

Turvallisuutta syöpäpotilaan hoitotyöhön –

**Omassa työssä oppimisen ja tutkivan kehittämisen
tuloksia oppis-koulutuksessa**



Merja Vanhanen ja Paula Vikberg-Aaltonen (toim.)

Turvallisuutta syöpäpotilaan hoitotyöhön –
Omassa työssä oppimisen ja tutkivan kehittämisen
tuloksia oppis-koulutuksessa

Merja Vanhanen ja Paula Vikberg-Aaltonen (toim.)

e-julkaisu

ISBN 978-951-784-748-3

ISSN 1795-424X

HAMKin e-julkaisuja 20/2015

© Hämeen ammattikorkeakoulu ja kirjoittajat

JULKAISIJA – PUBLISHER

Hämeen ammattikorkeakoulu

PL 230

13101 HÄMEENLINNA

puh. (03) 6461

julkaisut@hamk.fi

www.hamk.fi/julkaisut

Ulkoasu ja taitto: HAMK Julkaisut / Hanne Vuorela

Hämeenlinna, kesäkuu 2015

Sisällys

Johdanto	4
Kirjoittajat	8
Päivikki Kivijärvi	
Hoidon aloitukseen haluttiin suunnitelmallisuutta	9
Sanna-Mari Hartikainen	
Sairaanhoitajan vastaanottoiminnan kehittäminen suolistosyöpöpotilaan hoitopolussa Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla	13
Anni Rajamäki	
"Mitä se hoitaja saa itte teherä syöpätautien poliklinikalla?"	17
Catarina Fredriksson	
Solunsalpaajien turvallinen käsittely vuodeosastolla	22
Anne Palve-Raunnos	
Aikuisen aivokasvainpotilaiden asiantuntijahoitajan toimenkuvan kehittäminen	26
Saija Salminen	
Syöpöpotilaan kipu ja kivun arviointi – Syöpöpotilaan kivunhoito osana käytännön hoitotyötä	30
Kirsi Hyseni ja Satu Hietanen	
Tukiosaston toiminnan kehittäminen	36
Riitta Sirviö	
Hoitoneuvottelu – saattohoidon yhteistyöväline	40
Merja Sundström	
"Hoitoni päättyy, mitä sen jälkeen?"	44

Johdanto

Tämän julkaisun artikkelit ovat syntyneet osana Syöpähoitotyön kehittäjäkoulutuksen kehittämistyötä Hämeen ammattikorkeakoulussa (HAMK). Koulutus toteutettiin 2014–2015 oppisopimustyyppisenä täydennyskoulutuksena (oppis-koulutus) ja oli laajuudeltaan 30 op vuoden pituisena toteutuksena. Koulutukseen osallistui 20 sairaanhoitajaa. HAMK:n Hyvinvointiosaamisen yksikössä on toteutettu vuosina 2010–2015 viisi korkeakoulutettujen oppisopimustyyppistä täydennyskoulutusta.

Asiantuntijuutta on määritelty viime vuosina uudella moniulotteisella tavalla. Asiantuntijuuden katsotaan edellyttävän monen eriluonteisen tiedon samanaikaista hyödyntämistä. Pelkkä kokemus ei riitä asiantuntijuuden kehittämisessä. Asiantuntijuuteen liitetään nykyisin yhä enemmän toiminnan joustavuus ja adaptiivisuus, mikä merkitsee kykyä hallita nopeasti muuttuvia tilanteita ja kykyä liikkua eri asiantuntijuuden alueiden välillä. Tärkeää ei ole ainoastaan sopeutua muutokseen vaan myös itse tuottaa muutosta uudenlaisten käytäntöjen aikaansaamiseksi. Toinen tärkeä ominaispiirre asiantuntijuuden muutoksessa on siirtyminen yksilöllisen osaamisen tarkastelusta verkostomaiseen toimintaan ja asiantuntijuuden määrittely työyhteisön ominaisuutena. Silloin merkityksellistä on yksilön toimintamahdollisuuksien laajeneminen verkostomaisen yhteistyön avulla.

Oppisopimustyyppisen täydennyskoulutusmallin lähtökohtana on asiantuntijuuden vahvistaminen tarkastelemalla työkäytänteitä teoreettisen tiedon avulla ja vahvistamalla tutkimusperustaista kehittämisosaamista. Tavoitteena on asiantuntijuus, missä on valmius jatkuvaan kehittymiseen ja yhä vaativampien tilanteiden hallintaan. Seuraavassa on koottu Syöpähoitotyön kehittäjäkoulutukseen osallistuneiden sairaanhoitajien arvioita koulutusryhmän merkityksestä, työyhteisön ja mentoroinnin tuesta sekä kehittämisosaamisen vahvistumisesta ja koulutuksen tuottaman osaamisen hyödynnettävyydestä.

”Minua koskettaa se, mitä sinulle kuuluu.”

Näin kirjoitti koulutusta käsittelevässä palautteessaan sairaanhoitaja opiskeluryhmän merkityksestä ja asiantuntijuuden jakamisesta koulutuksen aikana. Opiskeluryhmään kuulumisen, sen tuki ja kannustus koettiin opiskelun sujumisen kannalta tärkeinä. Koulutuspäivien aikana oli rakentavaa saada keskustella muiden syöpäpotilaiden parissa työskentelevien kanssa riippumatta siitä, olivatko työyksiköt keskenään samantyyppisiä vai hyvinkin erilaisia. Ryhmässä oli helppo olla omana itsenään ja ryhmän jäsenet hyödynsivät tehokkaasti toistensa niin tietotaito asiantuntijuutta kuin kokemuksellista, hiljaista tietoaakin. Ryhmän sisällä vallitseva yhteistyön helppous ja toisen auttaminen koettiin opiskelua motivoivana. Lisäksi koulutukseen liittyviin tehtäviin saatiin erilaisia näkökulmia kollegoilta. Alun tietotekniset ja osin opiskelutekniikkaankin liittyvät haasteet selvitettiin nopeasti. Jonkin verran ryhmässä keskusteltiin siitä, kuinka paljon koulutukseen sisältyviin tehtäviin oli mahdollisuutta paneutua työajalla – työajan käyttö koulutukseen vaihteli organisaatiokohtaisesti.

Omalla työpaikalla olevan mentorin rooli koulutuksen aikana oli merkittävä. Sairaanhoitajat kokivat saaneensa mentorilta tukea kehittämistehtävän tekemiseen ja käytännön asioiden, kuten osastotuntien järjestelyyn. Mentorin kiinnostusta koulussa opittuja asioita kohtaan pidettiin tärkeänä ja keskustelu syöpäpotilaan hoitotyöhön liittyvistä asioista tuntui mentorin kanssa helpolta. Arvostettiin erityisesti tilanteita, joissa mentori itse aktiivisesti esitti kysymyksiä koulutukseen liittyen tai tarjosi apuaan. Mentorointisuhdetta ylläpidettiin myös esim. sähköpostin avulla. Mentorin vaihtuminen kesken koulutuksen ei sekään haitannut kunhan uusi mentori oli sitoutunut tehtäväänsä. Noin puolet koulutuksessa olleista oli sitä mieltä, että heidän mentorinsa oli tukenut osaamisen kehittymistä koulutuksen aikana. Vajaa puolet osallistujista ei osannut sanoa oliko mentorin tuella ollut merkitystä heidän opiskelulle.

Kehittämistehtävä koettiin koulutuksen alussa haasteelliseksi. Kun kehittämisen prosessia tarkasteltiin koulutuksen loputtua, moni totesi tehtävän antaneen työvälineitä itselle ja koko työyhteisölle. Suuri osa koulutuksessa olleista totesi myös kehittämisen jatkuvan tästä eteenpäinkin ja innostus käytännön asioiden kehittämiseen oli lisääntynyt koulutuksen aikana. Sairaanhoitajat arvioivat valmiutensa omien työtehtävien hoitamiseen parantuneen syöpähoitotyön teoreettisen tiedon soveltamisen, työhön liittyvien ilmiöiden käsitteellistämisen ja asiantuntijuuden vahvistumisen myötä. Valtaosassa työyhteisöjä oli valmiutta kehittämistehtävän ideointiin ja toteutukseen. Osittain keskeneräisiäkin tuotoksia pystyttiin hyödyntämään ja ottamaan käyttöön jo koulutuksen kulu-

sa. Toisaalta jatkuva muutoksen tila useissa työyhteisöissä koettiin haasteena, joskaan ei esteenä hoitotyön kehittämislle; 'muutoksessa on aina tilaa tulevaisuuden suurille visioille'. Monet kokivat saaneensa luottamusta omaan itseensä ja ammattitaitoonsa. Oma asema moniammatillisissa työyhteisöissä oli vahvistunut. Merkityksellisenä koettiin omien toimintamahdollisuuksien kasvu yhteistyöverkoston lisääntyessä. Mahdollisuudet edistää potilaslähtöistä hoitotyötä oman asiantuntijatyön avulla parantivat.



E i haittaa jos ei osaa, mutta haittaa jos ei kysy.'

Oppisopimustyyppinen koulutus toteutettiin työelämälähtöisesti ja oman työpaikan kehittämistarpeisiin keskittyen. Tämän vuoksi opintojen alussa nimettiin opiskelijalle työpaikkaohjaaja eli mentori. Mentorin nimeäminen tapahtui työpaikalla ja oli yksi kouluttajan ja työpaikan sopimuksen ehtoista. Seuraavassa esitetyt kokemukset perustuvat mentoreilta saatuu palautekyselyyn koulutuksen lopussa.

Mentorin valintaan vaikutti oleellisesti suunniteltu kehittämistehtävä sekä opiskelijan kokeneisuus. Mentori oli joko kokeneempi työtoveri tai esimies, useimmiten oman työyksikön jäsen.

Lähiesimiehenä toimineet mentorit arvioivat pystyvänsä tukemaan työryhmänsä jäsentä ammatillisessa kehittämisessä. Tärkeäksi koettiin, että mentorilla oli vastuuta työyksikön kehittämisestä esim. lähiesimiehenä, jotta kehittämistyötä voitiin edistää eikä koulutuksessa oleva jäänyt yksin tavoitteidensa kanssa. Mentorilla oli hyvä olla syöpäsairaanhoidon erityisosaamista, jotta mentoroitavan osaamista voitiin tukea ja edistää. Mentorin tehtävä koettiin vastuulliseksi ja myös innostavaksi; oma halu tiedonhakuun ja asioiden syvempään selvittämiseen kasvoi mentoroinnin aikana. Hankaluudeksi koettiin tilanteet, jossa mentori työskenteli toisessa yksikössä eikä kiireinen työtahti mahdollistanut yhteisen ajan löytymistä.

Koulutuksen alussa mentorit osallistuivat yhteiseen tapaamiseen opettajan ja opiskelijan kanssa. Tapaamisessa keskusteltiin koulutusmallin toteutustavasta, mentorin roolista ja tehtävistä sekä osallistujan omista osaamistavoitteista. Lisäksi sovittiin kehittämistehtävän rajauksesta, työpaikalla tarvittavan kehittämistyön merkityksestä ja käytännön toteutusmahdollisuuksista. Huomattavaa oli, etteivät kaikki mentorit päässeet osallistumaan tähän tapaamiseen työkiireiden vuoksi, mikä osaltaan vaikeutti myös mentorien perehtymistä omaan tehtäväänsä.

Koulutuksen kuluessa osallistujat esittelivät opintojensa etenemistä sekä keskustelivat kehittämistehtävästä työyhteisön jäsenten ja mentorin kanssa. Suuri osa mentoreista osallistui yhteisiin koulutuspäiviin, mikä osaltaan vahvisti mentorin ja koulutuksessa olevan sairaanhoitajan yhteistyötä. Koulutuksen lopulla mentori antoi palautetta kehittämistehtävästä sekä arvioi kehittämistehtävän tulosten sovellettavuutta tai kehittämisen jatkosuunnitelmia omassa työyhteisössä.

Syöpähoitotyön kehittäjäkoulutuksen arviointi ja välitön palaute antaa suuntaa kouluttajille kehittää hoitotyön asiantuntijoiden tämän päivän ja tulevaisuuden täydennyskoulutusta. Edellä kuvattu koulutus palaute antaa viitteitä siitä, että oppisopimustyyppinen koulutus tukee uudenlaisen asiantuntijuuden rakentumisesta. Tarvitaan kuitenkin seuranta- tutkimusta siitä, minkälaisissa tehtävissä koulutettavat työskentelevät ja miten heidän asiantuntijuuttaan hyödynnetään syöpäpotilaiden hoidotyössä.

Hämeenlinnassa huhtikuussa 2015

Merja Vanhanen ja Paula Vikberg-Aaltonen
Hämeen ammattikorkeakoulu

Kirjoittajat

Catarina Fredriksson työskentelee sairaanhoitajana Kanta-Hämeen keskussairaalan vuodeosastolla 4A.

Sanna-Mari Hartikainen toimii sairaanhoitajana Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla.

Kirsi Hyseni ja **Satu Hietanen** toimivat sairaanhoitajina Valkeakosken terveyskeskussairaalan vuodeosastolla.

Päivikki Kivijärvi on Lapin keskussairaalan Syöpätautien poliklinikalla sairaanhoitajana.

Anne Palve-Raunnos toimii Tampereen yliopistollisessa sairaalassa neurokirurgian vastuualueella sairaanhoitajana ja asiantuntijasairaanhoitajana.

Anni Rajamäki on Seinäjoen keskussairaalan Syöpätautien poliklinikan sairaanhoitaja

Saija Salminen toimii Riihimäen terveyskeskuskuntayhtymän Hausjärven potilasosastolla.

Riitta Sirviö työskentelee saattohoidossa Koivikko-kodissa.

