

Irja Väisänen (toim.)

# Oppisopimuksella palliatiivisen hoitotyön kehittäjäksi



# **Oppisopimuksella palliatiivisen hoitotyön kehittäjäksi**

Irja Väisänen (toim.)

*Julkaisusarja*

C: Raportteja, 24

*Vastaava toimittaja*

Kari Tiainen

*Sivuntaitto*

Kaisa Varis

*Kansikuva*

© MTSOfan  
CC BY-NC-SA 2.0 -lisenssi, creativecommons.org

© Tekijät ja Karelia-ammattikorkeakoulu

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

ISBN 978-952-275-167-6 (painettu)  
ISBN 978-952-275-168-3 (verkkajulkaisu)  
ISSN-L 2323-6914  
ISSN 2323-6914

*Julkaisujen myynti  
ja jakelu*

*Karelia-ammattikorkeakoulu*  
julkaisut@karelia.fi  
tahtijulkaisut.net

Joensuu, LaserMedia Oy, 2015

# Sisällys

Lukijalle	7	Palliativisen potilaan kotiuttamisen tarkistuslistalla laatua ja potilasturvallisuutta sisätautiosastolle Anna-Marie Tanskanen	67
Palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus – oppiminen painottuu työelämään Satu Hyytiäinen, Tuulia Sunikka, Irja Väisänen	8	Yhtenäiset ohjeet hengitysvaikeuksien kanssa kamppailevan saattohoitopotilaan hoidon tueksi Pohjois-Karjalassa Minna Tanskanen	71
Mentorointi ja työnohjaus voimaannuttavat työyhteisöä Pirjo Vesa	17	Hoitokoti Helmen saattohoito-opas Sirpa Tolvanen	80
Kokonaisvaltaisempaa ja laadukkaampaa hoitoa - palliativisen potilaan tarkistuslista llomantsin terveyskeskuksen vuodeosastolle Katja Hiltunen	21	Työkaluja palliativisen potilaan oireiden kartoitukseen Pohjois-Karjalan keskussairaalassa osastolla 1G Merja Törrönen	85
Palliativisen hoidon kehittäminen Dementiahoitokoti Aatoksessa Soili Juvonen	25	Yhteistyön kehittäminen Karhulan sairaala osasto 3:n ja kotisaattohoidon välillä Minna Uski	89
Tehostetun kotisairaanhoidon lääkehoitosuunnitelma Marja Kallio	30	Palliativisen hoitopäätöksen valmistelu ja potilaslähtöinen toteuttaminen Liperin terveyskeskuksen sairaalassa Petra Voutilainen	93
Palliativisen potilaan kuntouttava hoitotyö - Kuntoutuspassi Kotilahden terveyskeskussairaalan käyttöön Mira Kettunen	34		
Hoito-ohjeiden laatiminen parantumattomasta maksakirroosista sairastavalle potilaalle, läheiselle ja terveydenhuollon ammattihenkilöille Saara Laitinen	37		
Palliativinen hoitopolku Kanervikkola-kodissa Tarja Löppönen	41		
Hoitokoti Pikkupihan saattohoidon kehittäminen Niina Makkonen	44		
Omaisten iltojen kehittäminen osastolla kuolleiden potilaiden omaisille terveyskeskuksen vuodeosastolla Tarja Parviainen	47		
Saattohoitopotilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa Minna Peake	51		
Hoitotahtokeskustelun pilotointi yksityisessä hoitokodissa Henna Piironen	63		

## Lukijalle

**K**ädessäsi on Karelia-ammattikorkeakoulussa vuonna 2014 toteutetun Palliatiivisen hoitotyön oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen opiskelijoiden ja opettajien kokoama julkaisu. Opiskelijoiden opintoihin kuului tehdä kehittämistyö omassa työyhteisössään. Tavallisen kehittämistyöraportin sijasta opiskelijoita pyydettiin kirjoittamaan kehittämistyöstään artikkeli. Tämän toivottiin rohkaisevan ja vahvistavan heitä kehittämistöistä saadun kokemuksen ja tiedon jakamiseen.

Julkaisuun on koottu 16 erilaista kehittämistyön kuvausta. Toiset kehittämistyöt valmistuivat opintovuoden aikana, ja osassa työyhteisöissä kehittämistyö jatkuu vielä. Ja juuri sellaistaahan työelämäkin on. Harvoin suunnitelmat toteutuvat alkuperäisinä. Kehittäminen vaatii sinnikkyyttä ja kärsivällisyyttä ja sitä kaikilla koulutukseen osallistuneilla opiskelijoilla on myös teille muille jaettavaksi. Haluan kiittää kaikkia opiskelijoita sinnikkäästä työstä ja rohkeasta heittäytymisestä oppimisen maailmaan. Samoin haluan kiittää opiskelijoiden mentoreita ja työnantajia. Oppiminen todentuu lopullisesti käytännön kentällä.

Koulutus järjestettiin yhteistyössä Satakunnan ja Turun ammattikorkeakoulujen kanssa ja osa opetuksesta toteutettiin yhdessä hyödyntäen AC- ja videoyhteyksiä. Koulutuksen aikana oli meneillään Paletti-hanke (Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa – hanke 2013 – 2015). Koulutuksessa hyödynnettiin myös Paletti-hankkeen aikana syntyneitä asiantuntijaverkostoja ja muuta tulosaineistoa. Kiitos näille yhteistyökumppaneille, yhteistyö antaa voimaa. Saimme kuulla monipuolisia ja mielenkiintoisia luentoja niin oman maakunnan kuin toisten maakuntienkin asiantuntijoilta. Haluan kiittää vielä kaikkia näitä luennoitsijoita ja opettajia.

Antoisia oppimisen hetkiä jatkossakin Teille toivottaa

Joensuussa 5.3.2015 Irja Väisänen

## Palliatiivisen hoitotyön oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus – oppiminen painottuu työelämään

Satu Hyytiäinen, TtM, projektipäällikkö

Tuulia Sunikka, TtM, päätoiminen tuntiopettaja

Irja Väisänen, TtK, TtM-opiskelija, tuntiopettaja ja projektisuunnittelija

Palliatiivista ja saattohoitoa tarvitsevien kansalaisten määrä lisääntyy tulevaisuudessa. Osaava henkilökunta on laadukkaan palliatiivisen ja saattohoidon perusta. Pohjois-Karjalassa ammattikorkeakoulu on järjestänyt palliatiivisen ja saattohoitotyön erikoistumiskoulutusta sairaanhoitajille kolme kertaa. Vuosina 2006 ja 2011 koulutus toteutettiin monimuoto-opintoina. Vuonna 2014 koulutus järjestettiin ensimmäisen kerran oppisopimustyyppisenä täydennyskoulutuksena yhteistyössä Turun ja Satakunnan ammattikorkeakoulujen kanssa heidän aiemmin toteuttamansa mallin mukaisesti. Osana oppimisprosessia olleeseen loppuarviointikyselyyn vastasi 13 opiskelijaa 16:sta. Heistä yhdeksän (69 %) antoi koulutukselle kokonaisarvosanaksi kiitettävän ja neljä (31 %) hyvän. Koulutuksen voidaan siten katsoa olleen heille merkittävä asiantuntijuuden kehittämisen väline.

### JOHDANTO

Väestön eliniän odote kasvaa sukupolvi sukupolvelta (Tilastokeskus 2014). Ihmisillä on paljon tietoa terveyttä ja hyvinvointia edistävästä elämäntavoista, mutta siitä huolimatta ikääntyessä krooniset kansansairaudet ja syövät lisääntyvät. Vaikka näiden sairauksien lääketieteelliset hoitomahdollisuudet kehittyvät koko ajan, aina ne eivät ole parannettavissa. On eettisesti tärkeää, että terveyden- ja sosiaalihuollon osana on toimiva palliatiivinen ja saattohoito. Palliatiivista ja saattohoitoa tarvitsevien kansalaisten määrä lisääntyy tulevaisuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b.)

Osaava henkilökunta on laadukkaan palliatiivisen ja saattohoidon perusta. Terveydenhuollossa on alettu kehittää palliatiivisen ja saattohoidon ammattihenkilöstön perus- ja erikoisosaamiseen tähtäävää koulutusta. Palliatiivisen lääketieteen kaksivuotinen erikois-

pätevyyskoulutus alkaa vuosittain Turussa ja Tampereella. Onkin arvioitu, että lähivuosi-  
na päteviä lääkäreitä on riittävästi Suomen väestön tarpeeseen nähden. (Sosiaali- ja ter-  
veysministeriö 2010a.)

Hoitotyön henkilöstön palliatiivisen ja saattohoidon koulutus ja sen seuranta on ha-  
janaisempaa. Ammattiopistot ja ammattikorkeakoulut ovat sisällyttäneet palliatiivisen ja  
saattohoitotyön opintoja eri laajuuksin omien koulutusohjelmiensa opetukseen. Tämä on  
huolestuttavaa, sillä palliatiivinen ja saattohoito on vahvasti moniammatillista työtä, jossa  
korostuu potilaan vierellä oleminen ja kuunteleminen. Juuri hoitotyön tekijät ovat eniten  
potilaan vierellä. Hoitotyön tekijöiden perus- ja erikoistason koulutus on välttämätöntä  
tarvittavan osaamisen varmistamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.)

Pohjois-Karjalassa ammattikorkeakoulu on järjestänyt palliatiivisen ja saattohoidon  
erikoistumiskoulutusta sairaanhoitajille kolme kertaa. Vuosina 2006 ja 2011 koulutus to-  
teutettiin monimuoto-opintoina. Vuonna 2014 koulutus järjestettiin ensimmäisen kerran  
oppisopimustyyppisenä täydennyskoulutuksena yhteistyössä Turun ja Satakunnan am-  
mattikorkeakoulujen kanssa heidän aiemmin toteuttamansa mallin mukaisesti. Lisäksi  
Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu (nykyinen Karelia-ammattikorkeakoulu) on järjes-  
tänyt kolmet syöpähoitotyön ja yhden kivunhoitotyön erikoistumisopinnot, jotka kaikki  
ovat osittain sivunneet myös palliatiivisen ja saattohoitotyön tematiikkaa. Siten maakun-  
nassa on noin 60 palliatiivisen ja saattohoitotyön erityisosaajaa ja suurin piirtein saman  
verran syöpähoitotyön tai kivunhoitotyön erityisosaajia.

Tämä julkaisu sisältää vuonna 2014 järjestettyyn Palliatiivisen hoitotyön oppisopimus-  
tyyppiseen täydennyskoulutukseen osallistuneiden opiskelijoiden omista kehittämis-  
töistään kirjoittamat artikkelit. Artikkeleiden kirjoittamisen tavoitteena on ollut opiske-  
lijoiden tutkimus- ja kehittämisosaamisen vahvistaminen sekä kehittämistöistä saadun  
kokemuksen ja tiedon jakaminen.

## PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN OPPISOPIMUSTYYPPISEN TÄYDENNYSKOU- LUTUKSEN KUVAUS

Palliatiivisen hoitotyön oppisopimustyyppiset opinnot vastaavat siis valtakunnallisesti  
todettuun palliatiivisen hoidon perus- ja erikoisosaamisen tarpeeseen. Opinnot on tar-  
koitettu terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon tai aiemman opistoasteen tutkinnon  
suorittaneille. Opinnot järjestettiin yhteistyössä Satakunnan ja Turun ammattikorkeakou-  
lujen kanssa, mutta jokainen ammattikorkeakoulu vastasi itsenäisesti opintojen toteut-  
tamisesta. Osa opetuksesta toteutettiin kuitenkin yhdessä hyödyntäen AC- ja videoyhte-  
yksiä. Karelia-ammattikorkeakoulun opintojen suunnittelussa huomioitiin myös alueen  
työelämän edustajien kautta esiin tulleet tarpeet ja toivomukset sekä Pohjois-Karjalassa  
vuonna 2013 alkanut Paletti-hanke (Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistami-  
nen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa  
-hanke). Koulutuksessa hyödynnettiin muun muassa Paletti-hankkeen aikana syntyneitä  
asiantuntijaverkostoja ja muuta tulosaineistoa.

Palliatiivisen hoitotyön oppisopimustyyppisen koulutuksen tavoitteena on laajentaa ja  
syventää opiskelijan aikaisempaa koulutuksen ja työkokemuksen kautta hankittua pallia-  
tiivisen hoitotyön osaamista. Opinnot antavat valmiuksia moniammatilliseen työhön ja  
näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen. Tavoitteena on, että opinnot suorittaneista

valmistuu palliatiivisen hoitotyön erityisasiantuntijoita, joilla on kykyä itsensä ja oman  
työyhteisönsä kehittämiseen.

Koulutuksen laajuus on 30 op ja se toteutetaan yhden vuoden aikana monimuoto-opis-  
keluna. Koulutus tarkoittaa opiskelijalle konkreettisesti työtä 800 tuntia, johon sisältyy  
lähiopetusta, etätyöskentelyä, työssä oppimista, vertaisryhmätyöskentelyä, erilaisia teh-  
täviä ja verkko-opiskelua. Tietopuolisen opetuksen osuus on 40 % (320h) ja työpaikalla  
tapahtuvan opiskelun osuus on 60 % (480h) opintojen kokonaislaajuudesta.

Työyhteisön merkitys oppimisympäristönä on tärkeä, koska koulutuksella pyritään vah-  
vistamaan teoretiedon ja käytännön asiantuntijuuden yhteensovittamista. Koulutuksen  
aikana tehdään oppimistehtäviä, joihin sisältyy potilaslähtöisten ratkaisumallien ja toi-  
mintatapojen kehittäminen työyhteisössä. Opiskelijaa kannustetaan esittämään tehtävät  
ratkaisuihin omassa työyhteisössään ja siten jakamaan osaamistaan muille työntekijöil-  
le. Työssä tapahtuvaa oppimista tukevat myös koulutuksen oppijalähtöiset ja opiskelijan  
omaa aktiivisuutta ja reflektiivisyyttä korostavat opetusmenetelmät.

Reflektion perustana työssä tapahtuvan oppimisen aikana toimii opiskelijan oma hen-  
kilökohtainen opiskelu-/kehittymissuunnitelma. Tämän avulla opiskelija arvioi opinnoille  
asettamiensa tavoitteiden saavuttamista. Työyhteisöön nimetty mentori ja ammattikorkea-  
koulun opettajatutor toimivat opiskelijan reflektion ja ammatillisen kehittymisen tukena.  
He myös arvioivat opiskelijan osaamisen kehittymistä. Osaamisen arviointiin kuuluu neljä  
näyttöä, joissa tarkastellaan opiskelijan kykyä koota yhteen tieto, taito, kokemus, arvo ja  
sosiaaliset verkostot. Näyttöjen arvioinnissa käytetään European Qualification Framework  
(EQF) tasokuvauksen tason 6 pohjalta laadittuja näytön arviointikriteereitä ja opintojak-  
sojen osaamiskuvauksiin pohjautuvia kriteereitä.

## OPISKELIJOIDEN ARVIO KOULUTUKSESTA

Opiskelijoille lähetettiin sähköinen arviointi- ja palautekysely heidän opintojensa viimei-  
sellä viikolla. Se muokattiin tälle opiskelijaryhmälle sopivaksi Karelia-ammattikorkeakou-  
lun yleisestä opiskelijapalautekyselystä. Arviointi- ja palautekyselyn saatteessa korostettiin  
oman oppimisen arvioinnin merkitystä oppimisprosessin kokonaisuudessa sekä palaut-  
teen merkitystä oppilaitoksen tulevien opintojaksojen kehittämisessä. Vaikka palauteky-  
sely oli vapaaehtoinen, siihen vastasi 13 opiskelijaa 16:sta (vastausprosentti 81 %) eli suurin  
osa käytti vielä tämän mahdollisuuden oman oppimisensa täydentämiseksi.

Kyselyssä oli viisi teemaa: opetussuunnitelma, koulutuksen toteutus, oppimisen ohjaus,  
oma työskentelyni sekä oppiminen ja työelämässä tarvittavan osaamisen kehittyminen.  
Kukin teema sisälsi 4 – 7 väittämää, joihin opiskelijat vastasivat neliportaisen Likert-as-  
teikon mukaan (1= Täysin samaa mieltä, 2= Osittain samaa mieltä, 3= osittain eri mieltä,  
4= Täysin eri mieltä). Väittämien lisäksi jokainen teema sisälsi kirjoitustilan avoimelle pa-  
lautteelle kyseisestä teemasta. Lopuksi heiltä pyydettiin lisäkoulutusaiheita ja kokonais-  
arvosanaa asteikolla kiitettävä-hyvä tyydyttävä-heikko. Yhdeksän vastaajaa (69 %) antoi  
koulutukselle kokonaisarvosanaksi kiitettävän ja neljä (31 %) hyvän. Koulutuksen voidaan  
siten katsoa olleen heille merkittävä asiantuntijuuden kehittämisen väline. Seuraavissa  
taulukkoissa on esitetty teemoittain kaikki väittämät ja opiskelijoiden vastausten lukumää-  
rä- ja prosenttijakaumat (Taulukot 1 – 5).



Taulukko 1. Opetussuunnitelma

Opetussuunnitelma	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Opetussuunnitelmassa esitetyt osaamistavoitteet vastaavat hyvin työelämän vaatimuksia	10 = 76,9 %	3 = 23,1 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Olen tyytyväinen opetussuunnitelman sisältöihin	11 = 84,6 %	2 = 15,4 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Opetussuunnitelma on mahdollistanut hyvin omien ammatillisten tavoitteideni toteutumisen	11 = 84,6 %	1 = 7,7 %	1 = 7,7 %	0 = 0 %
Opintojaksojen laajuus ja niiden suorittamisen vaatima työmäärä vastasivat hyvin toisiaan	10 = 76,9 %	2 = 15,4 %	1 = 7,7 %	0 = 0 %

Taulukko 2. Koulutuksen toteutus

Koulutuksen toteutus	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Opetusjärjestelyt (lukujärjestys, lähipäivät, tiedotus, materiaalin jako) ovat toimineet hyvin	11 = 84,6 %	1 = 7,7 %	1 = 7,7 %	0 = 0 %
Tietotekniset palvelut (laitteet, ohjelmistot, mikrotuki yms.) ovat toimineet hyvin	6 = 46,2 %	7 = 53,8 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Opettajilla on riittävä asiantuntemus oppimisen ohjaamiseen	12 = 92,3 %	1 = 7,7 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Luennoitsijoilla on riittävä asiantuntemus opettamisensa asioissa	9 = 69,2 %	4 = 30,8 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Ilmapiiri on ollut myönteinen ja oppimiseen kannustava	11 = 84,6 %	2 = 15,4 %	0 = 0 %	0 = 0 %

Taulukko 3. Oppimisen ohjaus

Oppimisen ohjaus	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen saanut riittävästi oppimistani ja opiskeluni tukevaa ohjausta opettajaltani	8 = 61,5 %	5 = 38,5 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Olen saanut riittävästi oppimistani ja opiskeluni tukevaa ohjausta mentoriltani	7 = 53,8 %	5 = 38,5 %	1 = 7,7 %	0 = 0 %
Opetusjärjestelyt ovat mahdollistaneet opintojen läpiviennin määräajassa	10 = 76,9 %	3 = 23,1 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Olen tyytyväinen saamaani kehittämistyön ohjaukseen	10 = 76,9 %	2 = 15,4 %	1 = 7,7 %	0 = 0 %
Olen saanut opettajilta riittävästi palautetta oppimisestani	6 = 46,2 %	5 = 38,5 %	2 = 15,4 %	0 = 0 %

Taulukko 4. Oma työskentelyni

Oma työskentelyni	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Käytin riittävästi aikaa oppimistehtäviin	8 = 61,5 %	5 = 38,5 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Olin tarvittaessa aktiivisesti yhteydessä mentorini	6 = 46,2 %	6 = 46,2 %	0 = 0 %	1 = 7,7 %
Olin tarvittaessa aktiivisesti yhteydessä opettajaani	5 = 38,5 %	7 = 53,8 %	0 = 0 %	1 = 7,7 %
Olen arvioinut omaa oppimistani aktiivisesti opintojen aikana	8 = 61,5 %	4 = 30,8 %	1 = 7,7 %	0 = 0 %
Sain työnantajaltani riittävästi aikaa opintojeni suorittamiseen	6 = 46,2 %	3 = 23,1 %	1 = 7,7 %	3 = 23,1 %

Taulukko 5. Oppiminen ja työelämässä tarvittavan osaamisen kehittyminen

Oppiminen ja työelämässä tarvittavan osaamisen kehittyminen	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen saavuttanut opinnoille asettamani tavoitteet	11 = 84,6 %	2 = 15,4 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Olen saanut koulutuksen aikana hyvät valmiudet työelämän kehittämiseen	7 = 53,8 %	6 = 46,2 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Olen saanut koulutuksen aikana hyvät valmiudet oman osaamiseni jatkuvaan kehittämiseen	10 = 76,9 %	3 = 23,1 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Koulutus on syventänyt ja laajentanut ammatillista osaamistani	11 = 84,6 %	2 = 15,4 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Kehittämistyöllä on ollut vaikutusta ammatillisen osaamiseni kehittymisessä	9 = 69,2 %	4 = 30,8 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Yhteysverkostoni on laajentunut opintojeni aikana	11 = 84,6 %	2 = 15,4 %	0 = 0 %	0 = 0 %
Oppimistehtävät tukivat oppimistani	11 = 84,6 %	1 = 7,7 %	1 = 7,7 %	0 = 0 %

Teema-alueista *opetussuunnitelma* sekä *oppiminen ja työelämässä tarvittavan osaamisen kehittyminen* arvioitiin pääsääntöisesti toteutuneen hyvin. *Koulutuksen toteutuksen* osalta tietoteknisten palvelujen toimivuus ei saanut vastaajilta täysin varauksetonta tukea. Opiskelijat olisivat kaivanneet enemmän ”rautalankaohjeistusta” tietoteknisissä asioissa, koska monella oli edellisistä opiskeluista jo useampi vuosikymmen. *Oppimisen ohjauksen* osalta opiskelijat olisivat toivoneet enemmän ohjausta mentorilta sekä enemmän ohjausta ja palautetta opettajalta. Avoimessa vastaustilassa vastaajista kolme kertoi mentorin jääneen jonkin verran etäiseksi. Kaksi vastaajaa tarkensi opettajan palautteesta, että sitä olisi voinut saada enemmän ja että se olisi pitänyt antaa nopeammin.

Toisaalta opiskelijat arvioivat teema-alueita *oma työskentelyni*, että oma aktiivisuuskin sekä mentorin että opettajan suuntaan olisi voinut olla suurempi. Yksi pohti, että se ei ollut tullut vain hänen mieleensä ja useampi koki aikapulan olleen suurin syy omaan ”passiivisuuteen”. Eniten hajontaa arviointi- ja palautekyselyn väittämiin tulikin juuri kohtaan, jossa opiskelijat arvioivat työnantajan antamaa aikaresurssia heidän opinnoilleen. Kaksi vastaajaa kertoi saaneensa työnantajaltaan aikaa opintoihinsa erittäin hyvin, kun puolestaan kolme kirjoitti avoimessa vastaustilassa, että olivat tehneet opintonsa pääosin omalla ajalla ja kotona.

## OPISKELIJOIDEN KEHITTÄMISTÖIDEN RAPORTOINTI

Palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppisen täydennyskoulutukseen kuuluva kehittämistehtävä liittyi kiinteästi kunkin opiskelijan omaan työyhteisöön. Kehittämistehtävän annista jokainen opiskelija tuotti artikkelimuotoon kirjoitetun raportin. Nämä raportit koostuvat yhteen arvokkaiden kehittämistöiden annin ja ovat samalla sähköisessä muodossa helposti niin koulutukseen osallistuvien opiskelijoiden työyhteisöjen kuin muidenkin hoitoalan työyhteisöjen käytössä. Artikkeleiden avulla voi saada ideoita ja ajatuksia kehittämistyöhön ja toisaalta niiden anti voi tukea jo menossa olevaa kehittämisprosessia. Jaetut kokemukset voivat toimia myös suuntaa antavina ja apuna kehittämistyöhön liittyviä valintoja tehdessä. Tämän kaltaisen raportoinnin avulla opiskelijat oppivat jakamaan omaa osaamistaan laajemmalti ympäristöönsä ja myös heidän tutkimus- ja kehittämisosaamisen vahvistuu.

Artikkelit ovat sisällöltään monipuolisia kuvauksia hoitotyön yksiköissä tapahtuvasta kehitystyöstä liittyen palliativisen potilaan hoitopolkuun. Laajempaa kokonaiskuvaa edustaa artikkeli saattohoitopotilaan palveluketjun luomisesta Pohjois-Karjalaan. Palliativisen potilaan hoitopolku on kuvattu puolestaan ympäri vuorokautisessa tehostetussa palveluasumisessa, jossa asukkaat ovat muistisairaita tai vaikeavammaisia. Tavoitteena on ollut luoda selkeät raamit asukkaan parhaan mahdolliseen hoidon järjestämiselle.

Kaksi kehittämistehtävää kuvaavaa artikkelia kertoo materiaalin tuottamista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin rakentamaan hoitoportaaliiin, josta löytyy tietoa sekä ammattihenkilöstölle että potilaalle ja hänen omaisilleen. Teemana ovat parantumattomasti sairaan maksakirroosipotilaan hoito-ohjeet sekä hengitysvaikeuksista kärsivän saattohoitopotilaan tukeminen. Kehittämistöitä on tehty myös yksityisiin hoitokoteihin. Yksi artikkeli kuvaa hoitotahtokeskustelu-käytänteiden luomista hoitokodissa ja hoitotahtokeskustelun pilotointia tähän suunnitellun lomakkeen pohjalta. Kahden kehittämistehtävän kautta on syntynyt saattohoito-opas, jonka tavoitteena on ollut luoda selkeät ja yhdenmukaiset toimintaa tukevat ohjeet saattohoitoa varten ja toimia näin käytännön hoitotyön tukena.

Kehittämistehtäviin sisältyi myös kaksi palliativisen potilaan hoitoon liittyvää tarkistuslistaa, joista toinen turvaa terveyskeskuksen vuodeosalla palliativisen potilaan suunnitelmallista hoitoa ja toinen tukee palliativisen potilaan kotiuttamista sairaalan vuodeosastolta terveyskeskukseen tai tehostettuun kotihoitoon. Yhteistyön toimivuuden kehittämistä kuvaa artikkeli, jossa saattohoitopotilaan hoitoa kehitetään Karhulan sairaala osasto3:n ja kotisairaalan välillä.

Palliativisen potilaan hoitoa ovat osaltaan tukemassa myös lääkehoitosuunnitelman luominen tehostettuun kotihoitoon, jossa lääkehoito on moninaista erityisesti saattohoitopotilaiden kohdalla, ja palliativisen hoitopäätöskäytänteiden kehittäminen terveyskeskussairaalassa. Oirekartoitusta tukevan ESAS-mittarin käyttöön oton kehittämistä kuvataan puolestaan keskussairaalan gynekologisten syöpäpotilaiden osastolla ja syöpätautien poliklinikalla. Yhden artikkelin kautta saadaan katsaus palliativisen kuntoutuspassin käyttöönotosta terveyskeskussairaalassa. Tämän avulla pyritään vahvistamaan osastolla jo aiemminkin painotetun kuntouttavan työotteen jatkuvuutta. Saattohoitopotilaan omaisiin kohdistuvassa kehittämistyössä puolestaan tuetaan vainajien omaisia omaisten illassa. Tapahtumasta saadun palautteen avulla voidaan myös kehittää terveyskeskussairaalan saattohoitotyötä.

Opiskelijoiden tuottamat artikkelit kuvaavat hyvin hoitotyön arjessa tapahtuvaa kehittämistoimintaa ja toiminnan vaatimaa pitkäjänteistä työskentelyotetta. Myös monia-



mmatillinen työskentely näkyy hyvin työyhteisön osallistumisena kehittämiseen. Kaikki artikkeleiden pohjana olevat kehittämissajatukset ovat vieneet arjen työtä ja hoidon laatua eteenpäin.

## POHDINTA

Palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus on ollut antoisaa ja ajatuksia herättävää sekä opiskelijoille että opettajille. Opiskelijat ovat opiskelleet ihailtavan sinnikkäästi haastavissa olosuhteissa. Monella oli aiemmista opinnoista jo melko pitkä aika ja monimuoto-opiskelun itsenäisyys ja itseohjautuvuus saattoi olla monille haastavaa. Lisäksi lähes kaikissa julkisen terveydenhuollon työyhteisöissä oli ja on meneillään suuria rakenteellisia muutoksia, ainakin tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutuksen valmistelu. Yhden opiskelijan työpiste valmistautui muuttamaan kokonaan uusiin ja kaupungin eri puolella sijaitseviin tiloihin. Toisen opiskelijan työpaikka muuttui kokonaan kaupungista toiseen. Aina aikataulu- tai muiden haasteiden sovittaminen opiskelun kanssa ei ole mahdollista ja kaksi opiskelijaa joutui keskeyttämään opintonsa (alussa opiskelijoita oli 18).

Yhtä aikaa koulutuksen kanssa oli meneillään Karelia-ammattikorkeakoulun, Pohjois-Karjalan koulutuskuntayhtymän ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän yhteishanke Paletti eli Palliativisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijatyönä Pohjois-karjalan maakunnassa vv. 2013 – 2015. Osa sen toteuttamista teemaseminaareista oli tämän oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen lähipäiviä, ja opiskelijat osallistuivat myös muihin hankkeen tilaisuuksiin aktiivisesti. Monet opiskelijoista toimivat hankkeen aikana muodostetussa asiantuntijaverkostossa. Lisäksi koulutus toteutettiin yhteistyössä Satakunnan ja Turun ammattikorkeakoulujen kanssa. Yhteistyö Paletin ja kahden muun koulutusorganisaation kanssa mahdollisti resurssien järkevän käytön ja monipuoliset asiantuntijaluennot.

Kokonaisuudessaan koulutus toteutui hyvin ja se on tuonut paljon hyvää. Oppisopimustyyppinen koulutus tuki työelämässä oppimista ja siten se mahdollisti käytännön työelämän kehittämisen. Mentorointi toimintamallina työelämälähtöisessä koulutuksessa tukee hyvin työyhteisön ja opiskelijan asiantuntijuuden kehittymistä. Tulevaisuudessa on kuitenkin varmistettava, että kaikkien koulutukseen osallistuvien opiskelijoiden työnantaja ja mentori pystyvät sitoutumaan ja osallistumaan prosessiin. Koulutuksen aikana työelämän ja koulutusorganisaation välinen yhteistyö lisääntyi. Opiskelu laajensi yhteistyöverkostoja niin opiskelijoiden, opettajien kuin työelämän edustajien välillä.

Palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen pohjalta nousi esille myös kehittämistarpeita. Tulevaa koulutussuunnittelua ajatellen monimuotokoulutuksen rakenteellinen kehittäminen vaatii vielä työstämistä. Opiskelijan kuormituksen tulisi jakaantua tasaisemmin koko opiskeluajalle. Nyt laajat oppimistehtävät ja näytöt painottuivat opintojen loppuun. Opintojen tasainen jakautuminen mahdollistaisi paremmin ajantasaisen ja siten opiskelijan edistymistä parhaalla mahdollisella tavalla tukevan palautteen antamisen. Opiskelijan oppimisprosessissa tarvitaan opettajan jatkuvaa tukea reflektiivisen työskentelytavan kehittämiseksi. Lisäksi opiskelijan, opettajan ja mentorin säännöllinen tapaaminen takaisi oppimisen syventymisen.

