.

Ongelmien ehkäisyn kulmakivi on hoidon jatkuvuus: potilaalla on yksi hoitotaho ja mielellään yksi lääkäri, joka vastaa myös kokonaislääkityksen hallinnasta (7). Nykyään hoito on usein pirstaloitunutta ja potilaiden asiat aina vain monimutkaisempia. Lisäksi etenkin ikäihmisten hoitoisuus on vaikeutunut.

Hoitavalla lääkärillä pitää olla kylliksi

aikaa laadukkaaseen anamneesiin ja potilaan tutkimiseen, jotta olennaiset asiat hahmottuvat ja potilaalle syntyy luottamus lääkäriä kohtaan. Perusterveydenhuolto on edelleenärkevin taho vastamaan hoidon kokonaisuuden hallinnasta myös kustannusten näkökulmasta (7). Siihen se tarvitsee vahvistusta. ●

**JARKKO SUOMELA**

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri, terveyskeskuslääkäri ja lääkärikouluttaja Helsingin yliopisto ja Helsingin kaupunki

**VILLE ARTTO**

dosentti, neurologian erikoislääkäri HYKS, neurologian klinikka

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.

#### KIRJALLISUUTTA

- Diener HC, Holle D, Solbach K, Gaul C. Medication-overuse headache: Risk factors, pathophysiology and management. *Nat Rev Neurol* 2016;12:575–83.
- Kristoffersen ES, Straand J, Vetvik KG, Benth JS, Russell MB, Lundqvist C. Brief intervention for medication-overuse headache in primary care. The BIMOH study: A double-blind pragmatic cluster randomised parallel controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015;86:505–12.
- de Goffau MJ, Klaver ARE, Willemsen MG, Bindels PJE, Verhagen AP. The effectiveness of treatments for patients with medication overuse headache: a systematic review and meta-analysis. *J Pain* 2017;18:615–27.
- Tassorelli C, Jensen R, Allena M ym. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia* 2014;34:645–55.
- Bigal ME, Lipton RB. Obesity is a risk factor for transformed migraine but not chronic tension-type headache. *Neurology* 2006;67:252–7.
- <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suosituksel/>
- Raivio R. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 2017;133:1563–9.

# TUNNETKO TURVALLISUUSTIEDOTTEET?

Turvallisuustiedote on valmistajan lähettämä tiedonanto laitteeseen tai tarvikkeeseen liittyvistä riskeistä ja korjaavista toimenpiteistä. Se pitää käsitellä viiveettä.

**V**alviran määräyksen 1/2010 mukaisesti valmistajan tai sen valtuutetun edustajan on ilmoitettava Valviraan laitteeseen liittyvistä korjaavista toimenpiteistä tai laitteen markkinoilta poistamisesta. Silloin kun asiasta tiedotetaan jakelijoita ja laitteiden ammattilaiskäyttäjää, ilmoitukseen tulee liittää turvallisuustiedote (Field safety notice, FSN).

Terveystieteiden laitteen ja tarvikkeisiin liittyviä turvallisuustiedotteita tehdään paljon. Esimerkiksi vuonna 2018 Valvira vastaanotti 1 691 korjaavia toimenpiteitä tai markkinoilta poisvetoa koskevaa ilmoitusta. Viive tiedotteen käsittelyssä asiakasorganisaatioissa saattaa vaarantaa potilasturvallisuuden.

## Tapaus 1: jumittunut tiedote

Laitetoimittaja antoi maaliskuussa 2017 kiireellisen turvallisuustiedotteen defibrillaattoreista. Tiedotteessa pyydettiin informoimaan välittömästi kyseisten laitteiden huoltamisesta ja valvonnasta vastaavia siitä, että laite voi sammua yllättäen kesken elvytysyrityksen ja siten vaarantaa potilaan terveyden tai hengen. Tiedotteessa oli myös laitetoimittajan antamia toimintaohjeita tilanteen korjaamiseksi.

Turvallisuustiedote ei kuitenkaan edennyt organisaation sisällä. Kun laite-toimittaja ei saanut vastauksia tiedotteeseen, se kyseli lokakuussa 2017 tilannetta uudestaan pelastuslaitokselta, jonka kanssa hankintasopimus oli tehty. Pelastuslaitoksen yhteyshenkilö sattui tietämään lääkintälaitteiden laiterekisteristä vastaavan henkilön, jota kautta tilanne lähti purkautumaan, ja laitteet saatiin paikannettua. Kenenkään terveys tai henki ei tiedettävästi tällä kertaa vaarantunut, vaikka viive tiedotteen käsittelyssä oli puolisen vuotta.