Merja Sundström työskentelee sairaanhoitajana syöpätautien päiväsairaalassa Keski-Suomen keskussairaalassa.

Merja Vanhanen toimii lehtorina Hämeen ammattikorkeakoulussa ja tämän koulutusryhmän opettajana.

Paula Vikberg-Aaltonen työskentelee yliopettajana Hämeen ammattikorkeakoulussa ja tämän koulutusryhmän opettajana.

Päivikki Kivijärvi

Hoidon aloitukseen haluttiin suunnitelmallisuutta

Olen toiminut Lapin keskussairaalan Syöpätautien poliklinikalla sairaanhoitajana 7 vuotta. Hyvin varhaisessa vaiheessa aloitettuani hoitotyön poliklinikalla huomasin solunsalpaajahoidon aloituksessa potilasohjauksessa erilaisia käytäntöjä. Tunnistin tarvetta saada yhteneväiset kirjalliset ohjeet potilaan hoidon aloitusohjaukseen. Suunnitelmani toteutui, kun hakeuduin syöpähoitotyön kehittäjäkoulutukseen Hämeenlinnaan. Kehittämistyönä tein ohjeet uuden potilaan solunsalpaajahoidon aloitusohjaukseen. Tavoitteena oli saada mahdollisimman käytännönläheinen ja loogisesti etenevä sekä potilaan yksilölliset ohjaustarpeet huomioiva ohje yksikkömme hoitajille.

Potilasohjauksen merkitys

Potilaan ohjaaminen on hoitotyön keino, joka etenee prosessin tavoin. Ohjauksen suunnitteluun ja toteutukseen tulee panostaa, jotta ohjaus olisi potilaan ja läheisen yksilölliset tarpeet huomioiva ja arjessa selviytymiseen tukeva. Tarpeen määrittämisen, tavoitteiden asettamisen ja toteutuksen lisäksi tulee muistaa myös asianmukainen arviointi ja kirjaus (Eloranta, Virkki 2011).

Potilasohjaus on olennainen osa sairaanhoitajan työtä ja sen merkitys kasvaa tulevaisuudessa entisestään. Potilaan rooli on muuttunut 1990-luvun passiivisesta ohjailtavasta toimijasta aktiiviseksi, vastuulliseksi oman hoitonsa asiantuntijaksi ja hoitohenkilökunnan kanssa yhdessä päätöksiä tekeväksi toimijaksi. Potilasohjaus on kaksisuuntaista vuorovaikutteista prosessina etenevää suunniteltua hoitotyötä. On yhteiskunnallisesti taloudellista ja potilaan edun mukaista sekä laissa määriteltä, että potilas saa oikeaan aikaan tietoa ja asiantuntevaa ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta (Eriksson, Kuuppelomäki 2000. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Hoitoajat terveydenhuollossa ovat lyhentyneet ja tulevat lyhenemään edelleen. Ohjauksen laadun on vastattava ajan haasteisiin. Potilaat ovat entistä valvutuneempia. Tietoa hae-

taan internetistä ja sosiaalisesta mediasta. Hyvän potilasohjauksen tavoitteena on vahvistaa kotona selviytymistä ja vähentää yhteydenottoja hoitavaan yksikköön (Eloranta, Virkki 2011, Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020).

Tutkittua tietoa potilasohjauksesta on runsaasti sekä potilaan, omaisten että hoitohenkilökunnan näkökulmasta niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. K. Lipposen tutkimuksessa tarkasteltiin potilasohjausta ja sen kehittämistä hoitohenkilökunnan arvioimana. Potilasohjausta toteutettiin potilaslähtöisesti ja ohjauksessa huomioitiin potilaan tunteet ja ongelmat sekä annettiin potilaalle myönteistä palautetta ohjauksen aikana. Ohjaukseen käytettävää aikaa ei ollut riittävästi ja kirjallista materiaalia potilaalle annettavaksi oli saatavilla vaihtelevasti. Hoitohenkilökunta toivoi lisää potilasohjeita, demonstraatiovälineitä ja ohjaustiloja. Myös koulutusta ohjauksesta, selkeitä ohjausrunkoja sekä kirjaamisen suunnitelmallisuutta ja selkeyttä toivottiin kehitettävän ja lisättävän (Lipponen K.2014).

Potilasohjauksen laatua pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden hoidossa käsittelevässä tutkimuksessa ohjaus oli autoritaarista ja perustui hoitohenkilöstön näkemyksiin ohjauksen sisällöstä ja toteutuksesta. Potilaan yksilölliset tarpeet jäivät ammatillisten näkökulmien varjoon. Ohjaus oli sisällöllisesti riittävää, mutta sosiaalisen tuen ohjauksen saatavuus ja tutkimustulosten ohjaus oli huonoa, samoin ohjaus sairauden aiheuttamista tunteista. Tulosten mukaan potilas sai ohjausta, mutta siitä puuttui yhteys arkeen ja siinä selviytymiseen. Ohjauksessa oli tehty huomioita emotionaalisen tuen tarpeesta, mutta se ei muuttanut ohjauksen sisältöä tai emotionaalisen tuen tarpeen kirjaamista. Ohjauksen suunnittelussa oli puutteita, joten ohjauksen toteutusta ei siltä osin voitu pitää laadukkaana (Kaakinen P.2014).

M. Kääriäisen tutkimuksessa potilasohjauksesta tarkasteltiin ohjauksen laatua potilaan ja hoitohenkilökunnan arvioimana sekä määriteltiin ohjauksikäsitettä ja testattiin sen rakennetta. Ohjaus oli osittain riittämätöntä varsinkin ennen sairaalaan tuloa sairauteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden osalta sekä sairaala-aikana sosiaalisen tuen osalta. Ohjausaika oli tutkimuksen mukaan riittämätön. Ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu potilaan taustatekijöitä huomioon. Ohjausmenetelmistä hoitohenkilökunta hallitsi hyvin suullisen yksilöohjauksen, mutta kolmannes potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia lainkaan ja viidennes potilaista arvioi, että ohjaus ei ollut potilaslähtöistä (Kääriäinen M.2007).

Syöpäpotilaan hoitotyössä työskentelemme vakavasti sairaiden ja heidän omaistensa kanssa, jotka ovat psykososiaalisen kriisin eri vaiheissa. Potilaat ja omaiset tarvitsevat tietoa ja ohjausta sekä emotionaalista tukea kotona selviytymiseen solunsalpaajahoidon aikana. Myös heidän yksilölliset tarpeet tulee huomioida potilasohjauksessa (Eriksson, Kuuppelomä-

ki 2000). Hoitajan persoona on sekä työkalu että potilasohjauksen toteutumista ohjaava. Hoitoaikojen lyhentyessä ja potilasohjauksen vaatimusten kasvaessa hoitohenkilökunta tarvitsee konkreettista ohjeistusta potilasohjauksen tueksi. Myös lisääntynyt kotona toteutettava tablettihoitoinen syöpälääkehoito tuo omat vaatimuksensa ja haasteensa potilasohjaukseen. Yksikössämme pyrimme omahoitajakäytännön toteutumiseen.

Kehittäminen oli kollegoilta oppimista ja yhteistyötä

Kehittämistehtäväni alkuvaiheessa tutustuin sisätautien- ja keuhkosairauksien poliklinikoiden solunsalpaajahoidojen aloitusohjaukseenkäytäntöihin. Vertaiskäynnit yksikköihin olivat antoisat. Molemmilla poliklinikoilla oli suunniteltuna ja osin tehtynä ohjausrungot potilasohjaukseen. Olimme kollegoiden kanssa samaa mieltä yhtenäisten ohjeiden saamisesta ohjaukseen omiin yksikköihimme.

Ohjausrunko sisältää yksityiskohtaisen, käytännönläheisen, päivittäiseen selviytymiseen liittyvän ohjeistuksen uuden potilaan aloitusohjaukseen. Ohjeistuksesta pyrittiin tekemään sisällöltään juuri yksikköömme potilaille sopivansisältöinen ohjauspaketti. Tarkoituksenani oli myös tehdä hoitajille muistilista, mitkä asiat on ohjattu potilaalle ja mitä asioita täytyy potilaan kanssa seuraavalla kerralla kerrata tai täydentää.

Ohjausrungon ja seikkaperäisen ”aukikirjoitetun” ohjeistuksen suunnittelun jälkeen olemme ottaneet sen yksikössämme käyttöön sairaanhoitajan työkaluksi uuden potilaan ohjauksessa. Hoitajien palaute ohjausrungon käyttämisestä apuna aloitusohjauksessa on ollut myönteistä. Uskon tämän käytännön lisäävän uuden potilaan aloitusohjauksen yhtenäisyyttä turvaten jokaiselle potilaalle saman sisältöisen ohjauksen kuitenkin potilaan ja omaisten yksilölliset tarpeet huomioiden.

Kirjaamisen merkitystä potilashoitotyössä ei voi koskaan kylliksi painottaa. Olen tehnyt yksikköömme omille sivuille ”fraasin”, jonka jokainen hoitaja siirtää uuden solunsalpaajahoidon saavan potilaan hoitosuunnitelmaan. Muutoksia fraasin sisältöön voi tarvittaessa tehdä potilaan yksilölliset ohjaustarpeet huomioiden.

Yhteistyöllä teemme laatua

Työnantajani mahdollisti koulutukseni ja työyhteisöni on tukenut ja ohjannut minua koko kehitystyöni ajan. Olemme pitäneet työyhteisössämme useita osastokokouksia potilasohjausrungon ja sen sisällön kehittämiseksi. Mieltäni lämmittää se, että kollegat työpaikalla ovat olleet innostuneina mukana kehittämistehtävässäni. Tämän koen erittäin tärkeäksi, koska työnkuva on kaikilla yksikköömme sairaanhoitajilla sama

ja näin ollen jokainen hoitaja ohjaa potilaita hoidon alkuvaiheesta alkaen. Mielestäni yhdessä suunniteltu aloitusohjauksen sisältö motivoi jokaista hoitajaa toimimaan ohjaussuunnitelman mukaisesti. Yhteisenä suunnitelmana on seuraavaksi toteuttaa potilaille kysely, jossa kysytään mm. tyytyväisyydestä saamaansa ohjaukseen ja tiedon saantiin poliklinikallamme.

Kehitystehtäväni on lisännyt entisestään innostusta tekemääni työhön syöpäpotilaiden kanssa. Olen ollut hyvin motivoitunut opiskeluun ja harkitsen jo uusia opiskeluhaasteita.

Lähteet

- Eriksson, E., Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY.
- Eloranta, T., Virkki, S. 2001. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki. Sanoma Pro.
- Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto.
- Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. 2010. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sanna-Mari Hartikainen

Sairaanhoitajan vastaanotto toiminnan kehittäminen suolistosyöpäpotilaan hoitopolussa Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla

Suolistosyöpäpotilaita hoitaessa huomasin kuinka tietämättömiä potilaat ovat oman sairautensa hoidosta ja seurannasta. Aloitimme uuden toimintatavan, auttaaksemme potilasta selviytymään paremmin uuden sairauden kanssa.

Syöpä Suomessa

Suomessa elää nykyään jo 230 000 ihmistä, joilla on ollut joskus elämänsä aikana syöpä. Syöpäpotilaiden määrä kasvaa jatkuvasti. Vuonna 2009 Suomessa todettiin lähes 29 000 uutta syöpätapausta. Syöpä on sairaus, jonka yleistyy iän myötä. Paksu- ja peräsuolen syöpä on suomalaisten kolmanneksi yleisin syöpämuoto eturauhasen syövän ja rintasyövän jälkeen. Vuonna 2010 suolistosyöpiä todettiin yli 2 600. (Pukkala, Sankila, Rautalahti 2011,28)

Suolistosyöpäpotilaan hoitopolku

Suolistosyövän ensisijainen hoito on leikkaus. Useimmiten potilas paranee, jos syöpä on rajautunut suolen seinämään. Mikäli tauti on jo ehtinyt levitä imusolmukkeisiin tai laajemmalle elimistöön, hoitoihin lisätään solusalpaajia ja mahdollisesti sädehoitoa. (Pukkala 2011,55)

Syöpään sairastuvan ihmisen näkökulmasta on olennaisinta parhaan mahdollisen hoidon saaminen. Tämä tarkoittaa hoidon laatuvaatimusten ja tieteellisen perustan lisäksi mahdollisimman lyhyitä odotusajkoja eri vaiheiden välillä, tarvittavaa psykososiaalista tukea koko hoidon ajan ja potilaan oman äänen kuulemista valintoja tehtäessä. Polulla on useita kriittisiä kohtia. Diagnoosin kertomisen yhteydessä tulisi varmistua potilaan tuen mahdollisuuksista ja kertoa mahdollisuuksista saada lisätietoa asiasta. Potilaan kannalta aika diagnoosista hoidon aloittamiseen voi tuntua pitkältä. Potilasta ei pidä jättää odottamaan il-

man yhteismahdollisuuksia. Hoidon jälkeen potilas saattaa tuntea itsensä epävarmaksi, kun seuraava käynti on viikkojen kuluttua. Tällöin on huolehdittava siitä, että potilaalla on selkeät yhteismahdollisuudet poliklinikalle. (Vertio 2008,9)