Tämän koulutuksen jälkeen Pohjois-Karjalassa on vähintään noin 60 palliativisen hoitotyön osaajaa. Osa heistä kuuluu Paletti-hankkeen aikana luotuun palliativisen hoidon asiantuntijaverkostoon. Verkosto tukee heitä kehittämään omaa asiantuntijuuttaan ja työyhteisöjään myös jatkossa. Uskomme toisaalta, että kaikki opintonsa loppuun saattaneet opiskelijat pystyvät hyödyntämään omaa asiantuntijuuttaan työelämässä ja säilyttävät inostuksen palliativisten potilaiden laadukkaan hoidon kehittämistä kohtaan.

## LÄHTEET

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

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

Tilastokeskus. 2014. Vastasyntyneiden elinajanodote 1971-2013. <http://www.findikaattori.fi/fi/46>.

# Mentorointi ja työnohjaus voimaannuttavat työyhteisöä

Pirjo Vesa, TtT, yliopettaja

Palliativisen hoitotyön vuoden mittaiseen oppisopimustäydennyskoulutukseen sisällytettiin mentoreiden työnohjaus. Koulutuksen suunnittelijat katsoivat, että koulutuksessa on tärkeää huomioida mentorit ja edesauttaa mentoreiden ja aktoreiden välistä vuorovaikutusta. Kun keskinäinen dialogi toimii, on opiskelijalla mahdollisuudet ja valmiudet soveltaa osaamistaan moniammatillisessa työryhmässä. Siten koko työyhteisö hyötyy paremmin koulutuksen an- nista.

Työnohjauksella tarkoitan tässä artikkelissa ”oman työn tutkimista, arviointia ja kehittä- mistä, joka tapahtuu koulutetun työnohjaajan avulla. Se on työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyvien kysymysten, kokemusten ja tunteiden yhdessä tulkittamisesta ja jäsen- tämistä. Työnohjauksessa ohjattava pohtii suhdettaan työhönsä. Ohjaaja ja osallistujat auttavat ohjattavaa näkemään itsensä ja työnsä entistä tarkemmin ja selvemmin. Se on vuorovaikutusta, jossa sekä ohjaaja että ohjattavat oppivat toisiltaan. Työnohjaus auttaa jaksamaan työssä ja pysymään työkykyisenä”. (Suomen työnohjaajat ry 2015.)

Vuoden aikana järjestettiin yhteensä viisi työnohjaussessiota, joihin osallistui kahdessa erillisessä ryhmässä vaihtelevasti yhteensä 8 -18 mentoria tarpeensa ja työaikataulukunsa suomin mahdollisuuksin. Mentoreiksi oli valikoitunut pitkään työelämässä toimineita työyhteisönsä asiantuntijahoitajia, jotka olivat motivoituneita uudessa tehtävässään. Suu- rimmalla osalla heistä ei ollut aikaisempaa kokemusta mentorina toimimisesta.

Tammikuussa 2014 pidetyssä ensimmäisessä täydennyskoulutustilaisuudessa, jossa oli- vat kaikki opiskelijat ja heidän mentorinsa, tein kirjallinen kyselyn mentoreiden toiveis-

ta aktoreille ja vastaavasti aktoreiden toiveista mentoreille. Vastaukset olivat keskenään hyvin samankaltaisia: toivottiin luontevaa ja luottamuksellista yhteistyötä, jossa voi avoi- mesti yhdessä pohtia oppimisprosessin aikana nousevia kysymyksiä uutta oivaltaen. Li- säksi toivottiin keskinäistä iloa ja huumoria eli oli oivallettu se, että siten päästään yhdessä vuorovaikuttaen syvällisempään dialogiin. Keskinäinen sopiva ilo ja huumori ilmaisevat aktorin ja mentorin luottamuksen rakentamista ja tuntemaan oppimista, jolloin ei tarvitse pelätä tai jännittää ja siten jää energiaa varsinaisen asian tarkasteluun ja oppimiseen (Vesa 2009). Mentori nähtiin kanssakulkijana, jolta saa kriittisiä ja selkeitä kannanottoja sekä mielipiteitä, laajoja tarkastelunäkökulmia, kokemuksellista tietoa ja tukea sekä tsemppa- usta. Lisäksi henkilökohtaisesti ajattelen, että mentorointi on myös jonkin henkilön pää- määrätietoista työkentän rajoissa sekä puitteissa tapahtuvaa johtamista.

Ensimmäisessä varsinaisessa mentoreiden työnohjaustilanteessa tutustuimme toisiim- me ja yhdessä miettien heräsi muiden muassa seuraavanlaisia mentorointiin liittyviä ky- symyksiä: Miten käyttää omaa persoonaa, millainen olisi hyvä vuorovaikutussuhde, miten rakentaa keskinäistä ymmärrystä, kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen, miten muu- tokset ja ennakkokäsitykset vaikuttavat henkilökohtaiseen toimintaan sekä miten mer- kityksellistä on antaa positiivista palautetta? Tapaamisten myötä edellä mainitut teemat syvenivät kytkeytyen konkreettisesti arjen mukanaan tuomiin haasteisiin ja voimavaroii- hin. Mentorit avautuivat jakamaan kokemuksiaan ja näkemyksiään luottamuksellisessa ja toinen toistamme tukevassa ilmapiirissä, jossa myös luontevasti käytettiin huumoria. Kävimme läpi muiden muassa syllisyteen, riittämättömyyteen, pelkoon ja hätään sekä ilonpilkahdusta herättäviin tuntemuksiin liittyviä arjenkokemuksia. Keskinäiset ohjausta- paamiset toivat uusia toiminta-ajatuksia.

Työnohjaustapaamisia oli ryhmittäin yhteensä viisi vuoden 2014 aikana. Ne kestivät kahdesta neljään tuntiin. Loppuyhteenvedona pyysin kyselyllä palautetta työnohjauksesta. Kahdeksan työnohjattavaa vastasi sähköpostitse kyselyyni. Heidän vastauksistaan ilmeni muiden muassa, että työnohjaus oli ollut asiallista ja kannustavaa, keskustelut olivat ol- leet antoisia ja antaneet tukea omille pohdiskeluille, sai kuulla muiden ongelmista ja oppi uusia niksejä yhdessä ollen mukavassa hengessä. Kriittistä otetta tai kehittämisenäkökul- mia eivät mentorit vastauksissaan tuoneet ilmi kysymyksestä huolimatta. Lopputuloksena voinee todeta sen, että työnohjaus voimaannutti meitä kaikkia osallistuneita. Lisäksi se toi esille ja selvensi moninaisiin vuorovaikutuksellisiin ristiriitatilanteisiin liittyviä kysy- myksiä ja arkeen soveltuvia oivalluksia, joissa osattiin hyödyntää luovasti omaa persoonaa.

Työnohjaajan näkökulmasta tarkastellen nousee mieleen antoiisiin mentoreiden kanssa pidettyihin työnohjaustapaamisiin liittyen muutamia seikkoja, joita on hyvä tarkastella lähemmin. Tässä ajassa elämme työelämässä, jossa on hyvin moninaisia ristiriitoja. Erityi- sesti johtajuudessa, kuten mentorina toimimisessa, korostuu oikeudenmukaisuus - eetti- syys.

Koivumäen (2008) väitöskirjatutkimuksesta työyhteisöjen sosiaalisesta pääomasta il- menee, että keskinäistä luottamusta voi syntyä vain, kun työntekijöillä on tunne jatkuvuu- desta muutosten keskellä. Työntekijät kaipaavat selkeää työnjakoa, vastuiden määrittelyjä ja jämäkkää sekä oikeudenmukaista esimiestyötä. Yhteisöllisyys auttaa sitoutumaan orga- nisaatioon ja suojaa stressiltä (Koivumäki 2008). Ilokseni huomasin mentoreita ohjatessa- ni, että huolimatta johtajuusopinnoista tai mentorina toimimisesta, he kokivat suhteensa aktoriin muodostuneen luonteviksi tavaksi olla suhteessa toiseen. Siten juuri keskinäiset roolit ja tavat vuorovaikutuksellisessa suhteessa olivat selkeät, ja jopa syvään keskinäiseen

kuuntelemiseen ja kuulemiseen eli dialogiin perustuvia. Mentorointi onkin tapa, jolla olisi luontevasti käyttöä johtamisessa työyhteisössä. Se on yksi vanhimmista yhteisön kehittämisen keinoista ja soveltuu esimiehen ohella kaikille työntekijöille yhteisöllisyyden rakentamiseksi (Karjalainen 2010). Lisäksi työnohjaus tuo työarkeen yhteisöä rakentavia näkökulmia ja siten tukee mentorointia.

Jotta kuulluksi pysähtyminen ja kuulluksi tuleminen voisi tapahtua, tarvitaan riittävästi aikaa. Narvapalo (2014) tuo tutkimuksessaan esille, että kokeneiden työntekijöiden psykologinen pääoma eli itseluottamus, tavoitteellisuus ja kehityshalukkuus voivat kehittyä ajan kuluessa, kun asiaan kiinnitetään erityistä huomiota. Toimiva esimies-alaisuhde ja työntekijöiden myönteinen suhtautuminen työhönsä tukevat vuorovaikutuksellista johtajuutta, keskinäistä avoimuutta, työyhteisön toimivuutta ja tavoitteellisuutta ja sen jatkuvaa kehittymistä (Narvapalo 2014). Mentoroinnilla ja työnohjauksella voidaan mahdollistaa edellä mainittua työtä ja työyhteisön kehittävän kulttuurin rakentumisen ja ylläpitämisen ajan saatossa. Siihen olisi hyvä kiinnittää huomiota.

Kaiken keskinäisen toiminnan ”a ja o” on kunkin työntekijän oikeudenmukaisuuden kokemukset, jonka juuret ovat eettisyydessä. Työyhteisön eettisten arvojen vaaliminen kannattaa resurssipulasta ja muutoksista huolimatta toteaa Huhtala (2013) tutkimuksessaan eettisestä organisaationkulttuurista. Eettisellä kulttuurilla tarkoitetaan jaettu arvoja ja yhteisiä pelisääntöjä siitä, millainen toiminta ja työtavat nähdään suotavina omalla työpaikalla. Kun työyhteisössä toteutetaan eettisiä arvoja, se tarkoittaa juuri selkeitä pelisääntöjä ja odotuksia vastuulliselle toiminnalle mukaan lukien kaikki työyhteisössä toimijat. Siten kiinnittämällä huomiota työpaikan arvoihin ja vastuulliseen toimintaan voidaan edistää henkilöstön työhyvinvointia ja edesauttaa organisaation menestymistä ja työurien pidentymistä. Vastaavalla tavalla juuri mentoroinnissa ja työnohjauksessa painottuvat eettisyyden pohdinnat konkreettiseen työn arkeen liittyen. (Huhtala 2013.)

Myös eettiseen toimintaan liittyy huumoritutkimuksessani (Vesa 2009) esiin tullut hyvä esimerkki, jossa elää vuosisataiset käyttäytymisen perinteet: Työpaikalle muodostuu erilaisia ryhmiä työn päämääristä ja henkilökohtaisista intresseistä juontuen. Ryhmien ulkopuolelle jää ihmisiä, joita ei juuri tunneta, joten heihin liittyen oletetaan asioita enemmän. Merkityksellistä työyhteisössä on, että keskinäisten oletuksien tuloksena syntynyttä tietoa ei herkästi kyseenalaisteta. Olettamukset saatetaan uskoa todeksi. Joskus nämä totuudet saattavat ryhmän ulkopuolella olevasta henkilöstä olla hyvin julmia. Siten kysymys siitä, olenko ottanut olettamuksista selvää tuntemattomampaan työkaveriin liittyen, on aiheellinen. Lisäksi myös kysymyksenä se, perustanko totuuteni kolmannelle tuntemattomammasta osapuolesta ystäväni totuuteen, on aiheellinen. Siten eettisiä arvoja vaaliessa on hyvä miettiä sitä, millaisia totuuksia uskoo todeksi. Työnohjaajana ja opettajana juuri edellä mainittu tiedostaminen ja pohtiminen osana omaa toimintaa keskinäisissä vuorovaikutussuhteissa työyhteisössä on työhyvinvoinnin ydinkysymys. (Vesa 2009.)

Koulutuksen suunnittelijoilla oli viisautta päätöksessään sitoa mentorointi ja työnohjaus osaksi täydennyskoulutuksen prosessia. Sillä on kauaskantoisia vaikutuksia myös siihen, miten koulutuksen tuomaa antia saattohoitopotilaan hoitotyöstä voidaan ja kyetään jalkauttamaan kollegoille työyhteisössä. Mentorointi ja työnohjaus olisi hyvä ottaa organisaation toimivaksi tavaksi, sillä se voimaannuttaa koko työyhteisöä eettisemmin toimivan työntekijän myötä.

## LÄHTEET

Huhtala M. 2013. Virtues that work: Ethical organisational culture as a context for occupational well-being and personal work goals. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 479, Jyväskylä.

Koivumäki J. 2008. Työyhteisöjen sosiaalinen pääoma. Tutkimus luottamuksen ja yhteisöllisyyden rakentamisesta ja merkityksestä muuttuvissa valtion asiantuntijaorganisaatioissa. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 722, Tampere.

Narvapalo K. 2014. The quality and development of leader-follower relationship and psychological capital; A longitudinal case study in higher education context. *Jyväskylä Studies in Business and Economics* 144, Jyväskylä.

Suomen työnohjaajat ry. <http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/> 17.1.2015

Vesa P. 2009. Aineistolähtöinen teoria hyvää oloa ja työhyvinvointia edistävästä huumorista hoitajien keskinäisessä vuorovaikutuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1471, Tampere.

# Kokonaisvaltaisempaa ja laadukkaampaa hoitoa

## - palliatiivisen potilaan tarkistuslista Ilomantsin terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolle

Katja Hiltunen, sairaanhoitaja

Ajatus tähän kehittämistyöhön lähti tavoitteesta tehdä potilaiden hoito kokonaisvaltaisemmaksi. Tarkistuslistan myötä pyritään siihen, että potilaiden hoito olisi suunnitelmallisempaa ja selkeämpää. Tavoitteena on varautua ennakkoon mahdollisesti eteen tuleviin ongelmatilanteisiin ja näin ollen välttyä turhilta potilassiirroilta erikoissairaanhoidon. Hoitolinjauksista keskustellaan ajoissa, jolloin potilas ja omaisensa ovat tietoisia tilanteesta. Tämä helpottaa myös lääkärin ja hoitajien työskentelyä.

### ILOMANTSIN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTO

Ilomantsin terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla on 25 potilaspaikkaa ja se tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa. Osasto on jatkohoitopaikka Pohjois-Karjalan keskussairaalaan tai muista sairaaloista siirtyville laitoshoidon tarvitseville potilaille. Lisäksi osastolle tulee potilaita oman terveystieteiden tutkimuskeskuksen päivystyksen kautta sekä etenkin ilta- ja yöaikaan ambulanssi-konsultaation perusteella suoraan kotoa. Palliatiivisten potilaiden kohdalla on käytössä lupapaikkakäytäntö eli on ennalta sovittu ja kirjattu potilaspapereihin, että potilas voi tulla suoraan osastolle käymättä päivystyksessä. Näistä potilaista on osastolla oltava ennakkotieto.

Hyvään saattohoitoon ovat oikeutettuja kaikki kuolevat ihmiset diagnoosista riippumatta. Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille, kuten syöpäpotilaille,

keuhkohtaumatautia tai sydämen vajaatoimintaa sairastaville, munuais- tai maksatautia sairastaville ja dementia-, MS – tai ALS-potilaille tai muita eteneviä hermo-lihasteuteja sairastaville potilaille. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Osastollamme hoidetaan kaikkia edellä mainittuja potilasryhmiä ja lähes aina osastolla on palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita. Usein saattohoitopotilaat ovat terveystieteiden tutkimuskeskuksessa vuodeosastolla viimeiset ajat. Pitkien välimatkojen vuoksi kotisaattohoito on kunnassamme harvoin mahdollista.

### PALLIATIIVINEN HOITO

Suomessa palliatiivisen ja saattohoidon toteutumista ohjaavat muun muassa Käypä hoito-suositus Kuolevan potilaan oireiden hoidosta (2014), Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Hyvä saattohoito Suomessa (2010) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998). Potilaslain (785/1998) mukaan potilasta on kohdeltava hyvin ja potilaalla on oikeus saada hyvää hoitoa. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli omaiset ovat eri mieltä siitä, miten potilas haluaisi itseään hoidettavan niin lääkäri päättää potilaan hoidosta sillä perusteella, mikä on potilaalle parhaaksi. (Valvira 2014.)

Hoidon linjauksista pyritään päättämään ajoissa potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Sairauskertomukseen tulee kirjata potilaan kanssa käydyistä hoitoneuvotteluista ja tehdyistä hoitopäätöksistä. (Käypä hoito-suositus 2014.) Hyvään saattohoitoon sisältyy siis keskeisenä tekijänä hoitoneuvottelu, johon osallistuvat potilas, lääkäri, hoitohenkilökunta ja potilaan suostumuksella hänen omaisensa. Hoitoneuvottelussa keskustellaan potilaan taudin kulusta ja taudin oireita helpottavista hoidoista ja erityisesti kivunhoidosta. Tärkeää hoitoneuvottelussa on käydä läpi saattohoitopäätöksen perusteita ja seuraamuksia. Hoitoneuvottelu antaa tietoa potilaalle ja omaisille potilaan tilanteesta, vaikka taudin kulkua onkin vaikea ennustaa. Yhdessä ja keskustellen tehty saattohoitopäätös antaa potilaalle ja omaisille mahdollisuuden keskittyä potilaan oireiden helpottamiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. Hoitoneuvotteluita on tarvittaessa käytävä useaan kertaan. (Valvira, 2014.)

### TARKISTUSLISTA KÄYTÄNNÖSSÄ

Tarkistuslistat ovat hyödyllisiä työkaluja, jotka auttavat varmistamaan, että kaikki tarvittavat työvaiheet tulevat tehdyiksi. Yhdysvaltalainen kirurgi Atul Gawande on tehnyt maailman terveystieteiden tutkimuskeskukselle WHO:lle turvallisen kirurgian tarkistuslistan. Hänen mukaansa erityisesti tiimityössä tarkistuslistat lisäävät tiimin jäsenten keskinäistä kommunikaatiota, joka poikkeuksetta parantaa työn laatua. Hyvä tarkistuslista on käytännöllinen, muistuttaa tärkeimmistä asioista ja mahtuu yhdelle sivulle. Tarkistuslistan tarkoitus on helpottaa nopeuttaa niitä käytävien ammattilaisten työtä. (Sammalisto 2013.)

Oman työyksikköni palliatiivisen potilaan tarkistuslistaa aloin työstämään sen pohjalta, mitkä asiat nousevat useimmin keskusteluun potilaiden hoidossa niin omaisten kuin potilaiden itsensä kanssa. Tarkistuslistaan tulevia asioita käytiin työyhteisössä läpi ennen lopullista versiota ja myös mentorin kanssa yhdessä pohdittiin tarkistuslistan sisältöä useamman kerran.

Palliativisen potilaan tarkistuslista sisältää perusasioita, jotka koskevat potilaan hoitoa. Kaikki tarkistuslistan asiat eivät välttämättä kosketa jokaista potilasta, mutta lista muistuttaa hoitohenkilökuntaa siitä mitä asioita on huomioitava palliativisen potilaan hoidossa. Näin pyritään turvaamaan potilaan kokonaisvaltainen hoito mahdollisimman hyvin. Tarkistuslista on tarkoitettu käydä potilaan kanssa läpi ensimmäisen kerran mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään viikon kuluessa potilaan saapumisesta. Tarkistuslistaa käydään sitten tarpeen vaatiessa uudelleen läpi potilaan tilanteen muuttuessa. Tarkistuslistan asiat kirjataan potilastietojärjestelmä Mediatriin; hoitotyön osalta Hoitotyön merkinnät – osioon ja lääkäri kirjaa asiat YLE-lehdelle. Tarkistuslistan paperiversio säilytetään potilaan omissa papereissa osastolla. Ilomantsin vuodeosastolla pyritään siihen, että palliativisten potilaiden hoitoneuvotteluja lääkärin kanssa keskitetään yhdelle arkipäivälle. Lääkärin kanssa sovittiin päivä keskiviikoksi, mutta tarvittaessa potilaan tilanne huomioiden ja omaisten mahdollisuuksista tulla osastolle järjestetään keskustelutilanteita myös muina päivinä.

## POHDINTAA

Arkkiatri Risto Pelkosen mukaan kuolevan potilaan kohtelu on lääkintätaidon humaaniisuuden koetinkivi ja jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari. Palliativisessa hoidossa on tärkeää huomioida potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Tarkistuslistan myötä kiinnitämme enemmän huomiota potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kaikilla elämän osa-alueilla. Usein potilaat tulevat osastollemme hoitoon siinä vaiheessa, kun hoidot erikoissairaanhoidossa on kokonaan lopetettu ja on siirrytty palliativisen hoidon vaiheeseen. Vaikka keskustelua potilaan tilanteesta hänen kanssaan olisikin käyty jo erikoissairaanhoidossa, täytyy tilannetta käydä läpi potilaan ja omaisten kanssa osastollamme uudestaan ja tarvittaessa useamman kerran potilaan tilanteen muuttuessa. Tähän tarkistuslista on hyvä työväline hoitohenkilökunnan tueksi, että tärkeät asiat tulevat huomioitua potilaan hoidossa. Tavoitteena on, että potilas ja omaiset ovat tietoisia tilanteesta ja yksilölliset tarpeet tulisi huomioitua mahdollisimman hyvin.

Työyksikössämme tarkistuslista otettiin positiivisesti vastaan ja se koettiin hyödylliseksi. Tarkistuslistan käyttöönoton sopimisesta jäi itselleni erittäin hyvä mieli. Minulla on sellainen tunne, että olen saanut aikaan jotain tärkeää ja hyödyllistä palliativisten potilaiden hoidon kehittämisessä osastollamme. Tarkistuslista varmasti muokkautuu vielä, kun sitä käytettäessä huomataan, puuttuuko siitä jotakin oleellista tai onko jokin kohta tarpeeton. Tulevaisuus näyttää, kuinka tarkistuslista tulee osaksi osastomme arkea palliativisten potilaiden hoidossa.

## LÄHTEET

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2014. Käypä hoito – suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072>. 3.6.2014.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1998.

Sammalisto, S. 2013. Viisaampaa työtä. <http://viisaampaatyota.com/2013/04/25/nain-et-tee-virheita-tyossasi/>. 12.10.2014.

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

Valvira. 2014. Saattohoito. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito). 18.9.2014.



# Palliativisen hoidon kehittäminen Dementiahoitokoti Aatoksessa

Soili Juvonen, sairaanhoitaja ja yrittäjä

Dementiahoitokoti Aatos tarjoaa dementoituville henkilöille ympärivuorokautista täysihoitoon perustuvaa laadukasta, tuettua ja ohjattua kodinomaista asumis-, kuntoutus- ja hoivapalvelua. Koska hoidon ideologia on vuosien saatossa muuttunut siihen, että asukkaat saavat hoitoa kuolemaansa saakka, on hoitokodin toimintaa ja henkilöstön osaamista alettu kehittää vastaamaan tätä tarvetta. Kehittämistarpeiksi havaittiin selkeiden, kirjallisten palliativisten hoito-ohjeiden tekeminen, hoitokodin lääkäripalvelujen ja akuuttitilanteiden toiminnan selkiyttäminen sekä hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamisen päivittäminen. Aloitettua kehittämistyön aikana palliativista hoitoa saatiin kehitetyksi huomattavasti parempaan suuntaan.

## JOHDANTO

Dementiahoitokoti Aatos on toiminut vuoden 1999 alusta lähtien. Aloitettaessa toimintaa yrittäjien visiona oli tarjota dementoituville henkilöille ympärivuorokautista täysihoitoon perustuvaa laadukasta, tuettua ja ohjattua kodinomaista asumis-, kuntoutus- ja hoivapalvelua. Hoitotyön lähtökohta oli kuntouttavalla työotteella työskentely. Toiminnan alkuvuosina hoitokotiin muuttaneiden asukkaiden toimintakyky ja dementoivan sairauden vaihe olivat huomattavasti nykyisiä uusia asukkaita korkeammat. Nykyisin hoitokotiin muuttavien asukkaiden toimintakyky on matala ja he tarvitsevat hoitosuhteen alusta saak-

ka runsaasti ohjausta ja puolesta tekemistä. Hoitokodilla hoidetaan nykyisin aikaisempaa enemmän toimintakyvyltään täysin autettavia asiakkaita. Koska hoidon ideologia on vuosien saatossa muuttunut siihen, että asukkaat saavat hoitoa kuolemaansa saakka, on hoitokodin toimintaa ja henkilöstön osaamista alettu kehittää vastaamaan tätä tarvetta.

Yksi tärkeimmistä asioista, joka vaikuttaa asukkaan hoidon suunnitteluun, on hänen yksilöllisyytensä huomioiminen. He kaipaavat loppuelämänsä osalta hyvää ja välittävää perushoivaa. Asiukkaat eivät parane hoitosuhteen aikana, vaan hiipuvat hiljaa pois. Se, millaiseksi asiakkaiden elämänlaatu muodostuu hoitokodilla oloaikana, riippuu suurelta osin hoidon ja hoivan laadusta. Ja hoitokodin hoidon ja hoivan laatuun on kiinnitetty paljon huomiota. Henkilökohtaiset esineet ja omien tottumusten jatkuminen hoitokodilla luovat asukkaalle kodikkaan ja turvallisen olon. Pyrimme tarjoamaan asiakkaille mielihyvän kokemuksia aina kuolemaan saakka.

Hoitokodin arkeen osallistuu suuri joukko erilaisia toimijoita. Seurakunnasta diakonisaa käy säännöllisesti kerran kuussa tervehtimässä asukkaita ja pitämässä hartaushetken. Fysioterapeutti käy antamassa tarvittaessa yksilökuntoutusta. Eri järjestöt ja yksityiset henkilöt käyvät satunnaisesti hoitokodilla järjestämässä erilaisia tilaisuuksia. Hoitokodille ovat tervetulleita myös asiakkaiden omaisten ja hoitohenkilökunnan lemmikit. Nämä eläinystävät ovatkin varsin suuressa suosiossa vierailujensa aikakana.

## HENKILÖKUNNAN MONIPUOLINEN OSAAMINEN

Hoitokodin henkilökunnalla on laaja-alainen osaaminen eri hoitotyön osa-aloilta. Toisena yrittäjästä on terveydenhoitaja, joka on käynyt saattohoitokoulutuksen opiskeluihin liittyen. Hän on myös pitänyt osaamisensa ajan tasalla. Vahvuutena hänen kohdallaan voi mainita kyvyn arvioida realistisesti asiakkaan toimintakykyä ja hoitohenkilöstön resursseja toteuttaa erityyppistä hoitoa hoitokodilla. Hänellä on myös rohkeutta tehdä vaikeitakin päätöksiä.

Toisena yrittäjänä on sairaanhoitaja, joka on opiskellut palliativiseen ja saattohoitoon liittyviä asioita terveydenhuolto-oppilaitoksessa 90-luvun alussa. Hän on osallistunut kahden päivän luentokokonaisuuteen saattohoidosta 2000-luvun alussa. Vahvuutena hänellä on hyvä perushoidon osaaminen ja kyky huomioida ennaltaehkäisevät toimet ongelmien välttämiseksi (esimerkiksi vuodepotilaiden hyvä ihonhoito painehaavaumien välttämiseksi). Sairanhoitaja osallistui tässä julkaisussa kerrottuun palliativisen hoitotyön vuoden kestäväseen koulutukseen. Koulutus on antanut valmiuksia kehittää palliativista hoitoa hoitokodilla.

Henkilöstöön kuuluu lähihoitaja, joka on valmistunut 2000-luvun alussa ja on tämän jälkeen osallistunut saattohoitokoulutuspäivään. Hän on suorittanut erikoisammattitutkinnon vanhustyöstä ja osallistui koulutuksensa puitteissa joihinkin Paletti-hankkeen järjestämiin koulutuksiin. Hänellä on vahvuutena vuorovaikutustaidot ja tapa, jolla hän laittaa persoonallisuutensa likoon asiakkaiden ja heidän omaistensa kohtaamistilanteissa.

Toinen lähihoitaja on osallistunut saattohoitokoulutuspäivään 2000-luvun alussa. Hän on koulutukseltaan myös puhevammatulkki sekä käsityöalan artesaani. Hänellä on vahvuutena puhetta tukevien apuvälineiden ja kuvakkeiden käytön lisäksi vahvat vuorovaikutustaidot sekä osaamista tehdä yksilöllisiä apuvälineitä kuten esimerkiksi erilaisten



asentohoitotyöni valmistus asiakaskohtaisesti. Hän on syksyllä 2014 aloittanut koulutuksen, joka antaa valmiudet palliatiivisen hoidon osaamiseen.

Vajaa vuosi sitten valmistunut lähihoitaja on käynyt saattohoitoon liittyviä teoriaopintoja koulutusohjelmassa. Hänen vahvuutensa on nuori ikä ja iso tiedonjano oppia uutta. Hän on jo ilmaissut halunsa osallistua lisäkoulutuksiin.

Hoitoapulainen on osallistunut saattohoitokoulutuspäivään 2000-luvun alussa. Hänen vahvuutensa on laaja tietämys asiakkaiden omaisista ja muista sosiaalisista verkoista. Hänellä on myös iän mukana tuomaa elämäkokemusta ja kyky kohdata erilaisia ihmisiä vaikeissakin tilanteissa. Huolimatta elämäkokemuksen tuomista valmiuksista, hoitoapulainen kokee osaamisensa riittämättömäksi, koska hänellä ei ole osaamisestaan todistusta.

Kaikki hoitokodilla työskentelevät tekevät hoitotyötä koulutustaan vastaavissa tehtävissä. Iso osa hoitokodin työstä on palliatiivista hoitoa. Hoitokodin asukkaat ovat pitkäaikaissairaita vanhuksia, jotka sairastavat dementoivan sairauden lisäksi jotain muutakin pitkäaikaissairaitta.

Kyseessä on pieni yksityinen hoitokoti. Byrokratia ja hallinto eivät hidasta toimintaa vaan siinä pystytään tekemään nopeitakin muutoksia. Lait, asetukset ja suositukset ohjaavat tietenkin toimintaa. Niiden puitteissa pystytään olemaan hyvinkin joustavia ja muuntautumiskykyisiä. Henkilökunnalla on terve asenne työskentelyyn ja työyhteisössä on hyvä me-henki.

## PALLIATIIVISEN HOITOTYÖN ALKUTILANNE

Henkilöstölle tehtiin kysely, jolla selvitettiin palliatiivisen hoidon vahvuuksia ja kehittämistarpeita hoitokodilla. Esille nousseita vahvuuksia olivat perushoito, asentohoito-osaaminen, ravitsemustilan seuranta ja yhteistyö asukkaiden omaisten kanssa.

Hyvä asentohoito-osaaminen tarkoittaa yksilöllisten asentohoitotyöni ja muiden apuvälineiden hankintaa ja valmistamista asiakaskohtaisesti. Tällä ennaltaehkäistään asentovirheiden syntymistä ja jo mahdollisesti syntyneitä virheitä pystytään korjaamaan. Hyvä perushoito kuten esimerkiksi ihon kunnon seuranta ja huolellinen perusrasvaus ehkäisevät ihovaurioiden syntyä. Huomiota kiinnitetään ravitsemukseen ja nesteytykseen, joiden toteutumista seurataan päivittäin asiakaskohtaisesti. Asiakkaille tehdään myös ravitsemustilan seurantaa siihen kehitetyllä testillä.