## Tapaus 2: viive laitteiden jäljityksessä

Laitetoimittaja antoi toukokuussa 2018 kiireellisen käyttöturvallisuustiedotteen koskien verensokerimittarin testiliuskaa: se saattoi antaa liian suuren tai pienen tuloksen, mikä voisi johtaa väärään hoitopäätökseen. Espoon kaupungin työntekijä tarkasti samana päivänä kaupungin tilausvaraston. Kyseisiä tuotteita ei löytynyt sieltä. Niitä oli kuitenkin jo toimitettu asiakkaille, mutta asiakkaiden jäljittämistä ei heti aloitettu. Kaiken kaikkiaan tuotteiden saamiseen pois käytöstä meni 10 päivää. Kaikkia liuskoja ei löydetty, vaan osa oli ehditty käyttää jo ennen turvallisuustiedotteen saapu-

mista. Tietoon ei kuitenkaan ole tullut virheellisten liuskojen aiheuttamia väärä hoitopäätöksiä.

## Pohdinta

Terveystieteiden laitteiden ja tarvikkeiden määrä kasvaa jatkuvasti teknologian kehittyessä. Esimerkiksi Espoon sosiaali- ja terveystoimessa on käytössä runsaasti yli 10 000 laitetta (mm. lääkinnälliset laitteet ja apuvälineet).

*Huomiotta jääneessä tiedotteessa kerrottiin, että laite voi sammua yllättäen kesken elvytysyrityksen.*

Suomessa saa käyttää vain vaatimukset täyttäviä terveystieteiden laitteita ja tarvikkeita. Alan toimijoiden velvollisuutena on huolehtia käytössään olevien laitteiden toimintakunnosta. Organisaatioilla tulee olla selkeä prosessi ja ohjeet turvallisuustiedotteiden käsittelystä: siitä miten tieto tavoittaa asianomaiset ja miten varmistetaan, että vaadittavat

KUVIO 1.

### Turvallisuustiedotteiden käsittely Espoon sosiaali- ja terveystoimessa



toimenpiteet on toteutettu. Kiireellisistä turvallisuustiedotteista on tärkeää huomata nopeasti olennainen, mikä vaatii asiantuntemusta. Lisäksi ammattilaiskäyttäjien on huolehdittava laitteiden jäljitettävyyden varmistamisesta.

Valmistajan on annettava laitteen mukana turvallisuuden kannalta tar-

### Laitteiden jäljitettävyys tulee varmistaa.

peelliset tiedot sen käytöstä (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista, 629/2010). Korjaavalla toimenpiteellä (Field safety corrective action, FSCA) valmistaja pyrkii pienentämään markkinoilla jo olevan laitteen tai tarvikkeen käyttöön liittyvää terveysriskiä. Riskistä tulee ilmoittaa turvallisuustiedotteella. Ilmoituksessa on oltava laitteen tunnistetietojen lisäksi korjaavan toimenpiteen syyt ja mahdolliset vaikutukset. Myös aikataulu on ilmoitettava.

EU:n komissio on julkaissut lomakepohjan turvallisuustiedotteesta. Lomakkeen käyttö selkeyttää ja helpottaa tur-

vallisuustiedon käsittelyä. Korjaavana toimenpiteenä (FSCA) saattaa olla esimerkiksi lääkinnällisen laitteen palauttaminen tavarantoimittajalle, laitteen vaihtaminen toiseen tai laitteen hävittäminen.

Esimerkitapauksissa laitteiden ja tarvikkeiden hankintasopimuksissa ei ollut kuvattu turvallisuustiedotteiden käsittelyn menettelytapaa. Myös lista sopimuksen yhteyshenkilöistä oli jäänyt päivittämättä, ja tiedotteet saattoivat mennä käytöstä poistettuihin sähköposteihin tai väärille henkilöille. Tiedotteen saaja ei myöskään välttämättä ymmärtänyt tiedotteen merkitystä ja kiireellisyyttä, eikä siten osannut toimia oikein.