Potilaan tuen tarpeet

Syöpäpotilaan hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista hoitoa, joka auttaa potilasta ja hänen läheisiään selviämään syövästä ja sen hoidosta koko hoitopolun ajan alkaen syöpäepäilystä aina potilaan paranemiseen tai menettymiseen saakka. Yleisimmät tarpeet olivat psyykkisiä, fyysisiä tai tiedollisia. Psyykkiset tarpeet ilmenivät pelkoina, ahdistuksena tai epävarmuutena. Fyysiset tarpeet liittyivät sairauden aiheuttamiin oireisiin ja niiden vaikutukseen arkielämään. Tiedolliset tarpeet koskivat sairautta, hoitoa ja sen sivuvaikutuksia. Eniten tukea suolistosyöpäpotilaat olisivat tarvinneet kyvyttömyyteen tehdä asioita, joita aiemmin tekivät, epävarmuuteen tulevaisuudesta ja pelkoon syövän uusiutumisesta. (Syri 2012)

Sokkivaiheen tukeminen on aktiivista kuuntelua ja läsnäoloa. Emotionaalisen tuen tavallisimpia muotoja ovat kuunteleminen, koskettaminen, myötäeläminen, potilaan toivomusten huomioonottaminen, lohduttaminen, rohkaiseminen ja läsnäolo. Tiedon välittäminen samanaikaisesti potilaalle ja omaiselle saattaa auttaa muistamaan ja jakamaan saadun tiedon sekä ehkäisee väärän tiedon leviämistä potilaan ja omaisen välillä myöhemmässä vaiheessa. Potilaita helpotti tulevan tietäminen ja konkreettiset tulevaisuuden tapahtumat koettiin mieltä rauhoittavina. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 230) Syöpäpotilaan tukemisen tavoitteita ovat tasapainoisen elämän jatkuminen, potilaan ja omaisen voimavarojen ja keskinäisen suhteen vahventaminen, henkisten voimavarojen edistäminen, tilanteen haltuun ottaminen, tasapainoisen arkielämän jatkuminen ja potilaan ja omaisen luottamuksen vahvistaminen elämän kantamiseen. (Matti 2011, 66-67) Syöpäpotilaan emotionaalisen hyvinvoinnin edellytyksenä on toivo. Toivo antaa elämälle tarkoituksen ja se on elämänhalun ydin. Toiveikas mieliala on yhteydessä elimistön fysiologisiin toimintoihin, jolloin se vaikuttaa myös fyysiseen paranemiseen ja sitä kautta elämän pituuteen. Paranemisen kannalta olisi hyvin tärkeää, että hoitoympäristö olisi toivoa ylläpitävä. (Eriksson ym. 2000, 147) Syöpään sairastuminen aiheuttaa potilaissa ja omaisissa monenlaisia tunne-elämän muutoksia. Tutkimuksista ilmenee, että keskustelu potilaiden kanssa voi jäädä hoitajilla yleiselle tasolle ja omaiset voivat kokea, ettei heidän kanssaan keskusteltu ollenkaan. (Lyytikäinen, Makkonen 2012)

Suolistosyöpäpotilaan hoitopolun kehittäminen Hatanpään sairaalassa

Pohdimme suolistosyöpäpotilaan tarpeita yhdessä poliklinikan osastonhoitajan, vuodeosaston hoitajien, jonohoitajan ja ylihoitajan kanssa. Tavoittee-

na oli saada suolistosyöpöpotilaalle sujuva hoitopolku Hatanpään sairaalassa, jotta potilas tietäisi, mihin olla yhteydessä ja missä on hänen jatko-hoitonsa.

Suolistosyöpöpotilaan tapaaminen vuodeosastolla ja soittokontrolli

Syöpähoitaja tapaa potilaan sairaalajakson aikana vuodeosastolla. Potilas saa yhteystiedot poliklinikalle ja syöpähoitajalle. Tapaamisen aikana hoitaja käy läpi lyhyesti tulevaa jatkoseurantaa huomioiden potilaan vointi ja omat toivomukset. Potilas saa tiedon ajankohdasta, jolloin hoitaja soittaa hänelle. Soittokontrollilla hoitaja tiedustelee, miten potilas on pärjännyt kotona ensimmäisten viikkojen aikana. Tavoitteena on saada potilaalle tunne, että hänestä huolehditaan ja potilaan turvallisuuden tunne lisääntyisi.

Sairaanhoitajan vastaanotto erikoispoliklinikalla

Lääkärin jälkikontrollin jälkeen potilas tulee sairaanhoitajan vastaanotolle. Lääkäri suunnittelee potilaalle yksilöllisen hoitoprosessin. Vastaanotolla tiedämme liitännäishoitojen tarpeen ja potilaan tulevan hoitosuunnitelman. Sairaanhoitajan vastaanotto on jokaisen potilaan kohdalla erilainen. Tapahtuma etenee potilaan ehdoilla ja tarpeilla. Vastaanotolla on tarkoitus luoda potilaalle uskoa tulevaisuuteen ja lisätä luottamusta hoitosuhteen onnistumiseen. Vastaanotolla keskustellaan potilaan voinnista, miten potilas ja hänen läheisensä ovat suhtautuvat sairauteen. Potilaalle annetaan tietoa syöpäyhdistyksen ja suolistosyöpäyhdistyksen tarjonnasta, joihin hän voi halutessaan olla yhteydessä. Hoitaja käy läpi sairauden jälkiseurantaa ja kirjaa seuraavan vuoden tapahtumat potilaan hoitokorttiin. Hoitaja ohjeistaa ja kannustaa potilasta huolehtimaan jatkohoidostaan. Luodaan tunne, että potilas voi soittaa poliklinikalle jos jokin asia vaivaa tai mietityttää.

Sairaanhoitajavastaanoton käynnistyminen

Aloitimme sairaanhoitaja vastaanottoiminnan syksyllä 2014, joten vasta muutama potilas on kulkenut uutta hoitopolkua. Odotuksena on, että potilas saa kokonaisvaltaisempaa ja yksilöllisempää hoitoa kuin ennen. Tämä toivottavasti helpottaa potilasta ja antaa tukea selviytyä arjesta syöpäsairauden kanssa. Potilaalla on aina tieto, mihin voi huonoina hetkinä olla yhteydessä. Tulevaisuus näyttää, miten tämä hoitopolku muovautuu. Ajatus: YHDESSÄ POLKUA ETEENPÄIN.

Lähteet

- Eriksson, Kuuppelomäki 2000 Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö
- Lyytikäinen, Makkonen 2012 Suolistosyöpäpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia emotionaalisesta tuesta kirurgisella vuodeosastolla, opinnäytetyö/ Tampereen ammattikorkeakoulu
- Mattila 2011 Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Akateeminen väitöskirja
- Pukkala, Sankila, Rautalahti Syöpäjärjestöjen julkaisuja 2011; Syöpä Suomessa 2011
- Syri 2012 Suolistosyöpäpotilaan tuen tarpeet – kyselytutkimus leikatuille potilaille, Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto
- Vertio 2008 Suomen kansallinen syöpäsuunnitelma? Perusteluraportti

Anni Rajamäki

"Mitä se hoitaja saa itte teherä syöpätautien poliklinikalla?"

Hoitotyön tulevaisuuden haasteet edellyttävät hoitajalta entistä enemmän itsenäisempää työtettä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Hoitotyön toimintaohjelma (2014–2018) ohjaa kehittämään entistä enemmän asiakaslähtoisempää ja perhekeskeisempää ohjausta ja neuvontaa sekä saumattomasti toimivia palveluketjuja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Hoitajan työ Seinäjoen keskussairaalan syöpätautien poliklinikalla on muuttunut vuosien varrella. Perinteinen lääkäri-hoitaja työparimallityöskentely on laajentunut mm. hoitajan omiin vastaanottokäynteihin.

Hoitajan itsenäisiä vastaanottoja toteutetaan uusille potilaille sekä tablettisyöpähoitoja saaville potilaille. Osa näistä potilaan hoitokäynneistä tapahtuu myös puhelimitse. Hoitajan oma vastaanotto vaatii mm. laajaa kokemusta eri syöpäsairauksista ja niiden hoidoista, hoitojen sivuvaikutuksista, ongelmaratkaisukykyä ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Pitkä työkokemus tuo varmuutta työskentelyyn. Syöpäpotilaiden puhelinneuvonta on osa hoitajan itsenäistä työskentelyä. Hoitajan työ sisältää myös paljon potilaan henkistä tukemista sekä potilaan selviytymisessä tukemista.

Hoitajan ohjaukseen ovat lisääntyneet sekä näiden käyntien sisältö laajentunut esimerkkinä uuden syöpäpotilaan ohjaukseen. Kokonaan uutena toiminta on tänä vuonna käynnistetty palliatiiviseen vaiheeseen siirtyvän potilaan hoitokäynti potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Miksi on tärkeää kehittää hoitajan itsenäistä vastaanottotoimintaa?

Hoitotyöntekijöiden suuri osuus terveydenhuollon ammattilaisista on herättänyt kysymyksiä, millä tavalla henkilöstöresurssia käytetään ja johdetaan. Työnjaon kehittäminen ja sairaanhoitajien tehtäväkuvien laajen-

taminen ovat keskeisiä keinoja parantaa terveystalouden saatavuutta ja turvata työvoiman riittävyys ottaen samalla huomioon terveystalouden laadun ja potilasturvallisuuden vaatimukset. (Vuorinen, 2005) Tilanteissa, jossa lääkäripalveluita on niukasti saatavissa, muodostuu lääkäreiden ja hoitajien välinen yhteistyö entistäkin tärkeämmäksi. Tämä edellyttää työyhteisön kouluttamista, yhteisten pelisääntöjen luomista ja vastuuky-symysten ratkaisua. (Jaatinen ym. 2002, 2003)

Tutkimusten mukaan hoitajavastaanottotyöskentely muutti työtapaa poliklinikalla ja uusi toimintatapa loi mahdollisuuden sairaanhoitajan roolin kehittämiseen asiantuntijuuden suuntaan. Sairanhoitajan hyvä hoitotyön teoreettinen tietopohja, kliininen ammattitaito ja käytännön työkokemus lisäävät valmiuksia hoitajavastaanottotyössä toimimiselle. Hoitajavastaanotto toiminta vähentää tutkimusten mukaan lääkäreiden kiirettä, työmäärää ja tekee vastaanotto toiminnan joustavammaksi. Muutosten huolellisella suunnittelulla, työntekijöiden osallistumisella suunnitteluprosessiin ja avoimella tiedottamisella kyetään vähentämään sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajentamiseen liittyvää epätietoisuutta. (Helle-Kuusjoki 2005.)

Neuvonnan ja oirepoliklinikoiden sekä palliatiivisen hoidon palveluiden lisääntyvä tarve puoltavat syövän hoidossa työskentelevien sairaanhoitajien koulutuksen ja täydennyskoulutuksen lisäämistä. Sairanhoitajia voidaan kouluttaa pitämään esim. hoidettujen potilaiden seurantavastaanottoja. (STM 2010) Henkilöstön pitää saada vaikuttaa toimenkuvansa sisältöön, erityisosaaminen on tunnustettava ja liitettävä siihen vastuuta ja palkitsemista. (STM 2010) Jos potilas siirtyy palliatiiviseen hoitoon, huolehditaan, että käytössä on riittävä palliatiivisen hoidon osaaminen ja konsultaatiomahdollisuudet ja että potilas on tietoinen niistä. (STM 2010) On tärkeää huolehtia potilaan saattamisesta hoidon kustakin vaiheesta seuraavaan niin, että potilas tietää, mitä hänelle tapahtuu seuraavaksi ja kuka on vastuussa hoidosta.

Miksi aihe on meille tärkeä ja mitä on kehitetty?

Meillä syöpätautien poliklinikalla on ollut lähes 20 vuotta vain yksi syöpälääkäri, joten tämä on tuonut omat haasteensa myös hoitajan työhön. Tämän vuoksi on jo pitkään kehitetty potilaan hoitoprosessia, jotta ns. ”turhat/päällekkäiset työt” saataisiin karsittua ja työ olisi sujuvaa yhden lääkärin poliklinikalla. Pienetkin asiat, mitkä auttavat sujuvaan työskentelyyn on pyritty ottamaan käytäntöön. Jotta potilaiden syöpähoitot saadaan toteutettua valtakunnallisesti laadittujen suositusten mukaan, on hoitajan omaa vastaanotto toimintaa osittain laajennettu potilaisiin, jotka saavat tablettisyöpähoitoja. Syövänhoidossa käytettävät tablettihoitot ovat viime vuosina kovasti lisääntyneet, niitä on käytössä tällä hetkellä noin 15 erilaista lääkettä eri syöpäsairauksiin.

Hoitajan vastaanottotoimintaa on kehitetty yhtenäistämällä ohjausta sekä laatimalla ohjeistuksia sekä hoitajille että potilaille sekä kehittämällä dokumentointia.

Hoitajan itsenäisen vastaanoton tueksi keräsin eri syöpätablettihoidoista yhtenäisen kansion, missä on kustakin tablettilääkkeestä tietoa ja tablettihoitoja saavien syöpäpotilaiden hoitoon liittyviä erityispiirteitä sekä tietoa, mitä hoitajan vastaanotto sisältää ko. potilailla. Nämä tiedot ovat myös sähköisessä muodossa. Erilaisten tablettihoitojen toteuttamiseksi saimme lääkäriltä kirjallisia ohjeistuksia. Ohjeet antavat tietoa hoitajalle kunkin syöpälääkkeen hoitokuurista ja esim. hoitokuuriin liittyvien veriarvojen raja-arvoista ja missä vaiheessa hoitokuuria on lääkärin/hoitajan vastaanotto. Nämä selkeyttävät hoitajan työtä ja vastuuta.