Omaisilla on tervetulleita osallistumaan hoitokodin arkeen. Näin he näkevät, kuinka työskentely heidän läheisensä kanssa tapahtuu. Sekä asukkaiden että omaisten mielipiteitä ja toiveita kuunnellaan. Heti hoitosuhteen alussa tehdään tilannekartoitus, joka kattaa dementoitumisen tason, toimintakykymittauksen, ravitsemustilamittauksen ja elämäntiedot. Elämäntiedot kertovat paljon myös asukkaan persoonallisuudesta ja elämään suhtautumisesta. Tilannekartoituksessa hyödynnetään asiakkaan omaa kertomaa sekä hänen omaisten antamaa tietoa. Näitä tietoja täydennetään hoitosuhteen aikana.

Henkilöstön kyselyssä kehittämistarpeiksi havaittiin selkeiden, kirjallisten palliatiivisten hoito-ohjeiden tekeminen, hoitokodin lääkäripalvelujen ja akuuttitilanteiden toiminnan selkiyttäminen sekä hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamisen päivittäminen. Palliatiivisen hoidon ohjeistuksia ei hoitokodilla kirjallisessa muodossa siis ollut. Toimintakäsikirjassa oli käyty läpi vainajaa koskeva ohjeistus, sekä hoidon ja hoivan osuus, mi-

ten sitä toteutetaan, arvioidaan ja kehitetään. Joitakin aikaisempia hoidon ohjeistuksia voidaan suoraan käyttää myös palliatiivisten asiakkaiden hoidossa, mutta osa ohjeista on tehtävä alusta saakka.

Omaisille annettava tuki oli tähän saakka ollut suurelta osin tiedon antamista asukkaan perussairaudesta. Ohjeita omaisen tukemiseksi asukkaan kuoleman lähellä ei ollut olemassa. Toki hoitohenkilökunta oli tukenut omaisia kuoleman hetkellä tilanteen tullessa eteen, mutta jokainen läsnä ollut hoitaja oli toiminut omalla tavallaan. Tiedostimme tarpeen selkeille ohjeistuksille.

Lääkäripalvelut olivat hoitokodillamme vaihtelevat. Lääkäri kävi satunnaisesti ja oli myös pitkiä aikoja, ettei lääkäri käynyt ollenkaan. Lisäksi lääkäri ei ollut aina sama vaan henkilö vaihteli. Tämä kaikki vaikutti myös siihen, miten asukas sai apua virka-ajan ulkopuolella tapahtuvaan akuuttitilanteeseen kuten esimerkiksi kovan kiputilan lääkitsemiseen. Asukkaille oli tehty muutaman vuoden ajan DNR-päätöksiä yhdessä lääkärin, asukkaan ja omaisten kanssa. Asukkaalle ja omaisille oli kerrottu mitä päätös tarkoittaa. Hyvin usein asukas itse on siinä tilassa, ettei kykene ilmaisemaan omaa kantaansa päätökseen. Tällöin päätöksen tekevät omaiset. Heidän kanssaan käytiin keskusteluita, että he kykenivät tekemään ratkaisuja.

## TILANNE TÄLLÄ HETKELLÄ

Käsitteenä palliatiivinen hoito oli osalle tuntematon, mutta työyhteisössä käytyjen keskusteluiden aikana kaikki tunnistivat, että juuri sitä hoitokodilla asukkaille toteutetaan. Haasteena koko työyhteisölle oli saada kuntouttavan työskentelytavan rinnalle palliatiivisen hoidon työskentelytapa ja toimintamalli. Siksi seuraavaksi olikin luontevaa miettiä yhdessä, milloin katsotaan kuntouttavan työskentelyn olevan asiakkaalle liian raskasta, jolloin olisi aika siirtyä hyvään perushoitoon ja hoivaan, palliatiiviseen hoitoon. Sitä on saatu nyt yhdessä keskustellen jäsennettyä. Koulutuksen aikana on laitettu vireille monia uusia käytänteitä hoitokodin toiminnassa. Selkeiden, kirjallisten ohjeiden kokoaminen on jo aloitettu. Suurta apua ohjeistuksien kokoamiseen on saatu saattohoitoportaalista. Lisäksi yksi lähihoitajista on aloittanut palliatiivisen hoidon opinnon syksyllä 2014. Osana hänen koulutustaan hoitokodille saadaan selkeät ohjeet moneen käytännön tilanteeseen, joita tulee vastaan kuolevan asukkaan hoitotilanteissa.

Omaisille annettava tuki ja ohjaus asiakkaiden sairauksista ovat tällä hetkellä hyvällä mallilla. Heti hoitosuhteen alussa annetaan yleistietoa asukkaan dementoivasta sairaudesta ja omaisia ohjataan ottamaan selvää esimerkiksi potilasjärjestöjen toiminnasta. Asukkaan omaisille ja läheisille pyritään tekemään selväksi se tosiasia, ettei parantavaa hoitoa sairauteen ole. Omaisille kerrotaan hoitokodin henkilökunnan tekevän parhaansa, että asukkaan toimintakyky ja taidot eri elämisentoimintojen alueella säilyisivät, mutta lopputulos sairauden kanssa on, että väijäämättä tilanne johtaa täyteen toimintakyvyttömyyteen ja hoitajien toteuttamaan hoivaan. Toiminnot hiipuvat jokaisella ajallaan. Hoidossa painotetaan laadukkaan loppuelämän hoivaa ja hoitoa.

Hoitokodilla käy lääkäri kerran kuukaudessa ja hän on puhelimitse tavoitettavissa arkisin virka-aikana. Lääkäritilanne selkeytyi vasta viime vuoden lopulla. Yhteistyökuvioiden selvittäminen vei aikansa ja nyt hoitokodin henkilöstö on tyytyväinen selkeästä järjeste-

lystä, jossa sama lääkäri käy säännöllisesti hoitokodilla. Myös omaiset ja asukkaat ovat tyytyväisiä järjestelyyn. Hoidolla on jatkuvuus ja suunnitelmia esimerkiksi kivunhoidon osalta on voitu tehdä pitkällä tähtäimellä.

Virka-ajan ulkopuolella päivystys on Tikkamäellä, mutta valmiiksi tehtyjen suunnitelmien ansiosta yhteydenottoja tehdään vain muutamia vuosittain. Yhtenä mittarina lääkärin ja hoitohenkilökunnan onnistuneesta suunnittelu- ja ennakointityöstä voidaan mainita se, että asukkaiden akuutit päivystyslääkärissäkäynnit ovat vähentyneet selkeästi. Toki akuutteja tilanteita sattuu edelleen. Yhtenäinen ohje DNR-päätöstä ja palliatiivisten hoidon linjausten tekemiseen on tällä hetkellä työn alla.

Yksi kehittämiskohde, joka on onnistuneesti toteutunut, on ensihoidon antama akuutti kivun lievitys tilanteissa, joita ei ole osattu ennakoida. Tätä mahdollisuutta on käytetty hoitokodilla kertaalleen. Päivystävän lääkärin määräämä kipulääke toimitettiin ensivasteyksikön toimesta hoitokodille ja annosteltiin asukkaalle. Tämän ansiosta kivut lievittyivät ja asukkaan ei tarvinnut lähteä useiden kymmenien kilometrien ambulanssimatkalle saamaan hoitoa. Lääkityksen turvin päästiin seuraavaan aamuun ja kipulääkitys voitiin suunnitella asukkaan tarpeita vastaavaksi oman lääkärin toimesta.

## JATKOSUUNNITELMAT

Kun alkaa kehittämään toimintaa aktiivisesti, siitä seuraa, että löytyy yhä uusia kehittämiskohteita. Kipupumput ja yleensäkin kivun lääkehoidon toteutus on asia, joka askarruttaa hoitokodin henkilöstön mieltä. Sairaanhoidaja kokee olevansa vastuussa lääkehoidon seurannasta asiakkaille, toki yhteistyössä lääkärin ja apteekin kanssa. Apteekki tiedottaa erinomaisesti asiakkaille tulevasta lääkevalmisteista ja neuvoo esim. lääkkeen oikeanlaisesta annostelusta ja ottamisajankohdasta. Lääkäri käy talossa noin kerran kuussa ja hoitajien vastuulle jää lääkehoidon vasteen seuranta ja tiedottaminen lääkärille. Markkinoille on tullut valtavasti uusia kipulääkkeitä, joiden käytöstä toivotaan saatavan lisätietoa. Lisätietoa kaivataan nimenomaan käytännön potilastilanteisiin; milloin ja minkä tyyppiselle potilaalle mikäkin lääke tuo parhaimman mahdollisen vasteen kivun hoidossa.

Haasteelliseksi on koettu myös asiakkaiden arviointi hoidon linjausten tekemiseksi. Vaikka keskusteluun osallistuu hoitohenkilökunnan lisäksi lääkäri ja omainen, on tämän keskustelun avaaminen kuitenkin lähdeittävä hoitajista päin. Hoitajat ovat läsnä asiakkaan arjessa ja näkevät, milloin kuntouttavasta toiminnasta olisi järkevää siirtyä palliatiiviseen ja sitä kautta saattohoitoon.

Yhteenvetona voinee sanoa, että hoitokodilla oli paljon olemassa olevaa osaamista ja tietoa palliatiivisesta hoidosta, mutta se on ollut kokonaan jäsentämättä. Tarvittiin uusi tapa ajatella aikaisemman kuntouttavan työotteen ja työskentelyn rinnalle palliatiivinen hoitolinja. Hoitokodin henkilökunnan on pitänyt oppia hallitsemaan rinnakkain sekä kuntouttava että palliatiivinen hoitotyö ja lisäksi tekemään yhteistyössä asiakkaiden, omaisten ja lääkärin kanssa hoidon linjaukset asiakkaille. Näistä on myös kirjoitettava selkeät ohjeistukset toimintakäsikirjaan. Lisää tietoa tarvitaan ja kouluttautumisesta on syytä tehdä koko työyhteisöä koskeva suunnitelma. Pienen työyhteisön vahvuus on, että koulutuksista saatu tieto on helppo jakaa toisille muistioiden ja keskusteluiden avulla. Pienen työyhteisön heikkous taas on, että koulutuksissa ollaan yleensä yksin, koska useaa henkilöä ei pystytä irrottamaan samaan koulutukseen.

# Tehostetun kotisairaanhoidon lääkehoitosuunnitelma

Marja Kallio, sairaanhoitaja

Palliatiivisen hoitotyön oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen kehittämistyön tavoite oli luoda yhtenäisiä käytänteitä lääkehoitoon ja kiinnittää huomiota riskitekijöihin. Tehostetussa kotisairaanhoidossa toteutettava lääkehoito vaatii sairaanhoitajalta paljon osaamista ja luovaa kykyä hoidon toteuttamisessa alati vaihtuvissa työskentelyympäristöissä. Sairaanhoidajan on pystyttävä toteuttamaan hyvää aseptiikkaa ja antamaan turvallista lääkehoitoa kotiolosuhteissa. On muistettava ja tiedettävä koko lääkehoidon prosessi, jotta lääkkeille annetut ohjeistukset toteutuvat. Kotisairaanhoido on tulevaisuudessa yhä vaativampaa, kun sairaalatasaista lääkehoitoa toteutetaan potilaiden kotona.

## LÄÄKEHOIDON VAATIMUKSET

Lääkehoitoa ohjaavat monet lait ja asetukset sekä yksikkökohtaiset käytänteet, kuten lääkelaki 395/1987, lääkeasetus 693/1987, huumausaine laki 1289/1993, laki terveydenhuollon ammattihenkilöstö 1994/559 ja turvallinen lääkehoito opas Pohjois-Karjalan sairaanhoido ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Työnantajalla on vastuu, että jokaisella sairaanhoidajalla on voimassa viiden vuoden välein uusittavat lääkeluvat. Terveydenhuollon ammateissa korostuu myös eettinen vastuu. Se tarkoittaa ammatin harjoittajan sisäistä velvollisuutta toimia eettisten periaatteiden mukaan ja tehdä hyvää potilaalle hänen itsemääräämisoi-

keutta kunnioittaen. Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, toteutettiinpa sitä missä toimintaympäristössä tahansa. Lääkehoidossa on toimittava aina kaikissa olosuhteissa määrämukaisesti ja tarkalleen määräysten ja ohjeiden mukaan ja huolehtia samalla, että potilaan turvallisuus ja oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun toteutuvat. (Tokola 2011, 268.)

## LÄHTÖTILANNE

Lääkehoitosuunnitelman tekemisen alkuvaiheessa pysähdyimme pohtimaan toukokuun 2014 tilannetta. Yksikkömme sairaanhoitajamäärä oli kasvanut kuudesta kahdeksaan. Yöhoidon toteuttama lääkehoito oli myös lisääntynyt. Kasvanut henkilöstömäärä mahdollisti suuremmat potilasmäärät, jonka seurauksena lääkkeiden kulutus, kustannukset sekä lääkehoitoon liittyvä työmäärä on lisääntynyt. Lääkehoidon prosessi täytyi kuvata lääkehoitosuunnitelmaan. Tämä on ensimmäinen lääkehoitosuunnitelma, joka laadittiin Joensuu kaupungin tehostetun kotisairaanhoidon yksikköön. Sairaalan olosuhteisiin tehtyä, Turvallinen lääkehoito Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä -opasta, on täydennetty tehostetun kotisairaanhoidon lääkehoitosuunnitelmalla yksikön toimintatapojen mukaiseksi.

## POTILAAT JA LÄÄKEHOITO

Tehostetun kotisairaanhoidon potilaita ovat palliatiiviset ja saattohoitopotilaat sekä infektiopotilaat, joita hoidamme sekä kotona että poliklinikalla. Potilaille annetaan suonensisäisiä neste- ja lääkehoitoja sekä pistämme lääkkeitä ihon alle ja lihakseen. Potilailla voi olla lääkkeenantoreittinä myös CVK tai laskimoportti. Käytämme lääkannostelijaa (Cadd Legacy PCA infuusiopumppua) kivun ja muiden oireiden hoidossa.

Lääkemuodosta toiseen siirtymiset vaativat potilaan voinnin tarkkaa seurantaa. Lääkehoidon vaikuttavuutta on arvioitava jokaisella kotikäynnillä. Arvioinnin tukena voi käyttää kipumittareita, ESAS-lomaketta, verikokeita ja RR-tasoa. Kipupumpulla annetaan lääkkeitä ihon alle tai laskimoon. Saattohoitopotilaiden kivun ja oireiden hoito vaatii paneutumista ja paljon myös potilaan ja omaisen ohjausta. Omaisat osallistuvat paljon tarvittavien lääkkeiden antamiseen, koska saattohoitopotilas ei usein itse pysty niitä ottamaan, esimerkiksi lisäannosta lääkannostelijasta. Ohjauksen tulee olla ymmärrettävää ja riskiä voi vähentää kirjallisilla ohjeilla ja jättämällä valmiita kerta-annoksia ruiskuihin, joita omaisen voi tarvittaessa antaa.

## LÄÄKEHOIDON RISKITEKIJÖIDEN HALLINTA

Potilaan lääkelistojen ajantasaisuus on aina tarkistettava. Sairaanhoitajan on muistettava huomioida myös allergiat ja varauduttava allergiseen reaktioon kotonakin pitämällä adrenaliiniampullia kotikäyntilaukussa. Allerginen reaktio voi tulla viiveelläkin.

Hyvän aseptiikan toteuttamisesta ei voida tinkiä kotisairaanhoidossakaan. Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen on tehtävä niin kuin on ohjeistettu. Lääkeampullat, neulat, lääkeruiskut ja lääkelastarit on toimitettava riskijätteisiin niin kuin osasto-olosuhteissa-

kin. Valaistus on ajoittain ongelma, koska lievät värimuutokset ja hiukkaset voivat jäädä näkemättä. Lääkkeet pitäisi tiputtaa tasaisin väliajoin, mutta tässä voi tulla viivettä asiakaan toiveesta tai työyksikön työtilanteesta riippuen. Lääkkeiden lämpötiloista on pidettävä huolta koko prosessin ajan. Kotona voi olla häiriötekijöitä, jotka voivat vaikuttaa työskentelyyn. Myöskään kaksoistarkistukseen ei ole yksintyöskentelyssä mahdollisuutta. Lääkelaskennan hallinta on tärkeä osa työtä, sillä kotikäynneillä ollaan yksin vastuussa oikeista lääkannoksista. Huumeläläkkeitä annostellessa on huomioitava kodin olosuhteet ja mahdollisuus väärinkäyttöön. Kotona toteutettavaan lääkehoitoon liittyviä asioita on siten monia, joten sijaisten perehdytykseen tulee sisällyttää koko lääkehoidon prosessin. Opiskelijat voivat antaa potilaalle lääkehoitoa vain ohjaajan valvonnassa ja vastuulla.

## LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN TYÖSTÄMINEN

Lääkehoitosuunnitelman tekeminen kesti noin puoli vuotta. Työn kehittämisessä oli mukana myös toinen sairaanhoitaja osuutenaan infektiopotilaiden lääkehoito. Oma osuuteni koski palliatiivisia ja saattohoitopotilaita. Pohdimme ja pysähdyimme miettimään lääkehoidon prosessin eri vaiheita ja tämä osuus olikin hyvin antoisa kokemus. Riskienhallinnan ymmärtäminen koettiin tärkeäksi samoin kuin perehdyttäminen, joka aiemmin toteutui vain suullisena perehdyttämisenä.

Lääkehoidon suunnitelmassa nostettiin esiin lupakäytänteet, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako sekä lääkkeiden tilaaminen, niiden säilytys ja käyttökuntoon saattaminen ja palautus. Suunnitelmassa kuvataan myös lääkkeiden antamista ja jakamista potilaalle sekä potilasohjausta ja lääkehoidon vaikuttavuuden arviointia. Sisältö kuvaa myös lääkehoidon dokumentointia ja tiedonkulun merkitystä sekä lääkkeisiin liittyviä seuranta ja palautejärjestelmiä, kuten Haiproa. Lopuksi myös avataan lääkehoidosta vastaavien tehtävät lääkehoidon prosessissa.

Annoin suunnitelman luettavaksi ja kommentoitavaksi yksikkömme lääkärille, osastofarmaseutille, osastonhoitajalle sekä lähetin työni myös sairaala-apteekin proviisorille. Häneltä sain muutaman hyvän tarkennusehdotuksen suunnitelmaan. Suunnitelman liitteeksi lisättiin PKSSK:ssa laadittu kirjallinen perehdytyslomake, joka otetaan käyttöön uusien työntekijöiden töihin tullessa. Suunnitelmaan lisättiin myös luettelo korkean riskin lääkkeistä. Ohjeistukset niiden käyttökuntoon saattamisesta ja käyttöoheista ovat työn alla.

Suunnitelma valmistui lokakuussa 2014 ja sen hyväksyivät osastonhoitaja ja yksikön lääkäri. Apulaisosastonhoitaja pyysi saada työni malliksi vuodeosastoilLe. Moniammatillisen tarkistuksen ja viimeistelyn jälkeen koin onnistumisen iloa kehittämistyöstäni. Opin kuvaamaan prosessin niin tarkasti, että siitä on hyötyä käytäntöjen yhtenäistämässä.

## TULOKSEN ARVIOINTI

Syksyllä meidät molemmat lääkehoitosuunnitelmaa rakentaneet sairaanhoitajat nimettiin lääkehuollosta vastaaviksi sairaanhoitajiksi. Pohdimme tiimissä paljon asioita, ja näin työ

lähti jalkautumaan alusta alkaen yksikköömme.

Lääkehuollosta vastaavat hoitajat saivat lääkehoitosuunnitelmasta konkreettisen työvälineen uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämiseen. Perehdytys on yksi osa osaamisen varmistamista ja lääkehoitosuunnitelma toimii nyt kirjallisena dokumenttina. Uusien työntekijöiden kanssa on käytävä läpi myös lääkeannostelijan käyttöön liittyvät asiat. Tähänkin olen tehnyt kirjallisen materiaalin, mutta osaaminen on toki varmistettava myös käytännössä. Perehdytämme uudet työntekijät myös lääkelaskentaan, jota lääkeannostelijan turvallinen käyttö edellyttää.

Lääkehuollon vastaavana sairaanhoitaja kannan jatkossa vastuuta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä yhteistyössä sairaala-apteekin kanssa.

Systemaattisilla lääkekaappien tarkistuksilla valvotaan kalliiden lääkkeiden voimassaoloaikoja. Lääkkeet ovat suuri kustannuserä, jos ne pääsevät vanhenemaan. Lääkehoidosta vastaavat hoitajat tulevat päivittämään myös lääkehoitosuunnitelmaa vuosittain.

## LÄHTEET

Huumausainelaki 1289/1993.

Hänninen, J. 2014. Saattohoidon lääkeopas. TERHO-säätiön NRO 1 julkaisu-susarja. Helsinki.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994.

Lääkeasetus 693/1987.

Lääkelaki 395/1987.

PKSSK. 2013. Turvallinen lääkehoito Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä versio 6.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito - valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 32.

Tokola, E. 2011. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Helsinki: Sanoma Pro.

# Palliativisen potilaan kuntouttava hoitotyö - Kuntoutuspassi Kotilahden terveyskeskussairaalan käyttöön

Mira Kettunen, sairaanhoitaja

Kehittämistyöni avulla on tarkoitus ottaa käyttöön henkilökunnan Kuntoutuspassi Kotilahden terveyskeskussairaalan Ylärinteen osastolla. Kuntoutuspassi on osa Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon strategiaa. Kuntoutuspassi vahvistaa osastolla jo aiemminkin painotetun kuntouttavan työotteen jatkuvuuden. Kuntoutuspassin avulla voidaan taata hoitotyön tasalaatuisuus kaikissa työvuoroissa ja varmistaa olemassa olevien voimavarojen mahdollisimman järkevä käyttö.

## KOTILAHDEN TERVEYSKESKUSSAIRAALA JA YLÄRINTEEN OSASTO

Kotilahden terveyskeskussairaala on pitkäaikaispotilaiden jatkohoitopaikka. Sairaalassa on pääasiassa dementiapotilaita. Sairaalan kolmessa kerroksessa on kuusi osastoa, joista yksi on Ylärinne. Jokaisella osastolla on 22 potilaspaikkaa ja sairaalan paikkaluku on 132. Yhdellä osastolla on MRSA-potilaiden kohortti. Sairaalassa on muutama vuorohoitopaikka ja akuutti paikka kotona asuville MRSA-kantajille, jotka tarvitsevat akuuttihoitoa. Potilaiden vaihtuvuus on vähäistä. Sairaalassa on vuosien saatossa kehitetty muun muassa dementiapotilaiden saattohoitoa kodinomaisessa ympäristössä (Joensuun terveyskeskussairaalan nykytila, visio, strategia ja toimintasuunnitelma 2013–2015).



Kotilahden terveystieteiden keskus sairaalassa on yhtenä päätavoitteena ollut tehostaa palliatiivista kuntoutusta, jolloin pitkäaikaispotilaiden määrä vähenisi. Kotilahdessa on kehitetty pitkäaikaispotilaiden kuntouttavaa hoitotyötä aiemmin esimerkiksi Valma-projektin myötä (Vanhuksille liikkuminen mahdolliseksi 14.6.1999–31.5.2000), joten hoitohenkilökunta on toteuttanut kuntouttavaa hoitotyötä pitkään.

## KUNTOUTTAVA TYÖOTE JA KUNTOUTUSPASSI

Kuntien sosiaali- ja terveystieteiden palveluilla on päävastuu ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämisestä ja kuntoutuksen järjestämisestä. Kuntoutus on keskeinen osa ikäihmisten hoitoa ja palveluja, joissa perustana on kaikkien toimijoiden kuntouttava työote. (Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko 2002, 18, 22.) Myös ikäihmisten palvelujen laatusuositus korostaa, että kaikissa palveluissa otetaan käyttöön toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työotapa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 24).

Kuntouttava työote on kuntouttavan hoidon ilmenemismuoto, joka ilmaisee hoitajien asenteet ja asennoitumisen dementoituvia kohtaan. Se on tapa olla vuorovaikutuksessa muistihäiriöisen kanssa (Lundgren 1998, 15–16). Syksyllä 2014 Ylärinteen henkilökunnalta kysyttiin, miten kuntouttava hoitotyö toteutuu käytännössä. He vastasivat seuraavasti: Kuntouttava työote on potilaan voimavarojen hyödyntämistä arkitoiminnoissa: lihaskuntannon harjoittelua ja ylläpitämistä päivittäisissä peseytymisessä, pukeutumisessa, ruokailuissa, liikkumisessa ja riisuuntumisessa. Potilaalle annetaan aikaa toimia itsenäisesti, tuetaan potilaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Hoitajan tulee tukea potilaan itsenäistä suoriutumista esimerkiksi sanallisella ohjauksella tai antaa hänen ensin itse yrittää ja sitten vasta auttaa, jos on tarve.

Kuntoutuspassi on syntynyt Joensuun kaupungin työntekijöiden moniammatillisen yhteistyön tuloksena, yhteisenä oppimisprosessina. Se on paperinen asiakirja, johon merkitään työntekijän saama ja hyväksytty suorittama koulutus kuntouttavaa työotetta tukevaan toimintaan. Koulutuksen osa-alueita ovat ohjekansion materiaaliin tutustuminen, asentohoito vuoteessa, vuoteesta siirtymiset, vuoteesta istumaan nousu kylkimakuun kautta, seisomaan nousu ja seisominen, siirtyminen tuoliin, istuma-asennon korjaus, kävelyn ohjaaminen, pukeutumisessa ohjaaminen/ avustaminen, ruokailussa ohjaaminen/ avustaminen, WC-käyntien ohjaaminen/avustaminen, potilaan liikkumista rajoittavien menetelmien käyttö muun muassa turvavyö, haaravyö, magneettivyö, kaatuvan potilaan ohjaaminen ja avustaminen ylös. Koulutukseen kuuluu perehdytys ja näyttö. Molemmat tapahtuvat aidossa ympäristössä/terapiatilanteessa. Kouluttajana toimii fysioterapeutti. Koulutus toteutetaan aluksi kaikille osaston työntekijöille ja jatkossa uusille työntekijöille.

Kuntoutuspassi tuo osaamisen tasalaatuisuutta kaikkiin työvuoroihin. Lisäksi rajalliset voimavarat saadaan parhaaseen mahdolliseen käyttöön. Kuntoutuspassi kannustaa hoitohenkilökuntaa rohkeasti tukemaan potilaan omia voimavarojen kaikissa arjen hoitotilanteissa. Sen käyttöönoton tarkoituksena vahvistaa työntekijän sitoutumista kuntouttavaan työotteeseen sekä kuntouttavan työotteen osaamista. Kuntoutuspassin käyttöönotto edellyttää tiivistä yhteistyötä kuntoutuksen henkilökunnan kanssa.

## KEHITTÄMISTYÖN TILANNE YLÄRINTEEN OSASTOLLA

Kuntoutuspassi oli tarkoitus tuoda syksyn 2014 aikana Kotilahden terveystieteiden keskus sairaalaan Ylärinteen osastolle. Hoitohenkilökunnalle oli suunniteltu koulutusta ja perehdytystä, jonka jälkeen olisi suoritettu näyttö fysioterapeutille tai vastaavalle koulutetulle henkilölle. Tilanne muuttui henkilökuntamuutosten, ajan puutteen ja Kotilahden muuton takia. Osa henkilökuntaa on jo muuttanut toisiin työpisteisiin. Osasto Ylärinte muuttaa lopullisesti keväällä 2015 Senioripihaan. Vanhanaikaisista vuodeosastotyyppisistä tiloista siirrytään uudenaikaisiin tehostetun palveluasumisen tiloihin. Kuntoutuspassin käyttöönotto toteutetaan siellä. Käyttöönottoa Senioripihassa helpottaa se, että työyhteisöön liittyy fysioterapeutti.

## LOPUKSI

Valitsin kehittämistyön aiheeksi kuntoutuspassin siksi, että koen sen tärkeäksi ikäihmisten hoitamisessa. Kuntoutuspassi antaa rohkeutta ja kannustaa tekemään kuntouttavaa hoitotyötä. Kuntouttavan työotteen tavoitteena palliatiivisessa hoidossa on vähentää sairauden tai sen hoidon haittavaikutuksia yksilön jokapäiväiseen elämään. Kuntoutusmenetelmien on mielestäni oltava toteuttamiskelpoisia taudinkuvaan nähden, ja yhdessä asetettujen tavoitteiden tulee olla saavutettavissa. Tavoitteita tulee arvioida jatkuvasti. Palliatiivinen kuntoutuksen tavoitteet voivat olla hyvin yksinkertaisia; kivuton istuminen vuoteen reunaan tai sosiaaliin tapahtumiin osallistuminen. (Watson, Lucas & Hoy 2009, 771.)

Alkuperäisen suunnitelman mukaan kuntoutuspassin tuominen henkilökunnan käyttöön olisi sopinut hyvin käymäni palliatiivisen hoitotyön oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen aikatauluihin. Nyt tapahtuneitten muutosten vuoksi kuntoutuspassin tuominen siirtyi siis keväälle 2015. Suunnittelutyö ei kuitenkaan ole mennyt hukkaan. Lisäksi hyvä asia on, että saamme fysioterapeutin mukaan moniammatilliseen työryhmäämme. Hänen panoksensa kuntouttavan työotteen juurruttamisessa on keskeinen. Tulevaisuudessa kehitettävänä asiana näen työergonomian, joka kulkee käsi kädessä kuntouttavan hoitotyön kanssa.

## LÄHTEET

Joensuun terveystieteiden keskus sairaalan Nykytila, visio, strategia ja toimintasuunnitelma 2013-2015.

Lundgren, J. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. Kuntouttava työote hoitotyössä. Tampere: Studia.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko. 2002.

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

# Hoito-ohjeiden laatiminen parantumatonta maksakirroosia sairastavalle potilaalle, läheiselle ja terveydenhuollon ammattihenkilöille

Saara Laitinen, sairaanhoitaja

Parantavan hoidon ulottumattomissa olevan maksakirroosin hoito on maksakirroosin komplikaatioiden hallintaa, hyvää perushoitoa ja potilaan kokonaisvaltaista tukemista [Vainio, 23]. Paletti-hankkeen yhtenä tarkoituksena on kehittää Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän ylläpitämä hoitoportaali, jossa on tietoa palliatiivisesta ja saattohoidosta potilaalle, läheisille ja terveydenhuollon ammattihenkilöille.

## MAKSAKIRROOSIPOTILAS ON OIKEUTETTU HYVÄÄN HOITOO

Maksakirroosi on krooniseen maksavaurioon johtavien sairauksien lopputulos. Maksan vajaatoiminta vaikuttaa laaja-alaisesti koko elimistön toimintaan häiriten verenkiertoa, aineenvaihduntaa, ruuansulatusta ja kuona-aineiden poistoa. Maksakirroosi voi olla alkuvaiheessa huomaamaton tai aiheuttaa hyvin epämääräisiä oireita kuten väsymystä, ruokahaluttomuutta ja huonovointisuutta. Edenneessä taudissa kirroosia sairastava kärsii henkeä uhkaavista ja lopulta kuolemaan johtavista ongelmista, jotka johtuvat maksan sidekudostumisesta. (Isoniemi & Färkkilä, 705-707.)