Espoossa asiaan suhtauduttiin vakavasti ja suunniteltiin prosessi (kuvio 1), jonka avulla turvallisuustiedotteiden käsittely nopeutuu. Kahdella edellisellä testikerralla käsittely saatiin hoidettua yhden arkipäivän kuluessa. ●

**SARI LINTUNEN**

YAMK, hyvinvointiteknologia  
erityissuunnittelija  
Espoon sosiaali- ja terveystoimi

**RIITTA FLINCK**

TtM, laatupäällikkö  
Espoon sosiaali- ja terveystoimi

## MITÄ VIISAS OPII

- Kiireelliset turvallisuustiedotteet pitää ottaa käsittelyyn viiveettä.
- Käsittely vaatii asiantuntemusta, joten se kannattaa keskittää.
- Organisaatiolla tulee olla selkeä prosessi ja ohjeet turvallisuustiedotteiden käsittelyyn. Sitä kannattaa harjoitella testitiedotteilla.
- Laitteiden ja tarvikkeiden jäljittämiseen tulee olla hyvät järjestelmät.
- Hankintasopimuksissa tulee määrittellä vaatimukset turvallisuustiedotteen lähettämisestä. Yhteystiedot pitää päivittää, mikäli ne muuttuvat.

### KIRJALLISUUTTA

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. [www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629)

Lääkinnällisten laitteiden vaaratilanteiden ilmoittamista koskevat ohjeet. MEDDEV 2.12/1 rev 5. [www.valvira.fi/documents/14444/37132/Meddev\\_suomeksi.pdf](http://www.valvira.fi/documents/14444/37132/Meddev_suomeksi.pdf)

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston tiilinpäätös vuodelta 2018. [www.valvira.fi/documents/14444/398591/Valvira\\_toimintakertomus\\_2018.pdf/a6bf3692-8340-5549-9f35-04df14fd2817](http://www.valvira.fi/documents/14444/398591/Valvira_toimintakertomus_2018.pdf/a6bf3692-8340-5549-9f35-04df14fd2817)

Valvira. Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista tehtävät valmistajan vaaratilanneilmoitukset. Määräys 1/2010. [www.valvira.fi/-/maarays-1-2010-terveydenhuollon-laitteista-ja-tarvikkeista-tehtavat-valmistajan-vaaratilanneilmoitukset](http://www.valvira.fi/-/maarays-1-2010-terveydenhuollon-laitteista-ja-tarvikkeista-tehtavat-valmistajan-vaaratilanneilmoitukset)



Foto:la

# EduPal-hanke uudistaa palliatiivisen lääketieteen koulutusta

Suomesta puuttuu yhdenmukainen palliatiivisen lääketieteen ja hoidon koulutus. Tähän haetaan muutosta EduPal-hankkeessa.

**S**uomi ei sijoitu Euroopan parhaiden maiden joukkoon palliatiivisen lääketieteen koulutuksessa (1). Osaamisvajaneusee merkittäväksi puutteeksi hoidon järjestämisessä sosiaali- ja terveysministeriön tuoreessa selvityksessä palliatiivisen hoidon tilasta Suomessa (2).

Tarve palliatiivisen hoidon yhdenmukaiseen perus- ja erikoistumiskoulutukseen nähdään tärkeäksi, mutta tämä ei vielä toteudu. Palliatiivisen lääketieteen professuuri ja perusopetuksen opetussuunnitelma on vain Helsingin ja Tampereen yliopistoissa. Lääkäriliiton palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys on ollut saatavilla vuodesta 2007 alkaen. Koulutus järjestetään käytännössä palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen voimin, ja erityispätevyyskurssille voidaan ottaa vain noin puolet hakijoista.

Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittämisprojekti EduPal on opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama kärkihanke (3). Se alkoi keväällä 2018 ja jatkuu syyskuuhun 2020. Hankkeessa ovat mukana kaikki Suomen lääketieteelliset tiedekunnat ja 15 sairaanhoitajien koulutuksesta vastaavaa ammattikorkeakoulua. Lääkäriliitto ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen Yhdistys kuuluvat ohjaus- ja sidosryhmään.