Koulutukseen liittyvän vertaiskäynnin avulla sain TAYS:sta syöpähoidon ohjaukseen liittyviä ohjeita, minkä perustella kehitettiin myös meidän potilasohjeita. Yhtenäistä ohjausta on kehitetty mm. pahoinvointiin, mikä onkin hyvin tärkeä asia solunsalpaajaa saavalle potilaalle. Meillä otettiin käyttöön pahoinvoinnin ohjauslomake, mitä uuden potilaan ohjauksessa hyödynnetään. Tämän myötä on siirretty tablettimuotoiseen pahoinvointiestolääkitykseen solunsalpaajaa saavilla potilailla. Tämä lyhentää suonensisäistä solunsalpaajaa saavan potilaan käyntiaikaa poliklinikalla. Näistä kehitetyistä asioista on pidetty yhteisiä osastotunteja hoitajien sekä lääkärin kanssa.

Palliatiiviseen vaiheeseen siirtyvän potilaan hoitokäynti hoitajalla

Palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon siirtymisessä on tärkeää, että hoitolinjaukset on tehty yhdessä potilaan ja läheisen kanssa. On tärkeää, että tieto tästä menee perusterveydenhuoltoon, jotta kaikki potilasta hoitavat tahot ovat tietoisia hoitolinjauksesta ja siitä, kuka on vastuussa potilaan hoidosta. Näin vältetään esim. turhilta käynneiltä päivystyksessä. Meillä on nyt uutena kehitetty palliatiiviseen vaiheeseen siirtyvän potilaan käyntiä.

Aikaisemmassa koulutuksessani tein kirjallisen työn ”Huomioitavia asioista palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä”. Tätä hyödyntäen tein hoitajan vastaanottokäynnin tueksi sähköiseen sairauskertomukseen ”frasisit” niistä potilaan oireista ja jatkohoitoon liittyvistä asioista, mitä olisi hyvä käydä palliatiiviseen vaiheeseen siirtyvän potilaan hoitokäynnillä. Osastotunneilla olemme yhdessä suunnitelleet käynnin sisältöä ja päätetty, miten hoitajan palliatiivinen käynti käytännössä toteutetaan. Jotta potilaan kanssa on riittävästi aikaa sekä rauhallinen paikka käydä asioita läpi, päätettiin, että ns. ”näyttöpoliklinikan” hoitaja ottaa ko. potilaan vastaanotolle.

Ennen hoitajalle tuloa lääkäri käy potilaan ja läheisen kanssa palliatiiviseen vaiheeseen siirtymistä läpi ja kirjaa tiedon onkologian lehdelle ja laittaa diagnoosin Z51.5 (oireenmukainen hoito). Näin myös terveyskeskuksessa tiedetään potilaan siirtymisestä oireenmukaiseen hoitoon.

Potilas ja läheinen tulevat lääkärin vastaanoton jälkeen hoitajan vastaanotolle, missä käydään rauhassa läpi potilaan sen hetkistä vointia ja jatko-suunnitelmaa. Potilaan fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia oireita tarkastellaan ja annetaan hoito-ohjeita ja tuetaan potilasta ja läheistä näissä asioissa. Ohjataan potilasta tarvittaessa hakemaan ulkopuolista apua, niin käytännön asioihin, kuin henkiseen jaksamiseen.

Hoitajan vastaanoton sisällöstä tehdään kirjallinen hoitotyönyhteenvedo Effica-sairaskertomukseen. Puhelimitse ollaan yhteydessä potilaan kunnan kotisairaanhoidajaan jatkohoitojen järjestämiseksi.

Yhteinen sähköinen tietojärjestelmä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä auttaa tietojen siirtymisessä ja näin terveyskeskuksessa tiedetään potilaan hoitolinjauksen eli potilaan siirtymisen oireenmukaiseen hoitoon. Ongelmana on huomattu, että jossakin kunnissa kotipalvelu ei näe erikoissairaanhoidon tietoja sähköisestä järjestelmästä. Tämä hankaloittaa potilaan polkua, koska tiedonkulku on tärkeää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Tulevaisuudessa

Arvioidaan, että syöpään sairastuneiden määrä lisääntyy noin kolmanneksella. Rintasyöpäpotilaiden lisääntyessä seurattavia tulee enemmän. Hyväennusteisten rintasyöpäpotilaiden seurantakäytien osittainen korvaaminen hoitajan vastaanotolla tai soitolla on ehkä tulevaisuutta. Seinäjoen keskussairaala järjestää yhteistyössä Seinäjoen ammattikorkeakoulun kanssa koulutusta asiantuntijasairaanhoidajan vastaanottotoiminnan tueksi eli ”Näkökulmia vastaanotolla toimivan sairaanhoidajan asiantuntijuuteen.” Myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö tulee entistä tärkeämmäksi, jotta potilaan hoitoprosessi olisi laadukas, toimiva ja joustava.

Lähteet

Helle-Kuusjoki. 2005. Tehtäväsiirrosta hoitajavastaanottoon. Kuopion yliopisto.

Härkönen, 2005. Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon polikliinisessa hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. Kuopion Yliopisto.

STM: Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020, Työryhmän raportti

Vuorinen Tuulikki, 2005. Lääkärien kuvaus tehtävien siirrosta lääkäreiltä sairaanhoitajille erikoissairaanhoidossa. Kuopion Yliopisto.

Catarina Fredriksson

Solunsalpaajien turvallinen käsittely vuodeosastolla

Solunsalpaajia käsiteltäessä on suojattava työntekijä, potilas, ympäristö ja lääke. Turvallinen solunsalpaajien käsittely edellyttää henkilökunnan hyvää perehdytystä ja kokeneiden työntekijöiden osaaminen on varmistettava säännöllisesti. Tässä artikkelissa kuvaan, miten asiaa lähdettiin kehittämään omalla osastollani.

Tutkimuksen mukaan useat solunsalpaajat ovat ihmiselle haitallisia sekä äkillisesti että pitkäaikaisesti. Tiedetään että haittavaikutuksia voivat olla ihon ja hengitysteiden limakalvojen ärsytys, keskenmenot, ennenaikaiset synnytykset ja kuolleenä syntyneet vauvat. Lisäksi monet solunsalpaajat ovat tutkitusti syöpää aiheuttavia. Hoitaja, joka käsittelee solunsalpaajia, voi altistua aineille, jotka voivat imeytyä hänen elimistöön hengityksen, ihon, limakalvojen tai ruoansulatuskanavan kautta. Tavallisin tilanne, missä hoitaja voi altistua, on solunsalpaajien annostelu potilaalle. (Väliaho, Jussila & Mäenpää 2014, 18) Hoitaja voi myös altistua käsitellessään potilaiden eritteitä, alusastioita tai kontaminoituneita liinavaatteita tai siivotessaan solunsalpaajaroiskeita. Myös sairaala-apteekista tulevat infuusiopullot ja kuljetusastiat voivat olla ulkopinnoiltaan kontaminoituneita solunsalpaajilla. (Hämeilä, Järviluoma, Santonen, Mäkelä & Aalto 2007, 78)

Hoitohenkilökunnalla todettiin eniten solunsalpaajan ylijäämiä käsissä (käytössä yhdet suojakäsineet), käsivarsissa ja otsassa. Sen sijaan siivoojilla, jotka käyttivät kaksia käsineitä (lateksi- ja nitrilikäsineet) päällekkäin siivotessaan WC-tiloja, solunsalpaajaa löytyi ainoastaan ulommista käsineistä. (Hämeilä ym. 2007, 81)

Solunsalpaajien asianmukaisella käsittelyllä ja suojarusteiden käytöllä voidaan vähentää altistumista. Tutkimusten mukaan suojarusteita käytetään huonosti tai ei ollenkaan, koska ”liiallisella varustuksella” ei haluta pelottaa hoidettavaa potilasta, tai vedotaan kiireeseen tai varusteiden epämukavuuteen. Näitä asenteita on muutettava ja asiaa on ajateltava työturvallisuuden kannalta. (Hämeilä ym. 2007, 78)

Hoitajilla on useimmiten työasuna lyhythihainen puku, missä käsivarret jäävät paljaksi ja näin ollen ovat alttiina roiskeille. Pitkähihaista kertakäyttöistä takaa kiinnitettävää suojatakkia sekä suojakäsineitä on käytettävä suojaamaan ihoa ja käsiä roiskeilta. (Hämeilä ym. 2007, 80) Suositellaan että turvallisinta on käyttää nitrilisuojakäsineitä, joiden päälle on puettu lateksikäsineet. Tarpeen mukaan laitetaan myös suu-nenäsuoja, roiskeriskitilanteessa suojalasit, kenkäsuojat ja suojapäähine. Kaikki solunsalpaajahoidossa käytettävä suojavaatetus on kertakäyttöinen. Laimennettuja solunsalpaaja-annoksia pitää käsitellä tehdaspuhtailla käsi-neillä. (Väliaho ym. 2014, 19, Honkalatva 2013)

Työturvallisuutta voi myös parantaa ns. suljetulla järjestelmällä (closed system). Tällainen välineistö estää mekaanisesti lääkeaineen tai sen aerosolin pääsyn ympäristöön ja toisaalta ympäristön saasteiden pääsyn järjestelmään sekä suoraa ihokosketusta. Valmistaja B. Braunin Cyto-Set® on suunniteltu lääkkeen antoon liittyvän altistumisen torjumiseksi. (Hämeilä ym. 2007, 75)

Hoitohenkilökunnalla on oikeus koulutukseen, joka on yhtä tärkeä kuin työskentelyolot. Koulutuksessa käsitellään solunsalpaajien farmakologiaa, antotapoja, turvallista käsittelyä ja käyttökuntoon saattamista. Hoitohenkilökunnan perehdytys pidetään ajan tasalla ja terveystarkastuksia pitää järjestää työskentelyn turvaamiseksi. (Honkalatva 2013)

Mikä oli ongelma meidän osastollamme?

Osastolle tulee uusia hoitajia aika ajoin. Uudet hoitajat kaipaavat kunnan perehdytystä ja koulutusta solunsalpaajahoitotyöhön ja henkilökunnan perehdytyksen sisältöön pitää panostaa. Osastolla ei ole yhtä, selkeää perehdytyskansiota. Muutama kansio löytyy, joissa osassa on vanhentunutta tietoa. Kun uusi hoitaja aloittaa työnsä osaston solunsalpaajajyksikössä, hän työskentelee yhdessä kokeneemman hoitajan kanssa noin viikon. Sen jälkeen hänellä on jo omat potilaat, joiden solunsalpaajahoidosta hän on vastuussa. Perehdytysohjeet tarvitsivat siis päivitystä ja selkeyttä.

Kollegoiden kesken todettiin, että osastolla on paljon hiljaista tietoa, mutta potilasturvallisuutta haluttiin kehittää. Monet toivat esille sen, että osaston ekstravasaatio hoito-ohje tarvitsisi päivitystä ja selkeyttämistä. Potilasturvallisuuden parantamiseksi päätettiin päivittää ohjetta.

Solunsalpaajien altistumisen ehkäisyyn pitää siis panostaa osastolla, mikä sisältää työturvallisuutta solunsalpaajien käsittelyssä ja toimenpiteet solunsalpaajien kaatumis- ja roiskevahingoissa. Esimerkkinä voidaan mainita suojavaatteiden oikea käyttö tai solunsalpaajajätteiden asianmukainen käsittely. Hoitajat tarvitsisivat myös koulutusta ja perehdytystä osaston roiskepakin käytöstä (spill kit, eli suojautumis-, puhdis-

tamis- ja jätteidenkäsittelyvälineistö), missä selviää miten toimia solunsalpaajavahingon sattuessa. Suljettu järjestelmä olisi hyvä ottaa käyttöön solunsalpaajien infuusioissa.

Mitä tehtiin ja kuinka asia ratkesi?

Aiheesta keskusteltiin työyhteisössä, minkä jälkeen tutustuin materiaaliin ja ohjeisiin, jotka osastolla jo oli. Tarvittiin tietoa miten muualla toimitaan solunsalpaajien turvallisessa käsittelyssä. Tein neljä vertaiskäyntiä; Keski-Suomen keskussairaalan syöpätautien päiväsairalaan Jyväskylään, Tampereen yliopistollisen sairaalan sytostaattipoliklinikkaan sekä Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien vuodeosasto 1:lle- ja sisätautien vuodeosasto 6B:lle. Vertaiskäynnit olivat antoisat ja mieltä avartavia. Oli kiinnostavaa nähdä, miten muualla toimitaan solunsalpaajien turvallisessa käsittelyssä. Käyntien aikana huomasin, mitä teemme hyvin ja missä voisi parantaa omalla osastolla.

Yksi tärkeä tehtävä oli kehittää ekstravasaation hoito-ohje. Keskustelin aiheesta sairaalamme onkologian ylilääkärin kanssa. Laadin sitten kattavan tietopaketin ekstravasaation hoidosta jo tehtyjen tutkimusten- ja vertaiskäyntien perusteella. Tämän tietopaketin laitoin esille luettavaksi osaston lääkehuoneeseen, missä se on helposti löydettävissä jos ekstravasaatio sattuu. Lisäksi laadin lääkehuoneen seinälle neljä A4-kokoista ohjetta ekstravasaatiosta, sen ennaltaehkäisystä, hoitotoimenpiteistä ja luettelon, mitkä solunsalpaajat aiheuttavat mitäkin kudosvaurioita.

Osaston hoitohenkilökunnalle hankittiin Evercare®- nitrilisuojakäsineet, jotka on tarkoitettu ainoastaan solunsalpaajien käsittelyyn. Nämä käsineet ovat pitkävartiset ja tavallista paksummat. Keväällä 2014 osastolla kävi B. Braunin edustaja pitämässä hoitohenkilökunnalle koulutuksen solunsalpaajien infuusioissa käytettävästä suljetusta järjestelmästä. Jostain syystä järjestelmä ei ole tarpeeksi ahkerasti vielä käytössä.