Maksasairauksiin voi yhä edelleen liittyä kielteisiä asenteita. Ennakkoluulot ja leimautumisen pelko voivat estää potilasta ja läheistä puhumasta ongelmasta ja hakemasta niihin apua (Munuais- ja maksaliitto). Ymmärrettävässä muodossa oleva tieto voi helpottaa

tilanteen aiheuttamaa ahdistusta ja epävarmuutta. Tiedon avulla potilas saa valmiuksiaan hoitaa itseään, varautua läheisensä kanssa tuleviin tilanteisiin ja olla ainakin niistä tietoisia. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen, 23-32.)

Olipa sairauden taustalla mitä tahansa syitä, potilas on oikeutettu saamaan hyvää hoitoa ja tarvitsemaansa tukea (Munuais- ja maksaliitto). Edennyt maksakirroosi on parantumaton sairaus, joka voi aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen suurta kärsimystä. Terveydenhuollon ammattihenkilöille tarkoitettuun portaaliin tuotettu tieto voi helpottaa potilaan hoidon suunnittelua, oireiden ennakoimista ja myös yhtenäistää maksakirroosipotilaan hoitoa.

## KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

Prosessi käynnistyi helmikuussa 2014, kun Pohjois-Karjalassa toimivassa Paletti-hankkeessa kaivattiin palliatiivisen ja saattohoidon portaaliin ohjeiden kirjoittajia. Tarjolla olevien aiheiden joukosta valitsin maksan vajaatoimintapotilaan hoito-ohjeen, koska olin juuri aloittanut vuoden mittaisen työrupeaman osastolla, jossa hoidetaan maksakirroosia sairastavia potilaita. Tarkensin aiheen maksakirroosia sairastavan potilaan hoitoon, sillä se on monien maksan toimintaa heikentävien sairauksien lopputulos. Tehtävänäni oli tuottaa tietoa maksakirroosipotilaan hoidosta potilaille ja läheisille sekä terveydenhuollon ammattihenkilöille palliatiivisen ja saattohoidon portaaliin. Tarkastelin aihetta palliatiivisen hoidon näkökulmasta, sillä maksakirroosipotilaan hoidon erityispiirteet tulevat esiin jo palliatiivisessa vaiheessa ennen saattohoitovaihetta ja mielestäni saattohoitovaiheessa potilaan diagnoosi menettää merkityksensä.

Aloitin työskentelyn hakemalla tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja potilasohjeen tai oppaan tekemisestä. Keskustelin sisällöstä mentorini sekä gastroenterologin kanssa, joka lupasi tarkistaa ohjeiden lääketieteellisen sisällön oikeellisuuden. Hoitotyön osalta tietoa maksakirroosin hoidosta löytyi lähinnä ulkomaisista hoitotieteen tietokannoista. Lääketieteellistä tietoa sain lisäksi vastikään päivitetystä Gastroenterologia ja hepatologia -kirjasta, sen Oppiporttiversioista sekä gastroenterologilta. Kehittämistehtävän materiaaliin tutustuessani olin havainnut, että ravitsemuksella voi olla merkittävä vaikutus potilaan vointiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ei ohjeista maksakirroosipotilaan ravitsemushoitoa, joten tarkistin johtavalta ravitsemusterapeutilta, onko vuosia sitten tehtyyn sairaalan ravitsemuskäsikirjaan tulossa päivitystä.

Aloitin ohjeiden tekemisen potilaalle ja läheiselle tarkoitettua ohjeesta, koska se tuntui etukäteen työläämmältä. Helpointa oli noudattaa ohjetta, jonka mukaan kirjoittaessaan voi miettiä, miten asian ilmaisisi potilaalle kasvotusten (Hyvärinen, 121). Sisältö muotoutui potilaiden ja läheisten tiedon tarpeesta: pyrin vastaamaan niihin kysymyksiin, joita minulta ja kollegoiltani oli kysytty ja toisaalta siitä, mitä asiantuntijat sanoivat edenneen maksakirroosin hoidossa olevan tärkeää. Ohjeen sisältö koostui lyhyestä maksan rakennetta ja tehtäviä kuvaavasta osasta, maksakirroosin oireiden kuvauksesta, valmistautumisesta lääkärin vastaanotolle sekä diagnoosin tueksi tehtävistä tutkimuksista. Ohjeessa oli myös osio, jossa potilasta ja läheistä ohjattiin potilaan voinnin seurantaan ja lievittämään sairauden oireita kiinnittämällä huomiota ravitsemukseen, ihon hoitoon ja lääkehoitoon sekä selviytymään sairauden aiheuttamasta henkisestä rasituksesta ja valmistautumaan potilaan lähestyvään kuolemaan. Lopuksi ohjeessa selvitettiin maksakirroosin aiheutta-



mia komplikaatioita ja niiden hoitoa. Terveysthuollon ammattihenkilöille tarkoitettujen ohjeiden sisältö on rakenteeltaan ja sisällöltään samansuuntainen, mutta kokonaisuudessaan laajempi, yksityiskohtaisempi ja kieliasussa oli huomioitu lukijakunta. Potilaan tilalla oli kollega, hoitaja, joka hoitaa maksakirroosipotilasta sairaalassa, terveyskeskuksessa ja hoitokodissa.

Asiakokonaisuudet oli tiivistettävä siten, että kappaleet eivät venyisi pitkiksi, mutta olennainen tieto tulisi kirjatuksi. Lääketieteellisille termeille piti löytää suomenkielinen vastine, jonka jälkeen lisäksi lääketieteessä käytetyn termin, jotta se hakusanana johtaisi tietoa hakevan asiallisen tiedon lähteille. Tuotetut ohjeet lukivat ja niitä kommentoivat gastroenterologi, mentori ja maksapotilaan hoidossa pitkän kokemuksen omaava sairaanhoitaja sekä potilaille ja läheisille tarkoitettua version luki lisäksi maallikko.

## OHJEIDEN KÄYTTÖTARKOITUS

Ohjeet ovat osa hoitoportaalia. Tarkoituksena on antaa ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa maksakirroosista ja sen hoidosta. Lisäksi ohje voi olla potilaan ja läheisen tukena lääkärin vastaanotolla tai osastohoidon aikana käydyille keskusteluille, haettaessa tietoa maksakirroosista ja muistin tukena sairauden eri vaiheissa. Vaikka elämme ajassa, jossa paperiversioista pitäisi pyrkiä eroon, uskon erityisesti potilaille ja läheisille tarkoitettua version toimivan tulostettuna kirjallisena oppaana. Tähän voi palata tarpeen tullen, vaikka kotona ei nettiyhteyttä olisikaan. Terveysthuollon ammattihenkilöille tarkoitettu ohje voi olla apuna potilasohjauksessa ja henkilökunnan perehdyttämisessä.

## POHDINTA

Olen saavuttanut kehittämistehtävän avulla erään opintojen keskeisen tavoitteen: perehtyä maksakirroosipotilaan hoitoon. Olen saanut tietoa maksakirroosista sairautena sekä oppinut suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan maksakirroosia sairastavan potilaan hoitoa. Pystyn tukemaan potilasta, läheisiä ja kollegoja antamalla tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Kehittämistehtävän tekeminen on ollut myös tärkeä askel matkalla palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuteen. Asiantuntijuus on mielestäni teoriaosaamista, tiedon käytäntöön soveltamista, kokemusta ja kehittämistä. Ohjeistuksen avulla potilaat ja heidän läheisensä saavat välineitä, joilla vaikuttaa potilaan vointiin ja sairauden kanssa elämiseen. Terveysthuollon ammattihenkilöt saavat puolestaan välineitä perehdyttämiseen ja hoidon suunnitteluun ja toteutukseen.

Hyvä ja ajallaan toteutettu oirehoito sekä potilaan ja läheisten tukeminen ovat maksakirroosipotilaan palliatiivisen- ja saattohoidon hoidon kulmakiviä. Toivon, että asiallisen ja ymmärrettävän tiedon avulla kielteiset asenteet ja leimautumisen pelko hälvenevät. Kuten aiemmin on todettu, oli sairauden taustalla mitä syitä tai tekijöitä tahansa, potilas on oikeutettu saamaan hyvää ja asiantuntevaa hoitoa sekä tulla arvokkaasti kohdelluksi.

## LÄHTEET

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on hyvä potilasohje? *Duodecim* 121, 1769–1773.

Isoniemi, H. & Färkkilä, M. 2013. Maksakirroosipotilaan ongelmat. Maksakirroosi. Teoksessa M. Färkkilä, H. Isoniemi, K. Kaukinen ja P. Puolakkainen (toim.) *Gastroenterologia ja hepatologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 705–707.

Munuais- ja maksaliitto ry. Maksako vaivaa? Opas maksasairauksista. [http://www.musili.fi/files/430/maksaopas\\_maksako\\_vaivaa.pdf](http://www.musili.fi/files/430/maksaopas_maksako_vaivaa.pdf). 4.7.2014.

Torkkola, S., Heikkinen, H. ja Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vainio, A. 2004. Muiden kuin syöpäsairauksien palliatiivinen hoito. Kuolemaan johtavat maksasairaudet. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

# Palliativinen hoitopolku Kanervikkola-kodissa

Tarja Löppönen, terveydenhoitaja

## KEHITYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Aloitin vuoden 2014 alussa palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen Karelia-ammattikorkeakoulussa. Koulutukseen sisältyi kehitystyön tekeminen omassa työyhteisössä. Aiheen sai jokainen valita vapaasti. Minä valitsin kehitystyöni aiheeksi palliativisen hoitopolun kuvaamisen ympärivuorokautisessa tehostetussa palveluasumisessa, missä asukkaat ovat muistisairaita tai vaikeavammaisia. Palliativisen hoitopolun tavoitteena on luoda selkeät raamit asukkaan parhaan mahdolliseen hoidon järjestämiselle. Osana sähköistä IMS-laaturjestelmää oleva hoitopolku helpottaa hoitopäätösten tekoa ja toimii samalla saattohoito-oppaana. Hyvä ohjeistus turvaa asukkaan itsemääräämisoikeuden ja oikeuden hyvään kuolemaan (YK:n Kuolevan oikeuksien julistus 1975; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010 mukaan, 51).

Pohjois-Karjalassa on meneillään Paletti-hanke, joka tarkoituksena on maakunnan palliativisen ja saattohoito osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen. Kehittämistyöni liittyy hyvin meneillään olevaan alueelliseen kehittämiseen. Koen tärkeänä, että myös hoitokoti selkeyttää toimintaohjeet hoitoketjussa ja toteuttaa hoitolinjaukset hyvisä ajoin ennen asukkaan kuolemaa. Haasteena on nimenomaan ollut tunnistaa riittävän ajoissa hoidon tarpeen muuttuminen ja tehdä siihen liittyvät päätökset.

## PALLIATIIVINEN HOITOPOLKU

Taulukko 1. Palliativinen hoitopolku Kanervikkola-kodissa

Palliativisen hoidon linjaus	Saattohoitopäätös	Saattohoito	Kuolema	Kuoleman jälkeen
parantumattoman sairaan vointi heikkenee	saattohoitotarpeen tunnistaminen	saattohoidon järjestäminen	kuolinprosessin käynnistymisen tunnusmerkit	vainajan laitto
palliativisen hoidon tunnistaminen	saattohoitoneuvottelu	kuolemassa olevan asukkaan hoito	kuoleman kohtaaminen	omaisten kohtaaminen
tehdään palliativisen hoidon linjaus	saattohoitopäätös		kuoleman toteaminen	muistotilaisuus

Kanervikkola-kodin palliativista hoitopolkua on kehitetty minun ja johtavan sairaanhoitajan yhteistyönä. Ensin kartoitimme nykyisten käytänteiden haastavat ja ongelmalliset kohdat ja sitten hahmotelimme taulukossa 1 olevan polun. Seuraavaksi alamme käydä palliativista hoitopolkua läpi yhdessä koko henkilökunnan kanssa.

Palliativisen hoitopolun kaksi ensimmäistä vaihetta sisältävät suurien, käytännön hoitotyötä ohjeistavien hoitolinjausten tekemisen. Lähtötilanteessa parantumattomasti sairaan asukkaan vointi heikkenee eikä lääketieteellistä parantavaa hoitoa enää ole. Tällöin on tärkeää huomioida voinnin muutos ja tehdä **palliativisen hoidon linjaus**. Järjestettävässä neuvottelussa selvitetään asukkaalle ja hänen omaisilleen sairauden eteneminen ja siihen liittyvä oireen mukainen hoito. Samalla keskustellaan hoidon tavoitteista ja selvitetään asukkaan ja hänen omaistensa mahdolliset hoitoon liittyvät toiveet.

Heiltä myös kartoitetaan hoitotahtoa sekä keskustellaan DNR-päätöksestä. Palliativisen hoidon linjauksessa pyritään yhteisymmärrykseen omaisten tai muiden asukkaalle tärkeiden läheisten kanssa. Palliativisen hoidon linjaus on myös samalla lääketieteellinen kannanotto, ettei parantavaa hoitoa ole, vaan keskitytään elämän laadun parantamiseen ja ylläpitämiseen. Palliativinen hoitovaihe voi kestää useita kuukausia tai jopa vuosia.

Asukkaan voinnin edelleen huonontuessa ja odotettavissa olevan eliniän vähentyesä muutamiiin viikkoihin tai kuukausiin tehdään **saattohoitopäätös**. Sen tekee lääkäri. Erikseen järjestettävässä saattohoitoneuvottelussa tehdään suunnitelma saattohoidosta ja keskustellaan lähestyvistä kuolemasta. Saattohoitosuunnitelmassa otetaan muun muassa kantaa lääkitykseen. Siinä huomioidaan erityisesti oireen mukainen hoito ja pyritään enakoimaan tarvittavaa lääkitystä. Samalla selvittää myös asukkaan ja hänen omaistensa toiveet ja omaisten läsnäolon mahdollisuudet. Saattohoitopäätös ja -suunnitelma kirjataan selkeästi ylös, jotta se on ohjeistamassa, jos kuitenkin tarvitaan hoitopaikansiirto.

Hoitopolun seuraavat vaiheet (**saattohoito, kuolema ja kuoleman jälkeen**) ohjeistavat käytännön hoitotyön sisältöä ja järjestelyjä. Saattohoito sisältää ohjeita itse saattohoidon järjestämisestä hoitokodissa kuten ohjeita saattohoitoympäristöön. Kuolemassa olevan asukkaan hoito sisältää ohjeita oireen mukaiseen hoitoon.

Kuolinprosessin käynnistymisen tunnusmerkit, kuoleman kohtaaminen ja kuoleman toteaminen kuvaavat ja ohjeistavat itse kuoleman tapahtumaa ja siihen liittyviä asioita sekä toimenpiteitä. Vastaavasti kuoleman jälkeen -osio ohjeistaa vainajanlaiton, omaisten kohtaamisen ja muistotilaisuuden hoitokodissa. Näiden osioiden sisältö koostuu osittain Pohjois-Karjalan keskussairaalan saattohoitoportaalin ohjeistuksesta ja Käypähoitosuosituksesta Kuolevan potilaan oireiden hoito sekä osittain hoitokodin omista sovitusta käytänteistä.

## POHDINTAA

Palliativisen hoitopolun prosessinomaisen kuvauksen tarkoituksena on selkeyttää palliativisen ja saattohoidon eri vaiheita hoitokodissa. Tämä mahdollistaa paremmin asukkaan hoitamisen loppuun asti hoitokodissa ilman siirtoja päivystykseen tai vuodeosastolle. Hoitokotikuolema rinnastetaan kotikuolemaan. Kotona kuoleminen mahdollistaa selkeiden hoitolinjausten suunnittelu ja tekeminen hyvissä ajoin. Selkeästi kirjattujen hoitolinjausten merkitys on suuri, kun tarvitaan hoitopaikan siirtoa tai konsultaatio apua.

Hoitokodissa haasteena on havaita parantumattomasti sairaan asukkaan pysyvä terveydentilan muuttuminen, koska asukkaat ovat olleet jo usein vuosia huonokuntoisia. Olennaista on havaita voimien heikkeneminen ja tunnistaa tarve hoitolinjausten tekoon tai tarkistamiseen. Se on tärkeä viesti myös omaisille ja läheisille lähestyvistä kuolemasta.

Muuttuvien käytänteiden takia palliativinen hoitopolku on kokoajan muuttuva prosessi, jota tulee päivittää tarvittaessa. Käytäntö tulee mahdollisesti muuttamaan myös sisältöjä. Osana sähköistä IMS-laaturjestelmää olevan palliativisen hoitopolun päivittäminen on helppoa.

## LÄHTEET

ETENE. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus. Helsinki: ETENE julkaisuja 36.

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

# Hoitokoti Pikkupihan saattohoidon kehittäminen

Niina Makkonen, sairaanhoitaja

Saattohoito on potilaan yksilöllisesti huomioonottavaa ja perhekeskeistä hoitoa, jossa lähtökohtana ovat kuolevan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset ja henkiset tarpeet (Sand 2003, 39). Kuolevan potilaan perusoikeutena on saada laadukas saattohoito riippumatta siitä, mihin hän elämänsä loppuvaiheen hoidon haluaa. Hyvä saattohoito perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen ja läheisten merkityksen ymmärtämiseen sekä turvalliseen ja jatkuvaan oireiden hoitoon. Hoitohenkilökunnan hyvällä osaamisella varmistetaan potilaan kannalta onnistunut saattohoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17, 30 -31.)

## MISTÄ LÄHDETTIIN LIIKKEELLE

Palliativisen hoitotyön täydennysopintoihini liittyi kehittämistyön tekeminen ja halusin sen pohjautuvan käytännön työelämän tarpeisiin. Kehittämistyöni aiheeksi olin valinnut ikääntyneiden saattohoidon. Aihe nousi esille tehdessäni tehtävää, jossa kartoitettiin hoitokodin nykytilannetta palliativisen- ja saattohoidon osalta. Hoitokodissa ei ollut mitään erillistä ohjeistusta saattohoitoon liittyen ja esimerkiksi saattohoitoon liittyvät käsitteet eivät olleet kaikille hoitajille selviä. Varsinaista saattohoitoa hoitokodissa on ollut hyvin vähän.

Tehtävänä tässä kehittämistyössä tein sekä kirjallisen että sähköisessä muodossa olevan saattohoito-oppaan, jota on helppo päivittää. Kehittämistyöni toimeksiantaja oli Hoitoko-

ti Pikkupiha Tmi, joka sijaitsee aivan Tohmajärven keskustan tuntumassa. Se on tuottanut tehostettua palveluasumista ikäihmisille vuodesta 1996. Vanhukset ovat lähinnä muisti- ja monisairaita ja tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa sekä lääkehuollossa. Pikkupihassa työskennellään kolmessa vuorossa eli hoitaja on paikalla vuorokauden ympäri. Nykyisin monet vanhuksista ja heidän omaisistaan toivovat, että Pikkupiha olisi se paikka, josta ei tarvitsisi lopun lähestyessä siirtyä enää minnekään. Toivotaan, että vanhus saisi viettää viimeiset päivänsä hoitokodissa tutussa ympäristössä tuttujen hoitajien hoidossa. Tämä on luonut erilaisia kehittämistarpeita hoitokotiin. Halusimme kehittää omaa asian- tuntijuuttamme saattohoidosta, koska työskentelemme ikäihmisten parissa ja meillä tulee todennäköisesti olemaan saattohoidossa olevia asukkaita. On tärkeää, että meillä on tietoa aiheesta, jotta voimme toteuttaa laadukasta hoitotyötä ja hyvää ja yksilöllistä saattohoitoa.

Kehittämistyöni lähtökohdaksi oli henkilökunnan tarve saada selkeät ohjeet saattohoidon toteuttamiseksi hoitokodissa. Tavoitteenani oli saada hyvä ja toimiva opas hoitokodin työntekijöille, jonka kautta toimintatavat yhtenäistyvät, jonka seurauksena hoidon laatu paranee ja hoitokäytännöt yhtenäistyvät sekä turvallisuus lisääntyy. Tavoitteena oli myös helpottaa työntekijöiden työtä, kehittämällä apuväline, joka konkreettisesti antaa neuvoja eri tilanteissa saattohoidossa olevan asiakkaan hoidossa.

## PIKKUPIHAN SAATTOHOITO-OPAS

Pyrim tuomaan oppaassa esiin asioita, jotka ovat tärkeitä juuri Hoitokoti Pikkupihaa ja sen asukkaita ajatellen. Tein kehittämistyötä yhteistyössä hoitokodin henkilökunnan kanssa, jotta tuote palvelisi mahdollisimman hyvin tulevaisuudessa. Oppaan tarkoituksena on olla sekä yleismaailmallinen että täsmällinen ja yksityiskohtainen ja se kattaa juuri hoitokodissa tapahtuvan saattohoidon ohjeistuksen. Sisällön laajuuden rajasin kolmeen näkökulmaan. Näkökulmina olivat potilas, omainen sekä hoitohenkilöstö.

Olen käyttänyt oppaan tuottamisessa ajantasaisia ja luotettavia lähteitä, joiden kirjoittajista yksi keskeisin asiantuntija on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyden omaava ylilääkäri Juha Hänninen. Oppaan luotettavuus, asiasisältö sekä tarkoituksenmukaisuus on varmistettu hoitokodissa käyvän lääkärin toimesta. Opas sisältää asioita, joita hoitajat mahdollisesti kohtaavat ja miettivät saattohoitopotilasta hoitaessaan. Sisällössä käyn läpi saattohoitoa, asukkaan huomioimista mm. fyysisten ja psyykkisten oireiden hoitoa ja hengellistä tukea, omaisten huomioimista ja hoitajien jaksamista sekä kuolemaa. Oppaassa on myös tietoa miten tulee toimia siinä vaiheessa, kun potilas on kuollut. Konkreettisesti hoitokotiin liittyviä asioita ovat esim. mihin olla yhteydessä kuoleman jälkeen ja miten vainajan laittaminen hoidetaan.

## TULEVAISUUS

Uskon, että opas helpottaa meidän hoitajien sekä ainakin uusien työntekijöiden työtä saattohoidon parissa. Hoitokodissa oppaan tarpeellisuus ja arviointi tapahtuu sitten, kun opas otetaan aktiivisesti käyttöön, osaksi hoitotyötä. On hienoa, että olen saanut opiskeluni ja työni kautta olla kehittämässä Hoitokoti Pikkupihassa tapahtuvaa saattohoitoa.

Jatkossa voisimme kehittää Hoitokoti Pikkupihaan omaisille ja hoitohenkilökunnalle tarkoitettua saattohoidon laadusta kertovan kyselylomakkeen. Saattohoidon arviointi on myös osa laadukasta hoitotyötä. Saattohoidon onnistumisen arviointi antaa tärkeää tietoa henkilökunnalle ja näin hoitokodissa voitaisiin tehdä jatkossakin kehittämistyötä laadukkaan saattohoidon onnistumisen hyväksi.

Saattohoitopotilaan hoitotyö käsittää laajan kokonaisuuden eri tekijöitä, jotka vaikuttavat kuolevan potilaan saamaan hoidon laatuun.

Saattohoitopotilaan hyvä elämänlaatu muodostuu siitä, että hänestä huolehditaan, että hän tuntee olonsa turvalliseksi, osallistuu itseään koskeviin hoitoratkaisuihin sekä kokee säilyttävänsä oman elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. Kuolevan ihmisen tarpeiden ja toiveiden täyttäminen sekä hänen vakaumuksensa kunnioittaminen ovat saattohoidon lähtökohdita. Uudistuneiden valtakunnallisten saattohoitosuosittelujen myötä Suomeen on tarkoitus saada koko maan kattavat yhtenäiset käytännöt saattohoidon toteuttamisesta, jolla mahdollistetaan jokaisen kuolevan potilaan oikeus saada hyvä ja laadukas saattohoito. Suositusten myötä jokaisella saattohoitopotilaalla on oikeus valita mihin hän haluaa elämänsä viimevaiheen hoidon. Saattohoito tulee järjestää potilaan toiveiden mukaisesti kotiin, joka käsittää myös palvelutalossa asumisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. 17, 30 -31.) Saattohoito on kuolemaa lähestyvän hoitoa, joten sen tärkeyttä ei voi liikaa korostaa.

## LÄHTEET

Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Verkkodokumentti. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1528097](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1528097). 15.5.2014.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

# Omaisten iltojen kehittäminen osastolla kuolleiden potilaiden omaisille terveystakeskuksen vuodeosastolla

Tarja Parviainen, sairaanhoitaja

Palliativisen oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen kehittämistehtävänä terveystakeskuksen vuodeosastolla kehitettiin omaisten ilta osastolla läheisensä menettäneille omaisille. Kolmen kuukauden aikana osastolla kuoli 21 potilasta ja lähiomaisille kutsut omaisten iltaan lähetettiin postissa jälkikäteen. 13 omaista osallistui sairaalapastorin ja sairaanhoitajan vetämään iltaan. Illan aikana omaiset saivat kertoa oman tarinansa ja antaa palautetta, miten olivat kokeneet omaisensa saattohoidon osastolla.

## SAATTOHOITOA TERVEYSTAKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA

Siilaisen terveystakeskus - sairaalassa toimii neljä vuodeosastoa, joilla on yhteensä 150 sairaansijaa. Osasto 1B: n toiminta painottuu geriatriseen kuntoutukseen ja syöpäpotilaiden hoitoon. Potilaspaikkoja osastolla on 37. Joensuun sosiaali- ja terveydenhuollon saattohoitosuunnitelman mukaan osasto 1B on saattohoito-osasto, jossa on 3 saattohoitopaikkaa. Saattohoidon tavoitteena osastolla on, että potilas saisi elää saattohoitovaiheen ilman vaikeita oireita tai kipuja läheistensä ja omaistensa seurassa. Saattohoitoon siirtyminen perustuu potilaan ja/tai potilaan omaisten kanssa keskusteluun ja yhteiseen päätökseen. (Timonen 2011)

Lisäksi tehostetussa kotisairaanhoidossa voi olla saattohoidossa olevia potilaita, joilla voinnin huonontuessa tai erilaisten oireiden pahentuessa, on lupa tulla suoraan kotoa osastolle 1B. Tehostetun kotisairaanhoidon lupapaikkapotilaat otetaan aina osastolle mihiin vuorokaudenaikaan tahansa, tarvittaessa myös yli paikalle.

Läheisen kuoleman jälkeen omaisten suullinen ja kirjallinen ohjaaminen tapahtuu usein välittömästi tai lähipäivinä potilaan kuoleman jälkeen. Varsinaista omaisten jälkihoitoa ei ole tähän asti osastolla ollut.

## OMAISTEN ILLAN IDEOINTIA

Kehittämistehtävä sai alkunsa Ouluun suunnatusta benchmarking-matkasta syyskuussa 2013. Pääsin Paletti-hankkeen (Palliativisen – ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja kehittäminen asiantuntija yhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013 – 31.3.2015) mukana vierailemaan Oulun kaupungin sairaalan Palliativisella osastolla A2. Palliativisen osaston palveluesimies kertoi, että heillä järjestetään omaisten iltoja läheisensä menettäneille joka toinen kuukausi. Ajattelin heti, että onpa hienoa toimintaa, näin saattohoidon pitäisi meidänkin osastolla mennä.

Omaisten sururyhmiä järjestävät pääasiassa seurakunnat ja saattohoitoon erikoistuneet hoitokodit. Esimerkiksi Pirkanmaan Hoitokodissa lähimmälle omaiselle soimitaan noin kuukausi potilaan kuoleman jälkeen. Omaiset ovat kokeneet yhteydenoton hyvin myönteisenä huolenpitona, jopa vainajan kunnioittamisena. Omaiset antavat myös palautetta läheisensä saamasta hoidosta, mikä hoitokodin kehitystyön kannalta koetaan tärkeänä. Kun potilaan kuolemasta on kulunut kolme kukautta, kutsutaan Pirkanmaan Hoitokodista hänen läheisensä muisteluiltaan, jossa vetäjänä toimivat sosiaalityöntekijä, hoitaja ja vapaaehtoistyöntekijät. (Häihälä & Lehtipuu-Vuokola 2008.)

## OMAISTEN ILLAN SUUNNITTELU

Toukokuun alussa 2014 kysyin sairaalapastoriamme omaisten illan vetäjäksi ja sain häneltä myönteisen vastauksen. Sovimme, että omaisten ilta järjestetään 4.9.14. Lähetin myös sähköpostia Oulun kaupungin Palliativisen osaston palveluesimiehelle kysyäkseni häneltä vielä tarkentavia kysymyksiä heidän käytännöstään. Osastoavustajaamme pyysin tulostamaan erilliseen kansioon osastolla kuolleiden potilaiden henkilötietolomakkeet käytössä olevasta Mediatri-potilastietojärjestelmästä toukokuun alusta alkaen. Lomakkeissa näkyy lähiomaisen yhteystiedot, joita myöhemmin tarvitsin kutsujen lähettämiseen.

Osastolla kuoli 21 potilasta 30.4. - 3.8.14 välisenä aikana. Kutsukirjeet kuolleiden potilaiden lähiomaisille lähetettiin noin kolme viikkoa ennen omaisten iltaa. Kutsut lähetettiin ajoissa, koska omaisilla ei ollut etukäteen tietoa tulevasta tapahtumasta. Kutsussa omaisia pyydettiin ilmoittamaan osastolle osallistumisestaan viimeistään viikkoa ennen iltaa. Sairaalapastorin kanssa pidimme etukäteen suunnittelupalaverin illan kulusta ja pidimme yhteyttä myös sähköpostitse.

## OMAISTEN ILLAN TOTEUTUMINEN

Ensimmäinen omaisten ilta pidettiin 4.9.14, noin vuosi sen jälkeen kun kehittämistyön idea oli saanut alkunsa. Osastojen päivätoiminnan ohjaajan suurella avustuksella laitoimme osaston päiväsalin iltaa varten kuntoon. Etukäteen omaisia oli ilmoittautunut 11, mutta lopullisesti iltaan osallistui 13 omaista. Omaisista suurin osa oli puolisoita, mutta joukossa oli myös 2 tytärtä, yksi tyttärentytär, äiti, vävy, sisko, täti ja poika. Illan aikana jokainen omaisista sai vuorollaan kertoa oman tarinansa ja kokemuksensa läheisensä saamasta hoidosta.

Omaisten puheenvuoroissa tuli esille tyytyväisyys mm. siitä, että omaisen oli saanut olla yhden hengen huoneessa, jossa on oma vessa. Hoitajat olivat kohdanneet omaiset kiireettömästi ja omaisten jaksamisesta oli huolehdittu. Hoitotilanteissa toiminta oli ollut rauhallista ja potilaalle ja omaisille oli kerrottu läheisen lähestyvistä kuolemasta sekä kuoleman merkeistä. Kipupumppuun läheisen kivunlievittäjänä oltiin tyytyväisiä. Tyytyväisiä omaiset olivat myös toimintatapaan, jossa on lupa tulla kotoa osastolle suoraan ilman rasittavaa päivystyskäyntiä. Myös päivystävä pappi oli saatu osastolle omaisten toiveesta nopeasti. Lisäksi osastonlääkäri sai erityiskiitokset ja muutama hoitaja sai myös henkilökohtaiset kiitokset hyvästä hoidosta.