## Tavoitteena yhdenmukainen koulutus

Tarkoitus on selvittää palliatiivisen hoidon ja lääketieteen opetuksen nykytila, laatia osaamiskuvaukset palliatiivisen hoidon perus- ja erityistasoille sekä suositukset palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen perus-, jatko- ja erikoistumiskoulutuksesta. Koulutusjärjestelmä luodaan

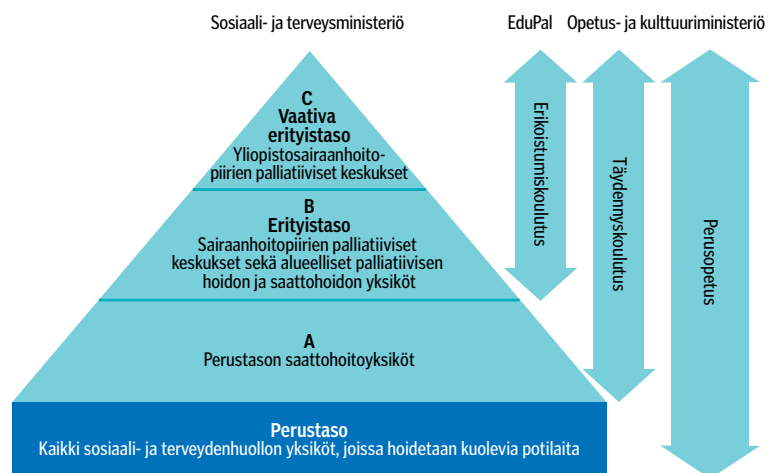
palvelemaan sosiaali- ja terveysministeriön järjestämussuosituksen palliatiivisen hoidon tasoja (kuvi 1) (4).

Sairaanhoitajilla ei ole tähän saakka ollut yhdenmukaista erikoistumiskoulutusta palliatiiviseen hoitoon, ja perusopetuksesta puuttuu valtakunnallinen palliatiivisen hoidon opetussuunnitelma. Sairaanhoitajakoulutusta tarjoavien ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat on seulottu, ja palliatiivisen hoidon opetuksen määrässä ja sisällössä vaikuttaa olevan suurta vaihtelua niiden perusopetuksessa.

EduPal-hankkeen tähän asti merkittävään saavutukseen on sopimus sairaanhoitajien valtakunnallisesta erikoistumiskoulutuksesta, joka tuli voimaan 1.12.2018. Erikoistumiskoulutuksen opetussuunnitelma laaditaan vuonna 2019 ja koulutus käynnistyy 18 ammattikorkeakoulussa alkuvuodesta 2020.

KUVIO 1.

**Palliativisen hoidon tasot ja niitä vastaava koulutus**



TAULUKKO 1.

**Palliativisen lääketieteen kontaktiopetustunnit vuonna 2018**

Yliopisto	Opetustunteja yhteensä, t	Varsinainen opetus, t <sup>1</sup>	Sivuava opetus, t <sup>2</sup>	Opettajalla palliativisen lääketieteen erityis pätevyys, t
Helsinki	47	30,5	16,5	29,5
Tampere	39,5	28,5	11	20
Oulu	30	16	14	7,5
Turku	27	16	11	14,5
Itä-Suomi	25	13	12	4

<sup>1</sup>Opetus keskittyy vain pitkälle edennyttä ja parantumatonta sairautta sairastavan tai kuolevan potilaan hoitoon  
<sup>2</sup>Yleistä opetusta esim. oireiden hoidosta (erityisesti kipu), mutta ei keskity vain palliativiseen näkökulmaan.

**Läketieteen perusopetuksessa vaihtelua**

EduPal-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin palliativisen lääketieteen perusopetuksen nykytila seulomalla lääketieteellisten tiedekuntien opetuskokonaisuuksista aiheeseen viittaavat opetustapahtumat. Niiden opetusmate-

riaalit käytiin läpi ja sisältöä tarkennettiin tarvittaessa opetuksen vastuuhenkilöiltä.

Selvitys perustuu pakolliseen opetuksen, luentoihin ja kirjattuun opetussuunnitelmaan. Ainoastaan kontaktiopetustunnit voitiin laskea luotettavasti (taulukko 1). Esimerkiksi opetuskierron-

la, terveyskeskusjaksoilla tai valinnaisissa opetuksissa annetun opetuksen määrää tai kattavuutta ei voitu varmistaa. Analyysi ei siis vastaa kaikkea opetusta, mutta se kuvaa kaikille opiskelijoille systemaattisesti tarjottavan opetuksen määrää ja sisältöä.