Osaston hoitohenkilökunta on ollut tyytyväinen työ- ja potilasturvallisuuden kehitykseen. Moni sairaanhoitaja on sanonut, että työ- ja potilasturvallisuus ovat todella tärkeitä asioita, ja he ovat halukkaita niitä kehittämään jatkossakin. Osaston sairaanhoitajat ovat kiitollisia, että ekstravasaation uudet ja selkeät hoito-ohjeet nykyään ovat helposti löydettävissä osastolla. He tietävät, miten ekstravasaation voi ennaltaehkäistä, ja jos ekstravasaatio kuitenkin pääsee sattumaan, he tietävät mitä tehdä ja miten potilasta ohjataan. Tämä edistää työ- sekä potilasturvallisuutta. Tietopaketti ekstravasaation hoidosta on jaettu keskussairaalan muihin solunsalpaajayksikköihin kuten naistentautien vuodeosasto 1:lle, sisätautien vuodeosasto 6B:lle, syöpätautien poliklinikalle ja Hämeenlinnan yksikön päiväsairalaan.

Osaston sairaanhoitajat pohtivat, miksi solunsalpaajien infuusioissa ei käytetä aina suljettua järjestelmää. Hoitajat olivat halukkaita kehittämään tätä ja saamaan se toimimaan osaston kaikkien hoitajien työturvallisuuden kannalta.

Osastolla pohdittiin käytännön järjestelyä suojavarusteiden käytöstä, koskien pitkähahaista kertakäyttöistä takaa kiinnitettävää suojatakkia. Tämä asia jäi hieman auki, miten siitä edetään. Todettiin että jokainen hoitaja tulisi muistaa vaihtaa työasuaan päivittäin solunsalpaajien käsittelyn jälkeen.

Miten osastolla jatketaan?

Osastolle tulisi kehittää selkeä perehdytyskansio uudelle työntekijälle. Hän työskentelisi toisen hoitajan parina ensimmäiset viikot. Lisäksi voisi kehittää muistilistan, mitä noudatetaan uuden työntekijän perehdytyksessä.

Toinen asia jolla voisi edistää työturvallisuutta, on antaa koulutusta ja perehdytystä roiskepakin käytöstä hoitohenkilökunnalle ja sairaalahuoltajille. Hoitohenkilökunnan suojavarusteiden käyttöä voisi parantaa. Tavoitteena tulisi olla että, jokaiselle hoitajalle annetaan kahdet suojakäsineet ja pitkähihainen kertakäyttöinen takaa kiinnitettävä suojatakki aina solunsalpaajia käsiteltäessä. Kolmas asia mitä vielä voisi edistää työ- ja potilasturvallisuutta vuodeosastolla, on antaa hoitajille lisää käytännön koulutusta suljetusta järjestelmästä. Solunsalpaajien turvallinen käsittely on hyvin laaja aihe. Nyt on saatu hyvä alku ja kosketus tähän aiheeseen, joten tästä on hyvä jatkaa.

Lähteet

Honkalatva, K-M. 2013. Suojatoimet solunsalpaajia käsiteltäessä. Sairaanhoitajan käsikirja. Tiedonhaku. <URL:<http://www.terveysportti.fi/>> 10.11.2014.

Honkalatva, K-M. 2013. Työturvallisuus solunsalpaajien käsittelyssä. Sairaanhoitajan käsikirja. Tiedonhaku. <URL:<http://www.terveysportti.fi/>> 10.11.2014.

Hämeilä, M., Järviluoma, E., Santonen, T., Mäkelä, E. & Aalto, A. 2007. Solunsalpaajien turvallinen käsittely. Tampere: Tammer-Paino Oy

Väliaho, N., Jussila, A-L. & Mäenpää, P. 2014. Turvallisuusjohtaminen ja turvallisuuskulttuuri solunsalpaajia käsiteltäessä. Syöpäsairaanhoitaja 4/2014. 18-19

Anne Palve-Raunnos

Aikuisten aivokasvainpotilaiden asiantuntijahoitajan toimenkuvan kehittäminen

Aivokasvain on yleisnimitys monelle erilaiselle keskushermoston kasvaintyyppille. Suomessa todetaan vuosittain noin 800 keskushermoston kasvainta. Vuonna 2014 leikattiin Tampereen yliopistollisessa sairaalassa neurokirurgian vastuuyksikössä potilailta 240 aivojen kasvainta ja 33 selkärangan ja selkäytimen kasvainta (Helén, 2015). Kasvainpotilaan hoito on vaativaa ja korkeatasoista ja tarvitsee onnistuakseen pätevän ja motivoituneen henkilökunnan (Salmenperä 2002).

Hoitajana neurokirurgialla

Olen ollut sairaanhoitajana neurokirurgian vastuualueella jo vuodesta 1983 ja minulla on ollut mahdollisuus seurata potilaan kulkua hoitopolun eri vaiheissa. Jo työurani alussa koin aivokasvainpotilaiden hoitamisen erittäin läheiseksi. Olen saanut olla monen potilaan vierelläkulkija. Potilaat tulevat miljoonapiirin alueelta, johon kuuluu n. 1 200 000 asukasta. Moni potilas joutuu sairastuttuaan vieraalle paikkakunnalle hoitoon, kauaksi kotoaan. Olen tehnyt kolmivuorotyötä osastolla parikymmentä vuotta ja viime vuodet olen työskennellyt sairaanhoitajana neurokirurgian poliklinikalla sekä toiminut aivokasvainpotilaiden asiantuntijahoitajana. Asiantuntijahoitajan tehtävään on varattu yksi päivä viikossa, mikä mielestäni on liian vähän tälle toimenkuvalle.

Asiantuntijahoitajan toimenkuvaani kuuluu:

- Potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta liittyen pre- ja postoperatiiviseen hoitoon sekä mahdollisiin liitännäishoitoihin
- Yhteistyö osaston ja poliklinikan välillä
- Yhteistyö sairaalan eri toimipisteitten välillä
- Henkilökunnan koulutus

- Yhteistyö Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen kanssa
- Yhteistyö miljoonapiirin sairaaloiden kanssa, joissa hoidetaan neurokirurgisia potilaita

Hoitotyö kehittyy koko ajan ja se vaatii henkilökunnalta jatkuvaa koulutautumista. ATK- laitteet, kuvantaminen, uudet hoitomuodot, uudet tekniset apuvälineet, potilaitten lisääntynyt määrä, lyhyet hoitoajat jne. vaativat henkilökunnalta jatkuvaa ponnistelua ja koulutautumista. Potilas on silti pysynyt samanlaisena koko työurani aikana. Potilas ja omaiset tarvitsevat tukea ja tietoa koko hoitoprosessin ajan. Suuri muutos osastomme toiminnassa tapahtui syksyllä 2014, kun neurokirurgian vuodeosasto ja suu-, nenä- ja korvatautien osasto liittyivät yhteen. Potilaita hoidetaan nyt kahdella osastolla samassa kerroksessa. Toinen ns. raskaampi osasto on toiminnassa vuoden jokaisena päivänä ja toinen osasto on viikko-osasto. Lisäksi osa aivokasvainpotilaista hoidetaan neurologisella vuodeosastolla ennen ja jälkeen leikkauksen. Nämä järjestelmät ovat olleet raskaita ja vieneet paljon voimia henkilökunnalta; yhtäkkiä toisen erikoisalnan opettelu, tilojen puute, henkilökunnan erilaiset kulttuurit ja osastojen erilaiset toimintatavat ovat kuormittaneet hoitohenkilökuntaa paljon.

Asiantuntijahoitajan toimenkuvan kehittäminen

Ensimmäinen yhteydenpito potilaaseen ja omaisiin tapahtuu joko poliklinikalla vastaanotolla tai lääkärin konsultaatiovastaukseen liitettävällä lomakkeella, jossa on yhteystietoni. Jos potilas tulee kiireelliseen leikkaukseen, ei hän tule poliklinikalle vaan hänelle annetaan suoraan leikkauksaika. Usein lääkäri soittaa potilaalle ja numeroni saatuaan potilaat soittavat minulle. Teen paljon yhteistyötä jonohoitajan kanssa, joka varaa potilaalle leikkausajan. Potilaat soittavat ennen leikkausta, he haluavat saada tietoa, mitä heille sairaalassa tapahtuu. Potilaan ollessa osastolla käyn tapaamassa häntä ja mahdollisesti myös omaisia. Kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen soitan potilaalle. Potilailla on puhelinnumeroni ja usein he soittavat jo ensimmäisen viikon aikana kotiuduttuaan. Potilas tulee jälkitarkastukseen poliklinikalle kuukauden kuluttua ja tapaan hänet mahdollisesti myös silloin.

Keväällä 2014 pidin osastotunnin neurokirurgian osaston henkilökunnalle, jossa selvitin tätä osuuttani potilaan hoitopolun eri vaiheissa. Suunnitelmiana oli saada sijainen minulle, kun olen vuosilomalla tai kesän aikana lomien aikana ainoana hoitajana neurokirurgian poliklinikalla. Jonohoitaja on tavattavissa päivittäin, ja lomieni aikana potilaat soittivat hänelle. Osaston toiminta alkoi muuttua kevään aikana korvatautien potilaiden tullessa viikonloppuisin osastolle. Kesällä oli sulkuja

ja syksyllä 2014 korvataudit ja neurokirurgia yhdistyivät. Hyvänlaatuisen aivokasvainpotilaiden hoito siirtyi neurologiselle vuodeosastolle. Kävin pitämässä osastotunteja neurologian vuodeosastolla ja tapasin jokaisen potilaan, joka oli siellä leikkaushoidossa lokakuusta lähtien. Ohjasin henkilökuntaa potilaitten hoidossa; leikkausvalmisteluissa, postoperatiivisessa hoidossa, potilaitten ja omaisten ohjaamisessa. Yhteistyö on sujunut kiitettävästi neurologisen osaston kanssa. On ollut mielenkiintoista huomata, kuinka hyvin he ovat ottaneet uuden erikoisalalan vastaan. Neurologisen potilaan hoitotyö on ollut hyvä pohja neurokirurgisen potilaan hoitamiselle.

Mitä tulevaisuudessa?

Olen kouluttanut neurokirurgisen, korva-nenä- ja suusairauksien sekä neurologisen osaston hoitajia aivokasvainpotilaiden hoitamisessa. Olemme keskustelleet potilaan hoidosta ja siitä, mikä on potilaalle parhaaksi. Olemme käyneet läpi hoitokäytäntöjä ja niiden sujuvuutta, jotta potilaan hoito olisi joustavaa ja asiat tulisi tehtyä oikein potilaan parhaaksi. On hienoa huomata, kuinka hoitajat haluavat tehdä työnsä niin, että potilas ja omaiset tuntevat saavansa hyvää hoitoa. Vaikka osasto on usein täynnä, potilashuoneet ovat ahtaat ja vanhanaikaiset, potilaat antavat enemmän arvoa turvallisuuden tunteelle ja ammattitaitoiselle hoitamiselle. Lääkärit keskustelevat potilaiden kanssa ja potilaat saavat tietoa sairaudestaan. Potilaat haluaisivat olla pidempään osastolla, mutta nykyään kotiutuminen tai siirto toiseen sairaalaan tehdään melko pian leikkauksen jälkeen. Uusia hoitajia tulisi ohjata potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja koko henkilökunnan kanssa tulisi pohtia säännöllisesti keinoja hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi.

Potilaan ohjaus ja kotihoito-ohjeiden huolellinen läpikäyminen auttaa potilasta selviytymään kotona. Kotihoito-ohjeet tulisi käydä läpi myös omaisten kanssa. Pitäisi olla riittävästi aikaa ohjata potilasta ja omaisia selviämään kriisistä, jonka aivokasvain heille aiheuttaa. Varsinkin pahanlaatuinen aivokasvain herättää paljon kysymyksiä potilaan tulevaisuudesta. Joskus omaiset tarvitsevat enemmän tukea kuin potilas (Mattila 2011, 64).

Pirkanmaan syöpäyhdistykseen olemme saaneet potilaiden kanssa perustettua oman ryhmän aivokasvainpotilaille. Ryhmä kokoontuu kahden kuukauden välein ja se on tarkoitettu potilaille ja omaisille. Ryhmässä potilaat ja omaiset saavat käydä läpi asioita, jotka ovat olleet heille tärkeitä.

Kulunut vuosi on ollut raskas suurten uudistusten vuoksi. Vastarintaa muutoksia vastaan on runsaasti, ja se vaikeuttaa työntekoa ja kuluttaa paljon energiaa. Tulevaisuus on avoin, jatkuuko osastojen yhdessäolo, kuinka tuleva neurokeskus kehittyy, mahdollistuuko potilaan hyvä kohtaaminen.

Pääosassa tulee kuitenkin olla potilaan hyvä hoitaminen. Hoitohenkilökunnan jaksaminen mietityttää paljon. Yhteiset palaverit, ”kahvikeskustelut”, koulutus ja työnohjaus auttavat toivottavasti henkilökuntaa jaksamaan.

Lähteet

Helén Pauli. 2015. Aivokasvainleikkaukset TAYS:ssa 2014.

Mattila E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteen yksikkö. Acta Electronica Universitas. Väitöskirja

Salmenperä, R., Tuli S., Virta M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere. Tammer-Paino Oy

Tietoa aikuisten aivokasvaimista. 2012. Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland. Esite.

Saija Salminen

Syöpäpotilaan kipu ja kivunarviointi – Syöpäpotilaan kivunhoito osana käytännön hoitotyötä

Kivunhoito on yksi keskeinen osa syöpäpotilaan hoitopolussa. Systemaattisessa kivunhoidon kirjaamisessa havaittiin puutteita Hausjärven potilasosastolla. Osana Hämeen ammattikorkeakoulun ja työnantajan järjestämää koulutusta tarkastelen teemaa syöpäpotilaan kipu ja kivunarviointi.