Tyytymättömyyttä tai mielipahaa omaisissa oli aiheuttanut mm. se, että hoitajia oli liian vähän ja hoitajien kiire oli aistittavissa. Kuolevan läheisen luona oli käyty nopeasti ja hoitotoimissa oli kiirehditty eikä kuoleman merkeistä kerrottu. Toivottiin myös, että hoitaja olisi käynyt potilaan huoneessa useammin. Tyytymättömyyden tunnetta lisäsi potilaan huono vastaanotto osastolle tai tieto siirrosta osastolle ei ollut tavoittanut omaista. Häätännystä aiheutti myös omaisen hälyttämään soittokelloon vastaamattomuus jolloin omaisen oli joutunut etsimään hoitajia osastolta. Kuolevalle kaivattiin myös yksityisyyttä omassa huoneessa. Erityisesti tämä korostui nuorten kuolevien kohdalla.

## KEHITTÄMINEN JATKUU

Ensimmäisestä omaisten illasta jäi hyvä tunne. Iltaan osallistuneiden omaisten määrä jopa yllätti ja herätti ajatuksen siitä, että hoitajia voisi olla illassa useampikin, jolloin omaisten yksilöllisempi kohtaaminen mahdollistuisi. Yksi omaisista otti hieman liian suuren roolin ja keskeytti usein toisten puheenvuoroja, joten jatkossa on mietittävä, miten puheenvuoroja rajataan. Myös omaisten informointi heti läheisen kuoltua seuraavasta omaisten illasta on jatkossa kehittämisen kohteena. Lisäksi olemassa olevaa mallia on tarkoitus soveltaa tehostetussa kotisairaanhoidossa kotisaattohoidossa kuolleiden potilaiden omaisten jälkihoitoon. Erityisen iloinen olen moniammatillisesta yhteistyöstä, jota illan onnistuminen on vaatinut. Työyhteisön jäsenet ovat suhtautuneet kannustavasti omaisten iltaan ja ovat olleet valmiita auttamaan illan toteutuksessa. Ensimmäisen omaisten illan palaute on käyty läpi osastotunnilla ja osastolla on halua järjestää omaisten iltoja jatkossakin. Palautteen avulla pystytään vaikuttamaan hoidossa koettuihin epäkohtiin. Omaisten iltoja pidetään jatkossa kolmen kuukauden välein.

## LÄHTEET

Häihälä, E., & Lehtipuu-Vuokkola, L. 2008. Pirkanmaan Hoitokodissa omaisten tukeminen on osa hyvää saattohoitoa. *Sairaanhoitajalehti* 9/2008.

Timonen, L. 2011. Saattohoitosuunnitelma Joensuun sosiaali- ja terveydenhuollossa.



# Saattohoitopotilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa

Minna Peake, sairaanhoitaja

Suomessa vuosittain noin 15 000 potilaan on arvioitu tarvitsevan elämänsä loppuvaiheessa osaavaa palliatiivista ja saattohoitoa (Vuorinen ja Hänninen 2010). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve on ilmeinen syöpäpotilaiden kohdalla, mutta sitä tarvitsevat myös muita kroonisia sairauksia potevat, kuten sydämen-, maksan- ja munuaisten vajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia, muistisairauksia ja muita eteneviä neurologisia sairauksia sairastavat potilaat (Saarto 2013).

Niin Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC 2009, EAPC 2010) kuin Suomen sosiaali- ja terveysministeriökin (STM) (2010a) ovat laatineet vähimmäiskriteerit ja suositukset siitä, kuinka palliatiivinen ja saattohoito tulisi järjestää. Näissä suosituksissa saattohoito esitetään rakennettavaksi kolmiportaisen mallin mukaan, joka sisältää perustason hoitoyksiköt (A taso), alueelliset saattohoitoyksiköt (B taso) sekä yliopisto- ja keskussairaalayksiköt ja saattohoitokodit (C taso). Pohjois-Karjalassa saattohoidon suosituksia on lähdetty soveltamaan käytäntöön kaksivuotisen Paletti-hankkeen (Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013 – 31.3.2015) tekemän kehitystyön myötä. Saattohoidon selkeyttämiseksi potilaan hoitopolku kuvataan PKSSK:n internet-sivuille tulevaan saattohoitoportaaliin.

## MIKSI PALVELUKETJUJA TARVITAAN?

Yhteiskunnan jatkuvat muutospaineet ovat Virtasen et.al. (2011) mukaan edistäneet asiakaslähtöisyyden kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla voidaan vastata moniin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin. Ne voivat lisätä hoidon vaikuttavuutta, palvelujen kustannustehokkuutta, työntekijöiden ja asiakkaiden tyytyväisyyttä. Asiakaslähtöisen toimintatavan aikaansaaminen vaatii kokonaisvaltaisia muutoksia tekniikoissa, prosesseissa, organisaation rakenteissa ja infrastruktuurissa (Virtanen et.al 2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen muuttaminen edellyttää sektorirajat ylittävää visiota asiakaslähtöisyydestä ja sen merkityksestä (Leväsluoto & Kivisaari 2012). Palveluketjujen kehittäminen terveydenhuollossa voidaan nähdä askeleena asiakaslähtöisempään toimintamalliin.

Kirjallisuudessa puhutaan tällä hetkellä sekä hoitoketjuista että palveluketjuista – molemmat tarkoittavat toimintamallia, joissa käsitellään ”saman asiakkaan tiettyyn ongelma-kokonaisuuteen kohdistuvaa ja organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa palveluprosessin kokonaisuutta” (Stakes 2002). Ero hoito- ja palveluketjun välillä on se, että hoitoketju sisältää vain terveydenhuollon tekemiä hoitotoimia, kun taas palveluketju sisältää myös muiden toimialueiden palveluja. Saattohoitopotilaan kohdalla on mielestäni perusteltua puhua palveluketjusta, koska saattohoidossa tarvitaan usein moniammatillista, organisaatorajat ylittävää ryhmätyötä.

Palveluketjut nähdään hoidon hallinnan strategioina, jotka virallistavat moniammatillisen ryhmätyön ja edistävät terveydenhuollon ammattilaisten välistä keskustelua kullekin kuuluvasta roolista, tehtävistä ja vastuualueista (Rees et al. 2004). Palveluketjujen tavoitteena on myös parantaa potilasturvallisuutta, soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa käytännön työhön sekä optimoida saatavilla olevien resurssien käyttö (Panella 2007). Joanna Briggs Instituutin (JBI) julkaisemassa suosituksessa (2010) todetaan, että palveluketjut voivat parantaa palvelujen laatua ja ne nähdään arvokkaina parhaisiin käytäntöihin liittyvien hoitosuosittelujen ja menettelytapaohjeiden käyttöönoton tukemisessa. Lisäksi palveluketjut voivat parantaa kirjaamista ja palvelujen koordinoitua olosuhteissa, joissa potilaan kulku on ennustettavissa (JBI 2010).

STM:n mukaan (2010a) hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville diagnoosista riippumatta ja potilaan tulisi voida elää saattohoitovaiheensa ilman vaikeita kipuja tai oireita, haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta järjestämisestä ja toteuttamisesta. STM (2010a) suosittaa myös saattohoitopolkujen kuvaamista ja toiminnan toteuttamista näiden kuvausten mukaisesti. Saattohoidon järjestäminen STM:n kolmiportaisen mallin mukaisesti ei tutkimusten perusteella juurikaan lisää kuntien kustannuksia pitemmällä aikavälillä katsottuna – kyse on osaamisen ohjaamisesta järkevästi sekä toiminnan uudelleen organisoinnista (Vuorinen et. al. 2014).

## MITÄ SAATTOHOITO ON?

Etenen (2012) mukaan saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitoa, jolla pyritään takaamaan hänelle aktiivinen, arvokas ja oireeton elämän päätösvaihe. Saattohoidossa tulee huomioida hänen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeensa. Saattohoitoon kuuluu ihmisen tahdon selvittäminen, hänen toiveidensa huomioon

ottaminen, mahdollisimman hyvä oireiden hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen sekä hänen läheistensä huomioiminen ja tukeminen. Saattohoitoa edeltää potilaan etenevä ja parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla sairauden ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja potilaan jäljellä olevan elinajan arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito perustuu potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen (STM 2010a).

## SAATTOHOIDON PALVELUKETJUN KEHITTÄMINEN Pohjois-Karjalassa – LÄHTÖTILANNE

Paletti-hankkeessa vuoden 2013 aikana tekemäni kuntakyselyt nostivat esiin terveydenhuollon ammattilaisten halun kehittää palliatiivista ja saattohoitoa Pohjois-Karjalan maakunnassa. Ongelmana kehitystyölle nähtiin alueelliset resurssien ja osaamisen tason vaihtelut sekä yhtenäisten saattohoito-ohjeiden puuttuminen. Potilaiden saattohoitopolku oli jäsentymätön ja yhteistyössä eri terveydenhuollon yksiköiden välillä nähtiin puutteita. Potilaiden hoitovastuun siirtäminen koettiin ongelmalliseksi, jatkohoitosuunnitelmat olivat monin paikoin puutteellisia eikä potilailla aina ollut selkeää kuvaa siitä, kuka heidän hoidostaan oli kulloinkin vastuussa. Koulutusta saattohoidon ja erityisesti kivun hoidon kysymyksissä kaivattiin niin hoitohenkilökunnan kuin lääkäreidenkin taholta. Lisäksi pitkät välimatkat ja ikääntyvän väestön lisääntyminen nähtiin haasteena saattohoidon kehittämisen kannalta (PKSSK 2014). Selkeät perustelut saattohoitopotilaan palveluketjun kehittämiseksi olivat siis olemassa.

## PALVELUKETJUN KEHITTÄMINEN – TILANNEKATSAUS

Saattohoitopotilaan palveluketjua ja saattohoitoon vaikuttavia käytänteitä käytiin läpi yhteistyössä koko Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK), erikoissairaanhoidon (ESH), perusterveydenhuollon (PTH) sekä kolmannen sektorin kanssa. Koska saattohoitopotilaan hoitaminen on osa palliatiivisen potilaan hoitoa, niitä selvittiin yhtenäisenä kokonaisuutena.

Yhtenä laajana ongelmana nähtiin saattohoitopäätösten ja selkeiden hoidon linjausten puute niin ESH:ssa kuin PTH:ssakin. Hyvän saattohoidon perustana on saattohoitotarpeen tunnistaminen ja saattohoitopäätöksen tekeminen (diagnoosinumero Z51.5 saattohoito tai aikaisemmassa vaiheessa tehty palliatiivisen hoidon linjaus Z51.5). Saattohoitoon siirtyminen on Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) mukaan tärkeä potilaan hoitoa koskeva päätös, joka on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan ja potilaan antaessa siihen luvan myös hänen omaistensa kanssa.

Hoidon linjauksista ja saattohoitopäätösten tekemisestä (tai niiden tekemättä jättämisen syistä) onkin käyty runsasta keskustelua eri yksiköiden välillä. Hoidon linjausten merkitystä on korostettu ja niiden tekemiseen kannustettu potilaan hoidon selkeyttämiseksi. Lisäksi Paletti-hanke on järjestänyt aiheesta runsaasti koulutusta terveydenhuollon henkilökunnalle. ”Mutu-tuntuma” asiasta on tällä hetkellä se, että päätöksiä on alettu tehdä aiempaa enemmän. Asian selvittämiseksi tarkemmin tavoitteenani on tehdä koko maakunnan kattava, sähköpostitse tehtävä kysely marras-joulukuun 2014 aikana, josta saatuja

tietoja tullaan hyödyntämään ja täydentämään talven ja kevään 2015 aikana käytävien uusien kuntakierrosten aikana.

Myös kivun hoidon kysymyksiin on kiinnitetty huomiota. Asian tiimoilta on järjestetty koulutusta ja PKSSK:n internetsivuille saattohoitoportaaliin ollaan laatimassa selkeitä ja yhtenäisiä kivun hoidon ohjeita terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Koulutuksissa on esitelty erilaisten kipumittareita (esimerkiksi ESAS- ja PAINAD-mittarit: liitteet 1 ja 2), joiden käyttö on jossain määrin näyttänyt yleistyvän maakunnan alueella. Saadun suullisen palautteen myötä mittarit on koettu helppokäyttöisinä ja kivun arviointia selkeästi parantavina apuvälineinä. Mittareiden käyttöä tullaan arvioimaan tarkemmin myös tulevassa kuntakyselyssä, josta saadun tiedon perusteella suunnitellaan myös jatkotoimenpiteet koulutusta ajatellen.

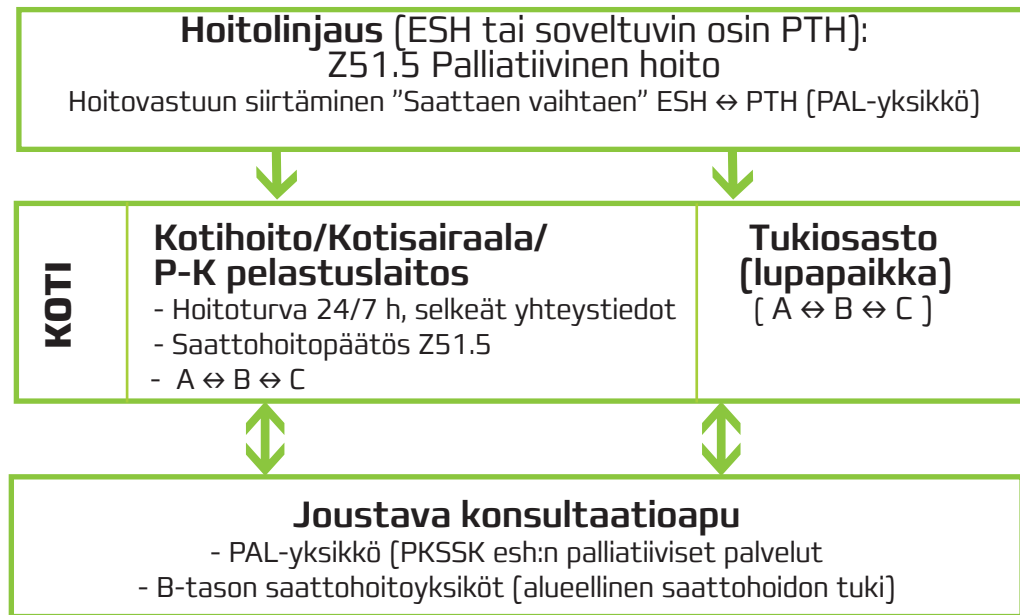
Saattohoitopotilaan palveluketjun yhtenä tavoitteena on siis tukea kuolevan potilaan hoitoa hänen haluamassaan ympäristössä. Jokaisen kunnan terveyskeskuksesta ja ESH:n klinikasta selvitettiin lääkäri-hoitaja-työparit, jotka vastaavat palliatiivisen ja saattohoidon organisoinnista ja toiminnan edelleen kehittämiseksi yksikkökohtaisesti. Kuntien mahdollisuudet kotisaattohoitoon ja esteet sen toteuttamiseen kartoitettiin (mm. kotihoidon rajalliset resurssit vaikeuttavat kotisaattohoidon järjestämistä). Samalla selvitettiin yhteystiedot, joiden kautta esimerkiksi konsultaatiot ja yhteydenotot puolin ja toisin olisi helppoin tehdä. Yhteistyön ongelmakohtia on käyty läpi, käytännön läheisiä ratkaisumalleja pohdittu ja kehitetty eri yksiköiden välillä toiminnan parantamiseksi (esimerkiksi lupa- ja/tai tukiosasto-käytänne saattohoitopotilaan hoidon tukemisessa).

PKSSK:ssa tehtiin päätös palliatiivisen yksikön perustamisesta 9.9.2014. Yksikön tavoitteena on olla organisoimassa ja tukemassa koko maakunnan palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoitoa yhteistyössä ESH:n ja PTH:n kanssa STM:n asettamien suositusten mukaisesti (tasot A, B ja C). Käydyissä keskusteluissa on päätetty, että yksikön toiminta alkaa keväällä 2015. Tällä hetkellä ESH:n yksiköiden kanssa ollaan käymässä keskusteluja selkeästä työnjaosta ja vastuunkannosta saattohoitopotilaiden hoidon organisoimiseksi.

Saattohoitopotilaan kotihoidon tukemismahdollisuuksia on selvitetty myös yhteistyössä Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen kanssa. Kotisaattohoitopotilaan hoidon ongelmana nähtiin mm. pelastuslaitoksen toimintaa ohjaavat hoitoprotokollat, jotka on suunniteltu ihmishenkien pelastamiseen, mutta jotka eivät palvele saattohoitopotilaan hoidon tarpeita (saattohoitopotilaan hoidon tavoitteena on oireiden lievitys ja elämänlaadun ylläpitäminen henkeä pelastavan toiminnan sijaan). Toisena ongelmana nähtiin tiedon puute olemassa olevista kotisaattohoitopotilaista (ensihoidolla ei ole kentällä ollessaan Mediatri-yhteyttä) ja usein potilas päätyi hyvistäkin suunnitelmista huolimatta hoitoon Tikkamäen yhteispäivystykseen. Asian ratkaisemiseksi Pohjois-Karjalan pelastuslaitos ja PKSSK ovat lähteneet kehittämään yhteistyössä Paletti-hankkeen kanssa pelastuslaitoksen käyttöön suunnattua ’Kuolevan potilaan oirenmukaisen hoidon protokollaa’, jonka tarkoituksena on mahdollistaa kotisaattohoitopotilaan hoidon tukeminen myös niillä maakunnan alueilla, joilla ympärivuorokautinen kotihoito ei ole saatavilla. Tavoitteena on saada protokolla valmiiksi marraskuussa 2014, jonka jälkeen se (PKSSK:n hyväksynnän saatuaan) otetaan ensin maakunnalliseen pilottiin. Kyseinen protokolla on herättänyt kiinnostusta myös kansallisesti ja mikäli se osoittaa toimivuutensa, niin se on mahdollista viedä myös kansalliseen käyttöön.

Saattohoitopotilaan palveluketjun kehittäminen on lähtenyt liikkeelle ennen kaikkea kuolevan ihmisen tarpeista ja toiveista. Tavoitteena on tarjota tukea myös potilaan läheisil-

le. Hoidon keskiössä on kuoleva potilas, jonka hoitoa ja huolenpitoa palveluketjulla pyritään parantamaan. Palveluketjun tavoitteena on selkeyttää kuolevan ihmisen hoitoa niin, että hän saisi kuolla ilman kipuja ja häiritseviä oireita haluamassaan paikassa läheistensä ympäröimänä ja että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset tietäisivät oman roolinsa hoidon kussakin vaiheessa (kuva 1).



Kuva 1. Palliatiivinen ja saattohoito Pohjois-Karjalassa vuonna 2015

## YHTEENVETO

Palveluketjun työstäminen on ollut hidaskäynninen prosessi. Hanketyössä tehdyt toimenpiteet ja selvitykset ovat helpottaneet asian eteenpäin viemistä ja kehittämistä, mutta koska asia koskee koko maakuntaa (erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kolmas sektori), niin asioiden käytännön järjestäminen vie oman aikansa. Yleisesti ottaen asian tärkeys on oivallettu koko maakunnassa lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa myöten, vaikka toki eroja on löydetty alueellisesti ja eri klinikkaryhmien välillä.

Tulevaisuuden tavoitteena on organisoida koko saattohoitopotilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa STM:n suosituksiin nojaten kolmiportaisen mallin mukaisesti. Samalla sen tarkoituksena on parantaa niin potilasturvallisuutta kuin potilastyytyväisyyttäkin sekä selkeyttää vastuualueet hoidon järjestämisessä.

Saattohoitopotilaan palveluketjun työstäminen tulee jatkumaan ja sen toiminta vaatii käyttäjän tarpeista lähtevää kehittämistä ja arviointia. Palveluketjun katkeamattomuus on varmistettava tasokkaan ja oikea-aikaisen palvelun saamiseksi potilaan asuinpaikasta riip-

pumatta. Tätä tavoitetta tulee edistämään mm. palliatiivisen yksikön toiminnan alkaminen PKSSK:ssa vuoden 2015 aikana. Ja kuten englantilainen saattohoidon kehittäjä Dame Cicely Saunders (1918 – 2005) aikoinaan sanoi niille, joiden mielestä ”mitään ei ollut enää tehtävissä”, saattohoidossa on vielä paljon tehtävää ja kehitettävää.

## LÄHTEET

EAPC. 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: 278-289

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; 17: 22-33

ETENE. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus. Etene julkaisu 36. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2012. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf)

The Joanna Briggs Institute. 2010. Hoitoketjujen vaikuttavuus aikuisten ja lasten terveydenhuollossa. *Best Practice*. 2010; 14; 8

Leväsluoto, J., Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. *VTT Technology* 62, Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf>

Panella, M. 2007. Variance analysis for integrated care pathways in Europe: methodologies, results, outcomes for patients and lessons learnt. Presentation to Change Champions, Melbourne. Saatavilla osoitteessa: [http://www.changechampions.com.au/resource/Massimiliano\\_Panella.pdf](http://www.changechampions.com.au/resource/Massimiliano_Panella.pdf) 3.9.2014

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK). 2014. Saattohoitosuunnitelma Pohjois-Karjalan maakunnassa. Versio 1: 03.02.2014

Rees, G., Huby, G., McDade, L., McKechnie, L. 2004. Joint working in community mental health teams: implementation of an integrated care pathway. *Health & social care in community*. 2004; 12; 527-536

Saarto, T. 2013. Saattohoitoketjut selkiintyvät sairaanhoitopiireissä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2013; 129 (4): 381-382

Stakes. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot: III Palveluketjusanasto: Sanasto asiakkaan asiamiehen, itsenäiseen suoriutumiseen ja alueellisuuteen liittyvistä käsitteistä. Stakes: 2002; 3. Tekijä: Kuusisto-Niemi S

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntija-kuulemiseen perustuva saattohoitosuosituksset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

Valvira. 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) 28.7.2014.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P., Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekefin katsaus 281/2011. <http://www.tekes.fi/Julkaisut/matkaopas.pdf>

Vuorinen, E., Hänninen, J. 2010. Saattohoito eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. Suomen Lääkärilehti. 2010; 65: 1607-1607

Vuorinen, E., Hänninen, J., Lehto, J. 2014. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net) 20.8.2014.

#### Liite 1.

#### ESAS – OIREKYSELY POTILAAN OIREENMUKAISEEN ARVIOINTIIN

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

Nimi:

Päivämäärä:

Henkilötunnus:

Osasto/poliklinikka:

Ympärikkää 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:

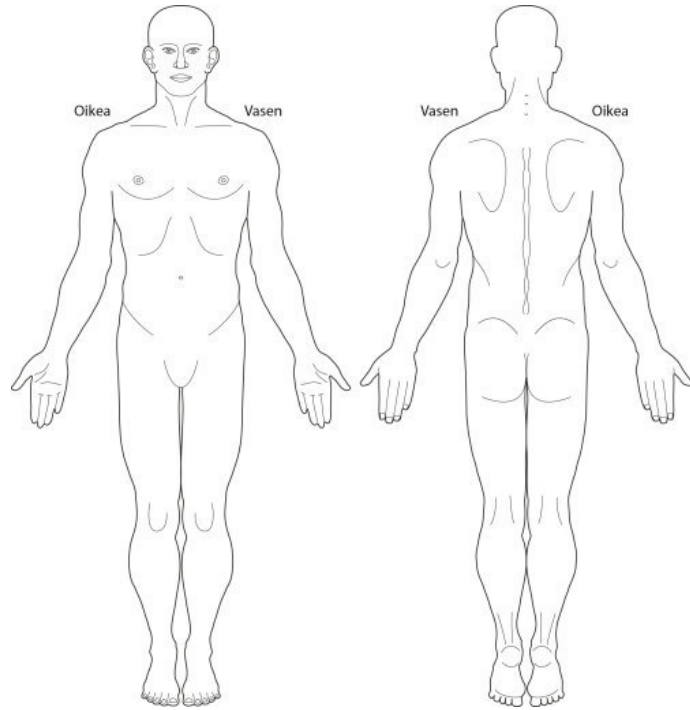
Potilas

Omainen/läheinen

Terveydenhuollon henkilö

KOKOVARTALOKAAVIO SIVUN KÄÄNTÖPUOLELLA

MERKITKÄÄ NÄIHIN KUVIIN MISSÄ KIPU TUNTUU:



Kauanko kipu kestää?

Esim. jatkuva, ajoittainen, kohtausittainen 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?

Liite 2.

**Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa** [lähde: Warden V.; Hurley, A.C & Volicer, L. 2003. Development and psykometricevaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia. J Am Med Dir Assoc Vol. 4 No.1]

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	tulos
<b>Hengitys</b>	Normaali äänestystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä	
<b>Negatiivinen ääntely</b>	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikeointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikeointia tai voihketta. Itkua.	
<b>Ilmeet</b>	Hymytön tai ilmeetön.	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää	
<b>Elekieli</b>	Ei tarvetta lohduuttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikkumista.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
<b>Lohduuttaminen</b>	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää.	Lohduuttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.	
			<b>Pisteet yhteensä:</b>	

PAINAD-mittari on kehitetty avuksi nimenomaan pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointiin ja se soveltuu erityisesti puhekykynsä jo menettäneiden potilaiden kivun arviointiin.

- Mittaustulos perustuu kipua kokevan käyttäytymisen arviointiin.
- Arviointi suoritetaan havainnoimalla potilasta noin 5 minuutin ajan.

Mittari sisältää viisi osiota:

- Hengitys, 0-2 pistettä
- Negatiivinen ääntely, 0-2 pistettä
- Ilmeet, 0-2 pistettä
- Kehon kieli, 0-2 pistettä
- Lohduuttaminen, 0-2 pistettä



Kokonaispistemäärä siis 0-10 pistettä:

- 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu

Kipua arvioidaan säännöllisesti: akuutissa vaiheessa tiheästi, myöhemmin vähintään kerran vuorossa sekä aina ennen kivunhoitoa ja kivunhoidon jälkeen.

## MÄÄRITELMÄT:

<p><b>Hengitys:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Normaali hengitys. Normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä ja rytmikästä (tasaista).</li><li>2. Ajoittain vaivalloista hengitystä. Satunnaisia puuskia, joissa hengitys on rohisevaa, vaikeaa tai raskasta.</li><li>3. Lyhyt hyperventilaatiojakso. Ohimeneviä lyhyiden, syvien hengitysten hengitysten sarjoja.</li><li>4. Äänekästä vaivalloista hengitystä. Äänekästä sisään tai uloshengitystä, jossa ääni voi olla kovaa, korahtelevaa tai vinkuvaa. Hengitys vaikuttaa raskaalta tai työläältä.</li><li>5. Pitkä hyperventilaatiojakso. Normaalia tiheämpää ja syvempää hengitystä, joka kestää huomattavan pitkään.</li><li>6. Cheyne-Stokes-hengitystä. Tasaisesti vuoroin erittäin syväksi tihenevää ja pinnalliseksi vaimenevaa hengitystä, jossa on välillä hengityspysähdyksiä.</li></ol> <p><b>Negatiivinen ääntely:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ei negatiivista ääntelyä. Puhe tai ääntely on sävyllään neutraalia tai miellyttävää.</li><li>2. Satunnaista vaikerointia tai voihtetta. Surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Voihtetta on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.</li><li>3. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta. Mutinaa, mumiinaa, uikutusta, nurinaa tai sadatteluja hiljaisella äänellä valittavaan, ivalliseen tai kärkevään sävyyn.</li><li>4. Rauhatonta huutelua. Lauseita tai sanoja, joita toistetaan yhä uudestaan ahdistuneesti, levottomasti tai hätäntyneesti.</li><li>5. Äänekästä vaikerointia tai voihtetta. Tavallista huomattavasti äänekkäämpää surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Äänekäs voihtetta on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.</li><li>6. Itkua. Tunteen ilmaisua, johon liittyy kyyneliä; mahdollisesti nyyhkytyksiä tai hiljaista itkua.</li></ol>	<p><b>Elekieli:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Levollinen. Henkilö vaikuttaa rauhalliselta, tyneltä, hyväntuuliselta ja huolettomalta.</li><li>2. Kireä. Henkilö vaikuttaa jännittyneeltä, pelokkaalta tai huolestuneelta. Hän saattaa puristaa leukojaan yhteen (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).</li><li>3. Ahdistunutta kävelyä. Levottomalta vaikuttavaa toimintaa, joka voi olla pelokasta, huolestunutta tai rauhatonta. Liikehdintä voi olla nopeaa tai hidasta.</li><li>4. Levotonta liikehdintää. Hermostunutta liikehdintää, mahdollisesti kiemurtelua tai keikkumista tuolissa. Henkilö voi liikuttaa tuolia huoneen poikki tai kosketella, nykiä tai hangata ruumiinosiaan toistuvasti.</li><li>5. Jäykkä. Vartalo on jäykistynyt. Käsi-varret ja/tai jalat ovat kireät ja taipumattomat. Keskivartalo voi vaikuttaa suoralta ja kankealta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).</li><li>6. Kädet nyrkissä. Kädet ovat tiukasti kiinni; niitä kenties availaan ja suljetaan jatkuvasti, tai ne pysyvät tiukasti nyrkissä.</li><li>7. Polvet koukussa. Jalat ovat koukussa ja polvet on nostettu kohti rintakehää. Henkilö vaikuttaa pelokkaalta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).</li><li>8. Pois työntämistä tai vetämistä. Henkilö vastustaa lähestymistä tai hoitotoimia; hän pyrkii irtautumaan tempomalla tai kiskomalla tai työntämällä lähestyvän henkilön pois.</li><li>9. Riuhtomista. Henkilö lyö, potkii, tarttuu kiinni, sohi, puree tai käyttää muunlaista väkivaltaa.</li></ol>
--	---

## Ilmeet:

1. Hymyilevä tai ilmeetön. Hymyssä suupielet kääntyvät ylös, silmät kirkastuvat ja ilme osoittaa mielihyvää tai tyytyväisyyttä. Ilmeettömällä tarkoitetaan neutraalia, luonteavaa, levollista tai tyhjää ilmettä.
2. Surullinen. Ilme on onneton, yksinäinen, surumielinen tai alakuloinen; silmissä voi olla kyyneliä.
3. Pelästynyt. Pelkoa, hätää tai erityistä ahdistusta osoittava ilme. Silmät ovat aivan auki.
4. Tuima. Suupielet kääntyvät alas. Otsa ja suun ympärys saattavat olla tavallista enemmän rypyssä.
5. Irvistää. Vääristynyt, hätäntynyt ilme. Otsa ja suun ympärys ovat tavallista enemmän rypyssä, ja silmät saattavat olla tiukasti kiinni.

## Lohduttaminen:

1. Ei tarvetta lohduttamiseen. Henkilö vaikuttaa hyvinvoivalta ja tyytyväiseltä.
2. Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää. Käyttäytymisen keskeytyy, kun henkilölle puhutaan tai häntä kosketetaan. Se loppuu vuorovaikutuksen ajaksi ilman merkkiäkään ahdistuksesta.
3. Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu. Henkilöä ei saada rauhoittumaan eikä käyttäytymistä loppumaan sanoin tai teoin. Minkäänlainen sanallinen tai fyysinen lohduttaminen ei saa käyttäytymistä laantumaan.



# Hoitotahtokeskustelun pilotointi yksityisessä hoitokodissa

Henna Piironen, terveydenhoitaja

Hoitotahdon puheeksi ottaminen ja sen myötä pidetty palaveri toi merkittävän hetken hoitajan ja omaisten väliseen vuorovaikutukseen. Vaiettua asiaa käsiteltiin avoimessa ja myönteisessä ilmapiirissä. Lopputuloksena syntyi hoitotahto, joka oli realistinen ja jonka avulla pyritään asukkaan parhaaseen mahdolliseen elämänlaatuun sekä yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan kohteluun.