Palliativisen lääketieteen kontaktiopetuksen määrä lääketieteen opintojen aikana vaihteli tiedekunnittain 25 tunnista 47 tuntiin. Kivun hoidon opetusta oli eniten kaikissa yliopistoissa (13–18 tuntia), mutta muita oireita käsiteltiin Helsingissä ja Tampereella selvästi enemmän (11–13 tuntia) kuin muualla (2–4 tuntia). Palliativiseen hoitoon kohdennettua vuorovaikutusopetusta oli vain 1–3 tuntia ja psykososiaalisia seikkoja käsiteltiin 1–5 tuntia.

Suurin osa johonkin potilasryhmään kohdennettavissa olevasta opetuksesta liittyi syöpäsairauksiin (7–11 tuntia) tai geriatriaan (1–7 tuntia). Muihin lääketieteen aloihin palliativisen lääketieteen opetusta oli integroitu hyvin vähän (0–1 tuntia).

Hankkeessa on tehty myös laajat selvitykset ammattilaisten, opiskelijoiden, sidosryhmien ja kansalaisten – potilaiden ja läheisten – näkemyksistä. Aineistojen analyysit ovat kesken, mutta mm. hoitolinjauksien ja vuorovaikutustaitojen koulutustarve vaikuttaa korostuvan vastauksissa. Näkemyksiä opetuksesta kysytään myös valmistuvilta lääketieteen kandidaateilta ja sairaanhoitaja-opiskelijoilta.

**Suosituksia ja sisältöjä**

Jokaisen lääkärin tulee hallita palliativisen hoidon perusteet ja selvityksemme osoittaa, että palliativisen lääketieteen perusopetuksen harmonisoinnille on tarvetta. Siksi toivomme EduPal-hankkeessa laadittavan opetussuunnitelmasuosituksen tulevan käyttöön lääketieteellisissä tiedekunnissa.

EduPal tuottaa koulutuskokonaisuuksien suositukset ja sisällöt tukeutuen hankkeen taustaselvitysten tuloksiin ja Euroopan palliativisen hoidon yhdistyksen suosituksiin. Tavoitteena on, että



palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutus saavuttaa Suomessa kansainvälisen huipputason. Perusopetuksen tueksi tuotetaan myös valtakunnallista digitaalista palliatiivisen lääketieteen opetusmateriaalia yhteistyössä MEDigi-hankkeen kanssa.

Palliatiivisen lääketieteen erikoistumiskoulutusta tarvitaan kipeästi. Pohjan sille luo Lääkäriliiton erityispatenttikoulutus, jota täytyy jatkaa ja kehittää. Samalla voi olla mielekästä etsiä ratkaisua erikoistumiskoulutuksen saattamiseksi asteittain yliopistojen vastuulle, jotta alan kehitys ja koulutusmäärät saadaan turvatuiksi. ●

**JUHO T. LEHTO**  
palliatiivisen lääketieteen dosentti, kliininen opettaja  
EduPal-hankkeen projektkoordinaattori  
(lääketieteen opetus)  
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja  
terveysteknologian tiedekunta

**MINNA HÖKKÄ**  
TtM, hoitotyön lehtori,  
sairaan- ja terveydenhoidon osaamisala  
EduPal-hankkeen projektipäällikkö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu

**OUTI HIRVONEN**  
LT, palliatiivisen lääketieteen  
erityispatenttikoulutus, kliininen opettaja  
EduPal-hankkeen asiantuntija  
Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

**ANNAMARJA LAMMINMÄKI**  
LT, palliatiivisen lääketieteen erityispatenttikoulutus  
EduPal-hankkeen asiantuntija  
Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta,  
lääketieteen laitos

**EEVA RAHKO**  
LT, Palliatiivisen lääketieteen erityispatenttikoulutus  
EduPal-hankkeen asiantuntija  
Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

**TIINA SAARTO**  
palliatiivisen lääketieteen professori  
EduPal-hankkeen asiantuntija  
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

#### KIRJALLISUUTTA

- 1 Carrasco M, Lynch TJ, Garralda E ym. Palliative care medical education in European universities: a descriptive study and numerical scoring system proposal for assessing educational development. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50: 516–23.
- 2 Saarto T, Finne-Soveri H ja asiantuntijatyöryhmät. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>.
- 3 EduPal-Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen. <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/>
- 4 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

fimnet.fi

# Hei, kuinka voimme olla avuksi?

Sähköposti  
Lääkekompassi-tiedotepalvelu  
Keskustelutaulut  
Ryhmät  
PuhTi