Kivun määritelmä

Suomen Kivunhoitoyhdistys määrittelee akuutin kivun olevan seurausta elimistöön kohdistuneesta voimakkaasta ulkoisesta ärsykkeestä, vauriosta tai vammasta tai elinten toimintahäiriöstä. Kivun tärkein tehtävä on viestittää, että jotain on vialla. Krooninen kipu toimii suojaavana varoittajana esimerkiksi sairauden yhteydessä ja kivun aiheuttaja voi vaurioittaa kipuhermojärjestelmää. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2014).

Kivun arviointi ja mittaaminen

Eklund & Liuska tutkivat kroonisen kipupotilaan haastattelussa kivun mittaamisen olevan tärkeää työn arvioinnissa ja kehittämisessä. Kipu on henkilökohtainen ja yksilöllinen kokemus, jota on vaikea välittää toiselle ihmiselle. Kivun mittaamiseen ei ole suoraa menetelmää. Kivun mittaaminen perustuu aina ihmisen omaan ilmoitukseen kivusta. Kipua voidaan mitata henkilön ilmauksella esimerkiksi numeroin, sanoin tai piirroksin. (Eklund & Liuska, 2012, 20).

VAS-mittarilla (visual analogue scale) tarkoitetaan 10 cm:n pituista janaa, joka kuvaa kipua jatkumona. Janan vasen ääripää tarkoittaa kivutonta tilaa ja oikea pahinta mahdollista kipua. Potilas osoittaa, mikä kohta janaa kuvaa sillä hetkellä hänen kokemaansa kipua. Kipumittari valitaan yhdessä potilaan kanssa ja valittu mittari kirjataan sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään. Samaa mittaria käytetään koko hoitopolun aikana.

Mittarin käyttö selitetään potilaalle joka mittauskerran yhteydessä, jotta saatava arvo on luotettava. (Kuvaja & Solin-Laakkonen, 2007, 21).

Sairaanhoitajien mielestä kivun arviointi on kivun hoidossa yksi vaikeimpia ja vaativimpia asioita. Hoitajien tietämys kivusta on myös riittämätöntä ja hoitajien omat arviot akuutin kivun voimakkuudesta ovat usein huomattavasti lievemmat kuin potilaan oma arvio. Tutkimuksissa on tullut esille hoitajien kipulääkkeisiin liittyvät puutteet, jotka korostuvat erityisesti epäselvissä lääke- ja hoitomääräyksissä. (Pätäri, 2014, 7-13)

Sairaanhoitaja arvioi potilaan kivun astetta havainnoimalla potilasta. Tavallisimmin se tapahtuu mittaamalla elimistön fysiologisia reaktioita kipuun, kuten hengitystiheyden, verenpaineen ja pulssin mittaamisen avulla. Periferian lämpö, hikoilu, tärinä tai kasvojen ilmeet kuvastaa kivun kokemista. Jännittynyt vartalo, levoton liikehdintä, liikkumattomuus ja jäykät sekä jähmeät liikkeet viestittävät kivusta. Kipu aiheuttaa potilaassa käyttäytymisen muutosta, ahdistuneisuutta, levottomuutta ja potilas saattaa kiihastua herkemmin ollessaan kivulias. Kivun arvioijan olisi hyvä tietää potilaan normaali käyttäytyminen. Kipua tulee seurata kuten vitaalitoimintoja. Kivun arviointi sisältää seitsemän porrasta: 1. Kysy potilaalta kivusta. 2. Käytä kipumittaria. 3. Selvitä kivun voimakkuus, sijainti, laatu ja ajallisuus. 4. Arvioi potilaan käytöstä ja fysiologisia muutoksia. 5. Selvitä kivun syy. 6. Toimi saamiesi arvioiden mukaan ja arvioi tuloksia. 7. Raportoi tulokset. (Kulju, 2008, 14-15).

Dokumentointi hoitotyössä

Ahonen ym. tarkastelevat kansallisen hoitotyön kirjaamisen mallia, jossa hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, standardoidusta termistöistä, kuten sanoista, nimikkeistöistä, luokituksista ja niitä täydentävästä vapaasta tekstistä. (Ahonen ym. 2013, 47).

Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksissa akuutin kivun hoidosta kivun hoitotyö kirjataan asetukseen perustuen täsmällisesti potilasasiakirjoihin. Tehdyistä merkinnöistä näkyy, mitä päätöksiä kivunhoidosta on tehty ja millä perustein. (Salanterä ym. 2013, 20).

Postoperatiivisen kivun oppaassa hoitohenkilökunnalle kirjaamisen kerrotaan olevan lähtökohta hoidon suunnittelulle, jatkuvuudelle, tiedon kulle ja sen avulla voidaan luotettavasti arvioida kivunhoidon tasoa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (599/1994) velvoittaa hoitotyöntekijöitä potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja salassapitoon.

(Kuvaja & Solin- Laakkonen, 2007, 22). Kirjaaminen toimii perustana potilasturvallisuudelle ja oikeusturvana hoitotyöntekijöille. (Kulju, 2008, 19).

Tutkimukset osoittavat kivun kirjaamisen olevan keskinkertaisella tai huonolla tasolla. Kivun kirjaamisella on olennaisesti merkitystä siihen, saako potilas kipulääkettä vai ei. Kirjaamisen avulla tulee saada selkeä kuva potilaan kivun alkamisajankohdasta, kivun sijainnista, kivun voimakkuudesta ja kivun laadusta. (Pätäri, 2014, 15).

Kirjaamisen käytäntö osastolla

Hausjärven osastolla hoitosuunnitelmissa on kirjattu aisti- ja neurologiset toiminnot komponentille kivunhoidon tavoite. Kirjaamisessa kivun seuranta ja arviointia on vähän. Jos potilaalla ei ole kykyä kommunikoida, on hoitajan tekemät havainnot kivusta vähäisiä. Lähes kaikilla syöpäpotilailla on kivunhoito kirjattuna osastolle tulovaiheessa. Kipu näkyy kirjaamisessa osana potilaan päivittäisiä toimintoja. Lääkehoitoon liittyvää arviointia on suhteellisen vähän. Hausjärven terveyskeskuksen osasto on pieni yhteisö, jossa mahdollistuu lääkkeetön kivunhoito esim. kylmä- tai lämpöhoito, rentoutus- tai musiikki, hieronta- tai asentohoito. Lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä käytetään suun kautta, pistoksena ihon alle, lihakseen tai suonensisäisesti. Kipulaastarit ja kipupumppu ovat osa lääkehoitoa. Kipusädehoito ja syöpähoito toteutuvat Riihimäellä, K-HKS:ssä tai TAYS:ssa.

Kehittämistehtävän tavoite ja yhteiset sopimukset

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli tarkastella syöpäpotilaan kivunhoidon kirjaamisen suunnitelmaa, arviointia ja kehittämistä Hausjärven potilasosastolla. Tavoitteena on eri ammattiryhmien kanssa lisätä yhteistyötä syöpäpotilaan hoitopolun selkiyttämiseksi ja löytää sopiva kipumittari käytäntöön sekä tehdä näkyväksi kivun kirjaaminen ja arviointi. Osastolla työstettiin aihetta kipu ja syöpäpotilas keväällä 2014 osastotuntiteemanä, jota jatkettiin talvella 2014–15. Kesällä työyhteisössä käytiin keskustelua ja tutustuttiin syöpäpotilaan kivunhoitoa käsittelevään kirjallisuuteen. Vertaiskäynnit kipupoliklinikalla ja syöpätaudeilla ovat antaneet valaistusta kyseiseen tärkeään aiheeseen. Työyksikössä sovittiin, että systemaattinen kivun kirjaaminen ja arviointi tehdään näkyväksi osana hoitotyön käytäntöä. Osastolle tilattiin kipujana VAS-mittareita, jotka hoitajilla on käytössä. Kivun sanoittaminen ja oikein ymmärrettyksi tuleminen helpottuvat. Kipukiilassa on asteikko 0–10 ja kasvoilme ”ei kipua” tai ”sietämätön kipu”, sanallisesti ilmaistuna se tarkoittaa lievää, kohtalainen, melko kova, kova, sietämätön. Kun kipua mitataan ja kirjataan sekä arvioidaan, se viestittää muille ammattiryhmille kivunhoidon tärkeydestä. Yhteisesti sovittiin, että hoitosuunnitelma on lyhyt ja ytimekäs. Kipu ja ki-

vnarviointi kirjataan vain hoitokertomus eli hoke-lehdelle Efficca-järjestelmässä. Pääkomponentti aktiviteetin alle voidaan kirjata kivun hoito ja VAS numeerisena tai sanallisesti ilmaistuna. Lääkkeen tai hoidon jälkeen kirjataan arviointi ja ilmoitetaan VAS. Omahoitaja päivittää hoitosuunnitelman. Tavoitteena on potilaan laadukas ja hyvä hoito. Lopen ja Hausjärven osastojen yhdistyessä Riihimäelle ja siihen sopeutuminen on osa tätä prosessia ja aiheen käsittely sekä työstäminen jatkuvat koulutuksen jälkeen.

Jatkosuunnitelmat

Syöpäkivun kuvaaminen ja arviointi osana hoitosuunnitelmaa on lisääntymässä ja systemaattisen kirjaamisen kehittämiseen suhtaudutaan avoimesti. Kipu on jokaiselle ihmiselle yksilöllinen ja henkilökohtainen tuntemus, joten jokainen ensisijainen kivun arvioija on potilas itse. Potilaan kokonaisuhoiton yksi osa on kivun hoito. Osastojen yhdistyessä kivunhoidon kirjaamiseen pyritään löytämään osastotuntien teemoissa yhtenäinen toimintamalli ja toimintaa tukevat pelisäännöt. Tavoitteena on ammattitaitoisen hoitohenkilöstön antama laadukas ja oikein suunnattu hoito. Kipu osana syöpäpotilaan hoitoa on lähentänyt eri ammattiryhmien keskinäistä kanssakäymistä. Kipu- ja syöpähoitajien kanssa käydyt keskustelut laajentavat näkökulmia ja mahdollistavat yhteydenotot nykyhetkessä ja tulevaisuudessa. Verkostoituminen, puhelinpalvelu ja tutustumiskäynti Etelä-Suomen syöpäyhdistys ry:ssä herätti ajatuksia kohtamisen tärkeydestä, tiedon ja palautteen antamisesta, vuorovaikutuksen merkityksestä ja ammatillisen tietotaidon kehittymisestä. Asioiden kriittinen tarkastelu on osa kehittämistä. Tämän kehittämistyön prosessissa olen saanut lisää tietoa ja työkaluja itselleni hoitaessani syöpäpotilaita ja heidän läheisiään. Koulutuksen myötä omaan kirjaamiseen kiinnittää huomiota aiempaa enemmän. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen on vakiintunut järjestelmä kulttuurissamme.

Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Sanoma Pro.
- Eklund, S. & Liuska, S. 2012. Kroonisen kipupotilaan haastattelu fysioterapeutin näkökulmasta. Kehittämistyö. Metropolia AMK.
- Kuvaja, J. & Solin-Laakkonen, S. 2007. Postoperatiivisen kivun hoito. Helsingin ammattikorkeakoulu stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kulju, E. 2008. Aikuisen potilaan kivun arviointi ja kirjaaminen päivystyspoliklinikalla. Satakunnan Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysala Pori.
- Pätäri, J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- <http://www.skty.org/node/214>. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry Ohjeet ja hoitopaikat. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M., Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus. http://www.hotus.fi/system/files/kivunhoito_suositus.pdf

Kirsi Hyseni ja Satu Hietanen

Tukiosaston toiminnan kehittäminen

Syöpäpotilaan palliatiivinen ja saattohoito toteutuu enimmäkseen perusterveydenhuollossa. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää Valkeakosken terveyskeskussairaalan tukiosastotoimintaa syöpäpotilaan palliatiivisen ja saattohoidon vaiheessa. Tavoitteena on parantaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon, kotihoidon ja osaston välillä, jotta potilaalla olisi mahdollisimman turvallinen olo, hyvä hoito ja katkeamaton hoitoketju.

Saattohoidon haasteita

Syöpäsuunnitelmassa (STM 2010) käsitellään mm. perusterveydenhuollon niveltymistä erikoissairaanhoidon, potilaiden palliatiivista hoitoa ja saattohoidon riittävyttä muuttuvissa oloissa. Huomiota tulisi kiinnittää hoidon laatuun. Hoidon laatua tulisi määritellä myös potilaan näkökulmasta. Potilaan hoitopolun tuntemisen merkitys korostuu hoidon suunnittelussa. Tulevaisuudessa aiempaa useammat potilaat toivovat voivansa kuolla kotona.