## HOITOKODIN TAUSTATIEDOT

Hoitokoti on Joensuussa sijaitseva yksityinen tehostetun palveluasumisen yksikkö. Henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden ja se koostuu pääsääntöisesti lähihoitajista, perushoitajista sekä sairaanhoitajasta ja terveydenhoitajasta. Hoitokodissa on omalääkäri, joka käy paikan päällä sovitusti.

Hoitokotiin tulevat asukkaat eivät pärjää enää omillaan kotonaan. Hoitokodista tulee heidän uusi kotinsa, jossa työntekijät auttavat niissä asioissa, joihin asukkaat eivät enää itse pysty. Muuten he saavat osallistua arjen askareisiin niin paljon kun haluavat tai jaksavat.

Asukkaat voivat asua hoitokodissa elämänsä loppuun saakka ja siksi puhutaankin loppuelämän kodista. Hoitotyö on lähinnä palliativista ja saattohoitoon siirtymisen raja on

häilyvä. Hoitotyön luonteen vuoksi on erittäin tärkeää, että asukkaan ja omaisten kanssa on keskusteltu ja yhteisesti sovittu ja kirjattu hoitotahtoon liittyvät kysymykset.

## KEHITTÄMISTARPEEN KUVAUS

Hoitokodissa on tehty työohje, jossa kuvataan tehostetussa palveluasumisessa olevan asukkaan hoito sekä ohje kuolevan asukkaan hoitamiseen, mutta varsinaiseen hoitotahtokeskusteluun ei ole ollut valmista suunnitelmaa. Täydennyskoulutuksen myötä tuli hyvä hetki paneutua asiaan ja tehdä eräänlainen ohjeistus hoitotahtokeskusteluun ja lomake, jonka mukaan keskustelun voi käydä. On tärkeää, että hoidossa olevan asukkaan oma tahto tullaan kuulluksi ja kirjatuksi. (Sosiaali- terveysministeriö 2010, 26). Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee itsemääräämisoikeutta ja oikeutta hoidosta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Työohjeen suunnittelu lähti liikkeelle tilanteen suunnittelusta eli siitä missä vaiheessa ja miten tapahtuu keskustelun koolle kutsuminen. Ketkä keskusteluun osallistuu ja missä se pidetään. Yksi olennainen asia oli miettiä keskustelun kulku ja se miten asiat kirjataan.

Hoitotahtokeskustelun järjestämisaikakohta kuulostellaan omaisten toiveiden mukaisesti. Uuden asukkaan saapuessa hoitokotiin omaisille annetaan erilaisia lomakkeita täytettäväksi ja siinä yhteydessä on hyvä ottaa tuleva hoitotahtokeskustelu esille ja antaa heille luettavaksi ja perehdyttäväksi hoitotahtolomake. Näin ollen he voivat pikku hiljaa tutustua asiaa ja miettiä kysymyksiä rauhassa. Hoitokodin asukkaista suurin osa on vaikeasti muistisairaita, joten keskustelu on hyvä käydä asukkaan lisäksi yhdessä lähiomaisen tai edunvalvojan kanssa. Hoitotahdossa on kysymys elämän loppuvaiheen hoitoratkaisuista, joten siksi on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että asukkaan lähellä on ihmisiä, jotka tuntevat hänet hyvin ja ymmärtävät hänen toiveitaan ja reaktioitaan (Etene 2004, 12). Keskustelun koollekutsuja on yleensä hoitohenkilökunta. Lääkärin läsnäolo harkitaan tilannekohtaisesti.

## KESKUSTELUN PILOTOINTI

Hoitotahtokeskustelun testaus suoritettiin kesällä 2014. Testaukseen valikoitui asukas, jonka vointi oli heikentynyt. Aluksi olimme yhteydessä asukkaan lähiomaiseen ja keskustelimme tilanteesta, jonka jälkeen ehdotimme yhteistä keskusteluaikaa. Samalla sovimme, että palaveriin osallistuu puolison lisäksi myös asukkaan lapsi. Myös lapsen kanssa kävimme ennakkokeskustelua siitä, mitä asioita palaverissa tulisimme käymään läpi.

Palaveri järjestettiin asukkaan omassa huoneessa siksi, että pystyimme keskustelemaan mahdollisimman rauhallisessa paikassa. Palaverin vetovastuu oli koollekutsujalla. Kahvitelun lomassa kävimme ensin läpi palaverin tarkoitusta ja keskustelimme tilanteen tarpeudesta. Tämän jälkeen tutustuimme yhdessä ennalta laadittuun hoitotahtokeskustelukaavakkeeseen.

Kaavakkeen laatiminen oli mielenkiintoista, koska siihen ei ole mitään valmista mallia ja jokainen valmiskaavake oli erilainen. Etenen (2004, 17) julkaisun mukaan valmiiksi laaditut hoitotahtokaavakkeet ovat usein ilmaisultaan epäselviä. Niitä pitäisi kehittää selvemmiksi ja paremmin tarkoitukseen sopiviksi. Päätimme luoda oman kaavakkeen (Liite

1), joka palvelisi mahdollisimman hyvin tarkoitustaan. Kaavakkeesta tuli melko yksinkertainen ja se antaa vapauden kirjata asiat jokaiseen tilanteeseen sopivalla tavalla. Kaavakkeeseen laitettiin joitakin apusanoja, joiden pohjalta voitiin miettiä tärkeimmät hoidossa huomioitavat perusasiat, kuten nestehoito, ravitsemus, kivunhoito, perushoito ja muut elämässä tärkeät asiat.

Tilanne sujui melko luontevasti vaikka molemminpuolista jännitystä oli ilmassa. Keskustelua helpotti se, että molempien omaisten kanssa oli käyty alustavasti läpi asioita joita tulimme palaverissa päättämään. Omaiset olivat valmistautuneet keskustelussa esille tulevien kysymysten vastauksiin ja siten keskustelu oli sujuvaa, pohtivaa ja realistista. Odotukset ja näkemykset olivat samansuuntaiset. Palaverin jälkeiset tunteet olivat helpottuneet ja omaiset kokivat, että nyt oli saatu avuttua keskustelua asiasta, jota molemmat olivat miettineet, mutta eivät olleet kyenneet siitä keskustelemaan. Hoitotahtokeskusteluun ja yleensäkin kuolemasta keskusteluun kannattaa varata aikaa ja mahdollisuus.

## JATKOTYÖSTÄMINEN

Positiivinen kokemus hoitotahtokeskustelusta motivoi työstämään asiaa myös jatkossa. Tulevaisuudessa hoitotahtokeskustelut tullaan tekemään kaikkien sellaisten asukkaiden ja omaisten kanssa, joilla sitä ei ole tehtynä. Tarkoitus on työstää myös työohje hoitotahtokeskustelun tueksi, jolloin kaikki merkitykselliset asiat tulee selvitettyä riippumatta hoitotahtokeskustelua ohjaavasta hoitajasta. Maakunnassa toimivan Paletti-hankkeen tuotaman hoitotahto-lomakkeen avulla päivitetään itse luotua hoitotahtolomaketta, koska se on koettu sisällöltään sopivaksi. Myös DNR-päätösten ajantasaisuuteen tullaan kiinnittämään huomiota ja tähän tarpeeseen on jo lähdetty hyvin vastaamaan.

## LÄHTEET

Laki potilaan asemasta oikeuksista 785/1992. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE julkaisuja 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Liite 1.

## HOITOTAHTO(NI)

Täydellinen nimi: \_\_\_\_\_

Sosiaaliturvatunnus: \_\_\_\_\_

Olen laatinut tämän hoitotahtoni siltä varalta, etten itse kykenisi ilmaisemaan hoitoani koskevia toiveita.

Asukkaan/Omaisten kanssa keskustelussa esiin tulleet toiveet elämän loppuvaiheeseen liittyvästä hoidosta mm. kivunhoito, nestehoito, perushoito, erityistoiveet

Riittävä oireenmukainen hoito, kivunhoito

\_\_\_\_\_

Ravitsemus, nestehoito

\_\_\_\_\_

Elvytys

\_\_\_\_\_

Toiveeni hoitooni liittyen: [esim. koskettaminen, huoneeni, läheisten läsnäolo, mielimusiikki, ruokailu, peseytyminen ja wc-toimet, ulkonäöstä huolehtiminen, vaatetus, ulkoilu, muut itselleni tärkeät asiat]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lisäksi tahdon, että

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

paikka ja päivämäärä

\_\_\_\_\_

allekirjoitukset

\_\_\_\_\_

nimi ja perhesuhde

\_\_\_\_\_

nimi ja perhesuhde

# Palliativisen potilaan kotiuttamisen tarkistuslistalla laatua ja potilasturvallisuutta sisätauti-osastolle

Anna-Marie Tanskanen, sairaanhoitaja

Palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppiseen täydennyskoulutukseen liittyvän kehitystehdävän tavoitteena oli selkiyttää ja yhtenäistää palliativisen potilaan siirtymistä jatkohoitoon. Kehittämistehtävänä luodusta tarkistuslistasta on helppo tarkistaa, että kaikki potilaan jatkohoitoon tarvittavat tiedot ovat kirjattu. Kotiuttamisen tarkistuslista helpottaa hoitajaa ja kotiutus tapahtuu laadukkaasti ja potilasturvallisesti. Potilaan hoito jatkuu saumattomasti ja joustavasti riippumatta siitä kuka häntä hoitaa.

## TARVE TARKISTUSLISTALLE

Osasto 3K on Pohjois-Karjalan Keskussairaalan 31-paikkainen sisätautiosasto. Osastolla hoidetaan hematologiaa, nefrologiaa sekä ihotauti- ja sisätautipotilaita. Vuoden 2014 alussa tehdyssä pienimuotoisessa kyselyssä osasto 3K:n kehittämistarpeiksi nousivat kotiuttamiseen liittyvät asiat. Monesti kotiuttaminen tapahtuu nopealla aikataululla, jolloin potilaalle ei ehkä ehditä järjestää kaikkea sitä apua, josta hän hyötyisi.

Opintojeni kehittämistehtävän tarkoituksena oli rakentaa helposti käytettävä ja kattava tarkistuslista hoitajille. Listan avulla on helppo tarkistaa, että kaikki olennainen on huomioitu potilaan siirtovaiheessa ja samalla turvataan jatkohoitoa tuottavan yksikön riittävä tiedonsaanti.

Potilassiirron tiivistetyllä ohjauslehtisellä helpotettaisiin etenkin uuden henkilökunnan toimintaa potilassiirroissa, mutta varmistetaan myös sovittujen käytänteiden mukainen toiminta. Lääkelistojen kirjaamista yhdenmukaistamalla hoitajien työstä jäisivät pois puhelimitse tehtävät lääkemääräyksien tarkistamiset. (Kerttunen, Korjonen, Kurtti & Paaso-vaara 2008, 26 – 27.) Tarkistuslistan avulla kotiutus tapahtuu systemaattisesti, samat asiat sisältäen. Kotiutus tapahtuu näin osastolta laadukkaasti ja potilasturvallisesti, jolloin potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014.) Asiakkaan mielestä onnistunut kotiutuminen ja kotihoito edellyttävät riittävää apua ja oikea-aikaisia palveluja, jotka auttavat asiakasta selviytymään arjesta. Asiakkaalle ei useinkaan ole merkitystä sillä kuka tai mikä taho hänelle palveluja tuottaa, kunhan hän saa tarvitsemansa avun. (Hammar 2008, 18.)

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta. Saattohoitopotilaille tarjotaan saattohoitopalvelut mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän on hoidossa tai asuu ja elää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

## TARKISTUSLISTAN KEHITTÄMINEN

Saadakseni tarkistuslistan palvelemaan parhaalla mahdollisella tavalla terveyskeskuksia ja tehostettua kotihoitoa vastaanottavana yksikkönä, heiltä kysyttiin toiveita siirtovaiheeseen liittyvästä tiedon tarpeesta. Kysely lähetettiin alueemme yhteen terveyskeskukseen ja kaupungin tehostettuun kotihoitoon. Kyselyyn oli annettu muutamia avainsanoja (lääkitys, jatkosuunnitelmat ja omaiset). Tarkistuslistaan pitäisi sisällyttää ne tiedot, joita tarvitaan takaamaan saumaton ja laadukas potilaan hoito jatkohoitopaikassa. Näin saisimme osastollemme yhtenäisen ja selkeän rungon potilassiirtoihin.

Tarkistuslistan apurungoksi löytyi keskussairaalassa aikaisemmin tehtyjä kotiuttamisen tarkistuslistoja. Terveyskeskuksesta ja tehostetusta kotihoitosta saamani palautteen sekä entisten tarkistuslistojen pohjalta keräsin kotiuttamiseen liittyvät olennaiset asiat yhteen.

Kyselyssä vastaukset olivat melko samanlaisia. Muutamia toiveita kummallakin jatkohoitopaikalla oli liittyen heidän omiin toimintatapoihinsa. Tehostettu kotihoito toivoi yhteydenottoa hyvissä ajoin, jolloin heillä on mahdollista tavata potilas tarvittaessa jo sairaalassa. Terveyskeskus puolestaan toivoi, että hoitotyön yhteenvedossa näkyisi selvästi potilaan jäljellä olevat voimavarat. He toivoivat mainintaa myös siitä, kuinka potilas suhtautuu omaan tilanteeseensa ja kuinka hänen kanssaan on keskusteltu hoitolinjauksista ja vointiin liittyvistä asioista.

## MILLAINEN ON HYVÄ TARKISTUSLISTA?

Yhdysvaltalainen Atul Gawande on kehittänyt Maailman Terveysjärjestö WHO:lle turvallisen kirurgian tarkistuslistan. Gawanden mukaan hyvä tarkistuslista on rakenteeltaan ja ulkoasultaan yksisivuinen, sisältäen 5-7 kohtaa ja on kieleltään yksinkertainen ja tarkka. Myös ulkoasun siisteys ja helppolukuisuus parantavat luettavuutta. Tarkistuslista mahdollistaa systemaattisen työtavan, joka on nopeampi, varmempi ja tasalaatuisempi (Sammalla 2013). Näitä periaatteita soveltaen on luotu myös palliativisen potilaan kotiuttamisen tarkistuslista.

## TARKISTUSLISTAN ARVIOINTIA

Esittelin tarkistuslistan (Liite 1) osastokokouksessa muulle hoitohenkilökunnalle. Muutamalle uudelle hoitajalle tarkistuslistasta löytyi heti uusia asioita. Tarkistuslista koettiin tarpeelliseksi ja päätettiin ottaa käyttöön. Tarkistuslista laitettiin osaston perehdytyskansioon uusien hoitajien perehdytystä varten. Lisäksi tarkistuslista jaettiin osaston kolmeen tiimiin, sillä siitä on helppo tarkistaa kotiuttamista suunniteltaessa kaikki tarvittavat asiat.

Suurin osa potilaan siirtoon tarvittavista tiedoista tulee lääkäreiltä. Lääkäreille asian tiedoksi saattaminen ja vastaanottavien tahojen tiedon tarpeiden esiintuominen jää hoitajien tehtäväksi. Myöhemmin nähdään onko tarkistuslistasta ollut systemaattisesti apua etenkin nuoremmille hoitajille ja saadaanko kotiuttamisprosessiin liittyvää tietoa vietyä eteenpäin myös muiden kotiuttamiseen liittyvien tahojen edustajille, kuten lääkäreille.

## LÄHTEET

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO- mallin vaikuttavuus ja kustannus- vaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Kerttunen, M., Korjonen, P., Kurtti, A., Paasovaara, S. 2008. Tiedonkulku ei aina toimi organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa. Sairaanhoitajalehti 4/2008, 26–27.

Sammalisto, S. 2013. Näin et tee virheitä työssäsi – viisas pääsee vähemmällä, <http://viisaampaatyota.com>. 9.6.2014

Sosiaali- ja terveysministeriö. Saattohoitosuositukses. <http://stm.fi>. 24.5.2014

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mitä on potilasturvallisuus? <http://thl.fi>. 9.6.2014

Liite 1.

## PALLIATIIVISEN POTILAAN SIIRTYMINEN TERVEYSKESKUKSEEN /TEHOSTETTUUN KOTIHOITOON

Potilaalla tulee olla huomioituna siirtovaiheessa:

### POTILAAN YLEISVOINTI

» Kirjattuna selkeästi potilaan jäljellä olevat voimavarat (liikkuminen, ruokailu ym.)

### LÄÄKITYS

- » Ajan tasalla oleva lääkelista
- » Kotiin siirtyvälle potilaalle kirjallinen lääkelista mukaan
- » Lääkelistalta löytyy kipulääke ja siihen tarvittaessa annosten nostoluvat sekä muu tarvittava lääkitys oireenmukaiseen hoitoon
- » e-reseptit kotiin menevälle
- » Tarvittaessa yhteys apteekkiin (harvinaiset, erikoiset lääkkeet). Jos apteekissa ei ole lääkettä, annetaan tarvittavat mukaan. MUISTA "luovutetut lääkkeet potilaalle"- lomake !

### HOIDON LINJAUS

- » Onko potilaalla hoitotahto/palliativisen hoidon linjaus Z51.5/ saattohoitopäätös Z51.5
- » Onko potilaan kanssa käyty millaisia keskusteluja? Mikä on potilaan oma käsitys tilanteestaan/ennusteestaan?

### AVUN TARVE

- » Onko potilaalle järjestetty kotiapua (ateriapalvelu, lääkkeen jako, apuvälineet ym.) ja jos on, niin minkälaista?
- » Hengelliset tarpeet tai erityistoiveet?

### OMAISET

- » Omaisten yhteystiedot ajan tasalla
- » Tieto onko omaiset tietoisia potilaan tilanteesta? Ovatko tietoisia siirrosta?

### JATKOHOITO

- » Jatkohoito selvillä, kuka potilasta hoitaa jatkossa. Säilyykö ESH – kontrolleja?
- » Selvät ohjeet tarvittaessa verituoitteiden antorajoista, antibioottien antamisesta tms. Lisäksi tieto siitä kuka mahdolliset toimenpiteet hoitaa

### MUISTA TEHDÄ HOITOTYÖN YHTEENVETO !!

# Yhtenäiset ohjeet hengitysvaikeuksien kanssa kamppailevan saattohoitopotilaan hoidon tueksi Pohjois-Karjalassa

Minna Tanskanen, sairaanhoitaja

Suurin osa keuhkosityöpää, - fibroosia tai keuhkohtaumatautia sairastavista potilaista kokevat hengenahdistusta sairautensa loppuvaiheessa (Käypä hoito suositus 2012; Kuolevan potilaan oireiden hoito.) Tämä näkyy myös keuhkosairauksien vuodeosastolla, jossa kuolemaa lähestyvät potilaat tuovat usein esiin pelkonsa kuolla tukehtumalla. Työyksikössäni ja palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppisen koulutukseni aikana esille on noussut tarve yhtenäisille ohjeille keinoista helpottaa saattohoitopotilaiden hengenahdistusta.

## HENGENAHDISTUKSEN HOITOON LIITTYVÄ OHJEISTUS

Hengenahdistusta voidaan hoitaa monilla lääkkeettömilläkin keinoilla, joita myös omaiset voivat hyödyntää potilaan voinnin helpottamisessa. Muun muassa asentohoidolla, ilmapirran lisäämisellä, väljillä vaatteilla sekä toimimalla rauhallisesti ja luomalla potilaalle turvallinen ja rauhallinen olotila voidaan vähentää potilaan kokemaa hengenahdistusta (Ridanpää 2006, 49-50, Korhonen & Poukka 2013, 440-445). Hengenahdistusta voidaan helpottaa myös happihoidolla, lääkehoidolla tai mahdollisesti hengitystä tukevilla laitteilla lääkärin ohjeiden mukaan.

Hengenahdistuksen ja limaisuuden helpottamisesta päätettiin tehdä ohjeet Pohjois-Karjalan maakunnassa tekeillä olevaan portaaliin. Portaali on avoin, ja sinne on pääsy sekä hoitohenkilöstöllä että potilaalla ja omaisilla, joten ohjeita tehtiin kaksi. Toinen ohjeista

on tulostettava versio potilaalle ja läheiselle, jossa kerrotaan hengenahdistuksesta ja limaisuudesta kuoleman lähestyessä sekä lyhyesti keinoista, joilla voidaan helpottaa näitä oireita. Toinen ohje on tarkempi ja suunnattu hoitohenkilöstölle eri hoitolaitoksissa.

## OHJEIDEN TYÖSTÄMINEN PORTAALIIN

### Ohje potilaalle ja hänen läheisilleen hengenahdistuksen helpottamiseksi saattohoidossa

Aluksi työstettiin ohje potilaalle ja läheiselle hengenahdistuksen ja limaisuuden helpottamisesta (Liite 1). Ohjeen lähtökohtana oli olla helposti ymmärrettävä ja tuoda tietoa potilaille ja heidän läheisilleen keinoista, joita meillä on käytettävissä potilaan kärsimyksen lievittämiseksi. Portaaliin on tehty jo samantapaisia ohjeita ravitsemuksesta saattohoidossa sekä fyysisistä muutoksista kuoleman lähestyessä, joten ohje oli ulkoisesti helppo työstää samaan malliin aikaisempien ohjeiden kanssa. Ohjetta luetettiin muutamalla maalilukolla, monilla hoitajilla ja lääkäreillä sekä keuhkosairauksien ylilääkäri Tuomo Kavalla, joka ohjeen hyväksyi julkistettavaksi.

Potilasohjeen saa myös tulostettua portaalista ja annettua esimerkiksi saattohoitopotilaan omaiselle, jolloin hoitohenkilöstön on helpompi ottaa asia puheeksi potilaan ja omaisen kanssa. Ohjeen voi jättää luettavaksi omaisille, jolloin heillä on mahdollista palata ohjeeseen myös myöhemmin, jos oireita alkaa enemmän potilaalle tulla.

Omaiset osaavat tulkita potilaan oireita tutkitusti melko hyvin (Hänninen 2008, 2606-2610). Ohjeesta saatavat tiedot toivottavasti vielä tukevat omaisten huomioita potilaan voinnista ja toisaalta rauhoittavat omaisia, kun he tietävät osan oireista kuuluvan kuolinprosessiin ja keinoista, joilla oireita voi helpottaa.

### Toimintaohje hoitohenkilöstölle hengenahdistuksen helpottamiseksi saattohoitopotilaan hoidossa

Hoitohenkilöstölle suunnattua ohjetta (Liite 2) työstettiin pääosin hoitotyön näkökulmasta, jolloin esimerkiksi lääkityksiin ei tuotu tarkkoja annostuksia, koska ne ovat aina lääkärin määrättävissä ja arvioitavissa tapauskohtaisesti. Ohjeen tueksi löytyi muun muassa erinomainen J. Lehdon, A. Anttosen ja E. Sihvon artikkeli ”Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliativinen hoito” Duodecim-lehdestä (4/2013). Myös kuolevan potilaan oireiden hoito Käypä hoito-suositusta käytettiin lähteenä ohjeen teossa.

Haasteellista ammattihenkilöstölle suunnatun ohjeen luonnissa oli se, että portaali on vielä ohjeen valmistuessa keskeneräinen ja sinne tekee moni ammattihenkilö ohjeita saattohoitopotilaan hoidosta. Muita portaaliin tulevia ohjeita ei siis ollut vielä luettavissa, joten ohjeen ulkoasu ja muoto mietityttivät. Lopulta päädyttiin tekemään kattavampi ja selittävämpi ohje. Ohje pyrittiin tekemään selkokieliseksi, koska portaali tulee olemaan julkinen ja potilaat omaisineen voivat sitäkin osiota lukea. Myös hoitokodeissa ym. työskentelevien hoitohenkilöiden lienee helpompi lukea ohjetta ja se toivottavasti koetaan hyödylliseksi tiedon lähteeksi jatkossa. Ohjeeseen kirjattiin oma kappaleensa happirikastinhoidon mahdollisuudesta osana saattohoitopotilaan hoitoa loppuvaiheessa. Tavoitteena onkin



lisätä eri hoitolaitosten tietoutta happihoidon mahdollisuudesta happirikastimen turvin myös potilaan kotona tai hoitokodissa. Ohjetta voi jatkossa hyödyntää myös uusien hoitajien perehdyttämisessä keuhkoyksikössä. Myös tämän ohjeen hyväksyi ylilääkäri Tuomo Kava.

## KOKEMUKSIA OHJEIDEN KÄYTÖSTÄ

Jatkossa ohjeita tullaan tarpeen mukaan päivittämään. Nähtäväksi jää miten ohjeiden käyttö vakiintuu saattohoitopotilaan hoidossa. Omaan työyksikköni on valmiiksi tulostettu potilasohjeita, jotta ne ovat helposti löydettävissä tarpeen tullen. Muutamien potilaiden ja omaisten kanssa niitä on jo käytetty ja ohjeet on koettu hyväksi tueksi kuolemasta ja siihen liittyvistä oireista keskusteltaessa. Myös osa omaisista on kiittänyt ohjeiden ymmärrettävyyttä ja asiasisältöä.

## LÄHTEET

Hänninen, J. 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. Suomen Lääkärilehti 63(33):2606-2610.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 129(4): 440-445.

Käypä-hoito suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaille/suositus?id=khp00072>. 25.1.2014.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. Duodecim 129(4): 395-402.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. ProGradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Liite 1.

## HENGENAHDISTUKSEN JA LIMAIJUUDEN HELPOTTAMINEN SAATTOHOIDOSSA, OHJE POTILAALLE JA OMAISELLE

### Hengenahdistus

Moni kokee hengenahdistusta vaikean sairauden loppuvaiheessa. Hengenahdistuksesta kärsivät potilaat usein pelkäävät tukehtumisen tunnetta. **Hengenahdistusta pystytään helpottamaan monin keinoin, mutta tärkeintä on että potilas ja läheinen pysyvät rauhallisina.**

Mukavat väljät vaatteet, raitis ilma ja esimerkiksi puoli-istuva- tai hyvä kylkiasento voivat helpottaa ahdistusta.

Lisähapella voidaan hengenahdistusta helpottaa, mikäli potilaalla on hapen puutetta, muutoin tuulettimella kasvoihin suunnattu ilmavirta on yhtä tehokas hengenahdistuksen lievityksessä. Jos potilas on saattohoidossa kotona tai hoitokodissa ja hänellä on todettu hapen puutetta, voidaan hänelle lääkärin päätöksellä luovuttaa happirikastin keuhkosairauksien poliklinikalta tai osastolta, mikäli hänellä on todettu valtimoverinäytteellä tai sormianturilla hapen puute. Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kohdalla lisähapen antamisen kanssa on oltava varovainen.

Kipu voi pahentaa hengenahdistusta, joten hyvä kivunhoito on tärkeää huomioida myös hengenahdistuksen hoidossa. Kipua voi hoitaa muun muassa asento-, kylmä- tai lämminhoidoilla, rentoutuksella ja lääkityksellä.

Hengenahdistusta voidaan helpottaa lääkärin määräämällä kipu- ja rauhoittavalla lääkityksellä, joita voidaan annostella esimerkiksi suun kautta, suonensisäisesti tai ihon läpi laastarina. Mikäli hengenahdistus, tukehtumisen tunne tai jokin muu oire on erittäin hankalaa eikä sitä saada helpottumaan, on mahdollista vaivuttaa potilas kevyeen uneen (palliatiivinen sedaatio) ennen kuolemaa. Tarkoituksena ei ole tällöin jouduttaa kuolemaan vaan helpottaa potilaan kärsimystä, kun muista keinoista ei ole ollut riittävä hyötyä.

Kuoleman lähestyessä potilaan hengitys muuttuu pinnalliseksi, hänelle voi tulla hengityskatkoja ja hengitys voi olla haukkovaa. Yleensä tässä vaiheessa potilas hengittää suun kautta, joten suun kostuttaminen varovasti esimerkiksi oliiviöljyllä voi helpottaa potilaan oloa.

### Limaisuus ja yskä

Potilaan limaisuutta ja yskää voidaan helpottaa erilaisilla lääkkeillä, jotka vähentävät limaisuutta ja yskänärsytystä. Limaisuutta voi helpottaa myös asentohoidolla, jolloin potilas saa yskittyä paremmin ja lima irtoaa helpommin. Mikäli limaa nousee suuhun, voidaan

sitä imeä imulaitteella, mutta jos limaa on syvemmillä kurkussa tai keuhkoputkissa, voi liman imeminen lisätä limaisuutta ja aiheuttaa potilaalle lisäkärsimystä.

Kuoleman lähestyessä potilaan hengitys voi muuttua korisevaksi, mutta potilaan tajunnantaso on tässä vaiheessa yleensä jo madaltunut siten, ettei korina häntä itseään häiritse.

Mikäli potilas ei pysty itse ilmaisemaan hengenahdistustaan heikentyneen tajunnantason tai muun syyn takia, hoitajat tarkkailevat hänen ilmeitään, eleitään ja olemustaan, jolloin potilaan oireita pyritään helpottamaan parhaalla mahdollisella tavalla.

## Kuinka voimme auttaa Sinua?

Läheisen ihmisen menettäminen voi olla sinulle vaikeaa ja raskasta aikaa. Oikeiden sanojen löytäminen surun keskellä voi tuntua mahdottomalta.

Hoitajat, lääkärit ja muu henkilökunta ovat täällä sinua varten, mikäli kaipaavat tukea tai haluat puhua asioista. Toivomme, että otat yhteyttä tai tulet keskustelemaan kanssamme mieltäsi painavista seikoista.

## Tärkeitä puhelinnumeroita:

Tämä esite antaa Teille tietoa hengenahdistuksen ja limaisuuden syistä kuoleman lähestyessä sekä keinoja niiden helpottamiseen. Esite kannustaa Sinua kysymään lisätietoa kaikista niistä seikoista, jotka askarruttavat mieltäsi.

Ohjeen laatinut: Minna Tanskanen 6.10.2014, voimassa 31.12.2015  
Hyväksyjä: Keuhkosairauksien ylilääkäri Tuomo Kava

Lähteet:

Hamunen, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. *Finnanest* 45(5):470-473.

Käypä-hoito suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. *Duodecim* 129(4): 395-402.

Liite 2.

Ohjeen tehnyt: Sairaanhoidaja Minna Tanskanen

Ohjeen hyväksynyt 21.10.2014: Keuhkosairauksien ylilääkäri Tuomo Kava

## SAATTOHOITOPOTILAAN HENGENAHDISTUKSEN JA LIMAISSUUDEN HELPOTTAMINEN

Tavallisia hengenahdistuksen taustalla olevia syitä ovat keuhkosyöpä, sydämen vajaatoiminta, astma, keuhkohtaumatauti, keuhkoembolia, keuhkofibroosi, keuhkokuume tai pelko ja hätä.

## Hengenahdistuksen hoito

Pyritään selvittämään hengenahdistuksen syy ja hoitamaan sitä. Mikäli syytä ei saada selvitettyä ja hoidettua, hengenahdistusta tulee lievittää mahdollisuuksien mukaan oireenmukaisella hoidolla.

Pysy rauhallisena ja yritä rauhoittaa potilasta, mikäli hän on hätäntynyt. Auta potilasta rentoutumaan mahdollisuuksien mukaan.

Rauhoittele ja ole tukena myös potilaan läheisille.

Puoli-istuma-, kylki- tai etukenoasento helpottaa yleensä hengittämistä. Myös liikkuminen ja kevyt kuntoilu tai huonompikuntoisella potilaalla asentohoito vuoteessa voi helpottaa saattohoidossakin olevan potilaan hengenahdistusta. Sairaalassa/hoitolaitoksissa olisi siksi hyvä muistaa fysioterapian mahdollisuus myös saattohoitopotilaalle. Liikkumisen apuvälineiden käyttö ja hengenahdistuksen hallinnassa auttavien hengitystekniikoiden opetteleminen voivat helpottaa hengenahdistusta, esimerkiksi huulirakohengitys keuhkohtaumatautipotilaalla.

Hengenahdistusta voi helpottaa ilmavirta, eli avaa ikkuna mahdollisuuksien mukaan. Ilmavirtaa voi myös tehostaa käyttämällä tuuletinta joka on suunnattu potilaan kasvojen suuntaan. Ilmavirta voi helpottaa hengenahdistusta yhtä tehokkaasti kuin lisähappi, mikäli potilaalla ei ole hapenpuutetta.

## Happihoito saattohoidossa

Jos potilaalla on hapenpuutetta (hypoksiia), annetaan lisähappea happiviiksillä tai –naamarilla. Hypoksiasta kärsivillä syöpä- ja keuhkohtaumatautipotilailla lisähappi voi lievittää hengenahdistusta, vähentää sekavuutta ja parantaa elämänlaatua.

Potilas voi saada happirikastimen Pohjois-Karjalan keskussairaalan keuhkosairauksien poliklinikalta tai vuodeosastolta, mikäli hänen arvioidaan pärjäävän kotona tai hoitokodissa lisähapen avulla.

Tällöin oman lääkärin tulisi tehdä lähete tai konsultaatiopyyntö keuhkolääkärille, jossa käy ilmi potilaan olevan saattohoidossa. Hapen puute tulisi varmistaa happisaturaatiomittauksin. Happihoito voi olla aiheen ja estää laitoshoidon, jos SaO<sub>2</sub> on huoneilmalla pysyvästi alle 90 % ja jos hapenpuutteelle ei löydy lääkityksellä parannettavaa syytä. Saattohoitovaiheessa olevaa potilasta ei useinkaan tarvitse lähettää keskussairaalaan, vaan keuhkolääkäri voi myöntää happirikastimen lähetteen perusteella antamalla lähetteestä konsultaatiovastauksen. Tarvittaessa kuntoutusohjaaja voi toimittaa rikastimen potilaalle sekä ohjata sen käytön paikan päällä.

Keuhkohtaumatauti- ja muiden hyperkapnistia hengitysvajausta sairastavien potilaiden happihoidossa on huomioitava hiilidioksidiretentiovaara. Happea on annettava heille pienellä virtauksella, esim. 1-2 l/min viiksillä.

Pitkäaikainen lisähapen antaminen kuivattaa nenän limakalvoja, joten limakalvojen kostuttaminen tulee muistaa. Happiviiksen sijasta tulisi käyttää happinaamaria, mikäli hapen virtaus on iso (yli 5l/min). Rikastin tuottaa yleensä enintään 5 L/min, joten hapen anto kotona ei ehkä näin vaikeassa hapen puutteessa enää onnistu. Toisinaan potilas kokee naamarin hankalaksi. Tällöin potilaalla voi olla happiviikset vaikka hapen virtaus olisikin isompi kuin 5l/min.

## Hengityksen tukeminen laitehoidolla

Hengenahdistuksen helpottamiseksi voidaan käyttää non-invasiivisia hengitystä tukevia laitteita. Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kohdalla koneiden käytön kanssa olisi oltava maltillinen. ALS-potilailla ja joskus myös keuhkohtaumatautia sairastavilla potilailla pidempiaikainen non-invasiivinen-ventilaatio- eli NIV -hoito voi helpottaa hengitysoireita ja parantaa elämänlaatua. NIV-hoidon tavoitteena saattohoitopotilaalla tulisi olla oireiden lievittäminen, ei kuolinprosessin pitkittäminen. Tavallisin laite on kaksoispaineventilaattori. Joskus myös CPAP jatkuva positiivinen hengitystiepainehoito voi tulla kyseeseen. Nämä hoidot toteutetaan nenä- tai kokokasvonaamarin avulla. Hoidon aloittamisesta päättää aina lääkäri sairaalatutkimusten perusteella.

## Hengenahdistuksen hoito lääkkeillä

Hengenahdistusta voidaan helpottaa opioidilääkityksellä lääkärin määräyksen mukaisesti, esimerkiksi suun kautta annettuna, laastarina, nenäsuihkeena tai injektiona. Opioidit rauhoittavat hengitystaajuutta ja vähentävät herkkyyttä hiilidioksidille. Opioidit heikentävät myös hengenahdistuksen aistimusta sekä lievittävät hengenahdistukseen liittyvää kipua ja ahdistuneisuutta. Hengenahdistuksen hoidossa opioidin annokset ovat yleensä hieman pienempiä kuin kivunhoidossa. Mikäli opioidilääkkeitä käytetään, on muistettava huomioida myös mahdolliset haittavaikutukset. Tavallinen sivuvaikutus on ummetus, joka heikentää palleahengitystä. Ummetuksen hoidon merkitys korostuu siten hengenahdistuksen hoidossakin.

Yleinen pelko on opioidien aiheuttama hengityslama. Siitä ei tule kuitenkaan ongelmaa, jos opioidien käyttö aloitetaan varovasti ja annosta nostetaan tarpeen mukaan. Opioidit ovatkin parantumattomasti sairaan potilaan hoidossa ensisijaisia lääkkeitä hengenahdistusta hoidettaessa.

Myös muita lääkkeitä, esimerkiksi bentsodiatsepiinejä, nesteenoisto- ja astmalääkkeitä voidaan käyttää saattohoitopotilaan hengenahdistuksen helpottamiseen, mikäli potilas vaikuttaa niistä hyötyvän.

Kipu voi pahentaa hengenahdistusta, joten myös kivun hoito on tärkeä huomioida.

Mikäli ongelmana on hengenahdistus ja limaisuus, jotka johtuvat tulehduksesta, voi antibioottikuuri saattohoidossakin olla perusteltua oireiden lievittämisen kannalta.

## Keuhkopussin pahanlaatuinen nesteily

Hengenahdistusta voi aiheuttaa myös keuhkopussiin kertyvä neste. Sitä voidaan keskussairaalassa poistaa ohuella neulalla punktoimalla tai laittamalla potilaalle dreeni eli ohut letku keuhkopussiin, jonka avulla keuhkoihin kertyvä neste saadaan poistettua. Saattohoitopotilaalle voidaan myös laittaa tunneloitu pleuradreeni (PleurX), joka voi olla potilaalla kuolemaan saakka. Sen tyhjennys onnistuu myös kotiloissa tai hoitokodeissa. Dreenit laitetaan keskussairaalassa joko keuhkosairauksien yksikössä tai kirurgian poliklinikalla. Kotiin/hoitokotiin tunneloidun dreenin tyhjentämiseen tarvittavat välineet saa kunnan hoitotarvikejakelusta.

## Saattohoitopotilaan limaisuuden helpottaminen

Kuoleman lähestyessä limaisuus usein lisääntyy. Limaisuuden syynä voi olla krooninen keuhkoputkentulehdus (COPD), aspiraatio, keuhkoputken laajentumat (bronkiektasiat), yskimisvoiman heikkeneminen (ALS) tai infektio. Mikäli potilas kärsii limaisuudesta, sitä pyritään vähentämään asentohoidolla, lääkkeillä ja tarvittaessa liman imemisellä. Liman irtoamista voidaan helpottaa esimerkiksi pulloon puhalluksella, jolloin uloshengityksen vastapaine lisääntyy ja liman irtoaminen tehostuu.

Kuoleman lähestyessä limarohinat voivat lisääntyä, mutta potilas ei välttämättä heikentyneen tajunnantason takia siitä kärsi. Jos lima nousee suuhun ja on helposti imettävissä, voidaan se imeä pois. Syvältä hengitysteistä ei saattohoitopotilasta tulisi imeä, koska siitä aiheutuu potilaalle lisäkärsimystä ja imeminen voi lisätä liman eritystä. Suun tehostettu hoito on tärkeää limaisen potilaan kohdalla.

## Palliativinen sedaatio

Palliativisessa sedaatiossa potilas rauhoitetaan lääkkein kevyeen uneen oireiden lievittämiseksi. Suurimmalla osalla kuolevista potilaista oireita voidaan lievittää erilaisilla muilla

lääkkeettömällä ja lääkkeellisillä keinoilla. Palliatiivista sedaatiota tuleekin käyttää vain silloin, kun muut keinot on kokeiltu potilaan kärsimyksen vähentämiseksi. Menetelmä voi tulla kyseeseen, jos kipua, hengenahdistusta tai ahdistuneisuutta ei saada hallintaan muilla hoitokeinoilla. Ennen sedaation toteuttamista tulee selvittää, että kaikki muut hoitokeinot on kokeiltu ja että sekä potilas, omainen ja hoitohenkilöstö ymmärtävät sedaation tavoitteet ja toteutuksen. Sedaation tarkoitus ei ole kuoleman edistäminen, vaan potilaan kärsimyksen lievittäminen. Jatkuvaa syvää sedaatiota tulisi käyttää vain potilailla, joiden odotettu elinaika on enää tunneista muutamaan vuorokauteen.

## Hoitokoti Helmen saattohoito-opas

Sirpa Tolvanen, vastaava sairaanhoitaja

Hoitokoti Helmen saattohoito-opas on tehty palliatiivisen hoidon oppisopimustyyppisten opintojen kehittämistehtävänä ja se on tarkoitettu hoitokodin henkilöstön käyttöön. Oppaan tarkoituksena on kuvata Rantakylän hoitokoti Helmessä toteutettavaa saattohoitoa, yhtenäistää henkilökunnan tietoa saattohoidon toteutuksesta ja toimia käytännön hoitotyön tukena hoitokodin asukkaan saattohoidossa. Hoitokoti Helmen saattohoito-opas on suunnattu molempien Rantakylän hoitokotien toimintaa tukeväksi ja soveltuvin osin myös Kiihtelysvaaran hoitokodille.

### TAUSTAA HOITOKOTI HELMESTÄ

Hoitokoti Helmi on pohjoiskarjalaisen perheyrityksen omistama hoitokoti. Hoitokoti tarjoaa ikäihmisille ympärivuorokautista hoito- ja asumispalvelua kodikkaassa ympäristössä jokaisen yksilöllisyyttä ja arvokkuutta kunnioittaen. Tarjoamme myös lyhytaikaista hoitoa ja asumista ihmisille, jotka esimerkiksi sairaalahoidosta kotiuduttuaan tarvitsevat tilapäistä apua toipumisessaan. Lisäksi meillä on tarjolla vuorohoitopaikkoja ihmisille, jotka asuvat kotona omaishoidon turvin. (Hoitokoti Helmi).

Kiihtelysvaarassa kymmenen vuotta toiminut hoitokoti on 49-paikkainen ja Rantakylässä kolme vuotta toiminut hoitokoti on 58-paikkainen. Rantakylään valmistui maaliskuussa 2014 uusi 34 -paikkainen hoitokoti Rantakylän Helmi II. Suurin osa asukkaistamme on

joensuulaisia tai Joensuun lähikunnista. Itsemaksavia asukkaita on noin 32 % asukkaisista. Muut ovat niin sanottuja maksusitoumusasiakkaita. Ulkopaikkakuntalaisia asukkaita meillä on Mikkelistä, Hyvinkäältä, Juuasta ja Lieksasta. Asukkaamme ovat iältään 65 -97 vuotiaita.

## SAATTOHOITOON SIIRTYVÄN ASUKKAAN HOIDON SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI HOITOKOTI HELMESSÄ

Reilun kolmen toimintavuoden aikana hoitokodilla on hoidettu heidän elämänsä loppuun saakka 21 asukasta, joiden lisäksi seitsemän asukasta on kuollut sairaalassa tai vuodeosastolla. Vuode-osastolta on palannut kaksi asukasta hoitokodille loppuelämän hoitoon omaisten toiveesta ilman saattohoitopäätöstä. Yksittäisiä asukkaita on tullut hoitokodille saattohoitoon erikoissairaanhoidosta. Saattohoitopäätös on ollut kirjattuna vain muutamalla asukkaalla heidän elämänsä loppuvaiheessa.

Kuolemasta hoitokodilla olen tehnyt ohjeistuksen toimintamme alkaessa elokuussa 2011 ja sitä päivitin Joensuun seudun yhteispäivystyksen alkaessa. Toimintamme alussa toimimme uusissa tiloissa uuden henkilöstön kanssa uusia asukkaita hoitaen. Osa hoitajista ei ollut koskaan hoitanut kuolevaa asukasta, joten ohjeeseen on koottu myös käsitteitä ja tietoa omaisille.

Hoitokodilla on käynyt lääkäri kerran viikossa (2-3h/ kerta) huhtikuusta 2012 alkaen, jolloin saimme myös Mediatrin rajattuna käyttöömme. Pääsääntöisesti hoitokodin lääkäri vastaa asukkaiden hoidosta myös saattohoitotilanteissa. Muutamien kohdalla Tehostetun kotihoidon lääkäri on ohjeistanut asukkaan viimevaiheen hoitoa, useimmiten kivun hoitoa. Kolmella tänä vuonna kuolleella asukkaalla on ollut käytössään lääkeannostelija viimeisinä elinpäivinä ja tämä kivunhoito on mahdollistunut nimenomaan Tehostetun kotihoidon kautta.

Hoitokodin lääkäri vastaa asukkaiden lääkehoidon kokonaisuudesta. Asukkaan voinnin heikentyessä, hoitajat tuovat usein esille myös asukkaan lääkityksestä lääkemuodon muutosehdotukset ja pyynnön asukkaan lääkityksen arvioimiseksi. Lääkäri tapaa asukkaita kierroilla, joskus omaiset ovat sovitusti paikalla. Asukkaan voinnin hiipussa ja saattohoitopäätöstä jo harkittaessa sovitaan omaisten kanssa aika lääkärinkierrolle, jos he haluavat keskustella asukkaan sairauden etenemisen ennusteesta vielä lääkärin kanssa.

Asukkaan DNR-päätökset tarkistetaan asukkaan muuttaessa hoitokodille ja päätöksensä keskustellaan asukkaan ja omaisten kanssa myös hoitopalaverissa. Asukkaita hoitokodilla on tällä hetkellä 50 ja heistä puolella on DNR-päätös. Asukkaita on kuollut hoitokodille ilman saattohoitopäätöstä ja yhdelle asukkaalle saattohoitopäätös oli tehty jo kolme vuotta ennen hoitokotiin muuttamista. Häntä oli omaisten toiveiden ja vaatimusten mukaan hoidettu hyvinkin aktiivisesti vuosien ajan vastoin hänen etuaan, lääketieteellisesti näkökulmastaakin katsoen. Omaisyhteistyö on välillä haastavaa, kun omaisella on eri näkemys asukkaan voinnista ja hoidosta.

Olemme pyrkineet tuomaan myös saattohoidossa olevat asukkaat heidän vointinsa ja halunsa mukaan hoitokodin yhteisiin tiloihin ja tapahtumiin (ulkoilu, ruokailu tai kahvitelu takapihallamme kesäisin, musiikkiesitykset, päiväkodin lasten vierailut, viriketuokit, leivonta- ja askarteluhetket).

Hoitokodin lääkäri käy mahdollisuuksien mukaan toteamassa asukkaan kuoleman hoitokodilla. Tilanteet ovat kuitenkin vaatineet myös yhteydenottoja yhteispäivystykseen, tehostettuun kotihoitoon, Siilaisen vuodeosastolle, mikäli asukkaan kuolema onkin satunut perjantai-iltana, viikonlopun aikana tai asukas on vieraspaikkakuntalainen joka on asunut hoitokodilla oman kunnan maksusitoumuksella.

## MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ HOITOKOTI HELMEN SAATTOHOIDOSSA

Yhteistyökumppaneistamme tärkeimpiä ovat asukkaiden omaiset ja asukkaan hoidosta vastaavat lääkärit. Oma fysioterapeuttimme huolehtii siitä, että asukkailla on tarvittavat apuvälineet käytössään. Hän neuvottelee esimerkiksi sairaalasängyn saamisesta saattohoidossa olevalle asukkaalle, joka on usein haastavaa nykyisten sairaalasängyn saamisen kriteerien takia. Muutama asukas on jatkanut läheteellä määrättyä fysioterapiaa vielä saattohoitovaiheessakin. Tällöin fysioterapian muoto on muuttunut kuntouttavasta ja toimintakykyä ylläpitävästä toiminnasta enemmän kipua lievittäväksi, jäykkyyttä vähentäväksi ja yleensä kaikin puolin lempeämmäksi ajan antamiseksi asukkaalle tutuksi tulleelta fysioterapeutilta. Joillakin asukkailla fysioterapia tässä vaiheessa on ollut hengitysharjoituksia (esimerkiksi pulloon puhaltamista), kevyttä hierontaa ja venyttelyä.

Kahdella asukkaalla on ollut elämän loppuvaiheessa ajoittain seuranaan aiemmin heidän kotona asumistaan avustanut henkilökohtainen avustaja. Aiempi työsuhde asukkaan kanssa on muuttunut ystävyysuhteeksi. Yhden asukkaan kohdalla saimme sovittua ystävän hänelle henkilökohtaiseksi avustajaksi asukkaan voinnin hiipussa ja läheisen läsnäolon tarpeen kasvaessa.

Tehostettu kotihoito on meille myös arvokas lisä asukkaan hoitovastuun jakamisessa. Lääkärimme tai päivystys/ kotiuttava osasto on kirjannut läheteen esimerkiksi antibiootitahoidon tai nesteytyksen aloittamisesta / jatkumisesta hoitokodilla ja tehostettu kotihoito on näistä hoidoista vastannut. Näin on välttytty asukkaan tarpeettomalta siirroilta vuodeosastolle. Tehostettu kotihoito on ollut mukana osassa hoitokodilla toteutuneissa saattohoidoissa.

Seurakunnat vierailevat hoitokodilla säännöllisesti. Yhteistyö seurakuntien kanssa on ollut yksi tämän vuoden kehittämisaiheista saattohoitoon liittyen. Olemme toteuttaneet kaksi koulutusta asukkaiden hengellisiin tarpeisiin vastaamisesta ja paikallisen evankelisluterilaisen seurakunnan kanssa olen sopinut heiltä lahjoituksena tulevaisuuteen hengellisiä cd:tä ja saattohoidon tueksi sopivaa kirjallisuutta. Ortodoksisen seurakunnan koulutuksessa kävimme läpi heidän uskontonsa käytäntöjä ja tapoja sairaan ja/tai kuolevan asukkaan hoidossa.

## PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON KEHITTÄMISTARPEET HOITOKOTI HELMESSÄ

Henkilökunnan saattohoidon osaaminen vaihtelee: osalla on osaamista hyvinkin paljon, kun taas osa hoitajista on äskettäin valmistuneita. Henkilökunnan koulutustoiveissa saattohoitoon liittyvät koulutukset ovat enemmistön toiveina. Tänä vuonna hoitajia on osallistunutkin saattohoidon ja palliatiivisen hoidon koulutuksiin ja seminaaripäiviin. Näiden palliatiivisen hoitotyön erikoistumisopintojen lisäksi itse osallistuin Pohjois-Karjalan syö-



päyhdistyksen saattotukihenkilökoulutukseen.

Kehittämishaasteena on saattohoito-ohjeistuksen päivitys, käytäntöjen ”hienosäätö”, yhteystietojen päivittäminen ja toimintaohjeen hiominen viikonloppuina tapahtuvien kuolemien varalle. Henkilökunnan jaksamista saattohoidon toteuttajina arvioidaan asukkaan kuoleman jälkeen omassa työyhteisössä. Työnohjausta on tarvittaessa saatavilla. Yhteistyötä seurakuntien kanssa hiotaan myös hoitajien jaksamisen näkökulmasta. Koska kuolema ei aina ole kaunis ja levollinen tapahtuma, se voi herättää myös hoitajassa monenlaisia tunteita.

## KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

Hoitokoti Helmen saattohoito-oppaassa yrityksen logo on näkyvä sivujen yläreunassa. Sisältö on tyyppillinen saattohoito-oppaan sisältö. Siinä on kuvattuna muun muassa saattohoidon käsitteet ja kuoleman tunnusmerkit. Lisäksi toivon merkityksestä saattohoidossa sekä asukkaan ja omaisen tukemisesta on omat kappaleensa. Opas selventää, mitä tietty asia tarkoittaa hoitokoti Helmen toiminnassa ja kuinka tilanteessa toimitaan hoitokodilla. Saattohoito-oppaan alussa on lyhyen johdannon jälkeen luettelona saattohoidon 10 käskyä ja oppaan viimeisessä kappaleessa on Yhdistyneiden Kansakuntien Kuolevan oikeuksien julistus.

Saattohoito-oppaassa on lisäksi saattohoitoon sopivia runoja ja kuvia. Aivan viimeisenä oppaassa on asukkaiden hautajaisissa useimmiten luetut muistosanat ennen lähdekirjallisuusluetteloa. Hoitokodin saattohoidon kehittämistyöhön liittyen vanhustyön erikoistumisopinnot suorittanut lähihoitaja Sirpa Varis työsti opintojensa aikana hoidon tueksi kauniin pienen katselukansion, joka sisältää runoja, rukouksia ja virsiä kauniiden enkeli-kuvien kera.

## POHDINTAA

Saattohoidon toteuttaminen ja kehittäminen on haastavaa vallitsevassa yhteiskunnallisessa tilanteessa. Taloudellisten resurssien tiukentuessa entisestään olemme viime aikoina joutuneet taistelemaan muun muassa lääkäripalvelujen säilymisestä.

Paletti-hankkeen toivomme tuovan joustoa apuvälineiden saamiseen saattohoitoon siirtyvän asukkaan kohdalla. Hoitokodilla on muutamia omia sairaalasänkyjä, mutta aina niitä ei pystytä siirtämään saattohoitoon siirtyvälle asukkaalle. On turhauttavaa perustella ja pyytää useammalla puhelinsoitolla asukkaalle apuvälineeksi sairaalasänkyä ja/tai pesulavettia. Sairaalasängyn saamisen kriteerit ovat hyvin tiukat, koska tausta-ajatuksena on, että asukkaan omatoimisuutta on tuettava. Esimerkiksi tilanteessa, jossa asukkaan sydämen vajaatoiminnan pahenee, olisi sängyn päädyn kohoasentoon saaminen asukkaan vointia helpottavaa lääkkeetöntä ja nopeasti toteutettavaa hoitoa.

Tulevaisuuden kehittämishaasteena on tapahtuneiden saattohoitotilanteiden ja asukkaiden kuolemien arviointi. Pyrimme laatimaan jonkinlaista mittaria arvioinnin työkaluksi. Kyseessä voisi olla omaiselle lähetettävä kyselylomake, henkilökunnan omaa onnistumista arvioiva kyselylomake tai jonkinlainen saattohoitotilanteen ”purku-lomake”. Viimeksi mainitun avulla arvioitaisiin saattohoitotilannetta siitä näkökulmasta, toteutui-

ko saattohoito hyvin, huomattiinko jotain puutteita, huonosti toimivaa menettelytapaa tai muuta korjattavaa jatkoa ajatellen ja nouseeko näistä asioista esimerkiksi lisäkoulutus-tarvetta henkilökunnalle. Kehittämishaaste tulevaisuuteen on myös saattohoitoasukkaan vierihoito ja sopivien saattotukihenkilöiden löytäminen.

Lopuksi voidaan sanoa että asukkaiden omaisilta tulee paljon kiitosta ja palautetta hyvin toteutuneesta asukkaan saattohoidosta. Hoitokodilta osallistutaan asukkaan hautajaisiin, joissa surukukat lasketaan haudalle hoitokodin muiden asukkaiden ja henkilökunnan puolesta. Mikäli hautajaisiin ei osallistuta, omaisille lähetetään adressi. Omaisille tarjotaan aina mahdollisuutta keskusteluun asukkaan kuoleman jälkeenkin.

## LÄHTEET

Hoitokoti Helmi. [www.hoitokotihelmi.fi](http://www.hoitokotihelmi.fi)

Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio 2003. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17165&name=D\\_LFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=D_LFE-540.pdf)

# Työkaluja palliatiivisen potilaan oireiden kartoitukseen Pohjois-Karjalan keskussairaalassa osastolla 1G

Merja Törrönen, sairaanhoitaja

Laadukas palliatiivinen hoitotyö edellyttää laaja-alaista osaamista sitä toteuttavalta henkilökunnalta. Potilaan oireiden lievittäminen ja psykososiaalinen tukeminen moniammatillisena yhteistyönä on hoidon perusta. Oireiden kartoittamiseksi on olemassa erilaisia kansainvälisiä mittareita, esimerkiksi ESAS (Edmonton Symptom Assessment Schedule) [Hearn & Higginson 2001, 133–134; Regional Palliative Care Program 2001].

## LÄHTÖTILANTEEN KUVAUS

Osastomme on operatiivinen sekaosasto, jossa hoidetaan kirurgisia-, gynekologisia- ja silmäpotilaita. Potilasvaihtuvuus on suuri ja osaston rytmi on nopeatempoinen. Osastomme gynekologisten syöpäpotilaiden sairaus on usein edennyt pitkälle, minkä vuoksi heillä on monenlaisia elämää rajoittavia oireita. Tavallisimmin he tulevat osastolle päivystyksenä yleistilan laskun, kipujen pahenemisen tai jonkin muun hankalan oireen takia vasta siinä aiheessa, kun he eivät pärjää enää kotona. Näiden potilaiden kokonaisvaltainen oireiden kartoitus ja hoidon suunnittelu on ollut sattumanvaraista. Monen kohdalla on siirrytty syövän suhteen kuratiivisesta eli parantavasta hoidosta sairautta jarruttavaan tai oireenmukaiseen hoitoon, mutta selkeitä palliatiivisen hoidon linjauksia tai suunnitelmia heille ei ole tehty. Syöpäpotilaan oireiden yksityiskohtainen kartoittaminen ja hoito hoitotilan-

teessa saattavat hukkaa yleisten kysymysten ja keskustelun varjoon. Potilas ei aina tuo vastaantotolla esille ikäviäkään oireita, ellei niitä häneltä erikseen kysytä. Lisäksi havaittujen oireiden huono kirjaaminen voi johtaa alihoitoon.

Palliatiiviseen eli oireita lievittävään hoitoon siirtyminen tai saattohoidon aloittaminen ovat tärkeitä päätöksiä, jotka perustuvat Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Laki velvoittaa kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Lain mukaan potilaalla tulee olla oikeus hyvään ja oireita lievittävään palliatiiviseen- ja saattohoitoon asuinpaikasta riippumatta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/192.)

## ESAS-MITTARI POTILAAN OIREIDEN KARTOITUKSESSA

ESAS-mittari on kehitetty Australiassa vuonna 1991. Se sisältää 9 osa-aluetta, joiden avulla mitataan potilaan kipua, väsymystä, pahoinvointia, masentuneisuutta, levottomuutta, uneliaisuutta, ruokahalua, hengenahdistusta ja yleistä hyvinvointia. Mittari ottaa huomioon potilaan oirekirjon siis kokonaisvaltaisesti. Kukin väittämä sisältää pisteytyksen nolasta kymmeneen, siten että nolla tarkoittaa, ettei oireita esiinny ja kymmenen tarkoittaa, että oire on voimakkaimmillaan. Oireiden vakavuuden ja hoidon onnistumisen kartoituksessa käytetään yleensä luokkia 0, 1 - 3 ja 4 - 10, jolloin viimeksi mainitun luokan oireita kirjattaessa tulisi täsmentää, haluaako potilas lääkitystään tai muuta hoitoaan korjattavan tilanteen parantamiseksi. Masennusta ja ahdistusta arvioitaessa käytetään luokkia 0 - 1 ja 2 - 10. (Vignaroli ym. 2006.)

Mittari on helppokäyttöinen. Potilas voi täyttää sen itse. Mikäli hän ei sitä vointinsa puolesta pysty tekemään, hoitaja täyttää sitä hänen kanssaan yhdessä. Mittarista on tullut monessa hoitopaikassa keskeinen välinen palliatiivisen potilaan kokonaisuhoitossa. Sen avulla oireiden esiintyvyys, vaikeusaste ja häiritsevyys pystytään paremmin kartoittamaan. (Regional Palliative Care Program 2001.)

Potilaan ja hänen kiputilansa kokonaisvaltainen arviointi ja kirjaus luovat pohjan hyvälle lääkehoidolle ja luottamukselliselle hoitosuhteelle. Potilaan on helpompi hallita kipujaan ja hyötyä kipulääkkeistä, kun hän ymmärtää kivun syyn ja mekanismin. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivun sijainti, luonne ja intensiteetti sekä sen vaikutus potilaan toimintakykyyn arvioidaan huolellisesti kivunhoitoa suunniteltaessa. Hoitamaton kipu vaikuttaa laaja-alaisesti potilaan psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä hänen toimintakykyynsä. Osalle potilaista kipuun kanavoituu muitakin elämän loppuvaiheeseen liittyviä huolenaiheita ja suruja. (Niv&Kreitler 2001.) ESAS-mittari on hyödyllinen kokonaisvaltaisessa oireiden kartoituksessa.

## ESAS-MITTARIN KÄYTTÖÖNOTTO OSASTOLLA 1G

Esittelin mittarin osasto 1G:n ja syöpöpoliklinikan henkilökunnalle pitämälläni osastotunnilla aiheesta ”Mitä on hyvä oireenmukainen hoito?”. Käsittelin palliatiivisen syöpäpotilaan moninaisia oireita painottaen sitä, miten ne voimistavat toisiaan. Syöpäkivun hoito puhuttelee hoitajia osastollamme. Heitä ihmetyttää se, miten huonokuntoisina useat potilaat tulevat osastolle. Potilaiden oireenkartoituksen ja kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelun parantaminen vaatii panostamista moniammatillisesti. Osastotunnille osallistuikin

yksi lääkäristämme ja pidin mittarin esittelyn myöhemmin erikseen muille lääkäreille. Sovimme, että syöpäpotilaan alkukartoitus ESAS-mittarilla tehdään ensimmäisen vuorokauden kuluessa hänen osastolle saapumisestaan ja toinen arviointimittaus viimeistään osastohoidon päättyessä. Gynekologian poliklinikan syöpävastaanotolla ESAS-kysely tehdään ensisijaisesti potilaille, joilla on levinnyt syöpä tai oireita. Tällä hetkellä kysely toteutetaan paperisena, mutta jatkossa on tarkoitus saada se osaksi potilastietojärjestelmää, koska muutoin paperisia potilaskansioita ei enää osastollamme käytetä.

## POHDINTA JA JATKOSUUNNITELMAT

Hyvä palliatiivinen hoito ja potilaan tarpeisiin vastaaminen edellyttävät asiantuntevaa moniammatillista yhteistyötä, potilaan huomioonottamista fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja hengellisenä kokonaisuutena ja potilaan läheisten huomioon ottamista potilaan tukijana ja tuen tarvitsijana (Hänninen 2003; Korhonen 2004; Myller 2007). Potilasta kuunteleva ja empaattinen henkilökunta on tärkeä. Se auttaa osaltaan kivun ja muiden oireiden hallinnassa.

Tällä hetkellä harjoittelemme ESAS-mittarin käyttöä. Jatkossa aiomme kehittää hoitoneuvotteluja oikea-aikaisten palliatiivisten linjausten tekemiseksi ja kirjaamiseksi. Lisäksi suunnitelmissa on AVAUS-mallin (Karvinen 2009) käyttöönotto potilaiden henkisten ja hengellisten tarpeiden kartoittamiseksi. Kun vaikean sairauden hoito on suunnitelmallista ja kokonaisvaltaista, se on sekä inhimillisesti korkeatasoista että taloudellisesti tehokasta.

## LÄHTEET

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Karvinen, I. 2009. Väitöskirja. Henkinen ja hengellinen terveys. Kuopion yliopistollinen lääketieteen tiedekunta.

Korhonen, T. 2006. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Valtakunnallinen palliatiivisen hoidon seminaari. Helsinki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Myller, H. 2007. Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Niv, D. & Kreitler, S. 2001. Pain and quality of life. Pain Practice. Vol 1 (2), 150-161. Regional Palliative Care Program 2001. Onko tämä nettilähde?

Vignaroli, E., Pace, E., Willey, J., Palmer, J., Zhang, T. & Bruera, E. 2006. The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. Journal of Palliative Medicine 9(2), 296-303.

# Yhteistyön kehittäminen Karhulan sairaala osasto 3:n ja kotisaattohoidon välillä

Minna Uski, osastonhoitaja

## KOTISAATTOHOITO KOTKASSA

Kotkassa on kehitetty saattohoitoa jo yli kahdenkymmenen vuoden ajan. Aktiivinen kehittäminen alkoi kotisaattohoidon kehittämisenä vuonna 1993 (Vistala, Saario & Pälikkö-Kontinen 1998). Tuolloin lääkäri Eero Vuorinen aloitti kipupoliklinikan yhteydessä kotisaattohoitotoiminnan. Kipupoliklinikan kipuhoitaja toimi kotisaattohoitajana ja Vuorinen saattohoitolääkärinä. (Pälikkö- Kontinen 2014.)

## KARHULAN SAIRAALAN TUKIOSASTOTOIMINTA

Kotisaattohoitoon liittyy tiiviisti tukiosastotoiminta. STM:n Hyvä saattohoito -suositusten mukaisesti kotisaattohoitopotilaalla pitää olla nimetty tukiosasto, jonne hänellä on mahdollisuus siirtyä aina tarvittaessa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010a). Karhulan sairaala on alusta saakka ollut mukana kotisaattohoitopotilaiden hoidossa toimien tukiosastona. Tukiosastotoiminta muotoutui aktiivisemmaksi vuodesta 1997 alkaen, jolloin Kotkan Kotisairaala aloitti toimintansa. Se tarjosi alusta saakka sairaalatasoista hoitoa kotiin tuotuna myös saattohoitopotilaille. (Pälikkö- Kontinen, 2014; Vistala ym. 1998.)

Karhulan sairaalan osasto 3 on toiminut nyt jo kahdeksan vuoden ajan kotkalaisten kotisaattohoitopotilaiden tukiosastona sekä syöpä- ja saattohoito-osastona. Yhteistyö osaston

ja kotisaattohoidon (= kotisairaala+ kotihoito) välillä on näiden vuosien aikana ollut vaihtelevaa. Välillä yhteistyö on toiminut erinomaisesti ja välillä yhteistyö, lähinnä tiedonkulku, on ollut huonoa. Huono tiedonkulku on saattanut aiheuttaa potilaalle turhaa tuskaa, jopa viivettä hoitoon pääsyssä sekä ylimääräistä työtä hoitohenkilökunnalle.

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010- 2020- julkaisussa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010b) mainitaan myös palliativisen potilaan oikeudesta hyvään hoitoketjuun. Sujuva yhteistyö ja tiedonkulku ovat osa hyvää potilasturvallisuutta, mutta myös tärkeä osa sujuvaa hoitotyötä.

Yhteistyön kehittäminen tuli ajankohtaiseksi muun muassa siksi, että sekä kotisairaala, kotihoidossa ja osasto 3:lla tapahtui lyhyessä ajassa useita henkilöstömuutoksia. Vaikka uusien työntekijöiden perehdyttämiseen pyrittiin paneutumaan, huomattiin, että asioita unohtui tai niistä ei tiedetty. Esimerkiksi osastolla ei ollut aina riittävästi tietoa kotisaattohoitopotilaista, joille se toimi tukiosastona. Muutamia kertoja kävi niin, että tämän tiedon puutteen vuoksi saattohoitopotilas ajautui turhaan päivystykseen, vaikka olisi voinut tulla suoraan osastolle. Myös saattohoitopotilaan kotiutuessa, oli epäselvyyttä miten kotona hoidon jatkuvuus turvataan. Vaikutti siltä, ettei osaston henkilökunnalla ollut riittävästi tietoa saattohoitopotilaiden kotihoidosta ja toisaalta kotihoidon ja kotisairaalan väki eivät tieneet mitä osastolla potilaalle tapahtui.

## KOTISAATTOHOITOPOTILAIDEN TIEDOT OSASTOLLE

Kotisaattohoitajan kanssa järjestettiin heti vuoden alussa palaveri, jossa sovittiin, että hän toimittaa osastolle kerran viikossa (tarvittaessa useamminkin) listan kotisaattohoitopotilaista. Samalla hän antaa jokaisesta potilaasta lyhyen suullisen raportin osaston henkilökunnalle. Raportissa puhutaan myös lyhyesti potilaan tukiverkostosta; omaisista, läheisistä, vapaaehtoistoimijoista jne. Potilaan voinnin lisäksi osaston on tärkeää tietää myös potilaan tukiverkostosta. Tukiverkosto on tärkeä osa saattohoitopotilaan arkea ja hoitoa niin kotona kuin sairaalassakin.

## KOTIHOITO TUTUKSI OSASTON HENKILÖKUNNALLE

Osasto 3:n henkilökunnalle järjestettiin helmikuussa koulutuspäivä, johon pyydettiin kotihoidosta sairaanhoitaja puhumaan kotihoidon saattohoitotyöstä. Sairaanhoitaja oli aikaisemmin toiminut myös kotisaattohoitajana, joten hän osasi kertoa myös kotisaattohoitajan työstä. Sairaanhoitaja kertoi, että jokaiselle kotihoidon alueelle on nimetty saattohoidosta vastaavat hoitajat. Osastolta kotiutusta suunniteltaessa olisi hyvä olla yhteydessä sekä kotisaattohoitajaan että kotihoidon alueen saattohoitovastaavaan. Osasto sai listan, jossa kotihoidon alueiden saattohoidosta vastaavat ovat nimettyinä. Listan avulla osaston olisi helpompaa olla yhteydessä vastuuhenkilöihin. Paras kotiutussuunnitelma syntyisi yhteisessä hoitopalaverissa, jossa voisivat olla mukana potilas, omainen, kotisaattohoitaja, kotihoidon edustaja ja osaston sairaanhoitaja sekä tarvittaessa myös osaston lääkäri.

## YHTEINEN OPINTOMATKA LAPPEENRANTAAN

Kotisaattohoidon ja osaston yhteistyötä ja yhteenkuuluvuutta päätettiin lujittaa yhteisellä opintomatalla Lappeenrantaan. Tarkoitus oli tutustua Armilan sairaalan saattohoitoon. Matka järjestettiin syyskuussa ja se oli antoisa. Lappeenrannassa saattohoito on järjestetty STM:n suositusten mukaisesti, henkilöstömitoituksia myöten. Matka sai kuitenkin meidät miettimään saattohoitopotilaiden eriarvoista kohtelua Suomen eri paikkakunnilla. STM:n suositukset toteutetaan toisaalla paremmin kuin toisaalla. Pitäisikö saattohoito olla kirjattuna laiksi, jotta kaikki saisivat tasavertaista saattohoitoa?

## YHTEINEN OSASTOTUNTI

Yhteinen osastotunti Karhulan sairaalan henkilökunnan ja kotisaattohoidon kanssa oli yksi tapa kehittää yhteistyötä. Osastotunnin aiheena oli ”Kuolevan potilaan ja hänen omaisensa kohtaaminen”. Aihe sai koolle runsaasti keskustelevia kuulijoita. Osastotunnille osallistui hoitajia kotisairaalaista, kotihoidon eri alueilta sekä sairaalan eri osastoilta. Kaikilla hoitajilla, riippumatta työpaikasta, tuntui olevan yhteinen tavoite: saattohoitopotilaan hyvä hoito.

## PALLIATIIVINEN POLIKLINIKKA

Kymenlaakson keskussairaalaan avautui palliatiivinen poliklinikka kipupoliklinikan yhteyteen. Palliatiivisen poliklinikan lääkäriä toimii Eero Vuorinen. Työparinaan hänellä on kaksi sairaanhoitajaa. Tavoitteena on, että yhteistyö poliklinikan, osaston ja kotisaattohoidon välillä olisi sujuvaa. Yhteistyötä aloitettiin lokakuun alussa yhteistapaamisella. Tapaamisessa oli läsnä poliklinikan henkilökunta, osasto 3:n lääkäri ja osastonhoitaja, kotisaattohoitaja sekä kotisairaalan osastonhoitaja ja lääkäri. Tapaamisessa sovittiin mm. siitä, että osaston ja kotisaattohoidon potilaita ja heidän omaisiaan voidaan ohjata poliklinikalle keskustelemaan lääkärin tai hoitajan kanssa. Poliklinikka aloittaa myös vertaistukiryhmätoiminnan. Tukiryhmiin voidaan ohjata kotisaattohoidon ja osaston potilaita sekä heidän omaisiaan.

## YHTEISTYÖN TULOKSET JA JATKOSUUNNITELMAT

Kotisaattohoitajan viikoittaiset käynnit osastolla ovat nykyään tärkeä osa tiedonkulkua. Suullinen raportti taustapotilaasta ja hänen tilanteestaan on tärkeä tietolähde osaston henkilökunnalle. Varsinkin potilaan kotioloista ja tukijoukoista tietäminen on tärkeä osa myös osastohoidon suunnittelua. Osaston on tärkeää tietää miten paljon läheiset haluavat osallistuvat potilaan hoitoon.

Myös saattohoitopotilaan kotiutusta suunniteltaessa on yhä enemmän pyydetty kotisaattohoitajaa ja/tai kotihoidon saattohoitovastaavaa käymään osastolla tapaamassa potilasta ja omaisia. Hoitopalaveria, joihin osallistuu sekä kotihoidon että osaston väkeä, on järjestetty usean kotisaattohoitopotilaan kotiutustilanteessa. Palaverit ovat selkeyttäneet asioita. Palaverissa sovitaan, mitä kukakin tekee. Näin ei tule turhaa päällekkäisyyttä tai

jää asioita tekemättä. Usean puhelinkontaktin sijaan asiat sovitaan yhdessä yhteisessä tapaamisessa. Kaikki osapuolet voivat luottaa siihen, että potilaan kotiutuminen tapahtuu turvallisesti.

Palliatiivisen poliklinikan rooli osaston yhteistyökumppanina selkiytynee ajan myötä. Odotukset ovat suuret. Osaston palliatiiviset ja saattohoitopotilaat sekä heidän omaisensa tarvitsevat paljon keskustelemaa tukemista. Poliklinikalta toivotaan erityisesti tätä keskusteluapua. Osaston henkilökunnan riittämättömyyden tunteet liittyvät useimmiten nimenomaan siihen, ettei heillä ole riittävästi aikaa keskustelulle. He ovat tähän asti pystyneet tarjoamaan vain sairaalapastorin antamaa keskusteluapua. Nyt he voivat ohjata vakavasti sairaita potilaita ja ennen kaikkea heidän omaisiaan poliklinikan vastaanotolle sekä tukiryhmiin.

Yhteistyön kehittämistä kotisaattohoidon ja osaston (sekä nyt myös palliatiivisen poliklinikan) kanssa jatketaan näillä jo aloitetuilla osa-alueilla. Tarkoituksena on vielä lisätä toistemme työn tuntemusta ja työn arvostusta. Osastohoitajat mahdollistavat henkilökunnalleen ns. tutustumispäiviä. Esimerkiksi osasto 3:n hoitajat voivat yhden päivän ajan käydä tutustumassa kotisaattohoitajan ja/tai kotisairaalan sairaanhoitajan työpäivään. Kun tiedät mitä yhteistyökumppanisi työpäivät pitävät sisällään, et aliarvioi tai arvostelee hänen työtään vaan pyrit auttamaan häntä yhteisten potilaidemme hoidon järjestämisessä. Hoitoketju vahvistuu ja potilaan hoito paranee!

## LÄHTEET

Pälkkö-Kontinen, E. 2014. Ylilääkäri. Haastattelu ja kotisairaaloimintaan liittyvään yksityiseen arkistoon tutustuminen. 30.9.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. [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)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010- 2020. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf)

Vistala, V., Saario, A. & Pälkkö-Kontinen, E. 1998. Kotisairaalan henkilökunta; Kotisairaala työryhmän väliraportti.



# Palliativisen hoitopäätöksen valmistelu ja potilaslähtöinen toteuttaminen

## Liperin terveyskeskuksen sairaalassa

Petra Voutilainen, sairaanhoitaja

Hoitopäätöksen tekeminen ja sen huolellinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin lisää potilaan hoidon laatua. Ennakointi ja suunnitelmallisuus mahdollistavat siten potilaan oikea-aikaisen hoidon oikeassa paikassa ja turvaa potilaan hyvää hoitoa. Myös hoitolinjausten puheeksi ottaminen potilaan ja omaisten kohdalla tukevat palliativisen potilaan hoitoprosessia.

### JOHDANTO

Perusterveydenhuollon rooli tulee tulevaisuudessa kasvamaan palliativisen hoidon osalta. Palliativisen hoidon taso on Suomessa vielä hyvin kirjavaa ja jäsentymätöntä. Tarkoituksen mukaisen hoitopaikan turvaaminen potilaalle on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteinen tehtävä ja työtä sen kehittämiseksi tulee tehdä koko ajan (Sosiaali- ja terveysministeriö; Pöyhä, Tasmuth & Reinikainen 2014, 11–12.)

Liperin terveyskeskuksessa toimii virka-aikana klo 8–16 lääkärin vastaanotot sekä päivystys. Iltapäivystykset toimivat kolmen kunnan välillä niin, että Liperissä on noin 2–3 iltapäivystystä viikossa klo 16–22 välisenä aikana, jonka jälkeen päivystys siirtyy Joensuu-hun perusterveydenhuollon päivystykseen yön ajaksi. Hyvän hoidon turvaamiseksi olisi ensisijaisen tärkeää, että tarvittavat tiedot löytyvät potilastiedoista selkeästi kirjattuina.

### LÄHTÖTILANNE

Hoitopäätösten puuttuminen hankaloittaa hoidon suunnittelua ja toteuttamista. Terveyskeskus-sairaalan henkilökunta joutuu soittamaan tarvittaessa perusterveydenhuollon päivystykseen virka-ajan ulkopuolella, jos potilaan terveydentilaa ja sen heikentymistä ei ole ennakoitu eli palliativinen hoitosuunnitelma puuttuu.

Monelta päivystyskäynniltä niin avovastaanoton kuin osaston potilaiden kohdalla vältyttäisiin, jos suunnitelmat olisivat tehty selkeästi ja ennakoivalla asenteella. Palliativisen ja saattohoidon päätökset ovat hyvin puutteellisia tai niitä ei ole kirjattu ollenkaan. Myös tiedonsiirtymisen ongelmat ovat edelleen huomattavia, vaikka potilastietojärjestelmä on sama maakunnassa. Suurin pulma tiedonsiirtymisen ongelmissa on, ettei tietoja kirjata järjestelmään tai ne ovat puutteellisesti kirjattu. Hyvän hoidon turvaamiseksi olisi ensisijaisen tärkeää, että tarvittavat tiedot löytyvät potilastiedoista selkeästi kirjattuina.

### KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on kehittää palliativisen- ja saattohoidon päätösten kirjaamista ja ylipäänsä korostaa hoitopäätösten teon tärkeyttä. Potilaan hoidon suunnittelemisella ja ennakoinnilla voitaisiin taata hyvä ja mutkaton hoito ja paras mahdollinen elämänlaatu terveydentilaan nähden niin potilaalle kuin omaisille ja läheisille, unohtamatta myöskään taloudellisia säästöjä. Yksi edellytys hoidon hyvälle toteutumiselle on myös omaisten oikeanlainen huomioiminen ja rohkeus kohdata omaiset vaikeallakin hetkellä. Tämä koskee koko moniammatillista terveydenhoitohenkilöstöä.

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena on saada potilaan hoidon suunnittelu ja ennakointi näkyvämmäksi ja korostaa tehtyjen hoitopäätösten tärkeyttä hoidon suunnittelun kannalta.

### PALLIATIIVINEN HOITO - LÄÄKETIETEELLINEN PÄÄTÖS

Palliativisen hoidon piiriin kuuluvat yleisimmin ja tunnetuimpana ryhmänä syöpäsairaat, mutta hoidon piiriin kuuluvat myös muun muassa pitkälle edenneet sydänsairaudet, hengitystiesairaudet, vaikean vaiheen dementia, vaikeat neurologiset sairaudet, vaikea munuaisten vajaatoiminta, vaikeat maksasairaudet ja elinvaurioita aiheuttanut diabetes (Koivunen 2014; Saarto 2009.) Esimerkiksi vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastavat saavat sairaudestaan ja sen ennusteesta vähemmän konkreettista tietoa kuin esimerkiksi keuhkisyöpää sairastavat. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan elämän loppuvaihe on usein vaikeiden fyysisten oireiden, sosiaalisen eristäytymisen ja turhautumisen sävyttämä, koska he saavat muun muassa syöpäsairaita huonommin terveydenhuollon tukea. (Rimpiläinen & Akural 2007, 328.) Tärkeimpänä palliativisen hoitopäätöksen tekemisen lähtökohtana on siis inhimillisen hoidon toteuttaminen ja turvaaminen, kun parantavia hoitoja ei enää pystytä antamaan. Potilaalle tulisi turvata mahdollisimman inhimillinen kohtelu ja hoito. (Koivunen 2014.)

Huomioitavaa on, että hoitojen kehittyessä myös ihmisten elinaika ja sairauden ennuste toteamisen jälkeen ovat pidentyneet. Parantunut lääketieteellinen hoito on näin ollen

lisännyt tarvetta palliatiiviselle - ja saattohoidolle nyt ja tulevaisuudessa. (Hänninen 2006, 48.)

Palliatiivinen hoito ei nopeuta potilaan kuolemaa, vaan auttaa häntä elämään mahdollisimman hyvää elämää loppuun saakka. Nykypäivänä palliatiivisen ja kuratiivisen hoidon raja on kuitenkin hyvin liukuva. (Pelkonen 2014, 14–15.) Palliatiivisen lääketieteen synty ja kehitys pyrkii laajentamaan ja pehmentämään lääketieteen vastauksia kuoleman kysymyksiin, mutta samanaikaisesti muu lääketiede kehittyy nopeaa vauhtia suuntaan, jossa kuoleman todellisuus ja mahdollisuus etäännyy (Hänninen 2006, 22). Hoidon tavoitteena tulisi olla potilaan ja hänen perheensä elämänlaadun parantaminen muun muassa auttamalla potilaita elämään mahdollisimman aktiivista elämää, sekä lievittämällä kipua ja muita oireita (World Health Organization 2013).

Hoitojen määrääminen, antaminen tai antamatta jättäminen ovat lääketieteellisiä päätöksiä. Lääketieteellinen päätös edellyttää aina eettistä ja lääketieteellistä pohdintaa. Keskeisinä hoidon käsitteinä voidaan pitää potilaan saamaa hyötyä ja mahdollisia haittoja sekä niihin liittyviä ali- tai ylihoitamista. Kuolevan potilaan elämän pitkittäminen on kuitenkin harvoin merkityksellistä, yleensä se vain lisää ongelmia sekä voi pidentää kärsimyksiä. (Hänninen 2006, 24–26.) Vaikeat hoitopäätökset voidaan tehdä myös lääkäreiden yhteiskokouksissa, jolloin päätöstä tukee usean lääkärin mielipide (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010b).

Palliatiivisen hoidon onnistumisen edellytys on hyvin ennalta laadittu hoitosuunnitelma, joka kiinnittää huomiota oireiden hoitoon sekä konsultaatioiden mahdollisuuteen (Saarto 2009, 2). Oirehoitoa voidaan toteuttaa lääkityksen tai muiden helpottavien keinojen avulla. Kun tietynlaisen oireen ilmaantumista voidaan sairauden perusteella ennakoita, tulisi hoito suunnitella jo varhaisessa vaiheessa. Tällöin voidaan puhua ongelmien ennaltaehkäisystä. (Hänninen 2009, 33.) Oireet aiheuttavat usein sairauden hoidon muut sivuvaikutukset (Rimpiläinen & Akural 2007).

## POTILAALLE JA OMAISILLE PUHEEKSI OTTAMINEN

Potilaalla on lain mukaan oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Häntä tulisi informoida hoitovaihtoehtoista sekä niiden hyödyistä ja haitoista. Potilasta tulisi kuunnella ja antaa hänen osallistua päätöksentekoon voimavarojensa ja kykyjensä mukaan. Jos hän ei itse pysty osallistumaan, tulisi potilaan toiveita pyrkiä selvittämään jostain muuta kautta. Asioiden puheeksi ottaminen liittyy vahvasti organisaatiokulttuuriin ja siellä vallitseviin käsityksiin ja arvoihin sekä henkilöstön ammattitaitoon. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 26–27.)

Oman kuoleman kohtaaminen aiheuttaa usein kärsimystä, jonka piirteitä voi olla arvottomuuden ja merkityksettömyyden tunne, kokemus riippuvaisena tai taakkana olosta, kuolemanpelko, paniikki, eristäytyneisyys tai toive oman kuoleman jouduttamisesta. Hoitohenkilöstön tulisikin ymmärtää ja tunnistaa potilaan kyky ottaa tietoa vastaan sairautensa vaikutuksista ja edistää yhteisymmärrystä hyvän ja sujuvan vuorovaikutuksen avulla. Potilaan hoitoon osallistamisen edistäminen ja hänen elämäntilanteensa ja mieltymysten huomioiminen vaatii hoitohenkilöstöltä siis vahvaa ammatillista tietoperustaa ja potilasta arvostavan lähestymistavan hallitsemista (Holopainen. ym. 2013, 29–30; Käypähoito 2012.)

Lääkärin tulisi kertoa potilaalle ja omaisille rehellisesti mitä lääketieteellä on tarjottavana ja mitä on mahdollisesti saavutettavissa potilaan hyväksi. Työyksiköissä tulisi sopia, mitä informaatiota antaa lääkäri ja mitä hoitajat. Ensisijaisesti kuitenkin lääkärin tehtävänä on kertoa hoitotoimenpiteistä ja tutkimusten tuloksista. Lääkärin ja omaisten keskusteluille tulisi varata rauhallinen paikka. Koskaan omaisilta ei tulisi kysyä lupaa hoitojen rajoittamiseen tai lopettamiseen, vaan keskustelun tavoitteena tulisi olla selvittää potilaan omia toiveita. Kommunikaation tulisi olla johdonmukaista ja rehellistä. Tukeminen alkaa hyvästä ja avoimesta hoitosuhteesta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010; 10, 14–15.)

Potilaalla ja omaisilla tulee olla oikeus toivoon. Toivo on inhimillisen elämän yksi elementti ja se luo luottamusta. Lähtökohtana tulisi ajatella, että kuolema on elämän päätös ja se koskettaa jokaista meistä. Kuoleman lähestyessä perheen keskinäinen vuorovaikutuksen toimivuus korostuu, jolloin läheisen kuolema saa aikaan perheessä muutosprosessin, joka vaikuttaa perheen jäsenten keskinäisiin suhteisiin myös tulevaisuudessa. Hoitojen kieltäminen tai luopuminen niistä voi olla vaikeaa ilman hoitotyön ammattilaisen tukea. Tärkeää olisi tuoda esille, että potilaasta huolehtiminen on edelleen tärkein asia. Perheen sisäiset ristiriidat voivat korostua näissä keskusteluissa, mutta hoidon kohde olisi edelleen potilas. Omaisten tuska ja ahdistus tulisi huomioida, koska tämä todennäköisesti auttaisi lopulta myös potilasta. Tärkeintä näissä keskusteluissa tulisi olla avoimuus. (Heikkilä 2009, 193–199.) Holmberg (2007) korostaa myös kirjassaan, että avoimuus ja rehellisyys hoitohenkilöstön, omaisten ja potilaan kesken on kantava voimavara ja antaa turvaa ja tukea kaikille osapuolille.

Omaisille pitäisi puhua kuolemasta. Ei epämääräisillä ilmaisuilla, kuten ”nukkuu pois” tai ”siirtyy taivaaseen”. Omaisiet arvostavat suoruutta ja rehellisyyttä, vaikka se juuri siinä hetkessä voi nostattaa vahvoja kielteisiä tunteita. Se voi myös johtaa kriisiin, jossa hoitohenkilökunnalla on tärkeä osa ja tukijan rooli. Kuitenkin, ennen kuin ammattilainkaan pystyy puhumaan rehellisesti kuolemasta, tulisi hänen ensin itse käydä keskustelua ja käsitellä oma suhtautuminen kuolemaan. (Heikkilä 2009, 193–195, 198, 203–204.)

## PÄÄTÖSTEN KIRJAAMINEN MEDIATRIIN

Mediatriassa on mahdollisuus skannata muun muassa hoitotahtolomake skannatut dokumentit-kansioon, joka löytyy Mediatriin henkilökansiosta. Tämä helpottaa potilaan omien toivomusten siirtymisessä hoitolaitosten välillä.

Ensisijaisesti tulisi kirjata jokainen tehty päätös riskitietokaavakkeelle. Päätöksen tulisi sisältää myös hoitolinjaukset eli hoitosuunnitelma mahdollisimman tarkasti. Riskitietokaavakkeessa tulisi näkyä päivämäärä sekä epikriisilehti, jolta päätökset ja suunnitelman tiedot löytyvät. Sairauskertomukseen tulisi myös kirjata potilaan ja omaisten välillä käytyjen keskustelujen sisältö sekä ketä keskusteluissa on ollut mukana (Koivunen 2014.)

Hoitosuunnitelman laatiminen ja lääkärin ennakoiva asenne hoidon suunnittelussa on ensiarvoisen tärkeää. Mahdollisten voimien muutosten ennalta arviointi helpottaa hoitohenkilöstön hoidon suunnittelua ja toteutusta.

## KEHITTÄMISTYÖN TYÖSTÄMISEN ETENEMINEN

Pohdimme työyksikössäni kehittämistehtävän aihetta pitkään. Lopulta kuitenkin päädyimme siihen, että hoitopäätöksiä puuttuminen ja puutteellisuus on kuitenkin suurin ongelma. Lähdin työstämään tästä lyhyttä yhteenvetoa. Nyt syyskuussa 2014 sain yhden lääkäreistämme mukaan tähän kehittämistehtävän ”jalkauttamiseen” lääkäriseurallamme Liperissä. Järjestämme yhdessä terveyskeskuslääkärimme Timo Niskasaaren kanssa keskustelutuokion toisille lääkäreille, jossa lääkäri Niskasaari tuo palliatiivisen hoidon ja päätösten tekoa esiin lääketieteellisestä näkökulmasta ja minä sairaanhoitajana hoitohenkilökunnan ja potilaan ja omaisten näkökulmasta. Samassa kehittämistuokiossa käymme läpi kirjaamisen tärkeyttä ja suunnitelmien teon tärkeyttä sekä miten Mediatriin tulisi näitä päätöksiä kirjata.

Lisähaasteen tulevaisuudessa tuo päivystysten keskittäminen erikoissairaanhoidon puolelle. Iltapäivystykset (klo 16–22) loppuu maakunnassa Liperi-Outokumpu-Polvijärvi akselilla vuodenvaihteessa 2014–2015. Tämä myös mielestäni lisää ja vahvistaa entisestään selkeiden hoitosuunnitelmien olemassaolon tärkeyttä.

Osastonhoitajan toivomuksesta käymme yhdessä lääkäriseurallamme kanssa kehittämistuokion ja tämän jälkeen tuon sitä kautta terveisiä hoitohenkilöstöllemme. Näin turvattaisiin se, että kaikki puhuisimme samasta asiasta kun puhumme palliatiivisesta hoitotyöstä.

## LÄHTEET

Heikkilä, T. 2009. Kuoleman kohtaaminen ja saattohoito. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Holmberg, L. 2007. Communication in palliative home care, grief and bereavement. A mother's experience. Health and society doctoral dissertation. University of Malmö.

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell oy.

Hänninen, J. (toim.) 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman läheistyessä. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2009. Saattohoidon lääkeopas. TERHO-säätiön nro 1 julkaisusarja. Helsinki: Miktor.

Koivunen, M. 2014. Palliatiivisen hoidon eri potilasryhmät, hoidon arviointi ja lääketieteellinen hoito sekä moniammatillinen yhteistyö. Karelia ammattikorkeakoulu, luento-materiaali.

Käypähoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama <http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=hoi50063>. 16.9.14

Pelkonen, R. 2014. Elämän asialla. Teoksessa: Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. (toim.) 2014. Lääkäri saattajana. pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. 2014. Lääkäri saattajana. Helsinki: Duodecim.  
Rimpiläinen, R. & Akural, E. 2007. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheissa. Finnanest 40 (4).

Saarto, T. 2009. Palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito- koska ja kenelle? HUS. Syöpätautien klinikka. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf). 16.9.14.

World Health Organization (WHO). Palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. 16.9.2014.



**Palliativista ja saattohoitoa tarvitsevien kansalaisten määrä lisääntyy tulevaisuudessa.** Osaava henkilökunta on laadukkaan palliativisen ja saattohoidon perusta. Karelia-ammattikorkeakoulu (aiemmin Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu) on järjestänyt palliativisen ja saattohoidon erikoistumiskoulutusta sairaanhoitajille kolme kertaa. Vuosina 2006 ja 2011 koulutus toteutettiin monimuoto-opintoina. Vuonna 2014 koulutus järjestettiin ensimmäisen kerran oppisopimustyyppisenä täydennyskoulutuksena yhteistyössä Turun ja Satakunnan ammattikorkeakoulujen kanssa.

Palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppiset opinnot vastaavat valtakunnallisesti todettuun palliativisen hoidon perus- ja erikoisosaamisen tarpeeseen. Opinnot on tarkoitettu terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon tai aiemman opistoasteen tutkinnon suorittaneille. Oppisopimustyyppisen koulutuksen erityispiirre on työelämälähtöinen opiskelu, jossa opiskelijan tukena toimii opettajan lisäksi kokenut ammattilainen, mentori.

Tämä julkaisu sisältää vuonna 2014 järjestettyyn Palliativisen hoitotyön oppisopimustyyppiseen täydennyskoulutukseen osallistuneiden opiskelijoiden omista kehittämistöistään kirjoittamat artikkelit. Artikkeleiden kirjoittamisen tavoitteena on ollut opiskelijoiden tutkimus- ja kehittämisosaamisen vahvistaminen sekä kehittämistöistä saadun kokemuksen ja tiedon jakaminen. Opiskelijoiden artikkeleiden lisäksi julkaisussa on koulutuksen läpivieneiden opettajien (Satu Hyytiäinen, Tuulia Sunikka ja Irja Väisänen) artikkeli sekä mentoreita ohjanneen yliopettaja Pirjo Vesan artikkeli.

## KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA C:24

ISBN 978-952-275-167-6 | ISSN 2323-6914