Saattohoitosuosituksessa (STM 2010) korostuu kuolevan ihmisen ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus. Saattohoidon aloittaminen perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Saattohoitopäätöksen tekeminen on lääkärin tehtävä. (Herlevi, H. Oikemus-Määttä, J., Rissanen, L. Heikka, H. 2010) Riittävän ajoissa tehty saattohoitopäätös mahdollistaa potilaalle ja omaisille kuolemaan valmistautumisen ja mahdollisuuden hyvästeihin. Suunnitelmallinen saattohoito takaa hyvän elämänlaadun, turvallisuuden tunteen, hoidon inhimillisyyden ja jatkuvuuden. Hyvä saattohoito edellyttää henkilökunnan osaamista, ammattitaitoa, yhteistyötä ja työhyvinvoinnin ylläpitoa. Päätös saattohoitoon siirtymisestä on potilaslaissa tarkoitettu tärkeä hoitopäätös, josta on neuvoteltava ja päätettävä yhteisymmärryksessä potilaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) Moniammatillinen työryhmä takaa potilaan hyvän hoidon. Työryhmässä pitäisi olla saattohoitoon erikoistunut lääkäri, riittävästi hoitajia, mahdollisuus konsul-

toida sosiaalityöntekijää, psykologia ja pappia. (Etene.) Saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys. Näitä ominaisuuksia tulee tukea ja kehittää. (STM)

Osaston nykytila ja kehittämistarpeet

Osastolla on paljon palliatiivisessa ja saattohoidossa olevia potilaita. Potilaat käyvät osastolla infektion hoidossa, punasolutankkauksessa tai kipulääkkeen säädössä, sekä osastojaksolla omaisten jaksamisen vuoksi. Potilaiden kotiuduttua heillä on mahdollisuus tulla osastolle suoraan tai soittaa osastolle tarpeen mukaan.

Osastolla hoitohenkilökunta pohti yhdessä syöpäpotilaan hoidon kehittämistarpeita. Esille tuli yhteistyön parantaminen TAYS:n palliatiivisen ja onkologian osaston kanssa sekä omaisten huomioiminen, läheiskeskeisen työtavan kehittäminen, omahoitajuus, jälkihoito ja saattohoitopäätösten oikea-aikaisuus. Hoitoympäristöön liittyen hankalana koettiin isot potilashuoneet.

Terveyskeskussairaalamme on vuosia toiminut saattohoitolaatutyhmä. Vuosittain tehdyillä kyselyillä on hoitoa voitu kehittää ja parannustarpeita nostaa esille. Saattohoitolaatutyhmä on myös kehittänyt ”Kuoleman kohdatessa”-lehtisen, joka annetaan omaiselle kuoleman kohdatessa. Hoitoon on oltu pääsääntöisesti tyytyväisiä. Pitkäaikaispotilaat siirtyivät runsas vuosi sitten palvelutaloon ja osaston toiminta muuttui akuutimmaksi. Muutoksessa myös laatutyhmä jäi tauolle, ja sen tulee tulevaisuudessa toimimaan uudessa muodossa. Muutoksia aiheuttaa tuleva remontti ja sen takia väistön siirtyminen. Valkeakosken terveystieteiden sairaala on ollut ja tulee olemaan muutoksien kourissa vielä pitkään.

Kehittämistehtävän myötä olemme osastolla tehneet kansion potilaista, jotka saavat tulla suoraan osastolle. Kansiossa on potilaan viimeisin epikriisi ja lääkitys sekä valitut omahoitajat. Kansiossa on myös TAYS:n puhelinnumerot sekä muiden hoitavien yhteistyötahojen yhteystiedot. Kansio on ollut toimiva ja siitä on helppo tarkistaa, kun potilas tai omainen soittaa potilaan osastolle tulemisesta.

Yhtenä tavoitteena oli jälkihoidon kehittäminen osastolla. Tarkoituksena on, että jatkossa omaisista

huolehditaan myös potilaan kuoleman jälkeen. Paikoissa, joissa jälkihoito toimii, käytäntönä on, että noin kuukausi potilaan kuoleman jälkeen lähimmälle omaiselle soitetaan. Soittajana on joko omahoitaja tai sosiaalityöntekijä, joka samalla varmistaa, että omaiset ovat saaneet tukea uudessa elämäntilanteessaan, ja ohjaa tarvittaessa sen hankinnassa. Omaiset voivat antaa samalla myös palautetta läheisensä saamista hoi-

dosta, mikä on kehitystyön kannalta tärkeää. Omaiset ovat kokeneet tämän yhteydenoton hyvin myönteisenä huolenpitona, jopa vainajan kunnioittamisena.

Esittelimme koulutusta ja kehittämistehtävää työpaikkamme ”Saattohoitoseminaarissa” 11.2.2015. Läsnä oli Valkeakosken terveyskeskuksen hoitajia, sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Palliatiivisesta hoidosta oli puhumassa myös Palliatiivisen hoidon erikoislääkäri Juho Lehto TAYS:ista. Seminaarissa kerroimme tukiosaston toiminnan kehittamisestä. Pohdimme asioita, jotka työyhteisössämme toimii ja mietimme asioita, jotka vaativat kehittämistä. Keskustelua herättivät jälkihoidon kehittämisen haasteet, potilasturvallisuus ja hoitajamitoitus sekä vapaaehtoisten hoitajien käyttö saattohoidossa. Hoitoneuvottelut ja yhteistyön kehittäminen erikoissairaanhoidon ja kotihoidon kanssa koettiin tärkeäksi.

Yhteistyö muita potilasta hoitavien tahojen kanssa

Tukiosastotoiminnan tavoitteena on potilaan hyvä hoito, jossa myös läheiset otetaan huomioon. Osasto on lähellä kotia ja sinne on helppo tulla. Koulutuksessa on puhuttu paljon läheiskeskeisestä hoitotyöstä ja omaisten hoitoon mukaan ottamisesta, potilaan ja läheisten niin toivoessa. Potilaan osastolla ollessa pyrimme ottamaan huomioon myös läheisten tarpeet. Potilaan ollessa kotona, annamme neuvontaa puhelimitse ja teemme yhteistyötä myös kotihoidon kanssa.

Teimme käynnin kotihoitoon, jossa keskustelimme siellä työskentelevien hoitajien kanssa, kotihoidossa olevien palliatiivisessa/saattohoidossa olevien potilaiden hoidon haasteista sekä osaston ja kotihoidon yhteistyöstä. Potilaiden tarvitessa suonensisäistä lääkitystä, heidän on tultava osastolle, koska Valkeakoskella ei ole tällä hetkellä kotisairaala tai tehostetun kotihoidon palveluja. Valkeakoskella ei ole myöskään yöhoitoa, joten turvattomuus on myös osastohoitoon tulon syy. Kotihoidossa hoitajat ovat käyneet saattohoitokoulutuksen. Kotihoidosta muistutettiinkin, että he tekevät kotikäyntejä myös omaisten jaksamisen tukemiseksi.

Potilailla on usein käyntejä palliatiivisella ja onkologian osastolla. Osaston lääkärit konsultoivat tarvittaessa TAYS:iin. Potilaat käyvät siellä joko sairautta jarruttavissa hoidoissa tai esim. palliatiivisessa sädehoidossa. Puhelinyhteydet potilaan hoidon/lääkityksen muuttuessa ovat toivottavia. Palliatiivisella osastolla toivottiin myös terveyskeskuslääkärin arviota ja päätöksen tekoa esimerkiksi saattohoitoon siirtymisestä.

Tulevaisuuden näkymät

Terveyskeskussairaalaan on tulossa keväällä 2015 remontti. Remontin jälkeen potilashuoneet pienenevät, minkä tavoitteena on suoda potilaille ja heidän läheisilleen oman rauhan. Suunnitteilla on myös saattohoitopotilaiden omaisille oma huone. Huoneessa he voivat ruokailla ja levätä sekä tavata muita samassa tilanteessa olevia omaisia.

Osastolla työskentelemme tiimeissä. Toiveena on, että yksi tiimeistä profiloituisi saattohoitotyöhön. Koulutusta saattohoitoon on ollut ja sitä on tulossa myös tulevaisuudessa. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja kotihoidon kanssa jatkuu kiinteänä. Kotisairaalan tai tehostetun kotihoidon alkaminen Valkeakoskella mahdollistaisi paremmat mahdollisuudet tehdä saattohoitoa kotona sekä potilaan niin halutessa kotikuoleman.

Syöpähoitotyö kehittyi osastolla pienin askelin, koko ajan hieman muutuen, tarpeista riippuen. Osasto myllertää muutoksen kourissa vielä jonkun aikaa, mutta toivottavasti remontin jälkeen työskentely jatkuu rauhallisimmassa merkeissä ja toivottavasti saattohoidon laatuun kiinnitetään tulevaisuudessa entistä enemmän huomiota.

Lähteet

Herlevi, H. Oikemus- Määttä, J., Rissanen, L. Heikka, H. 2010 Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Sairaanhoitaja 11/10 23-25.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Luettu 19.1.2015
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785>

Nummikoski, E. 2010. Kirjallisuus katsaus: Syöpäpotilaan omaisen selviytyminen ja henkilökunnalta saatu tuki läheisien sairauden aikana./www.hamk.fi > 12.2.2015

STM 2010:6 Hyvä saattohoito Suomessa. Luettu 10.1.2015. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1528097#fi

www.etene.fi. Saattohoito-valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Luettu 10.12.2015.

Riitta Sirviö

Hoitoneuvottelu – saattohoidon yhteistyöväline

Työskentelen saattohoitokodissa, jossa lähdettiin kehittämään hoitoneuvottelua potilaan, läheisten ja henkilökunnan välisen tiedonkulun entisestään parantamiseksi ja yhä turvallisemman hoitoilmapiirin luomiseksi. Samalla haluttiin selkeyttää hoitoneuvottelujen sisältö ja hoitosuunnitelman kirjaaminen sähköiseen potilastietojärjestelmään.

Arviolta 15 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa vuosittain Suomessa. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimevaihe, jossa parantavista hoidoista on luovuttu. Useimmiten kyseessä ovat syöpäpotilaat (Hänninen, 2012,5.) Saattohoito edellyttää saattohoitopäätöstä, joka yleensä tehdään erikoissairaanhoidossa. Saattohoitopäätöstä tehdessä lääkäri keskustelee potilaan ja omaisten kanssa.

Saattohoitoa toteutetaan perusterveydenhuollossa, kotihoidossa, vanhus-tenhoitolaitoksissa ja saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä. Valviran mukaan saattovaiheessa olevan potilaan omaisille on annettava riittävästi tietoa ja tehtävä se tavalla, että kaikki ymmärtävät tilanteen. (Valvira, 2015.) Tämä on tärkeää, koska perheessä yhden jäsenen sairastuminen parantumattomaan sairauteen synnyttää kriisin perheyhteisössä. Tunteet vihasta suruun, toivosta epätoivoon, luopuminen tulevaisuuden suunnitelmista, kulkevat kaikkien perheenjäsenien mielessä. (Grönlund, Huh-
tinen, 2011,123.) Hoitoneuvottelussa keskustellaan saattohoitoon liittyvistä käytännön asioista sekä tunteista, niiden normaaliudesta ja että niitä on lupa tuntea. Useimmiten ulkopuolisen läsnäolo auttaa perhettä puhumaan vaikeista asioista.

Koivikko-koti

Koivikko-koti on Hämeenlinnassa toimiva saattohoitokoti ja palliatiivisen lääketieteen erityisyksikkö. Koivikko-kodissa hoidetaan syöpää, keuhko-
kohtaumatautia, sydämen vajaatoimintaa ja eteneviä hermostosairautta sairastavia saattohoitovaiheessa olevia potilaita. Potilaat siirtyvät Koi-

vikko-kotiin hoitavan lääkärin läheteellä erikoissairaanhoidosta ja terveyskeskuksista, jossa saattohoitopäätös on tehty. (Saattohoito Koivikko-kodissa, 2014.)

Kehittämistavoitteet

Koivikko-kodissa lähdettiin kehittämään hoitoneuvottelua. Hoitoneuvottelu on koettu tärkeäksi työvälineeksi potilaan hoidossa. Haluttiin hoitajille selkeä ohjeistus asioista, jotka ovat tärkeitä käydä läpi hoitoneuvottelussa. Potilaalle ja läheisille siirto saattohoitokotiin on useimmiten tapahtunut nopeasti, joten heille asiantiedon antaminen on tärkeää heti saattohoidon alkuvaiheessa. Hoitoneuvottelun sopii omahoitaja, potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitoneuvottelussa keskustellaan yhdessä saattohoitoon liittyvistä asioista, siihen osallistujilla on mahdollisuus esittää kysymyksiä ja tuoda esille potilaan elämänhistoriaa ja tapoja ja toiveita, mitä hoitohenkilökunnan olisi hyvä tietää. Myös vaikeista asioista puhutaan, tunteista, niiden luvallisuudesta, kuolemasta ja siihen liittyvistä peloista.

Hoitoneuvottelujen käytännön toteutus vaati yhteisiä toimintakäytäntöjä, koska niiden pitämisessä oli ajallisia eroavaisuuksia ja saattoi käydä niin, että hoitoneuvotteluja jäi potilaan nopeasti tapahtuneen kuoleman vuoksi pitämättä. Haastetta lisäsi sähköisen potilastietojärjestelmä Hilkan käyttöönotto syksyllä 2013 ja kirjaamisen siirryttyä siihen. Hoitosuunnitelmien ja loppuarvion laatiminen oli hankalaa, koska järjestelmästä puuttui selkeä lomake, mihin kirjata. Yhtenäistämällä hoitoneuvottelujen sisältö ohjeistuksen avulla, autetaan hoitajaa laatimaan hoidon tavoitteet ja tekemään hoidon loppuyhteenvedon. Työpaikallani on laadittu hoidon laatuksikirja, joten myös hoitoneuvottelun yhtenäistämisen vaikuttaa laatuun. Kehittämistavoitteeksi muodostui ohjeistuksen laatiminen hoitoneuvottelun tueksi, käytännön toteutuksen ohjeistus ja sähköiseen potilastietojärjestelmään selkeä hoidonsuunnittelu- ja yhteenvetolomake.

Vertaiskäynneistä uutta tietoa ja osaamista

Vertaiskäynnit tein Pirkanmaan saattohoitokotiin, joka sijaitsee Tampereella ja Terho-kotiin, joka on Helsingissä. Pirkanmaan hoitokodissa hoitoneuvottelun käytäntöä on kehitelty, ja heillä siellä on käytössä hoitoneuvottelua varten laadittu ohjeistus ja runko. Heillä hoitoneuvotteluun osallistuu omahoitajan lisäksi lääkäri ja tarvittaessa pappi ja fysioterapeutti. Koin, että heiltä sain paljon tietoa kehittämistyötäni varten. Heillä oli hoitosuunnitelmalomake paperiversiona.

Vertaiskäyntini toisessa kohteessa Terho-kodissa, oli potilastietojärjestelmä Hilikka ollut jo käytössä pitempään. Siellä järjestelmän tukihenkilö oli myös tehnyt kehittämistyön työpaikalleen kyseisestä aiheesta, joten sain aiheesta paljon uutta tietoa. Heillä hoitoneuvottelu sanalla oli eri merkitys kuin meillä Koivikko-kodissa. Heillä hoitoneuvottelu pidettiin kun tuli jotain ongelmaa hoidossa ja tarvittiin moniammatillisen tiimin kokoontumista.

Kehittämistyön tulokset

Kehittämistyöni tuloksena saatiin aikaiseksi hoitoneuvottelua varten tukilista, joka on hoitajalla mukana pidettäessä hoitoneuvottelua. Koneelle laatuksioon on myös laadittu ohjeistus hoitoneuvottelusta, miksi se pidetään, aikatavoite, kuka pitää ja miten toimia kun hoito pitkittyy ja potilas ei tarvitsekaan palliatiivisen erityistason saattohoitoa. Vertaiskäyntini Terho-kotiin ja tutustuminen Hilikka-potilastietojärjestelmään sai aikaan sen, että työpaikaltani pyydettiin Hilikka-potilastietojärjestelmän kehittäjää meille töihin antamaan Hilikka-koulutusta. Hänen avullaan luotiin sähköinen hoitosuunnitelmalomake koneelle ja näin selkeytettiin hoitajien työtä hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Nyt lomake on helposti kaikkien hoitotyöntekijöiden saatavilla.

Hoitoneuvottelun tukilista on ollut käytössä marraskuun alusta lähtien. Hoitajat ovat kiitettävästi ottaneet sen käyttöön ja useimmat ovat kokeneet sen selkeyttävän hoitoneuvottelun pitämistä. Itse koen tukilistan helpottavan ja tukevan vaikeiden asioiden esille tuomista, esimerkiksi kuolemasta puhuminen on ollut helpompaa. Usein potilas ja läheiset eivät ole pystyneet puhumaan kuolemasta keskenään, jolloin auttaa, kun ulkopuolinen aloittaa keskustelun. Näin lyhyeltä ajanjaksolta on vaikea arvioida kuinka kehitystyö on vaikuttanut potilashoittoon ja laatuun. Hoitoneuvotteluiden pitämisessä on päästy hyvin tavoitteeseen, ne pyritään pitämään neljän vuorokauden sisällä hoidon aloituksesta. Hoitajat ovat sisäistäneet aikarajan hyvin.

Itse opin kuluneen vuoden aikana, että kehittämistä tarvitaan aina, työssä kuin työssä. Sokeudumme työllemme ja teemme sitä niin kuin aina on tehty. Kehittämistyön aloittaminen ja koko prosessin loppuun vieminen vaatii pitkäjänteisyyttä, uskoa kehitettävään asiaan, yhteistyötä kaikkien työntekijöiden kanssa sekä kehitystyön muuttamista työhön sopivammaksi jos alkuperäinen idea ei toimi. Työyhteisössä puhutaan paljon ja esille tulee hyviä kehittämisaiheita. Aiheista saatetaan innostua, mutta niiden eteenpäin vieminen jää. Kehittämisen aiheet eivät tarvitse olla suuria, vaan asioita, jotka helpottavat päivittäistä työskentelyä ja tekevät asioiden hoitamisen sujuvammaksi. Täytyy rohkeammin ottaa kehittämis- tarpeet esille työpaikalla.

Lähteet

Grönlund, E., 2011. Moniammatillisuus. Teoksessa Grönlund, E, Huhtinen, A. Kuolevan hyvä hoito. Edita: Helsinki. 122.

Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas. Helsinki: Etelä-Suomen syöpäyhdistys.

Saattohoito Koivikko-Kodissa, 2014. Koivikkosäätiö. Esite.

www.valvira.fi/ohjausjavalvonta/terveydenhuolto/elämän_loppuvaiheen_hoito/saattohoito 26.1.2015.

Merja Sundström

”Hoitoni päättyy, mitä sen jälkeen?”

Tuon kysymyksen esittivät suolistosyöpäpotilaat, jotka olivat saaneet puolen vuoden kestävän solusalpaajahoidon ja siirtyivät sen jälkeen kirurgian poliklinikalle seurantaan viideksi vuodeksi. Tähän kysymykseen lähdin etsimään vastausta.

Olen sairaanhoitajana syöpätautien päiväsairaalassa Keski-Suomen keskussairaalassa. Hoidamme aikuissyöpäpotilaita lukuun ottamatta hematologisia syöpiä. Yksikössämme annetaan suonensisäisiä solusalpaajahoidoja, ihon alle annettavia lääkepistoksia, verensiirtoja, otetaan luuydinnäytteitä sekä seurataan maksa- ja keuhkobiopsiapotilaita toimenpiteen jälkeen. Pääsin opiskelemaan Hämeen ammattikorkeakouluun vuoden pituiseen täydennyskoulutukseen työni ohella. Olin jo pitkään miettinyt opiskeluun lähtöä sillä halusin päivittää tietojani ja syöpähoitotyö on aina kiinnostanut minua. Koulutukseen liittyi kehittämistehtävän teko, josta hyötyisi koko työyksikkö. Osastotunnin ja työkavereiden ehdotusten pohjalta aihekin löytyi: Potilasohje suolistosyöpäpotilaille, jotka jäävät seurantaan onkologisten hoitojen jälkeen.

Suolistosyöpä ja sen seuranta

Vuosittain n.3000 suomalaista sairastuu suolistosyöpään. Sairastumisikä on n.65 vuotta. Paksu- ja peräsuolensyöpiä kutsutaan yhdessä suolistosyöpäksi (Suolistosyöpäyhdistys Colores.) Suolistosyöpä yleistyy ja on vuonna 2020 sekä miesten että naisten toiseksi yleisin syöpä (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020, 2010, 16). Suurin osa suolistosyövistä voidaan leikata ja leikkauksen jälkeen aloitetaan solusalpaajahoido. Hoidon päättymisen ja siirtyminen seurantaan on monille potilaille helpotus raskaiden hoitojen jälkeen. Syövän hoidosta seurantavaiheeseen siirtyminen lisää kuitenkin usein potilaiden ahdistusta ja epävarmuutta. Uusiutumisen pelko onkin seurantavaiheen keskeisin psyykkistä työstämistä vaativa asia. On tärkeää, että potilaille on selvää, minne hän ongelmien ilmaantuessa voi ottaa yhteyttä (Joensuu ym. Syöpätaudit, 500, 278-

279, 867-868.) Seuranta voi toteutua syöpätautien yksikössä tai kirurgian yksikössä. Syöpäpotilaiden seurannan tarkoituksenmukaisin toteuttaminen voi käytännössä olla erilaista maan eri osissa johtuen mm. etäisyyksistä yksiköiden kapasiteetista ja voimavaroista. Kunkin hoitoyksikön tulee huolehtia yhteyden varmistamisesta seuraavaan hoitopaikkaan, jotta potilas välttyy turvattomuuden ja epätietoisuuden tunteilta (Syövän hoidon kehittyminen vuosina 2010–2020, 2010, 68, 72.)

Kehittämistehtävän toteutusta

Yksikköömme on laadittu potilasohje rintasyöpäpotilaille, jotka siirtyvät syöpätautien poliklinikalle seurantaan onkologisten hoitojen jälkeen. Ohje sisältää kontrolliajankohdat tarvittavine tutkimuksineen ja verikoekineen sekä yhteystiedot, johon voi tarvittaessa soittaa, jos on kysyttävää. Suolistosyöpäpotilaiden kontrollit kuuluvat kirurgialle ja yksikköömme hoitajille oli epäselvää, mitä kontrolli sisälsi. Opiskeluun kuului tehdä kaksi vertaiskäyntiä. Kävin tutustumassa sairaalamme kirurgian yksikköön suolistosyöpäsairaanhoitajan vastaanottoon. Sieltä saadun materiaalin ja haastattelun pohjalta sain apua potilasohjeen laadintaan. Myös hän koki potilasohjeen tarpeelliseksi ja ohje helpotti hänen työtään, kun hän otti yhteyttä potilaaseen. Hoitajavastaanotolla on enemmän aikaa tukea potilaan psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Potilaat kertovat usein hyvin henkilökohtaisimmistakin asioista ja ongelmistaan helpommin hoitajalle kuin lääkärille (Riipinen, 2014, 31.) Toisen vertaiskäynnin tein Lapin keskussairaalaan syöpätautien poliklinikalle tutustuen heidän käytäntöön. Koulutuksessa tutustuin myös muihin sairaanhoitajiin ja kyselin heidän yksikkönsä toimintatapoja. Lisäksi perehdyin mm. alan kirjallisuuteen, internetlähteisiin, luentoihin, ja syöpäjärjestöjen materiaaleihin. Totesin, että seuranta toteutetaan eri tavalla riippuen hoitopaikasta. Yhtä ainuttakaan oikeaa tapaa ei ole vaan hoitopaikka saa itse määrätä kontrollin tiheyden, keston ja siihen kuuluvat tutkimukset.

Potilasohje valmistuu

Suolistosyövän uusiutuma voi ilmaantua paikallisesti suolistoon tai lähettää etäpesäkkeitä esimerkiksi maksaan tai keuhkoihin. Myös verikoekesta voidaan seurata kasvaimen merkkiainetasoa (s-CEA seerumin karsinoembryonaalinen antigeeni). Sen kohoaminen voi viitata taudin uusiutumiseen. Seuranta päättyy viiden vuoden jälkeen, jos oireita ja pahanlaatuisia löydöksiä ei ole (Suolistosyöpäpotilaan opas, 2009, 21.) Meillä paksusuolensyöpäpotilaiden seuranta on viisi vuotta leikkauksesta. Kontrollitutkimuksina ovat vuosittain maksan ultraääni ja keuhkokuva. Puolen vuoden välein otetaan verikoe CEA. Viimeisen kontrollikäynnin yhteydessä tehdään kolonoskopia. Keskityin tässä ohjeessa paksusuolensyöpäpotilaisiin, koska heitä sairastuu enemmän kuin peräsuolen-

syöpäpotilaita. Lopuksi pidin vielä työyksikköni osastotunnin, jossa selvitin tarkemmin ohjeen sisältöä. Potilasohje tulee viralliseen jakoon sairaalamme internetsivustolle. Hoidon päättyessä hoitaja voi tulostaa ohjeen ja antaa sen potilaalle. Näin varmistamme potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden.

Tästä eteenpäin

Itselläni on nyt varmempi olo kun hoidan syöpäpotilaita ja osaan vastata heidän kysymyksiinsä. Lisäksi yhteistyö kirurgian kanssa tuli tutummaksi ja sinne on nyt helpompi ottaa hoitajanakin yhteyttä, kun on käynyt tutustumassa heidän työhönsä. Opiskeluni ohessa lähdin mukaan valtakunnalliseen syöpätutkimukseen, joka koskee levinyttä suolistosyöpää ja etäpesäkekirurgian mahdollisuutta sekä verkostoiduin avannehoitajien kanssa. Lisäksi perustimme ns. syöpätiimi, jossa on poliklinikan ja vuodeosaston hoitajia ja mahdollisesti siihen tulevat mukaan myös kirurgian puolelta hoitajia. Yksi kokoontuminen on ollut ja se vielä hakee muotoaan. Tämä kaikki on vielä minulle uutta, mielenkiintoista ja antaa vaihtelua työhön. Ammattitaito, työn mielekkyys ja osaaminen on lisääntynyt koulutuksen ansiosta.

Lähteet

Joensuu Heikki , Roberts Peter J. , Kellokumpu-Lehtinen Pirkko-Liisa , Jyrkkiö Sirkku , Kouri Mauri, Teppo Lyly (toim.) Syöpätaudit. Saarijärvi. Kustannus OY Duodecim. 5.uudistettu painos 2013.

Riipinen Pia, 2014. Aikaa suolistosyöpäpotilaalle. Sairaanhoidajalehti 4/2014.

Suolistosyöpäpotilaan opas, 2009. Julkaisijana Colores

Suolistosyöpäyhdistys Colores <URL:http://www.colores.fi/tietoa_suolistosyovasta>13.2.2015

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

Tässä julkaisussa esitellään Hämeen ammattikorkeakoulussa 2014–2015 toteutetun Syöpähoitotyön kehittäjä – oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen kehittämistöitä. Koulutukseen osallistuvat sairaanhoitajat työskentelevät syöpäpotilaiden hoitotyössä erilaisissa hoitoympäristöissä. Kukin artikkeli kuvaa käytännön kehittämistyötä koulutukseen osallistujan omassa työyksikössä.

Julkaisun tarkoituksena on herättää ajatuksia täydennyskoulutuksen merkityksestä oman asiantuntijuuden kehittämisessä, sekä kuvata tämän päivän hoitotyön ammattilaisten kehittämispanosta potilaiden ja asiakkaiden turvallisen hoidon toteutuksessa.



e-julkaisu
ISBN 978-951-784-748-3 (PDF)
ISSN 1795-424X
HAMKin e-julkaisu 20/2015

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
HÄME UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES