



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU



Outi Ahonen, Aila Peippo, Annikki Päällysaho,  
Mirkka Pirilä & Kaarina Murtola (toim.)

## *Sairaanhoidajat syöpäpotilaan hoidon kehittäjinä*

*Oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen  
alueellisia vaikutuksia*



Outi Ahonen, Aila Peippo,  
Annikki Päällysaho, Mirkka Pirilä  
& Kaarina Murtola (toim.)

*Sairaanhoitajat*  
*syöpäpotilaan*  
*hoidon kehittäjinä*

*Oppisopimustyyppisen  
täydennyskoulutuksen  
alueellisia vaikutuksia*

Copyright © tekijät ja Laurea-ammattikorkeakoulu 2015

Kannen kuvat: Mika Ahonen

ISSN-L 2242-5241

ISSN 2242-5241 (painettu)

ISSN 2242-5225 (verkko)

ISBN 978-951-799-395-1 (painettu)

ISBN 978-951-799-396-8 (verkko)

Grano Oy, Espoo 2015

# Sisällysluettelo

|   |    |
|---|----|
| 1. Johdanto .....   | 7  |
| 2. Oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen vaikuttamis-<br>mahdollisuudet alueellisessa syöpäpotilaan hoitotyön kehittämis-<br>työssä .....       | 8  |
| 2.1. Tehdäänkö yhdessä? – Ammattikorkeakoulut alueyhteistyössä työelämän<br>osaamista kehittämässä   <i>Niinistö-Sivuranta</i> .....                | 9  |
| 2.2. Alueellinen vaikuttavuus työnantajien ja opiskelijoiden palautteiden<br>näkökulmasta   <i>Ahonen, Peippo &amp; Päällysaho</i> .....            | 12 |
| 2.3. Osaamisen arvioinnin kehittäminen oppisopimusluonteisen täydennys-<br>koulutuksen aikana   <i>Aholaakko</i> .....                              | 15 |
| 3. Syöpäpotilaan hoidon koordinointi .....  | 18 |
| 3.1. Syöpähoitajan vastaanoton kehittäminen Jorvin kirurgian poliklinikalle  <br><i>Loskin &amp; Niinimäki</i> .....                                | 19 |
| 3.2. Syöpäpotilaan rinnalla perusterveydenhuollossa koko hoitoketjun ajan  <br><i>Hirvelä</i> .....   | 21 |
| 3.3. Matkalla kohti tervehtymistä – rintasyöpäpotilaan hoitopolku HYKS:ssä  <br><i>Heikkilä &amp; Aarnio</i> .....                                  | 23 |
| 3.4. Rintasyöpäpotilaan kirurgisen hoitotyön käsikirja   <i>Bergström</i> .....   | 25 |
| 3.5. Kielisyöpäpotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa   <i>Kukkula</i> .....  | 27 |
| 3.6. Luukasvainpotilaan hoitoketjun kehittäminen Turun yliopistollisessa keskus-<br>sairaalassa   <i>Mattila</i> .....                              | 30 |
| 4 Ohjaus syöpäpotilaan hoidossa .....   | 33 |
| 4.1 Ohjaaminen ja emotionaalinen tukeminen syöpäpotilaan sekä omaisen<br>elämässä   <i>Chrons</i> .....   | 34 |
| 4.2 Potilasohjaus lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla hoitajien<br>kokemana   <i>Rajatammi</i> .....                             | 36 |
| 4.3 Kirjallisuuskatsaus solunsalpaajahoidosta ja sen yleisimmistä haitta-<br>vaikutuksista tukee hoitajia potilasohjauksessa   <i>Hoffrén</i> ..... | 39 |
| 4.4 Tasalaatuista ohjausta solunsalpaajahoidoista saaville potilaille   <i>Karttunen</i> .....  | 42 |
| 4.5 Pään ja kaulan alueen syöpäpotilaan suunnitelmallinen kotiuttaminen  <br><i>Ikäläinen &amp; Siltala</i> .....                                   | 44 |
| 4.6 Avaimet hyvään arkeen trakeostomian jälkeen   <i>Latvala</i> .....  | 47 |
| 4.7 Potilasohjauksen kehittäminen syöpäpotilaan vajaaravitsemuksen<br>ehkäisemiseksi   <i>Puisto</i> .....  | 49 |
| 4.8 Ravitsemusohjaus syöpäpotilaan hoidossa   <i>Luhtamäki</i> .....  | 51 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>5 Kliinisen hoidon kehittäminen</b> .....   | <b>54</b> |
| 5.1 Syöpäpotilaan oireiseuranta ja kivun mittaaminen   <i>Joukainen</i> .....  | 55        |
| 5.2 Syöpäkivun arviointi ja hoito kipumittaria hyödyntäen   <i>Siltakorpi</i> .....  | 57        |
| 5.3 Ikääntyneen ja syöpäpotilaan kivunhoidon kehittäminen   <i>Selenius &amp; Tuominen</i> .....                                 | 60        |
| 5.4 Syöpäpotilaan kivunhoidon kehittäminen Raaseporin kaupungin vuodeosastolla   <i>Kass</i> .....                               | 62        |
| 5.5 Syöpäpotilaan infektioiden ehkäisy   <i>Huovinen</i> .....   | 65        |
| 5.6 Vajaaravitsemuksen kartoitus, ehkäiseminen ja hoito syöpäpotilaan hoidossa   <i>Bitter &amp; Holmström</i> .....             | 67        |
| 5.7 Pelko syöpäpotilaan itsensä arvioimana ennen leikkausta Hyvinkään sairaalassa   <i>Suoknuuti</i> .....                       | 69        |
| <b>6 Psykkisen tuen kehittäminen hoidossa</b> .....  | <b>71</b> |
| 6.1 Syöpään sairastuminen on psyykinen kriisi   <i>Lahdelma &amp; Renholm</i> .....  | 72        |
| 6.2 Psykososiaalisen tuen merkitys sairastuttaessa – myös omaiset huomioitava   <i>Berghäll, Pyykönen &amp; Saarni</i> .....     | 74        |
| 6.3 Syöpäsairaalan mielenterveyden tukeminen Lohjan sairaalassa   <i>Kuiro &amp; Pitkänen</i> .....                              | 76        |
| <b>7 Järjestöt syöpää sairastavan tukena</b> .....   | <b>79</b> |
| 7.1 Järjestön näkökulma syöpähoitotyön kehittämisestä   <i>Tulenheimo &amp; Kupari</i> .....                                     | 80        |
| 7.2 Se on syöpä! Apua ja tukea verkossa   <i>Linden &amp; Kantola</i> .....  | 83        |
| 7.3 Syöpäpotilaan internet-pohjainen ohjaus ja neuvonta   <i>Sainio, Posio &amp; Vuori</i> .....                                 | 85        |
| 7.4 Syöpäpotilaan haastattelu – tukea ja keskusteluapua tarvitaan   <i>Berghäll</i> .....  | 88        |
| 7.5 Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta   <i>Tuominen &amp; Östermark</i> .....   | 90        |
| <b>8 Saattohoitovaiheessa olevan potilaan hoidon kehittäminen</b> .....  | <b>92</b> |
| 8.1 Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoidon kehittäminen Karkkilan vuodeosastolla   <i>Salminen &amp; Sohlman</i> .....     | 93        |
| 8.2 Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoidon kehittäminen Nummelan vuodeosastolla   <i>Lesonen</i> .....                  | 96        |
| 8.3 Hyvä saattohoito-ohjeistus mahdollistaa toiveen kuolla kotona   <i>Laitinen &amp; Rautiainen</i> .....                       | 99        |
| 8.4 Toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen osana palliatiivisessa hoidossa olevan syöpäpotilaan kohtaamista   <i>Vahala</i> ..... | 101       |
| 8.5 Hematologisen palliatiivisen- ja saattohoitopotilaan hoitotyön suunnittelu   <i>Mikkonen</i> .....                           | 103       |
| 8.6 Työnohjauksen merkitys kotisaattohoitoa tekeväille   <i>Frondeius Martinez</i> .....   | 106       |

# 1. Johdanto

Tämän julkaisun tarkoituksena on kuvata Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden ja työelämän yhteisiä alueellisia kehittämissuunnitelmia sekä oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen alueellisia vaikutuksia eri näkökulmista.

FUAS-liittouman ammattikorkeakoulut (Hamk, Lamk ja Laurea) toteuttivat vuosina 2013–2015 kaksi vuoden kestävästä oppisopimustyyppistä Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutusta, joka oli 30 opintopisteen laajuinen. Oppisopimustyyppistä Syöpähoitotyön täydennyskoulutusta edelsi kaksi oppisopimustyyppistä Kirurgisen hoitotyön kehittäjä -koulutusta. Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutuksen tarkoituksena on ollut palvella työelämän muuttuvia osaamistarpeita. Koulutuksen joustavat opetukselliset rakenteet ja työelämälähtöinen toteutus mahdollistivat, että koulutuksen avulla voidaan nopeasti reagoida työelämän tarpeisiin vaihtamalla koulutuksen kliinistä teemaa kulloisenkin osaamistarpeen mukaan. Tämä mahdollisti laajan verkostoitumisen ja lehtoreiden erityisosaamisalueiden hyödyntämisen kaikissa kolmessa ammattikorkeakoulussa. Rahoitusta koulutukseen saatiin Opetus- ja kulttuuriministeriöltä.

Koulutuksen toteutuksen lähtökohtana oli kehittämissuunnitelman pohjainen työssä tapahtuva oppiminen pedagogista Learning by Developing -mallia hyödyntäen ja potilaan hoidon kehittäminen, jota tuettiin asiakaslähtöisin menetelmin, mentoroinnin, työnohjauksellisen ryhmäprosessin, vertaiskäyntien, työnkierron ja verkostoitumisen avulla digitaalisissa ympäristöissä. Koulutuksen kokonaisuus muodostui omassa työssä oppimisesta 70 % ja tietuustietoisista opinnoista 30 %. Oppimisen keskiössä oli omaan työyhteisöön toteutettava kehittämissuunnitelma. Oppimista tukivat lähipäivät, joista osa toteutettiin työelämäorganisaatiossa ja osassa hyödynnettiin

asiantuntijaluentoja etäyhteyden välityksellä, sekä itsenäinen opiskelu ja verkossa toteutettavat tehtävät. Opiskelijoiden tekemissä työelämälähtöisissä kehittämissuunnitelmassa luotiin uutta kliinistä osaamista ja näyttöön perustuvia uusia hoitokäytäntöjä heidän työyhteisöihinsä. (Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutuksen opetussuunnitelma 2014–2015.)

Tässä julkaisussa pääosassa on oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen opiskelijoiden tuottamat artikkelit työyhteisöihinsä tekemistä kehittämissuunnitelmista. Toivomme, että lukija saa myös julkaisusta käsityksen ammattikorkeakoulun ja työelämän välisen kehittämistyön mahdollisuuksista. Susanna Niinistö-Sivuranta on tarkastellut tätä asiaa artikkelissaan useista näkökulmista. Teija-Kaisa Aholaakko on kirjoittanut osaamisohjauksen arvioinnin ulottuvuuksista. Oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen lehtorit ovat analysoineet työelämästä ja opiskelijoilta saatua palautetta peilaten sitä oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen tuomiin mahdollisuuksiin.

Julkaisussa mukana on myös Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan kampuksen sairaanhoitajaopiskelijoiden artikkeleita, joita kirjoittaessaan he ovat syventäneet osaamistaan syöpäpotilaan kokonaisvaltaisessa tukemisessa. He ovat perehtyneet potilaan saamaan asiantuntija- ja vertaistukeen sekä syöpäjärjestön rooliin.

Uudellamaalla 20.1.2015

Outi Ahonen, Aila Peippo & Annikki Päällysaho

Lisätietoja:

Outi Ahonen, lehtori, outi.ahonen@laurea.fi

Aila Peippo, lehtori, aila.peippo@laurea.fi

Annikki Päällysaho, lehtori, annikki.paallysaho@laurea.fi

2.

*OPPISOPIMUSTYYPPISEN  
TÄYDENNYSKOULUTUKSEN  
VAIKUTTAMISMAHDOLLISUUDET  
ALUEELLISESSA SYÖPÄPOTILAAN  
HOITOTYÖN KEHITTÄMISTYÖSSÄ*



Susanna Niinistö-Sivuranta

## 2.1 TEHDÄÄNKÖ YHDESSÄ? – AMMATTIKORKEAKOULUT ALUEYHTEISTYÖSSÄ TYÖELÄMÄN OSAAMISTA KEHITTÄMÄSSÄ

**A**lueellinen vaikuttavuus syntyy yhteistyössä. Ammattikorkeakoulun lakisäätöiset tehtävät koulutus, tutkimus- ja kehittämistehtävä sekä aluevaikuttaminen ovat kaikki haastamassa toimijoita entistä tiiviimpään yhteistyöhön alueen kanssa. Kun tarkastelun kohteena ovat alueen koulutukselliset tarpeet, tulee yhteistyön muodostua sellaiseksi, että uusia avauksia voidaan tehdä ja että suunnittelutyö tehdään yhteistyössä korkeakoulun ja alueen toimijoiden kanssa. Suunnittelun tulee perustua osaamistarpeiden ennakointiin, ei pelkästään olemassa olevan osaamistarpeen paikkaamiseen reaktiivisesti. Alueen elinvoiman ja kilpailukyvyyn kannalta osaaminen on strategisen kehittämisen ytimessä. (Esim. Tynjälä ym. 2007.)

Pohdin tässä katsauksessa alueellisen yhteistyön merkitystä sekä tulevaisuuden osaamisen kehittämistä strategisena kilpailutekijänä. Suomalainen tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta kaipaa joustavaa, ennakoivaa ja avointa vuorovaikutusta. Koulutuksen ja työelämän väliset jyrkät ja staattiset rakenteet ovat menneyttä maailmaa. Työelämä tarvitsee ajassa elävää, uudistuvaa ja yksilölliset tarpeet huomioivaa osaamisen kehittämistä. Yksilön näkökulmasta elinikäisen oppimisen toteutuminen kaipaa erilaisia mahdollisuuksia osallistua täydennyskoulutuksiin joustavasti työn ohella. (Ks. myös Jarvis 2010.) Yksi esimerkki alueellisen yhteistyön onnistumisesta ja joustavasta koulutuspolusta on oppisopimustyyppinen koulutus.

Oppisopimustyyppinen koulutus on ollut Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama koulutusmuoto, jonka keskeisenä ajatuksena on koulutuksen toteuttaminen työelämälähtöisesti. Korkeakoulut toimivat oppisopimustyyppisen koulutuksen järjestäjänä ja vastaavat koulutuksen laadusta. Koulutettavat ovat normaalissa työsuhteessa. Oppisopimustyyppisessä täydennyskoulutuksessa työpaikalla tapahtuvasta koulutuksesta sovitaan yhteistyössä korkeakoulun ja työnantajan välillä. Työpaikalla tapahtuva oppiminen on vähintään puolet opiskelusta. Oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus toimii korkeakoulujen työkaluna elinikäisen oppimisen ja yhteiskunnallisen vuorovaikutuksen edistämiseksi. Korkeakoulujen tutkimus- ja kehitystyön kautta syntyvää osaamista siirretään koulutuksen ja näyttöjen kautta kehittämään korkeakoulutettujen toimenkuvia ja muuttuvaa työelämää. (OKM, viitattu 12.12.2014.)

### Ammattikorkeakoulun rooli aluekehityksessä

Ammattikorkeakoulut pyrkivät hakeutumaan toiminta-alueillaan aktiivisesti kumppaneiksi kansallisiin ja kansainvälisiin verkostoihin. Tämän toiminnan tulisi ensisijaisesti edistää olemassa olevaa koulutusta ja alueen toimijoiden osaamisen kehittymistä. Korkeakoulun tehtävä on toimia alueellaan ajantasaisen osaamisen ja kansainvälisen vuorovaikutuksen moottorina. (Niinistö-Sivuranta ym. 2011; Ahonen ym. 2014.)

Työelämän ja oppilaitoksen tai korkeakoulun välinen yhteistyö voi aikaan saada merkittäviä muutosprosesseja. Yhteistoiminnalla voidaan kehittää erilaisia sosiaalisia innovaatioita, lisätä alueen toimijoiden verkottumista sekä luoda uudenlaisia ratkaisuja esimerkiksi hyvinvointipalveluihin. (Ahonen ym. 2014; Ks. myös Kolehmainen 2004; Tynjälä ym. 2007.)

Vuorovaikutuksessa luodaan yhteinen kuva tulevaisuuden osaamisen tarpeista. Korkeakoulujen ja työelämän välisen vuoropuhelun tulisi olla jatkuvaa ja luontevaa neuvottelua osaamisen ja kehittämisen tavoitteista. Kehittäminen vaatii yhteistä aikaa ja tahtotilaa sekä ymmärrystä puolin ja toisin. Koulutus voidaan nähdä positiivisena voimana, joka johtaa innostukseen ja uusien asioiden syntymiseen myös työpaikalla. Yhteisesti voidaankin tavoitella jotain aivan uutta ja yrittää poisoppia kuormittavista tavoista.

Osaamisen, luovuuden ja avoimen vuorovaikutuksen tuloksena syntyy elinvoimaisuutta ja myös hyvinvointia työssä, kun omaan ja työyhteisön tulevaisuuteen on saanut olla vaikuttamassa. (Ks. myös Virtanen 2005; Kehusmaa 2011.) Työelämänsä muutos ei ole silloin pelottava tai ylitsepääsemätön uhka yksilölle, vaan mahdollisuus, johon osaamisella voi vastata.

Korkeakoulujen toiminta on strategisesti ohjattua ja tulostavoitteista. Pedagogiikan tulokset ja vaikuttavuus arvioidaan määriteltyjen kriittisten menestystekijöiden ja mittareiden avulla vuosittain. Toiminnan päätavoite on tuottaa uutta osaamista toimintaympäristöön ja verkostoihin sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Alueellisen kehittämisen tulosohtaus on ministeriön suorassa rahoituksessa heikkoa; se ei suoraan näy ammattikorkeakoulun toimintaa ohjaavassa rahoitusmallissa. Välillisesti alueellinen tuloksellinen toiminta sen sijaan vaikuttaa syntyvän osaamisen ja tutkintojen kautta voimakkaasti.

### Osaamisen johtamista strategisesti

Yhteistyössä toteutettu koulutus vaatii selkeää näkemystä osaamisen tarpeista ja sitoutumista osallistuvien henkilöiden esimiehiltä. Koulutukseen on varattava aikaa ja osaamisen omaksumiseen tilaa. Koska oppisopimustyyppinen koulutus on pääasiassa työpaikalla oppimista, on tärkeää, että kehittämisorientaatio on tiedostettu ja että siihen voidaan työyhteisössä sitoutua. Työntekijälle koulutuksen tulisi olla itsensä kehittämisen lisäksi myös mahdollisuus vaikuttaa laajemmin työpaikan käytänteisiin, uuteen osaamiseen ja tulevaisuuden ratkaisuihin.

Oppivan organisaation ominaisuuksiin kuuluu paitsi yksilön kehittyminen myös yhteinen visio kehittämisen

tarpeista: miten kehitetään kykyä vaikuttaa tulevaisuuteen ja omaan toimintaan. Oppimisessa on kyse ennen kaikkea asioiden sisäistämisestä ja yhteisen tiedon jalostamisesta, ei vain passiivisesta vastaanottamisesta. Yhteisen vision luomiseen tarvitaan yhteistä kommunikaatiota ja vuorovaikutusta. Tämä kaikki vie myös aikaa, jota pitäisi pystyä arjen työn keskellä yhteisesti järjestämään. Yhteisöllinen ilmapääri ja innovatiivinen uuden luomisen ote ovat yhteydessä oppivan organisaation elementteihin. Yhteisöllisenkin oppimisen takana on aina yksilössä tapahtuva muutos. (Esim. Senge 1994, Siltala 2010, Virtanen 2005.)

Työyhteisön osaamisen kehittäminen vaatii aina tuekseen esimiehen ymmärrystä ja näkemystä kokonaisuudesta. Koulutukseen panostaminen antaa mahdollisuuden muutokseen ja lisää yksilöiden työkykyä. (Myyry 2008; Kehusmaa 2011; Viitala 2013; Kupias ym. 2014.) Oppiminen on sosiaalinen ilmiö, joka työyhteisössä vaikuttaa ryhmään tai koko organisaatioon (Tynjälä ym. 2007, 258).

Oppisopimustyyppinen koulutus on osa organisaation osaamisen johtamista. Ammattikorkeakoulun kanssa yhteisesti suunniteltu koulutuskokonaisuus vastaa tietyn ajan ja alueen osaamisen kehittämisen tarpeisiin. Koulutus voi yksilölle merkitä eri asioita kuin organisaatiolle ja työyhteisölle, mutta oleellista kokonaisvaltaisen strategisen osaamisen kehittämisen onnistumisen kannalta on, että johto näkee kokonaisuuden ja pystyy suunnittelemaan osaamisen kehittämistä pitkäjänteisesti. Tällaisten dynaamisten täydennyskoulutusmahdollisuuksien tulisi vastaisuudessa olla tärkeä osa organisaation strategista osaamisen johtamista ja alueellista yhteistyötä.

### Alue haastaa opettajuuden

Koulutuksen muutos räätälöidyksi yhteistyöksi haastaa opettajuuden monellakin tapaa. Opettamisen muodot ovat kehittyneet ja opettajan osaaminen erilaisissa verkostoissa korostuu. (Esim. Mäki 2012; Ahonen ym. 2014; Rauhala 2014.) Oppisopimustyyppinen koulutus on hyvä esimerkki myös uudesta opettajuudesta: roolina on olla yhteistyön ajuri, osaamisen valmentaja ja kokonaisuuden koordinaattori. Osaamisen johtaminen myös ammattikorkeakoulussa on keskeisessä asemassa, kun vastataan ammattikorkeakoulun alueellisen vaikuttavuuden kokonaisuuteen.

Opettajan työ muuttuu entistä enemmän osaamisen ohjaajaksi. Uudenlaiset osaamishaasteet kohdistuvat opettajan pedagogiseen osaamiseen. Monimutkaisissakin tilanteissa erilaisten toimijoiden kanssa opettajan tulisi pystyä ohjaamaan opiskelijaa, hallita verkoston ylläpito ja ennen kaikkea uusien kumppanuuksien hankkiminen. Opettajan osaamista on myös kyky ohjata useita projekteja samanaikaisesti.

Työtä voisi verrata projektijohtajan työnkuvaan. (Niinistö-Sivuranta ym. 2011., Mäki 2012; Ahonen ym. 2014.)

Opettajat ovat yhdessä alueen kanssa kehittämässä erilaisia oppimisympäristöjä ja luomassa näin uusia mahdollisuuksia synnyttää osaamista. Yhteistyö edellyttää aina luottamusta ja kumppanuus tasa-arvoista ja lisäarvoa tuottavaa yhteistyötä. Oleellista on, että kehittämisen tavoitteista ja yhteistyön tuloksesta on olemassa jaettu visio. (Mäki 2008, 17; Ahonen ym. 2014, 83.)

Osaamisen kehittämisen ytimessä on tarve tai osaamisvajae, joka on yhteisesti tunnustettu. Tuloksellisuuden eli oppimisen kannalta sekä yksilön motivaatio että mahdollisuudet

osallistua koulutukseen ovat kriittisiä tekijöitä. Esimiesten tuki ja organisaation yhteinen ymmärrys koulutuksen merkityksestä osaamisen kehittämisessä ovat avainasemassa. Työelämän kannattaa yhteistyöstä ammattikorkeakoulun kanssa ottaa kaikki hyöty irti. Kumppanuus osaamisen kehittämisessä tarkoittaa yhteistä suunnittelua, avointa vuorovaikutusta ja yhteistä tekemistä.

Ammattikorkeakoulun näkökulmasta alueellisesti räätälöidyt koulutukset täsmätarpeisiin ovat arvokkaita työelämäyhteistyön muotoja, joissa osaamista voidaan vaihtaa, kasvattaa ja jalostaa yli organisaatioiden rajojen. ■

## Lähteet:

Ahonen, O., Meristö, T., Ranta, L. & Tuohimaa, H. 2014. Project as a Patchwork Quilt – from Study Units to regional Development. Teoksessa Katariina Raij (ed.) *Learning by Developing action model*. Laurea Julkaisut. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Jarvis, P. 2010. *Adult Education and Lifelong learning. Theory and Practice*, 4. th edition. New York: Routledge.

Kolehmainen, J. 2004. Instituutiosta yksilöihin. Paikallisen innovaatioympäristön kolme tasoa. Teoksessa M. Sotarausta & K.-J. Kosonen (toim.) *Yksilö, kulttuuri, innovaatioympäristö: Avauksia aluekehityksen näkymättömään dynamiikkaan*. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen J. 2014. *Esimies osaamisen kehittäjänä*. Helsinki: SanomaPro.

Myyry, L. 2008. *Osaamisen johtamisen hyviä käytäntöjä: tuottavuutta ja hyvinvointia työpaikoille*. Helsinki: Työministeriö.

Mäki, K. 2008. Millaista asiantuntijoiden työkulttuuria Laurea tavoittelee? Teoksessa O. Kallioinen (toim.) *Oppiminen Learning by Developing -toimintamallissa*. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja A 61, 11–34.

Mäki, K. 2012. *Opetustyön ammattilaiset ja mosaiikin mestarit. Työkulttuurit ammattikorkeakouluopettajan toiminnan kontekstina*. Jyväskylä Studies in business and economics 109. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Niinistö-Sivuranta, S., Ora-Hyytiäinen, E. & Kortelainen, M. 2011. *Kokoa vai laatualuekehitystyöhön? Laurea-ammattikorkeakoulu alueellisena kehittäjänä*. Ammattikasvatuksen aikakauskirja 13 (3) / 2011.

OKM 12.12.2014: saatavilla [http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/aikuiskoulutus\\_ja\\_vapaa\\_sivistystyoe/opiskelu\\_ja\\_tutkinnot/korkeakoulutettujen\\_oppisopimustyyppinen\\_taydennyskoulutus/](http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/aikuiskoulutus_ja_vapaa_sivistystyoe/opiskelu_ja_tutkinnot/korkeakoulutettujen_oppisopimustyyppinen_taydennyskoulutus/)

Rauhala, P. 2014. Leadership in Learning by developing. Teoksessa Katariina Raij (ed.) *Learning by Developing action model*. Laurea Julkaisut. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Senge, P.M. 1994. *The Fifth Discipline. The art & Practice of The Learning Organization*. New York Currency Doubleday.

Siltala, R. 2010. *Innovatiivisuus ja yhteistoiminnallinen oppiminen liike-elämässä ja opetuksessa*. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, 304. Akateeminen väitöskirja.

Tynjälä, P., Ikonen-Varila M., Myyry, L. & Hytönen, T. 2007. Verkostoissa oppiminen. Teoksessa A. Eteläpelto, K. Collin & J. Saarinen (toim.) *Työ, identiteetti ja oppiminen*. Helsinki: WSOY, 258–286.

Viitala, R. 2013. *Henkilöstöjohtaminen: strateginen kilpailutekijä*. Helsinki: Edita Publishing.

Virtanen, P. 2005. *Houkutteleva työyhteisö*. Helsinki: Edita.

Outi Ahonen, Aila Peippo & Annikki Päällysaho

## 2.2 ALUEELLINEN VAIKUTTAVUUS TYÖNANTAJIEN JA OPISKELIJOIDEN PALAUTTEIDEN NÄKÖKULMASTA

Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutus oli 30 opintopisteen laajuinen korkeakoulutetuille tarkoitettu oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus, joka suunniteltiin ja toteutettiin FUAS-yhteistyössä ja jota rahoitti Opetus- ja kulttuuriministeriö. Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutusta toteutettiin kaksi kertaa vuosina 2013–2015. Tässä luvussa käsitellään lukuvuoden 2013–2014 kokemuksia ja palautteita. Tavoitteena oli, että koulutusmalli palvelee korkeakoulutettujen pidempikestoista täydennyskoulutustarvetta. Koulutuksen joustavat opetukselliset ratkaisut ja työelämäläheinen toteutus mahdollisti, että koulutuksen avulla voitiin nopeasti reagoida työelämän tarpeisiin ja vastata osaajapulaan, ammattirakenteiden muutoksiin, teknologian kehityksen edellyttämiin osaamistarpeisiin ja työurien pidentämiseen. (Avoim Yliopisto 2014.)

Työpaikalla tapahtuvan oppimisen (70 %) ja tietopuolisten opintojen (30 %) vuorottelu mahdollisti sen, että oppisopimusopiskelijan työpanos oli työpaikan käytettävissä lähes koko koulutusajan. Tämän ansiosta kehittämistyöt saatiin osaksi työyhteisön arkea. Työpaikalla tapahtuva oppiminen oli keskeisessä asemassa, ja sitä ohjasi työnantajan nimeämä mentori yhdessä sovitulla tavalla. (Opetussuunnitelma 2014.)

Laurean yksiköissä on ollut n. 50 opiskelijaa pääosin pääkaupunkiseudulta ja Uudenmaan alueelta. Opiskelijoiden ammatillinen kokemus vaihteli muutamista vuosista kymmeneen vuosiin. Heidän työyhteisönsä olivat perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta, syöpään sairastuneen potilaan hoitoketjun eri vaiheista.

Koulutuksessa tavoiteltava osaaminen muodostui neljästä asiakaslähtöisestä osaamisalueesta, joilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Osaamisalueet olivat: asiakaslähtöinen kliininen osaaminen, ohjaus-, konsultointi- ja asiantuntijaviestinnän osaaminen, voimavaraistavan työtteen osaaminen sekä innovatiivinen kehittämisosaaminen. Kehittämisen kannalta koulutus mahdollisti omien osaamistavoitteiden kohdentamisen ja työyksikön työkäytänteiden kehittämisen ja kehitystyön juurruttamisen sekä hyvien käytänteiden jakamisen. Koulutuksen toteutuksessa varmistettiin EQF-tason 6 osaamisen vaatimukset siten, että opiskelija, mentori ja opettaja arvioivat opiskelijan osaamista näyttöön perustuvien arviointikriteerien kautta reflektioprofilin avulla.

Oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen tavoitteena oli tuottaa lisää osaamista opiskelijalle sekä hänen työyhteisölleen opiskelijan tekemän kehittämistyön kautta. Kehittämistyön aihe valittiin yhdessä työnantajan kanssa vastaamaan organisaation strategioita ja työyhteisön tarpeita. Opiskelijan opintoihin liittyvät osaamiskokonaisuudet kytkeytyvät aina vahvasti oman työyhteisön kehittämistyön eteenpäin viemiseen ja vuorovaikutteisten tilanteiden järjestämiseen työyhteisöissä. Tarkoituksena oli, että opiskelijat oppivat kliinisen syöpähoitotyön lisäksi kehittävää työtettä ja pystyvät soveltamaan taitojaan heti oman työyhteisön hoitokulttuurin kehittämiseksi kohti näyttöön perustuvia vaikuttavia käytänteitä.

Oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen opiskelijoiden oli tarkoitus saavuttaa kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien osaamistaso. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) määrittelee hoitotyön asiantuntijuuden tyytit seuraavasti: kliinisessä hoitotyössä toimivat, kliinisesti erikoistuneet hoitajat sekä kliinisen hoitotyön ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijat. Asiantuntijoiden osaaminen muotoutuu eri tavoin riippuen siitä, miten paljon sairaanhoitaja osallistuu potilashoittoon. Mitä lähempänä hän työskentelee asiakasta ja potilasta, sitä enemmän kliininen osaaminen korostuu. Kliinisen hoitotyön ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijoiden osaamisessa painottuu tutkimus-, teoria- ja kehittämisosaaminen. Myös Hoitotyön Tutkimussäätiö käyttää tätä osaamiskuvausta (Hotus 2014).

Laurea-ammattikorkeakoulussa pedagogisena mallina käytetään kehittämispohjaista oppimista – Learning by Developing (LbD). Siinä keskeisenä ajatuksena on kehittämistyön kautta oppiminen, jolloin teorian tieto sidotaan heti käytännön ja työelämän kehittämiseen. (Raij, 2007, 2014.) Oppisopimustyyppisessä täydennyskoulutuksessa on yhtenä kehittämistyön menetelmänä käytetty juurruttamista, joka perustuu LbD-malliin. Tavoitteena on tuottaa työyhteisöihin uusia näyttöön perustuvia toimintatapoja, niin että ne samanaikaisesti implementoidaan osaksi arjen toimintaa. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen, & Partamies 2012.) LbD-malli sopii hyvin yhteen Hoitotyön Tutkimussäätiössä kehitetyn toimintamallin kanssa, jossa tavoitteena on kuvata näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämistä. Siinä kuvataan uuden tutkimusnäyttöön perustuvan hoitotyön käytännön toimeenpano- ja seurantaprosessia. (Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen ja Perälä 2010.)

Näytönpaikka-seminaari kokosi koulutuksessa tuotetun kehittämisosaamisen yhteen. Kolmen ammattikorkeakoulun opiskelijat esittelivät kehittämistöitään postereiden muodossa. Tämä mahdollisti laajan verkostoitumisen opiskelijoiden kesken, kun he löysivät toisia samasta aihealueesta kiinnostuneita kollegoita. Toivomme, että opiskelun aikana luodut ammatilliset verkostot hyödyntävät sairaanhoitajia omassa työssään myöhemminkin opiskelun jälkeen.

Kaikissa kolmessa ammattikorkeakoulussa koottiin palaute osallistujilta ja työelämän edustajilta 2013–2014 koulutuksesta. Saatu palaute oli sekä sisällön että toteutuksen osalta erittäin hyvää. Kyky toimia oman alansa asiantuntijana ja työelämässä tarvittava kehittämisosaaminen vahvistuivat koulutuksen ja työssä oppimisen myötä. Erityisesti kehittämistyöllä nähtiin olevan vaikuttavuutta potilaan hoitoon ja palvelujen kehittämiseen. (Ahonen ym. 2014.)

Laureassa 2013–2014 kerätyn opiskelijapalautteen mukaan koulutuksessa oli onnistunutta erityisesti ryhmän tuki ja

opiskelijoiden yhteinen ammatillinen keskustelu. Keskusteluja ryhmän jäsenten välillä ja asiantuntijuuden jakamista kaivattiin enemmänkin. Opiskelijat toivoivat sisältöihin enemmän käytännönläheistä hoitotyötä ja asiantuntijaluentoja. Luentojen määrää ja osallistujien ammattitaidon hyödyntämistä lisättiin syöpähoitotyön kehittäjäkoulutuksen toiseen toteutukseen.

Opiskelijat kokivat, että kehittämistyötä voidaan hyödyntää työyhteisössä, ja sen tekeminen innosti kehittämään sekä itseä että työyhteisöä. Opiskelijat huomasivat oman ammattitaidon kehittymisen ja innostuivat oppimaan uutta. ”Kollegoilta saatu tieto ja ajatukset ovat kallisarvoisia ja ymmärrys siitä, että omaa työtään voi ja pitää kehittää”. Kehittämistehtävää käsiteltiin paljon myös lähipäivinä, koska sen eteenpäin viemisessä kaivattiin tukea. ”Itselleni valkeni oikeastaan vasta syksyn aikana, että mikä rooli meillä on tulevaisuudessa syöpähoitotyön kehittäjinä ja eteenpäin viejinä”. Seuraavalle ryhmälle haluttiin viestiä, että kehittämistyön valmistelu kannattaa aloittaa ajoissa, ja pohtia kehitettävää työtä mahdollisimman pian työyhteisöissä, jotta koko tiimin saadaan mukaan kehittämistyöhön, innostumaan aiheesta ja tukemaan työtä. Vertaiskäynnit koettiin myös tärkeäksi oman kehittämistyön uusia toimintatapoja hahmotettaessa.

Työnantajapalautteessa pidettiin hoitotyön kehittämistä päätavoitteena. Työyhteisön mahdollisuutta tukea opiskelijaa pidettiin sekä melko hyvänä että rajallisena. Vaadittiin opiskelijan omaa aktiivisuutta ottaa kehittämistyöhön liittyviä asioita esiin työyhteisössä. Resurssipulan nähtiin hankaloittavan asiaa. Samassa työyksikössä työskentelevät opiskelijat pystyivät olemaan tukena ja saivat kehittämistyön tekemisen aikana vahvistusta omalle osaamiselleen. Uutta tietoa otettiin mielellään vastaan lähes kaikkiin työyhteisöihin. Osa työnantajista arvioi, että heillä on opiskelijaa tukeva työyhteisö, joka on opiskelua ja kehittämistä motivoiva.

Oppisopimustyyppistä täydennyskoulutusta pidettiin organisaatioiden näkökulmasta hyvänä, mutta rekrytointia pidettiin haasteellisena. Työnantajat kokivat, että opinnot voitiin järjestää työn ohessa. Koulutukseen osallistujan saamaa osaamista pyrittiin hyödyntämään koko työyhteisössä. Parhaimman kokemuksen mukaan sekä opiskelijat, työyhteisö että potilaat hyötyivät opinnoista. Ajoittain koko työelämäorganisaation kanssa olisi haluttu enemmän yhteistyötä. Työelämän organisaation ja ammattikorkeakoulun yhteistyötä pidettiin pääsääntöisesti hyvänä. Kehitettävää nähtiin olevan mentorien roolin selkiyttämisessä sekä joissakin sisällöllisissä asioissa ajatellen organisaatioiden tarpeita. Erityisen onnistunutta työnantajien edustajien mielestä oli kehittämistyön tuoma tieto ja taito työyhteisöön. Syöpäpotilaiden hoitotyön ja henkilökunnan kehittämisosaamisen

koettiin edistyneen yksiköissä. Työyksiköt saivat myös toimivia työkaluja päivittäiseen toimintaan, perehdytykseen ja potilasohjaukseen.

Palautteen perusteella voimme todeta, että oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus on ollut keino aidosti kehittää terveydenhuollon yksiköiden toimintaa opiskelijoiden tekemän kehittämistyön avulla. Tämä vaatii kuitenkin aktiivista dialogia työyhteisön ja opiskelijan välillä yhteisen kehittämistavoitteen saavuttamiseksi. Työyhteisön toiminta ei kehity yksilön vaan yhteisön osaamisen kehittymisen kautta (Ora-Hyytiäinen ym. 2012). Esimiehet ovat avainasemassa kehittämistöissä muodostuneiden uusien toimintatapojen juurruttamisessa osaksi arjen kulttuuria.

### Lähteet:

Ahonen, O., Päällysaho, A., Maksimainen, A-N., Vikberg-Aaltonen, P. & Viikari, B. 2014. *Syöpähoitotyön kehittäjä 30 op. Oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus korkeakoulutetuille 2013 - 2014*. Loppuraportti. FUAS-liittouma.

Avoin yliopisto. 2014. *Avoin yliopisto-opetus Suomessa 2014 -2018*. [http://www.ucef.fi/opencms/export/sites/default/fi/liitetiedostot/Aikuiskoulutuksen\\_kokonaisuudistus.pdf](http://www.ucef.fi/opencms/export/sites/default/fi/liitetiedostot/Aikuiskoulutuksen_kokonaisuudistus.pdf)

Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä M.-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi - toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. *Premissi* 1, 38-45.

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. *Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla - tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä*. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Asiantuntijaluennot koettiin tärkeinä. Etäyhteys on mahdollistanut laajan asiantuntijajoukon hyödyntämisen koko FUAS-koulutuksessa. Sähköiset oppimisvälineet ovat tulleet sairaanhoitajille tutuiksi ja mahdollisesti myöhemmin myös heidän työssään tai jatko-opiskeluissa hyödynnettäväksi.

Työelämän ja opiskelijoiden antaman palautteen perusteella voimme todeta, että Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutus palveli koko aluetta ja vastasi Opetus- ja kulttuuriministeriön asettamiin tavoitteisiin työelämälähtöisestä koulutuksesta. ■

Raij, K. 2007. *Learning by Developing*. Laurea Julkaisut A58. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Raij, K. 2013. *Learning by developing in higher education. Education Sciences*. Publisher: Eötvös Loránd University, Faculty of Education and Psychology, Issue: II. ISSN: 2063-9546. Pages: 6–21.

STM. 2009. *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Teija-Kaisa Aholaakko

## 2.3 OSAAMISEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN OPPISOPIMUSLUONTEISEN TÄYDENNYSKOULUTUKSEN AIKANA

Vuosina 2010–2011 ja 2012 toteutetut kaksi ”Kirurgisen hoitotyön kliininen kehittäjä”-koulutusta rakennettiin kolmen ammattikorkeakoulun (Hämeen, Lahden ja Laurea-ammattikorkeakoulu) yhteistyönä vastaamaan Opetus- ja Kulttuuriministeriön oppisopimuskoulutukselle asettamiin tavoitteisiin (OPM 2008), yhteiskunnallisiin muutostarpeisiin (STM 2008, STM 2009) sekä koulutuksen suunnittelun aikana yhdessä työelämän edustajien kanssa tunnistettuihin alueellisiin osaamistarpeisiin. Koulutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnin kehittämisessä hyödynnettiin Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin (HUS) alueella raportoituja sairaanhoidajien osaamistarpeita (Meretoja 2003; Meretoja ym. 2009) ja muita ajankohtaisia tutkimustuloksia. Lisäksi suunnittelussa ja toteutuksessa huomioitiin kunkin ammattikorkeakoulun lähialueiden tarpeet. Tässä artikkelissa kuvataan ja arvioidaan koulutuksen aikana laaditun osaamisen arviointityökalun, ”Reflektioprofilin”, tutkimuksellista kehittämistä. Tälle tutkimukselle haettiin luvat kustakin ammattikorkeakoulusta erikseen. Opiskelijat antoivat kirjallisen tietoisensa suostumuksensa ennen arviointitietojensa käyttöä. Kehittämistyön tuloksia on aiemmin esitelty suomalaisille ja kansainvälisille korkeakoulutuksen kehittäjille ja tutkijoille (Aholaakko ym. 2010; Aholaakko ym. 2013; Aholaakko & Korhonen 2014). Reflektioprofilin tutkimuksellista kehittämistä on jatkettu vuosina 2012–2015 Syöpähoitotyön oppisopimustyyppisessä täydennyskoulutuksessa.

Koulutuksiin osallistui yhteensä 134 sairaanhoitajaa tai kätilöä, 66 opiskelijaa vuonna 2010–2011 ja 68 opiskelijaa

vuonna 2012. Tutkimusjoukko koostui 80 opiskelijasta, ja tutkimusaineisto heidän itsearviointiin käyttämistään reflektioprofileista. Katoa aiheutui yhden ammattikorkeakoulun jättäytyttyä pois toisen toteutuksen arvioinnista ja yksittäisten opiskelijoiden haluttomuudesta osallistua tutkimukseen. Opiskelijoilla oli joko lukiotausta tai ammatillinen, lähihoitajatutkinnosta tai muusta ammatillisesta perustutkinnosta alkanut koulutus, joka oli jatkunut sairaanhoitaja- tai kätilökoulutuksena opistoasteella (n=28) tai ammattikorkeakoulussa (n=52). Lisäksi muutamalla opiskelijalla oli joko suomalainen tai ruotsalainen terveydenhuollon maisteritutkinto. Perustutkintonsa lisäksi opiskelijat olivat osallistuneet ammatillisiin täydennyskoulutuksiin. Suurin osa opiskelijoista työskenteli perusterveydenhuollossa (n=59), pääosin julkisia terveystalouksia tuottavissa yksiköissä (n=78). Enemmistö opiskelijoista oli 39-vuotiaita tai vanhempia (n=42).

Opetussuunnitelmissa (OPS 2010, OPS 2011) kuvattiin ”Kirurgisen hoitotyön kliinisen kehittäjän”, oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen käytyään, osaavan: 1) toteuttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa uuden terveydenhuoltolain mukaisesti, 2) tuottaa kliinisessä hoitotyössä tarvittavaa näyttöön perustuvaa osaamista, sekä 3) edistää ja vahvistaa paikallista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Koulutuksessa hankittua osaamista arvioitiin kansallisella vaativuustasolla / eurooppalaisen tutkintojen viitekehyksen tasolla 6 (OPM 2009). Tason valintaa perusteltiin opiskelijoiden lähtötason

vaihtelevuudella sekä kriittisen ajattelun ja näyttöön perustuvan toiminnan sisällyttämisellä tälle valitulle tasolle.

Osaamisen ohjaamista ja arviointia varten rakennettiin työkalu ristiintaulukoimalla x) opetussuunnitelmassa esitetyt neljä osaamisaluetta: 1) kliininen kompetenssi (12 kriteeriä), 2) ohjaus-opetus-kompetenssi (3 kriteeriä), 3) päätöksenteko-kompetenssi (4 kriteeriä), sekä 4) kehittämis- ja arviointi-kompetenssi (3 kriteeriä), ja y) kehittämistavoitteista johdetut osaamisvaatimustasot. Osaamista arvioitiin ensimmäisessä toteutuksessa kolmella tasolla: 1) tutkimus-, suositus- ja hyväksi havaittuun kokemusnäyttöön perustuen, 2) tutkimus-, suositus- ja hyväksi havaittuun kokemusnäyttöön perustuen ja alueellisesti kehittäen ja 3) tutkimus-, suositus- ja hyväksi havaittuun kokemusnäyttöön perustuen ja kriittisesti, innovatiivisesti ja alueellisesti kehittäen. Kullekin käyttäjärühmälle (opiskelijat, työelämämentorit, opettajat) osoitettiin omat symboliset merkinsä, joiden avulla heidän toivottiin puolistrukturoidusti (symboli + sanallinen arviointi) tai strukturoidusti (vain symboli valittuun ruutuun) arvioivan opiskelijan lähtötaso/hankkimaa osaamista kompetenssien ja osaamistason muodostamien ulottuvuuksien mukaisesti. Vuoden 2012 toteutukseen ”Reflektioprofiiliin” lisättiin yksi taso: o) osaaminen perustui hyväksi havaittuun kokemusnäyttöön. Työkaluun lisättiin tuolloin myös osio, jossa opiskelija määritteli sanallisesti tavoitteet omalle osaamiselleen opintojen alkuvaiheessa jokaisella osaamisalueella.

Reflektioprofiili otettiin 2010 syksyllä käyttöön kaikissa kolmessa ammattikorkeakoulussa. Sitä käyttivät opiskelijat, ohjaavat opettajat ja jokunen työelämämentorkin. Arvioiva ohjaus pyrittiin kohdistamaan sekä opiskelijan henkilökohtaisiin että koulutuksen alussa oppisopimuksessa kuvattuihin työelämälähtöisiin tarpeisiin. Opettajat ohjasivat opiskelijoita ja mentoreita Reflektioprofiilin merkityksestä oman osaamisen arvioinnissa sekä työkalun teknisessä käytössä. Arviointidokumentit tallennettiin Word-muotoon sähköiselle verkko-oppimisalustalle. Opiskelijaa ohjattiin alkuvaiheessa täyttämään Reflektioprofiiliin oman osaamisen lähtötasokuvaus ja asettamaan tavoitteensa koulutuksen aikana hankittavalle osaamiselle symbolien avulla tai sanallisesti. Koulutuksen puolivälissä opiskelijoita ja mentoreita ohjattiin käymään keskusteluja opiskelijan osaamisen kehittymisestä ja täyttämään arvioinnit Reflektioprofiiliin. Jotkut opettajat käyttivät Reflektioprofiilia työpaikkakäyntiensä aikana ohjauksen tukena. Opiskelija ja ohjaava opettaja kävivät koulutuksen lopuksi arviointikeskustelun ja kirjasiivat Reflektioprofiiliin opiskelijan edistymisen eri osaamisalueilla.

Opiskelijat tarvitsivat ohjaavien opettajien tukea oman lähtötasonsa kuvaamisessa ja osaamistavoitteidensa

asettamisessa. Mentorit arvioivat Reflektioprofiiliin vain joi-takin osaamisalueita. He kokivat puolistrukturoidun tiedonkeruun vaikeaksi. Opettajat kokivat alkuvaikeuksien jälkeen käytön olevan melko toimivaa. Reflektioprofiilin käyttö vaatii kuitenkin runsaasti yhteistä keskustelua ja yhteisiä sopimuksia. Opettajat kokivat erityisesti kliinisen osaamisen arvioinnin vaikeana. Heillä ei ollut tarpeeksi tilaisuuksia seurata opiskelijan toimintaa työ- tai harjoittelupaikoissa, joten arviointi jäi kirjallisten tuotosten ja oppimiskeskustelujen varaan ja näin ollen puutteelliseksi.

Koulutuksen tuottaman osaamisen arviointia varten Reflektioprofiilista muodostettiin kirurgisen hoitotyön kliinisen kehittäjän neljää osaamisaluetta mittaava mittari. Osaamisalueita mittaavien kriteereitten lukumäärä vaihteli 3–12 välillä, joten neljä summamuuttujaa muodostettiin keskiarvojen avulla. Opiskelijoiden itsearvioinnin avulla testattuina mittarin hyvyttä kuvaavat Cronbachin alpha-reliabiliteettiker-toimet olivat korkeita kaikilla osaamisalueilla molemmissa toteutuksissa. Loppumittauksissa alpha-arvot (0.852–0.980) olivat pääosin suurempia kuin alkumittauksissa (0.669 - 0.985). Selkeitä eroja havaittiin eri osaamisalueiden välillä. Kolmiportaisella mittarilla (1–3) mitattuina summamuuttujien keskiarvot olivat korkeampia kuin neliportaisella asteikkolla (0–3). Koulutuksen tuottaman osaamisen kehittymistä kuvattiin keskiarvojen avulla. Koulutuksen alussa ja loppuvaiheessa arvioitua osaamista kuvaavien keskiarvojen eroja mitattiin riippuvien ryhmien t-testein toteutuksittain. Arviointiskaalojen poiketessa toisistaan toteutusten välisiä eroja ei mitattu.

Osaamisen kehittymistä kuvaavat tulokset olivat samansuuntaisia molemmissa toteutuksissa. o-tason lisääminen vuoden 2012 arviointiin aiheutti osaamisalueittaisten keskiarvojen laskun kaikilla osaamisalueilla. Molemmissa toteutuksissa kaikilla neljällä osaamisalueilla opiskelijat raportoivat osaamisensa kehittyneen koulutuksen aikana. Kaikki tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä. Vuonna 2011 opiskelijat kuvasivat osaamisensa kehittyneen eniten kliinisel- lä osaamisalueella ja vuonna 2012 ohjaus-osaamisessa. Kehittämis- ja arviointi-osaamisessa raportoitiin vähiten kehittymistä molemmissa toteutuksissa. Tämä saattaa johtua siitä, että opiskelijat olivat itsearvioinneissaan kaiken kaikkiaan hyvin kriittisiä. Tämä näkyi erityisesti lähtötasomittauksissa. Opiskelijat arvioivat oman osaamisensa perustuvan pääosin tutkimus-, suositus- ja hyväksi havaittuun kokemusnäyttöön, eli tasolle 1. Oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen kehittämisessä Kehittämis- ja arviointi-osaamisen vahvistaminen oli keskeistä. Kaikki opiskelijat toteuttivat omaan työyhteisöönsä kehittämistehtävän, jonka ympärille osaamisen tavoitteellinen kehittäminen koko koulutuksen aikana integroitiin. Saattaa olla, että Kehittämis- ja arviointi-osaaminen oli opiskelijoille uutta osaamista ja



siinä kehittymisen itsearviointi oli haastavampaa, kuin Kliinisen-osaamisen tai Opetus- ja ohjaus-osaamisen arviointi.

Reflektioprofiili mahdollisti osaamisen kehittymisen tutkimuksellisen arvioinnin vain opiskelijoiden itsearvioinnin osalta. Eri arvioitsijaryhmien keskinäinen vertailu ei ollut mahdollista lukuisten puuttuvien havaintojen vuoksi. Opettajat totesivat tietojen, taitojen ja asenteiden kokonaisvaltaisen arvioinnin haasteelliseksi. Opettajat kokivat myös, että näytön käytön arviointi kirjallisista lähteistä oli mahdollista, mutta kliinisen osaamisen luotettava arvioiminen on vaikeaa ilman havainnointia. Reflektioprofiilin tuottamien mitausten toistettavuuden ja käytettävyyden parantaminen eri arvioitsijaryhmissä on jatkossa tärkeää. Kirjatut, yksinkertaiset ja selkeät käyttöohjeet helpottaisivat työkalun käyttöä jatkossa. Mittaria jatkokehittäessä luotettavuutta olisi

hyvä testata tarkemmin psykometrisin testein suuremmissa tutkimusjoukoissa.

Näiden kahden toteutuksen jälkeen Reflektioprofiili otettiin käyttöön myös syöpäpotilaiden hoitotyön kehittäjille suunnatussa oppisopimustyyppisessä täydennyskoulutuksessa. Tulevaisuudessa erilaisin valmiuksin ja tarpein koulutukseen tulevat opiskelijat, heidän työyhteisönsä ja koulutuksen toteuttajat jatkavat näyttöön perustuvien arviointikäytäntöiden kehittämistä ja yhtenäistämistä entistä toimivammaksi työkaluksi. Syöpähoitotyön oppisopimustyyppisessä täydennyskoulutuksessa on kerätty aineistoa Reflektioprofiilin kehittämistyön jatkamiseksi. Aineiston analyysi alkaa ensimmäisen toteutuksen osalta tänä keväänä ja toisen toteutuksen osalta kun aineisto on kokonaisuudessaan kehittäjien käytössä. ■

#### Lähteet:

Aholaakko T.-K., Ahonen, O. & Vikberg-Aaltonen, P. 2010. Reflektioprofiili kirurgisen hoitotyön kliinisen kehittäjän arvioinnissa. Ammattikasvatuksen tutkimuspäivät 15. – 16.11.2010. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Aholaakko, T.-K., Ahonen, O., Korhonen, R., Maksimainen, A.-N., Peippo, A., Tuominen, M., Vikberg-Aaltonen P. 2013. Osaamisen kehittyminen oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen aikana. AMK- ja Ammatillisen koulutuksen tukimuspäivät. Ammattikasvatuksen tutkimuspäivät. 11.11.2013. Hämeenlinna.

Aholaakko, T.-K. & Korhonen, R. 2014. Competence-based Assessment in Post Degree Nursing Education. Oral presentation in Coehre Conference in Groningen, Netherlands 12th April 2014.

Meretoja, R. 2003. *Nurse competence scale*. Turun yliopiston julkaisusarja D 578. Yliopistopaino. Helsinki.

Meretoja, R., Harjula, T., Lehto, R., Timonen, L., Kallakorpi, S., Orvomaa, P.-L., Kotila, J. & Kangas, R. 2009. *Sairaanhoitajien osaamiskartoitukset HYKS-sairaanhoitoalueella 2007–2008*; 2–52.

KIRURGISEN HOITOTYÖN KLIININEN KEHITTÄJÄ 30 op. Oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus korkeakoulutetuille. Opetussuunnitelma 03.11.2010.

KIRURGISEN HOITOTYÖN KLIININEN KEHITTÄJÄ 30 op. Oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus korkeakoulutetuille. Opetussuunnitelma 01.11.2011. OPM 2008. Ammatillisesti suuntautuneen aikuiskoulutuksen kokonaisuudistus. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. 2008:10. Viitattu 18.01.2015. [http://www.ucef.fi/opencms/export/sites/default/fi/liitetiedostot/Aikuiskoulutuksen\\_kokonaisuudistus.pdf](http://www.ucef.fi/opencms/export/sites/default/fi/liitetiedostot/Aikuiskoulutuksen_kokonaisuudistus.pdf)

OPM 2009. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. 2009. Viitattu 18.01.2015. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM) 2009. Kunta- ja palvelurakenneuudistus (Paras). Viitattu 04.12.2009. [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/paras](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/paras)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM) 2008. Uusi Terveystieteidenhuoltolaki, Terveystieteidenhuoltolaki-ryhmän muistio. 2008:28. Viitattu 02.12.2009. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf)

3.  
*SYÖPÄPOTILAAN HOIDON  
KOORDINOINTI*

*Erja Loskin & Miia Niinimäki*

## 3.1 SYÖPÄHOITAJAN VASTAANOTON KEHITTÄMINEN JORVIN KIRURGIAN POLIKLINIKALLE

**S**yöpädiagnoosien määrä on lisääntymässä, ja jo nyt hoitoon pääsyssä on viiveitä. Terveystieteiden ammattiryhmien välisellä työnjaolla toimintaa voidaan tehostaa, ja syöpäsairauksiin perehtyneiden hoitajien määrää tulisi nopeasti lisätä. Potilaalle ei pidä koitua epätietoisuuden vaiheita; aina tulee tietä, mistä apua saa, mikäli sitä tarvitsee.

Tässä kehittämistyössä on työskennelty syöpäsairaanhoitajan vastaanoton aloittamista Jorvin sairaalan kirurgian poliklinikalle. Potilaan hoitosuhde kirurgian poliklinikalle on usein pitkä. Hoidon jatkuvuuden ja hyvän hoidon kriteerien täyttymiseksi on tärkeää, että potilaalla on tiedossa mihin hän voi ottaa yhteyttä hoitavassa yksikössä. Tulevaisuudessa syöpäsairaanhoitaja on syöpäpotilaan yhteyshenkilönä kirurgian poliklinikalla.

Ihmisen sairastuessa vakavasti elämän perusturvallisuus järkkyy, ja se pysäyttää. Vaikutukset ovat usein fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia ja voivat näkyä elämän kaikilla osa-alueilla, jotka koskettavat myös lähipiiriä sekä perheitä. Tällöin ihminen tarvitsee tukea selviytyäkseen kriisistä.

Kaikille uusille syöpäpotilaille yhteistä on diagnoosin saamisen jälkeen se, ettei tukea ole kirurgian poliklinikalta osoitettavissa. Alkusokin kanssa potilas jää yksin odottamaan tulevia aikoja leikkaukseen tai lisätutkimuksiin toisiin yksiköihin, ja aikaa saattaa vierähtää jopa viikkoja, kunnes hän tapaa hoitavan lääkärin tai hoitavan yksikön sairaanhoitajan. Kehittämistyön kohteena olevan syöpähoitajan vastaanoton tarkoituksena on kehittää poliklinikkapotilaiden hoitoa

hyvän hoidon kriteerien tasolle. Tavoitteena on, että syöpähoitaja tapaa potilaita mahdollisuuksien mukaan akuuttivaiheessa eli kun potilas on ensimmäisellä käynnillään poliklinikalla. Mikäli tapaaminen ei silloin ole mahdollista, syöpähoitaja ottaa potilaaseen yhteyttä seuraavien päivien aikana. Jatkossa, hoidon edetessä, yhteydenpito voisi olla molemmin suuntaista, aina tarpeen ilmaantuessa. Tämä koetaan tarpeelliseksi siksi, että tällä hetkellä potilaat jäävät ilman juuri hänelle yksilönä osoitettua hoitokontaktimahdollisuutta, joka huolehtii hänen henkisestä ja fyysisestä selviytymisestään hoidon odotusaikana.

Mikäli potilaan diagnoosin saaminen viivästyy tai lisätutkimuksiin kuluu paljon aikaa, potilaalla on mahdollisuus hakea tukea ja tietoa syöpähoitajalta. Myös pidemmällä aikavälillä on hyvä, että potilas voi sairauteensa liittyvissä asioissa olla tarvittaessa yhteydessä syöpähoitajaan.

Syöpähoitajan vastaanotto toiminnan mallia on tässä kehittämissuunnitelmassa tuotu osastolle juurruttamismenetelmän avulla. Juurruttamisessa uutta toimintatapaa otetaan käyttöön jo kehittämisen aikana, käynnissä on oppimisprosessi. Kun käytännön tietoa ja tutkimustietoa vertaillaan, syntyy uutta tietoa, joka muodostuu käytännön osaamiseksi. Juurruttamisen prosessi voi alkaa vasta, kun mukana olevat tahot ymmärtävät muutoksen merkityksen.

Kehitystyössä pidettiin osastotunteja ja kokouksia erilaisilla foorumeilla pitkin matkaa. Keskusteluja käytiin vastaanoton tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä, ja palaute oli myönteistä ja kehitystyötä tukevaa. Esiin nousi myös

syöpärekisterin ylläpidon tarve laadullisen seurannan välineenä. Syöpäsairaanhoitajille päädyttiin perustamaan oma puhelin ja numero, joka ei ole sidottu tiettyyn fyysiseen paikkaan. Tilanteen mukaan fyysinen paikka toiminnalle etsitään myöhemmin. Toiminnan aloitusajankohdasta keskusteltiin ja päätettiin vastuuhenkilöt sekä konsultoivat lääkärit ja muut käytännön asiat.

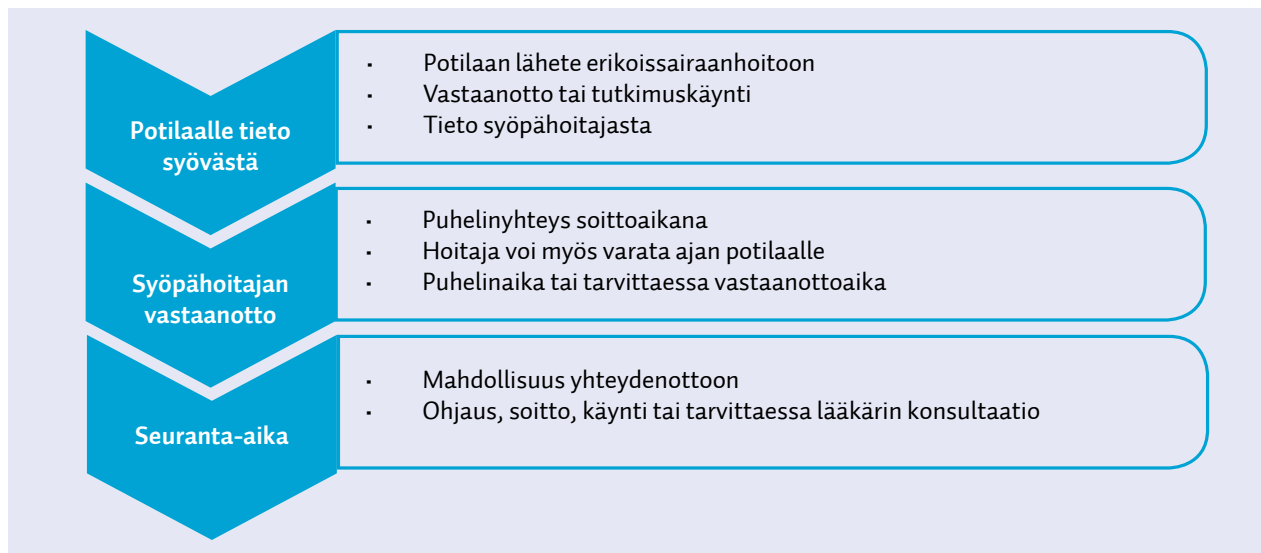
Poliklinikan henkilökuntaa informoidaan uudesta toimintamallista, jotta he osaavat ohjata apua tarvitsevat potilaat vastaanotolle. Syöpäsairaanhoitajan vastaanotto toiminnasta laadittiin myös posterit, jonka avulla tietoa toiminnasta voi välittää suoraan potilaille esim. odotustiloissa. Toimintaan suunniteltiin resursoitavan alkuvaiheessa yhden hoitajan työpanos yhtenä päivänä viikossa. Resurssi jaettaisiin kahden hoitajan kesken. Tulevaisuuden visiona on sähköisen asioinnin hyväksikäyttö toiminnassa. Toistaiseksi se ei kuitenkaan vielä onnistu tietosuoja-asioiden vuoksi.

Kehittämistehtävä eteni sujuvasti ja yhteistyö eri tahojen kanssa on toiminut hyvin. Vastaanotto toiminta

suunniteltiin käyttöönottovalmiiksi. Haasteita toiminnan aloittamiselle toivat resurssien järjestäminen, jatkuva muutos ja työnkuvien muuttuminen. Resurssia on aina vaikea löytää muuttuvassa tilanteessa ja etenkin toiminnalle, jota ei aiemmin ole ollut. Tulevaisuuden haaste, kun vastaanotto alkaa, on potilaiden ohjautuminen vastaanotollemme.

Kun syöpähoitajan ammattitaitoa käytetään avuksi potilaan tukemisessa, lääkärin vastaanottoresursseja säästyy enemmän ensikäyntipotilaille sekä vaativampaa seurantaä tarvitseville potilaille. Myös hoitajan työn mielekkäisyys ja monipuolisuus lisääntyy, ja henkilökunnan tietotaitoa hyödynnetään paremmin.

Vastaanottosuunnitelma on saanut potilailta erittäin positiivista palautetta. Syöpäsairaanhoitaja yhteyshenkilönä luo potilaille tunteen kokonaisvaltaisesta hoidosta, jossa hoidon saatavuus ei pirstoidu moneen paikkaan. Kun on yksi taho, johon ottaa yhteyttä turvallisuuden tunne lisääntyy. Tällöin myös hoidon laatu kasvaa. ■



Kuva 1 Syöpähoitajan vastaanoton sijoittuminen potilaan hoitoprosessiin

Johanna Hirvelä

## 3.2 SYÖPÄPOTILAAN RINNALLA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA KOKO HOITOKETJUN AJAN

Toimin sairaanhoitajana Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa, Ylivieskan terveyskeskuksen avosairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon syöpähoitotyön kehittämisen aloitimme noin kaksi vuotta sitten, minkä tueksi aloitin opinnot Laurea-ammattikorkeakoulussa Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutuksessa, jossa tein kehittämistehtävänä syöpähoitajan toimintamallin perusterveydenhuoltoon.

Syöpäpotilaiden määrä kasvaa koko ajan. Näin ollen myös syövän hoitomuodot kehittyvät ja lisääntyvät. Yhä enemmän syöpäpotilaiden hoitoa siirretään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon puolelle. Syöpäpotilaiden määrän ja syöpähoitojen lisääntyessä kuntayhtymän alueella havaittiin tarve kehittää alueellista syöpähoitotyötä. Kehittämistehtävä toimi syöpähoitotyön kehittämisen runkona. Kehittämistehtävällä pyrittiin parantamaan syöpäpotilaan hoitotyötä ja perusterveydenhuollon syöpähoitotyötä laatimalla syöpähoitajan toimintamalli. Haasteena oli kehittää yksikköömme ja alueellemme toimiva ja tarpeet tyydyttävä toimintamalli tehostamalla toimintaa ja parantamalla hoidon laatua nykyisellä resurssilla. (Joensuu, H., Jyrkkiö, S., Kellokumpu-Lehtinen, P., Kouri, M., Lyly, T. & Roberts., P. J. 2013. 130–33; Hänninen, S. 2013, 7; Syövän hoidon kehittämisen vuosina 2010–2020. 2010, 3.)

Toimintamallin tarkoituksena oli parantaa syöpäpotilaan hoitoa ja hoitotyön laatua perusterveydenhuollon osa-alueilla. Hoitotyön laadun parantamisella pyrittiin yksilöllisyyteen, potilaslähtöisyyteen, hoidon jatkuvuuteen ja järjestämään hoito tarkoituksenmukaisimmin. Laadun parantamisella pyrittiin myös kustannustehokkuuteen. Avosairaanhoidossa tarvittiin syöpähoitojen asiantuntijuutta syöpäpotilaiden hoidossa.

Toimintamalli toteutettiin ja resurssi toiminnalle saatiin keskittämällä aiemmin avosairaanhoidossa toteutetut syöpäpotilaan hoitotoimenpiteet (kuten lääkehoidot, vasculoportin huuhtelut, hoitojen järjestely) yhdelle sairaanhoitajalle eli syöpähoitajalle. Syöpähoitaja on erikoistunut syöpäpotilaan hoitoon. Syöpähoitaja toimii syöpäpotilaiden hoidon ohessa myös työyhteisössä henkilökunnan konsultaatioapuna ja tukena. Hoitotyön jatkuvuuden parantamiseksi syöpähoitajalle hankittiin potilastietojärjestelmään oma hoitotyönlehti.

Toimintaa oli rajattava resurssien rajallisuuden vuoksi. Syöpähoitajan toiminnalle on resursoitu yksi kahdeksan tunnin työpäivä yhtä työviikkoa kohti, mutta häntä voi tarvittaessa tavoitella puhelimitse. Esimerkiksi solunsalpaajahoitojen toteuttaminen jäi edelleen päivystyksen sairaanhoitajien tehtäväksi. Syöpähoitaja suunnitteli hoidon toteutuksen ja valvoi annettavan hoidon laatua. Syöpähoitajan toimintamalli tehtiin kirjallisena, mikä antaa raamit toiminnalle ja ohjaa toiminnan toteutusta. Syöpähoitajan vastaanotoille tuotettiin omat tilastointimenetelmät potilastietojärjestelmään, jolla pystytään seuraamaan potilasmäärää ja hoidon sisältöjä.

Työtehtävien uudelleen järjestämisellä vähennettiin kuormitusta terveyskeskuksen päivystyksen sairaanhoitajilta ja parannettiin työ- ja potilasturvallisuutta sekä edistettiin työhyvinvointia syöpähoitojen toteutuksessa. Syöpähoitaja pystyy vastaanotoillaan keskittymään tarkemmin syöpäpotilaan laadukkaaseen hoitoon. Syöpähoitaja tekee laajemman kartoituksen potilaan tilanteesta ja koordinoi potilaan hoitoa tarkoituksenmukaisimmin. Tämä mahdollistaa hoidon kokonaisvaltaisuuden, jatkuvuuden ja yksilöllisyyden.

Syöpähoitajan toimenkuvaa pystyttiin nopeasti hyödyntämään ja se löysi paikkansa palveluketjusta. Syöpähoitaja on aktiivisesti mukana paikallisen syöpäyhdistyksen toiminnassa, mikä parantaa hoitotyön laatua, ja kolmas sektori tuli mukaan yhdeksi tukitoimeksi.

Toiminnalla haettiin myös kustannustehokkuutta. Syöpähoitajan toiminnalle ei ollut erillistä resurssia vaan se koottiin organisoimalla työtehtäviä uudelleen. Selvät kustannushyödyt havaittiin, kun perusterveydenhuoltoon pystyttiin ottamaan uusia syöpäpotilaiden hoitotoimenpiteitä erikoissairaanhoidosta. Potilaiden hoitoa järjesteltiin tarkoituksenmukaisimmin ja turha päällekkäistyä ja ylimääräiset yhteydenotot vähenivät. Esimerkiksi potilaiden syöpäkontrollien järjestely tapahtui syöpähoitajan kautta, joka suunnitteli kontrollikäynnit etukäteen lääkärin kanssa, jotta tarpeelliset tutkimukset tuli tehtyä ennen vastaanotolle tuloa. Potilaan kanssa yhdessä tehdyt hoitosuunnitelmat vähensivät ylimääräisiä päivystyskäyntejä, ja potilaan hoito toteutui suunnitellusti. Syöpähoitajan toiminnalla pystyttiin ottamaan omaiset aktiivisesti mukaan syöpäpotilaan hoitoon, mikä mahdollisesti voisi vähentää jatko-ongelmia. Lääkekustannuksissa saatiin näkyviä kustannushyötyjä. Potilastyytyväisyys lisääntyi toiminnan myötä.

Toimintatavan juurruttamisessa on ollut tärkeää aktiivinen tiedottaminen. Syöpähoitaja on tiedottanut toimintaa ja sen käytäntöjä itse aktiivisesti työyhteisölle, organisaatiolle, yhteistyökumppaneille ja potilaille erinäisten tietokanavien kautta. Toimintamallia on kehitetty edelleen juurruttamisen aikana, ja myös syöpähoitaja on kehittänyt omaa ammattitaitoaan. Työyhteisö on kokenut tärkeäksi sen, että yksikössä on asiantuntija syöpähoitojen alueelta. Syöpähoitaja on tullut tutuksi, ja työyhteisö tekee yhteistyötä syöpähoitajan kanssa. Yhteistyö erityisesti organisaation sisällä on vahvistunut toiminnan edetessä, mikä on ollut tärkeä potilaan hoidon jatkuvuudessa ja kustannustehokkuuden toteutumisessa.

Kehittämistyön tuloksena muodostettu syöpähoitajan toimintamallin kuvaus on tukena päätöksenteossa ja ohjaa toimintaa arjessa. Sitä voidaan käyttää tukena, kun organisaatiossa perustellaan lisäresurssin tarvetta syöpähoitajan toiminnalle. Toimintojen uudelleen järjestäminen toimi edelläkävijänä aukaisemassa ovia uusille

## Lähteet

Joensuu, H., Jyrkkiö, S., Kellokumpu-Lehtinen, P., Kouri, M., Lyly, T. & Roberts, P. 2013. *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, S. Syöpäsairaanhoidon vastaanottotoiminnan käynnistäminen perusterveydenhuollossa. *Syöpäsairaanhoidaja* 3/2013.

kehittämishaasteille. Tällä saatiin näytettyä, miten voidaan maksimoida toiminnan tehoa ja saada siitä vaikuttavuutta. Toiminnalla saatiin kustannushyötyjä, kun päällekkäinen tehoton työ sekä vastaanottokäynnit vähenivät ja lääkekustannukset pienenevät.

Toiminta paransi potilastyytyväisyyttä. Toiminta on potilaslähtöistä ja yksilöllistä huomioiden omaiset, sosiaaliturvasasiat ja kunkin hoitotarpeet. Potilaat kokivat syöpähoitajan toiminnan tuovan heille turvaa, kun hoitaja oli tuttu ja tunsi heidän taustansa. Syöpähoitaja sai myös kolmannen sektorin palvelut lähemmäs potilasta. Syöpähoitaja on tärkeä matalan kynnyksen henkinen tuki.

Erikoissairaanhoidon hoitojen siirtäminen perusterveydenhuoltoon helpottui ja yhteydenotto oli sujuvampaa. Syövän hoitojen loputtua ja hoidon seurannan siirtyessä kokonaan perusterveydenhuoltoon voitiin turvata hoidon jatkuvuus, kun hoitojen loppuessa erikoissairaanhoidon lääkäri sai suoraan yhteyden syöpähoitajaan. Kotisairaanhoidon ja erityisesti kotihoidon palvelutarpeen arviointi yksikön hoidon suunnittelua helpotti, kun avosairaanhoidon syöpäpotilaat voitiin ohjata syöpähoitajalle. Kotihoidon kanssa tehtiin yhteistyötä potilaiden hoidossa ja näin ehkäistiin päällekkäinen työ. Vuodeosastolla tarvittiin syöpähoitajaa tukemaan potilasta ja omaisia. Syöpähoitajaa tarvittiin vuodeosastolla myös kotiuttamisvaiheessa ja vaikeiden päätösten teossa. Lääkärit pystyivät ohjaamaan syöpäpotilaita syöpähoitajalle kontrolliin esimerkiksi kipulääkityksen vastearvioon. Päivystyksestä ja ajanvarausvastaanoilta pystyttiin ottamaan suoraan yhteys syöpähoitajaan potilaan asioissa, jotta potilaan hoito toteutuisi tarkoituksenmukaisimmin.

Syöpähoitajana olen toiminut nyt 1,5 vuotta. Syöpähoitajan työ on vaativaa, mutta antoisaa. Työ antaa enemmän kuin ottaa. Syöpähoitajana kasvan koko ajan ammattilaisena ja ihmisenä. Työn tukena käyn säännöllisesti työnohjauksessa, mikä on erittäin tärkeä voimavara. Yksikössämme ei ole vielä syöpähoitajan toimea ja resurssi on sama kuin aloittaessa. Työtä on paljon ja aikaa vähän. Kiire aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta ja on yksi uhka työssä jaksamiselle. Kuitenkin positiivisin mielin katse tulevaisuuteen, että syöpäpotilaamme perusterveydenhuollossa saisivat jatkossa hoitajan, jolla olisi enemmän aikaa ja mahdollisuutta hoitaa lähempänä. ■

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä. 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

*Kaisa-Liisa Heikkilä & Tuuja Aarnio*

### 3.3 MATKALLA KOHTI TERVEHTYMISTÄ – RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU HYKS:SSÄ

**S**uomen Syöpärekisterin tilastojen mukaan vuonna 2012 rintasyöpään sairastui 4 694 naista ja 26 miestä. Helsingin yliopistosairaalaapiirin erityisvastuualueella sairastui rintasyöpään 1737 naista ja 8 miestä. (Suomen Syöpärekisteri 2014.) Syöpään sairastuessaan ihminen kohtaa kriisin, joka voi järkyttää mielen tasapainoa siinä määrin, että se häiritsee sen hetkisen tilanteen hallintaa. Kriisi voi aiheuttaa toimintakyvyn pysyvää heikkenemistä. Kriisin hallintaan on käytössä erilaisia selviytymiskeinoja ja opittuja toimintatapoja. Yksi niistä on älyllinen suuntautuminen, jolloin sairastunut rakentaa elämän hallintaa tietoa hakemalla, analysoimalla ja pyrkimällä käsittelemään sairastumista rationaalisiin järjestykseen perustuvilla keinoilla. (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2009, 104–117.) Oman sairauden ja sen hoidon ymmärtäminen lisää voimaantumista ja auttaa suhtautumaan analyttisemmin hoitoon (Chang, Li, Liu 2004; Tuorila 2009.)

Työskentelemme molemmat rintasyöpäpotilaanhoitajina HYKS:ssä. Toinen tapaa työssään juuri rintasyöpään sairastuneita ja leikkausta odottavia potilaita. Toinen meistä työskentelee rintasyöpähoitopolun loppuosassa hoitojen jälkeisen seurantavaiheen parissa. Olimme havainneet työssämme, että rintasyöpäpotilaat olivat usein epätietoisia hoitonsa etenemisestä ja toteutusjärjestyksestä sekä siitä, missä hoitopolun eri vaiheet toteutetaan.

Rintarauhaskirurgian yksikössä oli havaittu, että rintasyöpään sairastuneet potilaat usein etsivät tietoa internetistä jo rintasyöpää epäiltäessä ja varsinaista diagnoosia odottaessaan ennen sairaalaan ensikäynnille saapumista. Tietoa

on paljon tarjolla, mutta luotettavaa, näyttöön perustuvaa ja oikean aikaista tietoa voi olla vaikea löytää. Rintasyöpää käsitellään runsaasti eri medioissa, mutta niistä välittyvä tieto on usein jonkun sairastuneen subjektiivinen kokemus. Tieto ei silloin välttämättä perustu todellisiin tietoihin ja voi aiheuttaa vääriä mielikuvia sairaudesta.

Tämän päivän tietoyhteiskunnassa sairastuneiden odotukset ja vaatimukset oman elämän hallintaan ovat muuttuneet aktiivisemmiksi. Potilaan rooli ei nykyään ole vain holhoavan hoidon vastaanottaja. Raudasojan (2007) tutkimuksen mukaan sairastunut voi kokea jäävänsä järjestelmän armoille, mikäli hän ei hahmota hoitoansa ja asioidensa etenemistä. Rintasyöpäpotilaan hoitopolulla (leikkaushoito, solunsalpaajahoidot, sädehoito, seuranta) kulkemista vaikeutti HYKS:n alueella myös se, että eri hoitovaiheisiin liittyvät sairaalarakennukset sijaitsivat eri puolilla kaupunkia. Potilaat eivät usein tieneet, missä paikassa toimitaan hoitopolun eri vaiheissa ja minne olla tarvittaessa yhteydessä.

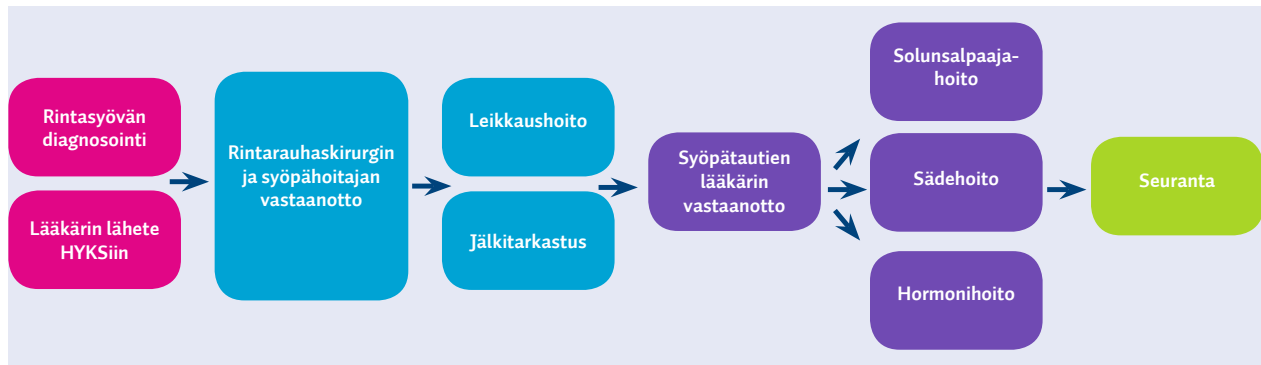
Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda selkeä Helsingin yliopistollisen sairaalan (HYKS) alueen rintasyöpäpotilaan hoitopolun kuvaus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) internet-sivuille. Tarkoituksena oli saada potilaan käyttöön työkalu, joka selkeyttää tiedonsaantia rintasyöpävän hoidon kaikissa eri vaiheissa. Tavoitteena oli näin lisätä oman elämän hallinnan tunnetta ja siten lisätä voimaantumista.

Työ aloitettiin Laurea-ammattikorkeakoulun syöpähoitotyön kehittäjä -opintoihin liittyvänä kehittämistyönä

kevällä 2013. HYKS:ssä heräsi kehittämistyön jo käynnistettyä, Anne Ryhäsen (2012) väitöskirjan innoittamana, tarve kuvata rintasyöpäpotilaan hoitopolku laajemmin internet-sivustolla. Tarkoitus oli kuvata kaaviona kronologisessa järjestyksessä hoitopolku eri vaiheineen ja samalla liittää klikkaamalla avattavaksi taso tasolta syveneviä ohjeita hoidon kulusta sekä näyttöön perustuvaa tietoa rintasyövästä. Sitä suunnittelemaan perustettiin moniammatillinen

työryhmä, johon meidän lisäksi nimettiin mukaan asiantuntijoita sekä rintarauhaskirurgian että onkologian puolelta.

Rintasyöpäpotilaan hoitopolku oli ensimmäinen suoraan potilaiden käyttöön tarkoitettu kaavio HYKS:ssä. Se on toiminut pilottina, ja sen myötä on alettu kehittää samankaltaisia hoitopolkujen kuvauksia eri tautiryhmille.



Kuva 2 Rintasyöpäpotilaan hoitopolku (www.hus.fi)

Hoitopolkukuvaukselle on ollut selkeä tarve, ja se saikin erittäin hyvän vastaanoton. Rintasyöpäpotilaan hoitopolku julkaistiin HUS:n internet-sivuilla naistenpäivänä 8.3.2014. Sen jälkeen hoitopolkukuvauksen otettiin aktiiviseen käyttöön Rintarauhaskirurgian yksikössä, josta se lähtee jokaiselle potilaalle kutsukirjeen mukana. Myös Syöpätautien klinikalta lähtee rintasyöpäpotilaan kutsun mukana ohje hoitopolkukuvauksen löytämiseen. Asia otetaan esille myös vastaanottokäyntien yhteydessä. Niin Rintarauhaskirurgian kuin Syöpätautien klinikoiden seinillä on useita julisteita hoitopolkukaaviosta. Hoitopolkukuvauksista hyödynnetään uusien työntekijöiden perehdyttämisessä ja opiskelijoiden ohjaamisessa. Olemme myös aktiivisesti pyrkineet tuomaan esille rintasyöpäpotilaan hoitopolkua sekä artikkeleita eri tilaisuuksissa.

Olemme saaneet potilailta paljon positiivista palautetta ja koemme potilaan ohjaamisen helpottuneen, kun hänellä on looginen ja realistinen mielikuva hoitopolulla etenemisestä jo ennen vastaanotolle saapumista. Onkin herännyt haave, että saisimme klinikalle rintasyöpäpotilaan tietonurkkauksen, jossa olisi muun tiedon ja esitteiden ohella mahdollisuus tutustua internet-sivustolla olevaan hoitopolkukuvaukseen. Tiedottamisella ja artikkeleilla olemme pyrkineet tuomaan rintasyöpäpotilaan hoitopolkukaaviota julkiseen tietoisuuteen ja siten palvelemaan niitä tahoja perusterveydenhuollon tai yksityisten palveluntuottajien piirissä, joissa rintasyöpä todetaan ja joista läheteitä HYKS:n erikoissairaanhoidon kirjoitetaan. ■

## Lähteet

Chang LC, Li IC & Liu CH. 2004. A study of empowerment process for cancer patients using Freire's Dialogical Interviewing. *Journal of Nursing Research* 12 (1), 41–49.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siren, T. & Välimäki, P. 2009. *Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla*. WSOY.

Raudasoja, L. 2007. *Rintakasvaimen/-syövän hoitoketjun jatkuvuus ja asiakaskeisyyden tapaustutkimus*. Pro gradu -tutkielma, Turun yliopisto.

Ryhänen, A. 2012. *Internet-based breast cancer patient's pathway as an empowering patient educational tool*. Väitöskirja, Turun yliopisto.

Suomen Syöpärekisteri 2014. Vuoden 2012 syöpätalastot. Viitattu 8.10.2014. [www.cancer.fi/syoparekisteri](http://www.cancer.fi/syoparekisteri)

Tuorila, H. 2009. *Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen*. Teoksessa: Lammi, M., Niva, M. & Varjonen, J. *Kulutuksen liikkeet – kuluttajatutkimuksen vuosikirja*. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.



Anne Bergström

## 3.4 RINTASYÖPÄPOTILAAN KIRURGISEN HOITOTYÖN KÄSIKIRJA

**N**aisten sairastuminen syöpään on lisääntynyt 1950-luvulta lähtien. Syy tähän on naisten yleisimmän syövän, rintasyövän jatkuva yleistyminen. Rintasyövän esiintyvyys lisääntyy 45 ikävuoden jälkeen, mutta sitä voi olla alle 30-vuotiaillakin. Väestön ikääntymisen myötä myös sairastuvuus lisääntyy. Kuolleisuus rintasyöpään on pysynyt alhaisena. Alhaisuuden selittää hyvä ja toimiva terveydenhuolto ja moniammatillinen yhteistyö eri hoitoyksiköiden välillä. Hoitotulokset ovat parantuneet varhaisen toteamisen ja hoitokäytäntöjen kehittämisen myötä.

Rintasyöpäpotilaiden määrän lisääntymisen vuoksi hoitoa annetaan entistä enemmän päiväkirurgisesti. Lyhentyneet hoitajaksot rintasyöpäpotilailla ovat tuoneet työhön poliklinikalla ja osastolla uusia haasteita ja vaatimuksia. Tämän myötä hoitohenkilökunnalta edellytetään korkeatasoista tietotaito-osaamista.

Kehittämistyössä toteutettiin Hyks Rintarauhaskirurgian yksikköön poliklinikalle ja vuodeosastolle hoitajille ja opiskelijoille rintasyöpäpotilaan kirurgisen hoitotyön käsikirja, joka kuvaa tiivistetyssä muodossa hoitoprosessin hoitotyön osalta. Työn tavoite on parantaa poliklinikalla ja osastolla hoidon laatua ja potilasturvallisuutta eri hoitoprosessien vaiheissa sekä tukea käytännön hoitotyötä. Samalla käsikirja tukee uusia työntekijöitä ja opiskelijoita perehdytyksessä. Käsikirja toimii ns. muistina hoitajille sekä poliklinikalla että vuodeosastolla. Käsikirjassa kuvataan potilaan hoitoprosessin eri vaiheet ja huomioitavat seikat niin poliklinikalla käynnin yhteydessä kuin osastolla ennen leikkausta, leikkauspäivänä sekä kotiutuksen yhteydessä.

Helsingin, Espoon ja Vantaan rintarauhaskirurgia on keskitetty HYKS Rintarauhaskirurgian yksikköön, joka toimii Kirurgisessa sairaalassa. Osaston erityispiirteenä on integroitu osasto, mikä tarkoittaa sitä, että poliklinikka ja vuodeosasto toimivat samoissa tiloissa. Potilaan hoito on kokonaisvaltaisempaa tällaisella osastolla, koska potilaan kirurginen hoitaminen tapahtuu kokonaisuudessaan samassa yksikössä. Osaston henkilökunta työskentelee sekä poliklinikalla, että vuodeosastolla.

Käsikirjan kuvaama rintarauhaskirurgisen potilaan hoitoprosessi on havainnollistettu kuvassa 3. Prosessi alkaa Kirurgisessa sairaalassa läheteen saapumisella. Lähetteitä tulee seulonnan kautta, julkiselta puolelta, terveysasemalta, työterveyshuollosta, toisesta sairaalasta, jonkun muun tutkimuksen yhteydessä löydetyistä kasvaimista sekä yksityiseltä puolelta gynekologin lähettämänä. Potilaasta on tehty lähettävässä yksikössä mammografia ja ultraäänitutkimus sekä otettu paksuneulanäytteet.

Osaston lääkäri hyväksyy ja lukee päivittäin tulevat läheteet, antaa toimintaohjeet sekä ehdottaa, ketkä soveltuisivat läheteen perusteella päiväkirurgiseksi potilaaksi. Hän määrää myös tarvittavat lisätutkimukset. Sen jälkeen jononhoitaja katsoo potilaille poliklinikka-ajan sekä leikkausta edeltävän käynnin ajan osastolla sekä leikkauspäivän. Potilaaseen otetaan yhteyttä puhelimitse ja informoidaan ajoista sekä mahdollisista lisätutkimuksista ja laboratoriokokeista. Poliklinikalle potilas saa ajan keskimäärin kahden viikon kuluessa, jos lisätutkimuksia ei tarvita.

Poliklinikalle tullessaan potilas tietää diagnoosin ja on jo itse mahdollisesti hakenut tietoa sairaudestaan. Vastaanotolla

lääkäri kertoo eri leikkausvaihtoehdoista ja päättää yhdessä potilaan kanssa, minkälainen leikkaus tehdään. On toivottavaa, että omainen tai ystävä on mukana vastaanotolla tuke-  
massa potilasta ja saamassa samalla itse tietoa läheisen sairau-  
desta ja suunnitellusta leikkauksesta.

Potilaat, joilla on rintasyöpädiagnoosi, tapaavat poliklinikal-  
la rintasyöpähoitajan, joka antaa tukea, neuvoja ja ohjausta  
sairauden tuomista muutoksista jokapäiväisessä elämässä.  
Siellä käydään läpi vielä toimenpiteeseen liittyviä epäselviä  
asioita, ja potilas saa mukaansa kirjallista materiaalia. Polik-  
linikkakäynnin yhteydessä lähes jokainen leikkauksajan saa-  
nut potilas tulee myös joko anestesia-  
lääkärin tai -hoitajan vastaanotolle, jossa käydään läpi mm. potilaan esitiedot sekä  
leikkauspäivän kulkua.

Leikkausta edeltävänä päivänä rintasyöpäpotilaat menevät  
Meilahden sairaalaan isotooppilaboratorioon, missä pistet-  
ään radioaktiivinen merkkiaine syöpärintaan. Siitä parin  
tunnin kuluttua otetaan gammakuvaus, josta saatu kartta  
toimitetaan samana päivänä Kirurgiseen sairaalaan, jos ei  
toisin sovita. Potilas tapaa osastolla sairaanhoitajan ja kirur-  
gin ja käydään läpi seuraavan päivän leikkausta ja siihen  
valmistautumista. Kaikki potilaat eivät tule leikkausta edel-  
tävänä päivänä käymään osastolla, vaan soittavat tuloajasta  
edellisenä päivänä.

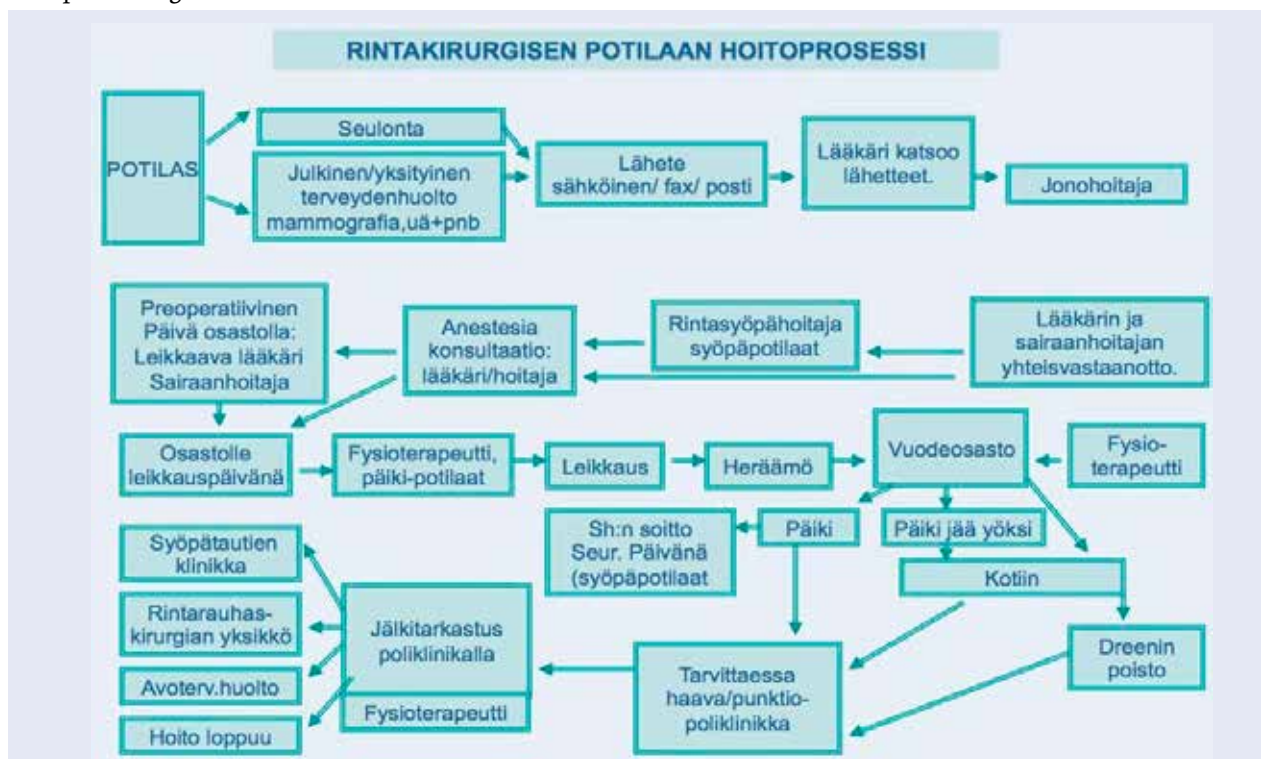
Leikkauspäivänä fysioterapeutti antaa rintaleikatun fysio-  
terapiaohjeet päiväkirurgisille potilaille jo aamulla ennen  
leikkausta. Leikkausosasto on erillään ja leikkaukset teh-  
dään päiväkirurgisen osaston leikkauksaleissa. Heräämöstä

potilaat siirtyvät vuodeosastolle tarkkailtavaksi ja päiväki-  
rurgiset kotiutuvat, kun kriteerit täyttyvät. Kotiutuessaan  
potilaat saavat mukaan kotihoito-ohjeet, jälkিতarkastusajan,  
sairaslomatodistuksen sekä kipulääkeresepin.

Päiväkirurgisen potilaan toipumista kotona seurataan post-  
operatiivisella puhelinoitolla. Soitolla tarkistetaan, miten  
potilas on selviytynyt kotona leikkauksen jälkeen, ja samalla  
potilaalla on mahdollisuus esittää leikkaukseen tai jälkihoi-  
toon liittyviä kysymyksiä.

Potilaat saavat jälkিতarkastusajan kahden viikon päähän  
poliklinikalle. Siihen mennessä patologi on tutkinut pois-  
tetun kasvaimen ja tyypittänyt sen. Tapaukset on käsi-  
teltä hoitokokouksessa, jossa ovat läsnä kirurgi, syöpä-  
sairaanhoitaja, patologi, onkologi ja radiologi. Vastausten  
perusteella onkologi ehdottaa potilaalle tulevan hoidon.  
Jälkিতarkastuksen yhteyteen annetaan myös aika fysio-  
terapeutille, mikäli tehty leikkaus ja tilanne sitä vaativat. Jälki-  
tarkastuspoliklinikalla potilaalle kerrotaan vastaukset ja  
suunniteltu jatkohoito, joka usein miten rintasyöpäpotilail-  
la on syöpätautien klinikalla, muilla se voi olla rintarauhas-  
kirurgian yksikössä, avosektorilla tai sitten seurantaa ei  
tarvita.

Tämä kehittämistyö on tehty rungoksi osaston hoitotyön  
käsikirjaa varten. Käsikirjaosiota kehittää edelleen työ-  
ryhmä, joka koostuu eri alojen terveydenhuoltoammatti-  
laisista. Moniammatillinen yhteistyö korostuu rintasyöpä-  
potilaan kirurgisen hoitoprosessin vaiheissa. ■



Kuva 3 Rintakirurgisen potilaan hoitoprosessi

Sari Kukkula

## 3.5 KIELISYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA

**K**ielisyövän määrä on lisääntynyt viimeisten 30 vuoden aikana ja hoidot kehittyneet, mutta eloonjäämisenennusteissa ei ole tapahtunut oleellista muutosta. Eloojäämisenennuste viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta on edelleen alle 50 %, jos diagnosointihetkellä todetaan etäpesäkkeitä. Ongelmana onkin, että kielisyövät ovat varsin vähäoireisia ja ne lähettävät varhaisessa vaiheessa etäpesäkkeitä. Tämän vuoksi kielisyövän varhainen toteaminen ja limakalvojen säännöllinen seuranta ovat erityisesti tarpeen. (Willberg, Wideman & Syrjänen 2008, 1383–1390.)

Kielisyöpään sairastuminen ja hoidot vaikuttavat monella tapaa potilaan elämänlaatuun. Pieni paikallinen kielisyöpä voidaan hoitaa pelkästään leikkauksella, mutta isompi poisto vaatii kudossiirteen. Usein poistetaan myös kaulan imusolmukkeita. Usein pelkkä leikkaus ei riitä vaan hoitoa täydennetään säde- tai kemosädehoidolla. Hoidot aiheuttavat potilaalle välittömiä vaikutuksia sekä myöhäisvaikutuksia, joista osa on pysyviä. Syövän onnistunut kuratiivinen hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä. Potilaiden ja omaisten kanssa olisi hyvä pystyä keskustelemaan ennakkoon eteen mahdollisista tulevista ongelmista, koska ongelmat vaikuttavat jokapäiväiseen elämään.

Ohjaus ja hoidon suunnittelu painottuvat yhä enemmän poliklinikalle. Poliklinikalla potilas kuulee syöpädiagnosin, tehdään hoidon tarpeen määrittelyä ja suunnittelua sekä koordinoidaan eri toimipisteiden yhteistyötä. Hoitajalta tämä työ vaatii perehtymistä ja tietämystä sairaudesta ja sen tuomista moninaisista haasteista. Jotta hoitaja pystyy vastaamaan kielisyöpäpotilaan moninaisiin haasteisiin ja

opastamaan potilasta, perehtyminen hoitoihin ja hoitojen tuomiin ongelmiin on välttämätöntä.

Tässä kehittämistyössä koottiin laaja kirjallisuuskatsaus, jossa kerrotaan kielisyövästä, sen hoidoista ja siitä mitä ongelmia kielisyöpä saattaa potilaalle aiheuttaa, sekä miten niitä voidaan helpottaa. Kirjallisuuskatsauksessa keskitytään liikkuvan kielen alueen hoitoihin ja ongelmiin.

Keski-Suomen keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla syöpäpotilaiden ohjaus on koettu haastavaksi hallita ja toteuttaa. Potilaat tulevat kiireellisinä poliklinikalle ja ovat usein shokissa kuullessaan syöpädiagnosista. Kielisyöpää käsittelevän kirjallisuuskatsauksen on tarkoitus olla oppimisen ja perehtymisen tukena opiskelijoille ja henkilökunnalle.

Leikkaus, sädehoito ja syövän lääkehoitot aiheuttavat sekä välittömiä että pitkäaikaisvaivoja, jotka henkilökunnan tulisi tiedostaa. Kielisyövän hoidot aiheuttavat vaivoja joka-päiväisessä elämässä. Ongelmia saattaa tulla muun muassa puhumisessa ja ravitsemuksessa. Lisäksi suun limakalvojen kuivuus aiheuttaa kipuja sekä altistaa myös monille ongelmille suussa ja hampaistossa.

Kehittämistyössä on myös selvitetty kielisyöpäpotilaan hoitopolkua Keski-Suomen keskussairaалassa vuonna 2013 (kuva 4). Hoitopolun esittelystä saa kuvan siitä, miten hoitot jaksot etenevät ja keitä ammattihenkilöitä potilaan polulla tarvitaan hyvän, laadukkaan ja oikea-aikaisen potilashoidon

turvaamiseksi. Ohjaavan hoitajan on hallittava kokonaisuus, jotta moniammatillinen työ toteutuu potilaan parhaaksi.

Kun läheteessä on epäily kielisyövästä, lähete ohjautuu korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle, jossa erikoislääkäri arvioi läheteen kiireellisyuden. Diagnoosin jo ollessa PAD:n perusteella selvillä ja läheteen ollessa selkeä, saataan potilaalta jo ennen vastaanottoa ottaa mm. levinneisyyttä selventävä suunpohjan, kaulan ja thoraxin CT-tutkimus, MRI tai kaulan UÄ. Kun PAD:ta ei ole otettu tai sen vastauksesta ei ole tietoa, potilas tutkitaan vastaanotolla aina ensin. Tällöin saadaan selville anamneesi (mahd. tupakka, alkoholi ym.), status, voidaan ottaa koepala ja kertoa potilaalle mahdollisista tulevista hoidoista ja diagnosoidusta/vahvasta kielisyöpäepäilystä. Samalla käynnillä potilas saa usein ajan jo muutoksen laajempaan poistoon.

Lääkärin vastaanoton jälkeen syöpätauteihin perehtynyt sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan. Potilaalle ja mahdollisesti mukana oleville omaisille on annettava tilaisuus purkaa tunteitaan ja saada tarvittavaa lisätietoa mahdollisesti tulevista hoidoista ja niiden aiheuttamista ongelmista niin fyysisesti, henkisesti kuin sosiaalisestikin. Sairaanhoitajan vastaanotolla järjestetään myös leikkaukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat sekä annetaan ohjeita potilaalle.

Onkologiset hoidot arvioidaan kasvaimen koon, levinneisyyden ja metastaasien mukaan käyttäen TNM-luokitusta

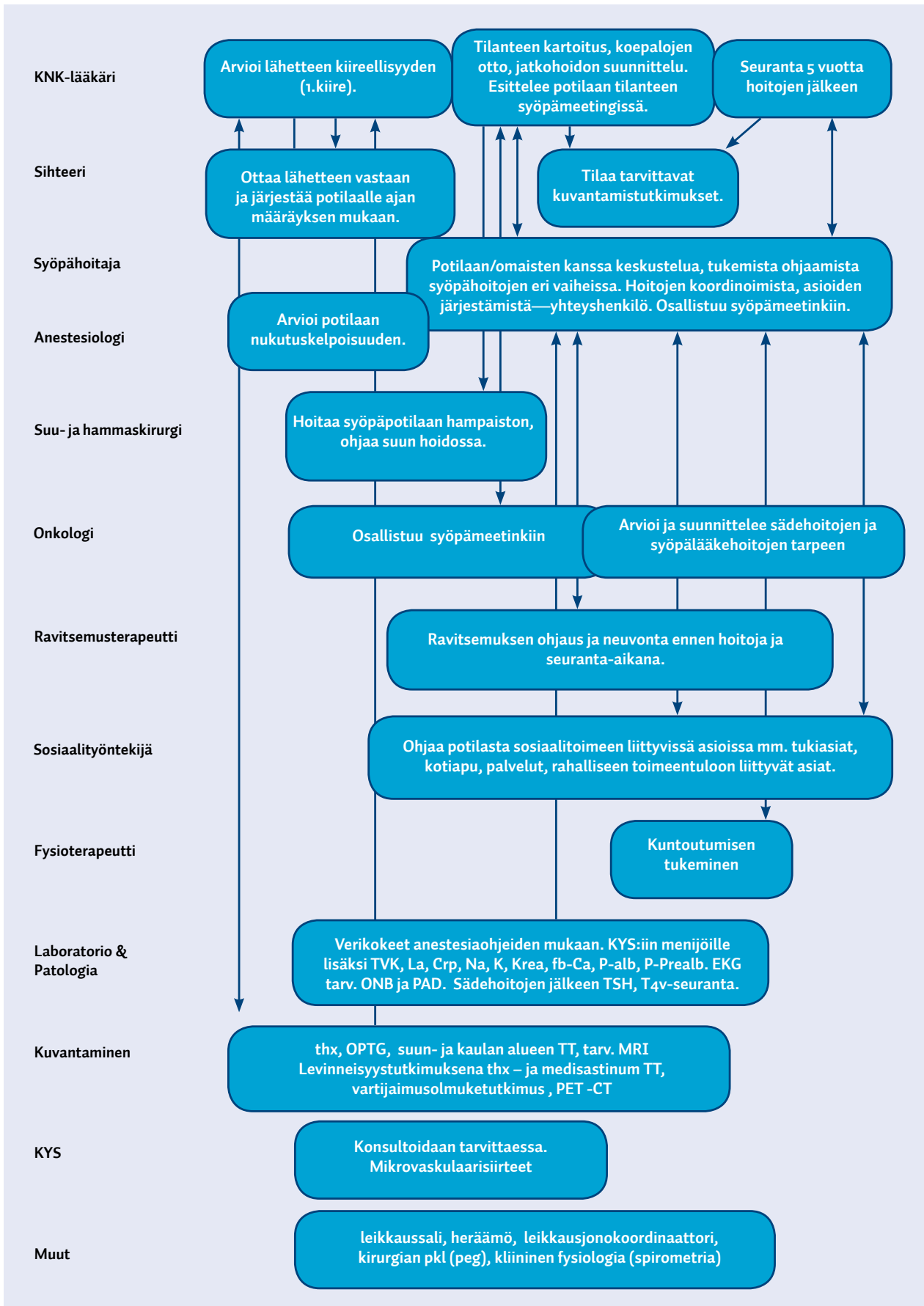
## Lähteet

Willberg, J. Wideman, L. & Syrjänen, S. 2008. Suun limakalvomuutosten tutkiminen ja hoito. *Suomen Lääkärilehti* 15 (63), 1383–1390.

apuna. Syöpämeetingissä mietitään potilaskohtaisesti jatkohoidot. Tarvittaessa konsultoidaan Kuopion yliopistollista sairaalaa hoidoista. Osa onkologisista hoidoista voidaan myös antaa esim. Helsingissä tai Turussa, näitä harkitaan tapauskohtaisesti. Sädehoitojen ja solunsalpaajahoidojen aikana hoidosta vastaa sädehoidon lääkäri. Ongelmallisissa suun limakalvojen asioissa konsultoidaan yleensä korvalääkärinä tai suu- ja leukakirurgia.

Sädehoitojen päätyttyä potilaan hoito siirtyy takaisin korva-, nenä- ja kurkkutaukeille. Potilaan kontrolli on noin 2-4 viikkoa sädehoitojen päättymisestä vähän tilanteesta riippuen mielellään leikanneella lääkäriä tai muutoin aiemmin hoitaneella lääkäriä. Kontrollien tarkoituksena on löytää varhaisessa vaiheessa mahdolliset residiiivit. Kontrollit ovat alkuun yleensä 2kk välein ja aikaväli pidentyy pikkuhiljaa 1/2 vuoteen, jos residiiivejä tai muita ongelmia ei ole. Kontrollit pidetään voimassa yleensä 5 vuotta hoitojen päättymisestä, jos tauti näyttää parantuneen.

Työn tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla lisätä henkilökunnan ja opiskelijoiden tietämystä kielisyövästä, sen hoidosta ja hoitojen tuottamista ongelmista ja näin vaikuttaa potilaiden ja omaisten saaman ohjauksen laatuun. Kun potilas tietää, mitä tulevaisuudelta odottaa, hän voi myös henkisesti varautua tulevaan ja näin ottaa haasteet vastaan. ■



Kuva 4. Kielisyöpäpotilaan moniammatillinen yhteistyö Keski-Suomen keskussairaalassa 2014

Minna-Kaisa Mattila

### 3.6 LUUKASVAINPOTILAAN HOITOKETJUN KEHITTÄMINEN TURUN YLIOPISTOLLISESSA KESKUSSAIRAALASSA

**S**uomessa valmistaudutaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tapahtuviin muutoksiin. Erikoissairaanhoidossa uudet toimintamallit merkitsevät muutosprosessia, joka koskee koko sairaalan toimintaa. Sekä organisaation rakennetta, ammattitehtäviä, että johtamista on kehitettävä. Tulevaisuudessa sairaalan on muunnuttava yksikkökeskeisyydestä potilaskeskeiseen toimintatapaan. Potilaskeskeinen organisaatio pyrkii vastamaan mahdollisimman hyvin potilaiden tarpeisiin. (Korvenranta 2010a, Korvenranta 2010b.)

Kun potilaalla epäillään luukasvainta, epä tietoisuus kasvaimen ladusta ennen diagnoosiin pääsyä koskee kaikkia potilaita, vaikka kaikki luukasvaimet eivät olekaan pahanlaatuisia. Potilaat tarvitsevat tietoa ja tukea enemmän ja aikaisemmassa vaiheessa. Potilaan polkua syöpäpäilystä hoidon ja seurannan eri vaiheisiin on kehitettävä niin, että potilas on selvillä tutkimusten ja hoidon etenemisestä. On huolehdittava potilaan siirtymisestä hoidon vaiheesta toiseen niin, että potilaalle ei koidu epä tietoisuuden vaiheita, ja että hän tietää, mistä apua saa tarvittaessa. (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. 2010, 3.)

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää luukasvainpotilaan hoitoketjua Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Luukasvainpotilaiden hoito on keskitetty muutamaankin keskussairaalaan Suomessa. Luukasvainpotilaan diagnosointi ja hoitopäätökset tehdään luukasvaimiin erikoistuneessa työryhmässä ns. sarkoomatyöryhmässä. Tyks:ssä tarve kehittää ja keskittää luukasvainpotilaiden hoitoa lähti tavoitteesta parantaa potilaiden hoidon jatkuvuutta ja

tiedonsaantia. Tarkoituksena oli kehittää kasvainpotilaan hoitoa tehostamalla ja muuttamalla toimintatapoja, jotta potilaan hoidon laatu paranee. Tavoitteena oli myös lisätä toiminnan tehokkuutta ja taloudellisuutta. Kasvainpoliklinikan toiminta haluttiin saada oman toimialueen toiminnaksi, jotta sitä voidaan hallita itse.

Kehittämistyöhön käytettiin juurruttamisen menetelmää. Aluksi kartoitettiin nykytilanne. Asiasta käytiin keskusteluita työyhteisössä. Tämän perusteella saatiin selville, mitä haluttiin kehitettävän. Yhdessä päädyttiin kehittämiskohteeseen, jonka tarkoituksena on luoda uusi toimintamalli luukasvainpotilaan hoitoketjussa. Luukasvainpotilaan hoitoprosessia kuvaamalla ja tarkastelemalla löytyi selkeyttämisen tarpeita. Näiden tueksi etsittiin tutkittua tietoa hyvästä hoidosta, ja aineistoa kerättiin myös poliklinikan potilailta potilaspalautekyselyn avulla.

Uusi luukasvainpotilaan hoitoketju kuvattiin, ja sen myötä tehtiin toiminnan muutos. Sarkoomahoitajan toimenkuvaa muutettiin siten, että hän toimii vuodeosastotyön ja sarkoomatyöryhmän lisäksi luukasvainpotilaiden poliklinikalla. Muutoksen myötä sarkoomahoitaja on mukana potilaan hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Hän tapaa potilaat lähetteen saapumisen jälkeen ensimmäisellä käynnillä poliklinikalla ja toimii heidän yhteyshenkilönään hoitopäätöksiin asti.

Tällaisen muutoksen aikaansaaminen on vaatinut paljon koko työyhteisöltä. Koko henkilökunnan on sitouduttava muutokseen, sillä muutokseen on vaikea edetä, jos vain

johto päättää lähteä viemään muutosprosessia eteenpäin. Muutokset ovat aktiivista toiminnan kehittämistä ja ovat organisaation kannalta täten väistämättömiä. (Laamanen, 2001.) Kannustavalla johdolla, joka mahdollisti työnkuvan Kasvainhoitajan toiminta nyky muodossaan on ollut käytössä tällä hetkellä noin vuoden ja traumavuodeosaston osastonhoitajan näkökulmasta arvioituna toiminnan muutokset on onnistunut. Potilasturvallisuus on lisääntynyt, kun asioiden hoito on ollut yhden ja saman hoitajan toimintana eikä sitä ole hajotettu useammalle henkilölle, jolloin myös virheiden määrä helposti lisääntyy. Potilaiden pääsy jatkotutkimuksiin on näillä näkymin nopeutunut, joskin siihen on osaltaan vaikuttanut myös tekstinkäsittelyn osittainen siirto omaksi toiminnaksemme. Potilaspalautteiden mukaan potilaat ovat olleet nykyiseen toimintaan erittäin tyytyväisiä. Toiminta on ollut nyt myös oman vastuualueen toimintaa, jolloin olemme itse voineet vaikuttaa siihen, miten toiminta järjestetään, kenet siihen perehdytetään ja voimme myös itse huolehtia tarpeen vaatiessa sijaisjärjestelyistä. Toiminnan ollessa omaa toimintaamme, voimme tarkemmin seurata esimerkiksi toiminnan kokonaiskustannuksia, jonotusaikoja tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Työntekijöiden työhyvinvoinnin kannalta toiminnan muutos on vaikuttanut positiivisesti, sillä olemme voineet laajentaa kahden sairaanhoitajan tehtävänsä antamalla heidän perehtyä kasvainpotilaiden hoitoprosessiin ja samalla voineet parantaa entisestään heidän sitoutumistaan Tuki- ja liikuntaelinsairauksien toimialueeseen.

Uusia syöpätapauksia tulee lisää, ja joka kolmatta meistä se kohtaa elämämme aikana. Syöpäepäilyyn käynnistämä prosessi on yhtä raskas, vaikka tautia ei todettaisikaan. Samat epämiellyttävät tunteet joutuu silti käymään läpi. Tässä tilanteessa potilas tarvitsee ammattilaisen kulkemaan hoitopolkua hänen kanssaan. Oman työnkuvani muutoksella pyrimme osaltamme vaikuttamaan tähän.

Näin sarkoomahoitajan näkökulmasta työ on muuttunut entistä mielenkiintoisemmaksi. Jo koulutuksen aikana opin hakemaan tutkittua tietoa eri tiedonhakumenetelmillä ja nyt voin soveltaa hankittua tietoa käytäntöön. Näin pystyn paremmin perustelemaan päätökseni ja työni perustuu faktoihin, ei tapoihin. Uuden tiedon tuominen käytäntöön auttaa minua pysymään ajan tasalla ja pystyn kommunikimaan tehokkaammin niin potilaiden kuin muun henkilökunnankin kanssa. Potilaiden kannalta tämä tarkoittaa asianmukaista oikea-aikaista ohjausta, minkä taas on tutkittu edistävän hoitoon sitoutumista ja auttavan päätöksenteossa.

Jokaisen potilaan tarpeet ovat erilaisia ja yksilöllisiä, mutta varsinkin diagnoosin kuuleminen on aina henkisesti raskas tapahtuma. Tässä tilanteessa on tärkeää antaa tukea ja

aikaa potilaan tunteelle ja kuuntelemiselle. Näihin hetkiin on varattava aikaa, ja potilaan tulee saada oikeanlaista tietoa oikeaan aikaan. Joskus diagnoosi on helpotus, kun vastaus on hyvänlaatuinen muutos, mutta pahanlaatuisen vastauksen kuuleminen saa aikaan stressiä ja voi käynnistää kriisin. Tämän työnkuvan muutoksen jälkeen tapaan potilaat jo ensimmäisellä käynnillä poliklinikalla ja pystyn antamaan yhteystietoni heille. Tämän jälkeen toimin potilaiden omana hoitajana niin pitkälle kuin kukin tarvitsee. Potilaat saavat minuun tarvittaessa yhteyden puhelimitse. Opin tuntemaan potilaani ja pystyn antamaan heille ohjausta yksilöllisesti.

Kehittämistoiminnan arvioinnissa käytettiin potilaskyselyä. Kysely toteutettiin nopealla aikataululla joulukuun 2013 ja tammikuun 2014 välisenä aikana. Kyselylomake annettiin kirurgian poliklinikan lähete-poliklinikalla. Vastaajia oli 20 kpl. Kyselylomake oli Tyks:n valmis potilaspalautelomake. Vastaajia pyydettiin arvioimaan saamaansa palvelua.

Potilaan pitää saada kokea turvallisuutta ja jatkuvuutta hoidossaan. Turvallisuuden tunteen kokemisen tiedetään lisäävän tyytyväisyyttä. Hoitosuhteen onnistumiseen vaikuttaa paljon se tapa, jolla potilas kohdataan. Vuorovaikutus on yhteistyötä hoitajan ja hoidettavan välillä. Joskus potilaan auttaminen on läsnäoloa ilman, että tarvitaan sanoja. Jatkuvuus merkitsee potilaalle tietoa siitä, miten hänen hoitonsa etenee. Jatkuvuus on myös sitä, että potilaalla on omahoitaja, joka koordinoi potilaan hoidon. Potilas tuntee, että hänen asiansa ovat hallinnassa, kun omahoitaja seuraa ja arvioi tilannetta. (Kerätär, 2003.)

Kaikki kyselyyn vastanneet olivat kokeneet olonsa turvalliseksi hoidon aikana. Myös salassapitoa oli noudatettu jokaisen vastanneen mielestä. Potilaat myös kokivat saaneensa avun saamastaan hoidosta. Vastaajat kokivat, että päätökset tehtiin yhdessä heidän kanssaan. He kokivat saaneensa ymmärrettävää tietoa ennen hoitoa ja hoidon aikana. Jokainen potilas myös tiesi, mihin voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä ja suurin osa oli tietoinen, miten hoito etenee jatkossa.

Potilaslaki ja kansalliset kehittämissuunnitelmat korostavat asiakkaiden valinnanvapauden lisäämistä sekä asiakaskeskeisyyttä. Asiakaslähtöisyyden tulee olla terveystalujen uudistamisessa keskeisessä asemassa. Yksilöllisyyden periaate hoitotyössä on edelleen keskeinen arvo. Potilaislaissa sanotaan, että potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. Laadukas hoito edellyttää, että potilas pääsee ajoissa hoitoon oikeaan hoitopaikkaan ja hän saa tarpeeksi tietoa omasta sairaudestaan sekä omien tarpeidensa mukaista tukea ja neuvontaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992.)

Tämänkin kyselyn perusteella potilaat arvostavat laadukasta hoitoa. Kaikki vastanneet kokivat saaneensa ammattitaitoista ja hyvää palvelua omalla äidinkielellään. Palvelu oli yksilöllistä ja henkilökunnan kohtelu hyvää.

## Lähteet

Kerätär, M. 2003. *Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutuminen Lapin keskussairaalassa potilaiden arvioimana*. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Korvenranta, H. 2010a. Tulevaisuuden sairaala. Sairaalan tärkein investointi on sen intellektuaalinen pääoma. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126:8, 44–45.

Korvenranta, H. 2010b. VSSHP. *T-Pro toiminnan kehittäminen*. Viitattu 1.8.2013. <http://www.tyks.fi/fi/t-pro>

Potilaskyselyn vastausten perusteella uskon, että muutos on ollut myös potilaille positiivinen. Hoidon laatu on parantunut, ja pystymme vastaamaan paremmin potilaan tiedonsaannin tarpeisiin. ■

Laamanen, K. 2001. *Johda liiketoimintaa prosessien verkkona: Ideasta käytäntöön*. Helsinki: Laatukeskus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

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



4.  
OHJAUS SYÖPÄPOTILAAN  
HOIDOSSA

## 4.1 OHJAAMINEN JA EMOTIONAALINEN TUKEMINEN SYÖPÄPOTILAAN SEKÄ OMAISEN ELÄMÄSSÄ

Syövän toteaminen aiheuttaa ihmiselle suuria haasteita, jo epäilyvaiheessa. Oppia elämään syövän kanssa ei ole helppo tehtävä ihmiselle. Tunne-elämään sairastuminen vaikuttaa aina. Siinä ihminen huomaa oman rajallisuutensa, se edellyttää uudenlaista oman elämän arviointia ja uutta suhtautumistapaa. Kokemukset syöpään sairastuneiden kesken ovat yksilöllisiä, mutta niistä löytyy myös samoja piirteitä. Ohjaus voi esiintyä päivittäisessä hoidoissa eri muodoissa, jotka vaikuttavat syöpäpotilaan hoidon lopputulokseen. Ohjauksella tuetaan potilasta käyttämään voimavarojaan, kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja huolehtimaan siitä. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan sitä, että syöpäpotilaan kanssa jaetaan tunnekokemuksia ja mieltä painavia huolia. Tavoitteena on saada syöpäpotilaalle tasapainoinen tunne-elämä ja hyvä olo (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 17–18; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson & Hirvonen & Renfors 2007, 25–28; Kuuppelomäki 2000, 141–142.)

Kehittämistyön tarkoituksena on lisätä teoreettista tietoa ohjauksesta ja syöpäpotilaiden sekä heidän omaisten emotionaaliseen tukemisesta. Tavoitteena on tuoda esille hoitohenkilökunnalle eri auttamis- ja ohjausmenetelmiä ja keinoja päivittäiseen työhön syöpäpotilaiden kanssa. Kehittämistyö tehtiin Keski-Suomen keskussairaalan ruuan-sulatuselinkirurgian osastolle 22. Työyhteisössä kohdataan paljon syöpäpotilaita ja heidän omaisiaan. Olemme huomanneet, kuinka iso osa hoitotyöstä menee heidän ohjaamiseen ja tukemiseen. He tarvitsevat aikaa ja läsnäoloa, jota ei välttämättä aina ehdi tai pysty antamaan muun hoitotyön ohella. Hoitoaikojen lyhentyessä korostuu hoidon laadun ylläpito, hoidon jatkuvuus ja hyvän hoitosuhteen luominen syöpäpotilaan sekä omaisten kanssa.

Kehittämistyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksen muodossa. Ensimmäiseksi haettiin ja luettiin kirjallisuudesta tietoa

keskeisistä teoriakohdista. Kirjallisuuskatsauksen analysointiin haettiin aiheistohauulla tieteellisiä artikkeleja ja tutkimuksia. Aineistohaussa keskeisempiä hakusanoja olivat potilas/ ohjaus, laatu, hoitotyö, emotionaalinen, perhe ja syöpä. Aineistoa haettiin sekä kotimaisesta että kansainvälisestä hakukoneista. Laajasta aineistosta, joka löydettiin, valittiin molempiin aihepiireihin viisi artikkelia ja kaksi pro gradu -tutkielmaa.

Hyvällä ohjauksella voidaan edesauttaa potilasta saamaan terveempiä ja täysipainoisempia elinpäiviä, lisäksi se lisää potilaan sitoutumista hoitoon ja hoitajan työmotivaatiota. Syöpäpotilaan ohjauksessa näkyvät samat asiat kuin muidenkin potilaiden, mutta huomiota pitäisi kiinnittää tiedon antamiseen ja ohjaukseen sairaudesta ja sen hoidosta sekä hoidon alku- ja tutkimusvaiheeseen. Ohjauksen pää-tavoitteena on olla tavoitteellista ja aktiivista toimintaa, jossa ohjattava ja ohjaaja ovat vuorovaikutteisessa ohjaus-suhteessa. Ohjaus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tällöin autetaan potilasta edistämään tietoisuutta omasta toiminnasta ja terveydestä. Hoitajan hyvät taidot ja tiedot ohjaamisesta luovat hyvän pohjan potilaan oppimiselle. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27–28.) Ohjaustilanteista syöpäpotilaat arvostavat eniten yksilöohjausta, koska siinä hoitohenkilökunta pystyy käsittelemään paremmin potilaan tarpeista lähtevää ohjausta, ja pystyy antamaan tukea aktiivisuuden ja motivaation luomiseen. Potilaat myös arvostavat vapaamuotoisempaa ilmapiiriä ja palautteen antamista yksilötilanteessa (Kääriäinen 2007, 34).

Hoitotyössä nähdään usein kokonaisuus yksilökeskeisesti. On havaittu, että hoitohenkilökunta ei näe omaisten kohtaamista osaksi syöpäpotilaan kokonaisuhoitoa tai heillä ei ole taitoa omaisten kohtaamiseen. Perhekeskeisyys tulisi nähdä yhtenä osana kokonaisvaltaista hoitotyötä ja

terveydenhuollon eri sektoreita (Rintala 2007, 11.) Kääriäisen ym. (2005) tutkimuksessa potilaslähtöinen ohjaus toteutui huonosti omaisten kohdalta. Usein syöpäpotilaat toivovat omaisten mukana oloa ohjauksessa. On havaittu, että omaisten mukana olo vähentää väärinymmärryksiä ja omaiset voivat osata kysyä asioista monipuolisemmin kuin potilas itse.

Emotionaalisella tuella tarkoitetaan toisen ihmisen välittämistä, rakastamisen osoittamista, luottamista, kannustusta ja arvostamista. Syöpäpotilaat jäävät usein ilman emotionaalista tukea. (Harju, Tarkka, Rantanen & Åstedt-Kurki 2011, 226.) Potilaita tulisi rohkaista käsittelemään erilaisia tunteita, niiden vaihteluja ja toivon ylläpitämistä. Tuen antaminen syöpäpotilaille tarkoittaa, että he säilyttävät arvokkuuden, kunnioituksen ja koskemattomuuden tunteen. Omaisilla emotionaalisen tuen tarpeet liittyvät ymmärryksen, myötätunnon, lohdutuksen ja rohkaisun saamiseen. Heille on tärkeää, että potilas saa hyvää hoitoa ja häntä kohdellaan yksilöllisesti ja kunnioittavasti (Mattila 2011, 25.) Potilaat ja omaiset antavat arvoa läsnäololle, kuuntelulle ja toiveiden huomioimiselle, nämä pienet asiat vaikuttavat avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin ja hoitosuhteen luomiseen. Omahoitajan toimiminen helpottaa keskustelun luomista ja syvällisen hoitosuhteen luomista potilaan kanssa. Omahoitajuus ei saa merkitä yksin työskentelyä, vaan toimintaa yhteisyydessä ja vuorovaikutuksessa moniammatillisen työyhteisön kanssa potilaan hyväksi (Rintala 2011, 34, 37, 64).

Toivo ja sen vahvistaminen on yksi hoitotyön keskeisimmistä arvoista. Toivon ylläpitämisellä autetaan potilasta sopeutumaan sairauteen ja elämään sen kanssa. Sairauden aikana toivon voidaan katsoa olevan suojaava seikka ihmiselle.

## Lähteet

Borneman, T., Irish, T., Sidhu, R., Koczywas, M. & Cristea, M. 2014. Death awareness, feelings of uncertainty, and hope in advanced lung cancer patients: can they coexist? *International journal of palliative nursing*. Vol. 20(6).

Harju, E., Tarkka, M-T., Rantanen, A. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. *Hoitotiede*. 23(3).

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpään sairastavan hoitotyö*. Porvoo. WSOY.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Toivo hoitotyössä ja hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Tutkiva hoitotyö*. Vol. 5(4).

(Kylmä & Juvakka 2011, 4-7.) Potilaat kokevat toivon ja epävarmuuden tunteita syöpäsairauden aikana usein ja eri tilanteissa, esimerkkeinä sairauden kehittyminen ja komplikaatiot. Hoitohenkilökunnan antama toivo ja sen ylläpitäminen eri muodoissa voi parantaa potilaan ymmärrystä todellisista asioista ja joskus auttaa tuntemaan, että epävarmuus voi olla positiivista. Erilaisten tuntemusten läpikäyminen on suotavaa ja usein potilaat oppivat jotain uutta itsestään (Borneman, Irish, Sidhu, Koczywas & Cristea 2014, 272-273; Nevalainen 2006, 11).

Kehittämistyön kautta osastolla on alkanut keskustelu syöpäpotilaiden paremmasta huomioimisesta ja heille kohdenneetusta hoidosta, erityisesti ohjauksen ja emotionaalisen tuen antamisella. On hyvä kehittää syöpähoitajan vastaanottoja niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa potilaslähtöiseksi ja saataville oleviksi, koska syöpäpotilas tarvitsee tukea ja apua myös sairaalahoidon ulkopuolella. Myös osastojen välisen yhteistyön kehittäminen syöpäpotilaan hoidossa on tärkeää, ja selkeiden ja yhtenäisten hoitolinjausten ja -ohjeiden uusiminen on hyvä asia. Sitä kautta moniammatillisen yhteistyön kehittäminen syöpäpotilaan olottuville on oleellinen osa hyvää hoitoa.

Hoitohenkilökunnan ohjaustaitojen kehittäminen tulevaisuudessa antaa muillekin potilasryhmille apua. Tämän kautta tuetaan potilaan itsehoitoa ja myös kotona pärjäämistä. Asialla on vaikutusta myös taloudellisuuden ja kannattavuuden kannalta. Hoitopäivät ja ylimääräiset käynnit sairaalan päivystyksessä voivat vähentyä ja potilaan elämän tasapaino voi parantua. ■

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki. WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005.

Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö*. Vol. 3.

Mattila, E. 2011. *Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Rintala, J. 2007. *Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta*. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Anne Rajatammi

## 4.2 POTILASOHJAUS LASTEN SYÖPÄ-, VERITAUTI- JA KANTASOLUSIIRTOKLINIKALLA HOITAJIEN KOKEMANA

Potilasohjaus on tärkeänä osana potilaan hoidossa (Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen 2006, 1). Potilasohjauksella pystytään vaikuttamaan myönteisesti potilaiden suhtautumiseen omaan sairauteensa ja sen hoitoon (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola ja Torppa 2005, 13). Potilaille ja heidän perheilleen tarkoitettun potilasohjauksen tarkoituksena on laajentaa tietämystä, lisätä kykyjä joilla edesauttaa hoitoon liittyvien tehtävien suorittamista sekä toimia tukena selviytymismekanismien kehittämisessä (Wingard 2005, 211).

Lapsen hoitoon liittyvällä ohjauksella pystytään tukemaan vanhempien kykyä hoitaa lastansa (Panicker 2013, 214). Lapsen, nuoren tai perheen omakohtaiset tarpeet ovat aina lähtökohtana potilasohjaukselle (Kelo, Eriksson ja Eriksson 2012, 903) ja ollakseen hyvälaatuista sen on lähtökohtana oltava myös riittävää (Kääriäinen 2007, 34). Potilaan ja perheen huomiointi ja tiedon anto potilas- ja perhelähtöisesti on tärkeää (Jurvelin, Kyngäs ja Backman 2005, 41).

Lapsen sairastuessa äkillisesti ei hoideta vain lasta kokonaisvaltaisesti vaan otetaan myös koko perhe huomioon. Vanhemman rooli vanhempina pysyy, vaikka lapsi otettaisiinkin sisään sairaalaan. Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli auttaa vanhempia sopeutumaan sairaalaympäristöön ja säästämään voimavarojaan, jotta vanhemmat voivat kohdistaa ne lapsensa hoitoon. Yksinkertaisen informaation saanti tukee vanhempien olemista osastolla ja auttaa ymmärtämään osaston toimintaa. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori ja Palo 2007, 100–101.) Vanhemmat tarvitsevat adekvaattia tietoa liittyen lapsen sairauteen ja siihen liittyvään hoitoon (Jurvelin

ym. 2005, 38). Vanhemmat kokevat tärkeäksi saada heti alusta lähtien lapsen vointiin ja sairauteen liittyvää tietoa. Tieto auttaa vanhempia selvittämään ajatuksiaan ja voimaannuttamaan itseään (Nuutila ja Salanterä 2006, 156).

Tämän kyselytutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitajien käsityksiä lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla tapahtuvasta potilasohjauksesta. Kyselytutkimuksessa haettiin vastauksia kysymyksiin: Miten potilasohjausta lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla toteutetaan? Miten hoitajien antamaa potilasohjausta tulisi kehittää lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla?

Aineistoa kerättiin kyselytutkimuksena Lastenklinikan lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikan henkilökunnalta neljän viikon aikana. Tutkimuksessa käytetty mittarin perustana käytettiin Suomessa tai kansainvälisesti julkaistuja tutkimusartikkeleita liittyen potilasohjauksen kokemuksiin hoitajien, potilaiden ja potilaiden perheiden näkökulmasta. Kyselylomake oli pääosin strukturoitu ja muodostui 53 kysymyksestä, joista kaksi oli avoimia ja loput suljettuja kysymyksiä. Suljetut kysymykset muodostuivat neljästä monivalintakysymyksestä, ja loput kysymykset oli muodostettu väittämiksi Likertin asteikon avulla. Kyselylomaketta jaettiin syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikan perusjoukolle tarkoitettulle henkilökunnalle yhteensä 55 kappaletta. Vastausosuus oli 60 % (n=33). Vastaajien keski-ikä oli 34,5 vuotta ja keskimääräinen työkokemus osastoyksikössä 9,95 vuotta.

Lasten syöpä-, veritauti ja kantasolusiirtoklinikalla annetaan potilasohjausta laaja-alaisesti eri tilanteissa. Hoitajista 42 % ilmoitti antavansa potilasohjausta osastolla, kotiutussa ja puhelimitse. Kaikista vastaajista 40 % ilmoitti antavansa potilaille ja heidän perheilleen ohjausta kaikissa muodoissa eli osastolla, kotiutuessa, puhelimitse ja polikliinisesti.

Vastaajien perusteella lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla on myönteinen asenne potilasohjausta kohtaan. Vastaajista 79 % koki olevansa motivoituneita antamaan potilasohjausta lapselle, nuorelle ja heidän perheilleen. Loput 21 % hoitajista oli osittain samaa mieltä. Kaikki kyselytutkimukseen osallistuneet kokivat potilasohjauksen olevan tärkeää. Vastaajista 52 % koki osastolla tapahtuvan ohjauksen potilas- ja perhelähtöiseksi, 45 % vastaajista oli osittain samaa mieltä. Kaikki kyselyyn osallistuneet olivat joko täysin (88 %) tai melkein täysin (12 %) sitä mieltä, että potilasohjaus edistää vanhempien kykyä pitää huolta lapsestaan. Kaikki kokivat, että perheen osallistuminen hoitoon on tärkeää.

Työyhteisö lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla on moniammatillista ja erityistyöntekijöiden työnkuvat olivat hyvin tiedossa henkilökunnalla. Parhaiten tiedossa olivat opettajan (100 %), lastentarhan opettajan (97 %) sekä sosiaalityöntekijän ja fysioterapeutin (91 %) työnkuvat. Puutteellista tietoa erityistyöntekijöiden työnkuvista oli sairaalapapin (30 %), kuntoutusohjaajan (30 %) ja nuorisopsykiatrin (24 %) työnkuvien kohdalla. Hoitajista 6 % ilmoitti, että ei tiedä sairaalapapin tai nuorisopsykiatrin työnkuvista mitään, ja 3 %:lla hoitajista ei ollut tietoa kuntoutusohjaajan ja psykologin työnkuvista.

Hoitohenkilökunnasta 79 % oli joko täysin tai osittain sitä mieltä, että potilasohjaukseen löytyy riittävästi materiaalia osastolta. Vastaajista 79 % oli myös tietoinen joko osittain tai täysin siitä, mistä potilaille ja perheille jaettava materiaali löytyy elektronisessa muodossa. Kuitenkaan kaikilla vastanneilla ei ollut tiedossa mistä materiaali löytyy. Muutamalla vastaajista ei ollut ollenkaan tietoa, osalla vain vähän ja yksi vastaajista ei osannut ottaa asiaan kantaa. Vaikka kyselylomakkeessa ei ollut tilaa avoimille vastauksille, oli eräs vastaaja kirjoittanut kommentiksi, että informaatiota on hajanaisesti.

Kehittääkseen itseään potilaan ohjauksessa 82 % vastaajista oli sitä mieltä, että he tarvitsisivat lisää tietoa toimenpiteistä ja tutkimuksista. Vastaajista 79 % tarvitsisi lisää tietoa lääkityksestä, 70 % polikliinisesta hoidosta ja 91 % tarvitsee lisää tietoa potilaan tiedon siirrosta ja hoidon toteutuksesta yhteistyösairaaoloissa.

Tällä hetkellä lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla uusien hoitajien perehdytys ei kata erikseen potilasohjausta lainkaan. Vastaajista 70 % oli sitä mieltä, että uusien hoitajien perehdytykseen pitäisi liittää osa-alueeksi potilasohjaus, 30 % vastaajista oli osittain samaa mieltä. Kukaan ei ollut asiaa vastaan.

Kyselytutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyväksi Lasten klinikalla lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla. Tulosten perusteella hoitajat tarvitsevat lisää tietoa toimenpiteistä ja tutkimuksista, osastolla käytettävästä lääkityksestä, polikliinisesta hoidosta sekä tiedon siirrosta liittyen potilaan hoitoon sekä siirtoon yhteistyösairaaoloissa. Lisäksi kyselyyn osallistuneilla hoitajilla ei ollut täysin tiedossa kaikkien erityistyöntekijöiden toimenkuvat. Kaikki kyselytutkimukseen osallistuneet eivät olleet täysin tietoisia siitä, mitä potilaille ja perheille annettava ohjausmateriaali sisältää, kehitysehdotuksena osastolle olisi myös kannustaa hoitohenkilökuntaa tutustumaan jaettavaan materiaaliin. Valtaosa hoitajista oli sitä mieltä, että uusien hoitajien perehdytykseen pitäisi lisätä osa-alueeksi potilasohjaus. Kehittämisen kohteena olisi myös kyseisen osa-alueen liittäminen perehdytysohjelmaan. Kehittämisehdotuksena olisi pitää osastotunteja ja koulutuksia liittyen puutteellisiin aihealueisiin, jotta lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikan hoitohenkilökunnan tietotasoa voitaisiin lisätä ja näin ollen lisätä hoitajien kykyä antaa parempaa potilasohjausta. Koulutuksen avulla pystytään tukemaan hoitajien ammatillista kehitystä. Ammatillisen kehityksen lisääminen tukee ammatillisen taidon lisäämistä, mikä auttaa hoitajia toimimaan potilas- ja perhelähtöisesti paremmin. (Saarela 2013, 41, 43.)

Kyselyyn vastanneilla hoitajilla ei ollut kunnollista kokemusta potilaspalautteen pyytamisestä liittyen antamaansa potilasohjaukseen. Hoitajista 33 % ei ole pyytänyt palautea potilaan vanhemmilta antamastaan potilasohjauksesta. Onnistuneesta potilasohjauksesta syntynyt positiivinen palaute potilaalta ja hänen perheeltään motivoi hoitohenkilökuntaa ja innostaa antamaan hyvää potilasohjausta jatkossakin (Saarela 2013, 50). Hoitohenkilökuntaa tulisi kannustaa palautteen pyytämiseen.

Osastolta löytyvää potilasohjausmateriaalia kommentoitiin hankalasti löydettäväksi, hajanaiseksi ja ajoittain puutteelliseksi. Lisäksi tieto siitä, mitä potilasohjausta perheet ovat jo saaneet, ei välttämättä ollut tiedossa puutteellisten merkintöjen vuoksi. Potilasohjauksessa käytettävää materiaalia ja oppaita olisi hyvä päivittää ja lisätä sekä sijoittaa paremmin niiden käytettävyyden helpottamiseksi. Lisäksi olisi hyvä, jos löytyisi ohje, mitä ohjeista annetaan ja milloin. Lisäksi tulisi olla sovittuna se, mistä kaikki ohjeet löytyvät.

Jotta laadukasta potilaan ohjausta voitaisiin tarjota potilaille, on tärkeää, että potilasohjausta antavalla hoitajalla on ajan tasalla olevaa tietoa potilaan ohjauksesta (Kääriäinen 2008, 12). Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla olisi hyvä kehittää potilasohjausta. Koska kyseessä oli strukturoitu

kyselylomake, ei kyselylomake antanut tilaa lisätiedoille tai selvennyksille. Näin ollen olisi hyvä, että potilasohjausta ja sen parantamista selvitettäisiin lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla lisää. Lisäksi potilasohjausta lasten syöpä-, veritauti- ja kantasolusiirtoklinikalla olisi hyvä tutkia säännöllisesti. ■

## Lähteet

Ivanoff, P. Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. ja Palo, R. 2007. *Hoidatko minua? – Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Lipponen, K., Kyngäs, H. ja Kääriäinen, M. 2006. *Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto.

Jurvelin, T., Kyngäs, H. & Backman, K. 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. *Hoitotiede* 17 (1). 35–42.

Kelo, M., Eriksson, E. ja Eriksson, I. 2013. Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27 (4), 894–904.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. ja Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 3 (1), 10–15.

Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Akateeminen väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 4/2008, 10–14.

Nuutila, L. & Salanterä, S. 2006. Children with a Long-Term Illness: Parents' Experiences of Care. *Journal of Pediatric Nursing* 21(2), 153–160.

Panicker, L. 2013. Nurses' perceptions of parent empowerment in chronic illness. *Contemporary Nurse* 45(2), 210–219.

Saarela, K. 2013. *Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana*. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Wingard, R. 2005. Patient education and the nursing process: meeting the patients's needs. *Nephrology Nursing Journal* 32 (2), 211–214.

Johanna Hoffrén

## 4.3 KIRJALLISUUSKATSAUS SOLUNSAALPAAJAHOIDOSTA JA SEN YLEISIMMISTÄ HAITTAVAIKUTUKSISTA TUKEE HOITAJIA POTILASOHJAUKSESSA

Syöpöpotilaiden määrän kasvaessa ja syöpöhoitojen kehittymisen myötä yhä useampi syöpöpotilas saa hoitoa sairauteensa. Suomessa tulokset syöpöhoidossa ovat ensiluokkaista sekä eurooppalaisittain että maailmanlaajuisesti. Syöpön tärkeimmät hoitomuodot ovat leikkaushoito, sädehoito ja solunsalpaaja- eli sytostaattihoido. (Pukkala, Sankila & Rautalahti 2011, 28.)

Nyky maailma mahdollistaa tiedon tulvan. Potilaat ovat yhä aktiivisempia omahoidossa ja osaavat vaatia ajantasaista tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Heillä on myös oikeus tietää terveydestään ja hoidostaan. Potilasohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Onnistuneen ohjauksen avulla voidaan edistää potilaan terveyttä ja tyytyväisyyttä hoitoon. Potilaan hyvinvointi ja elämänlaatu voivat lisääntyä.

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli laatia kirjallisuuskatsaus hoitajille solunsalpaajahoidosta ja sen yleisimmistä haittavaikutuksista. Hoitajat voivat käyttää kirjallisuuskatsausta solunsalpaajahoidon saavan potilaan ohjauksen tukena. Kirjallisuuskatsaus on hyödyllinen erityisesti uusien hoitajien perehdytykseen ja ohjauskäytänteiden yhdenmukaistamiseksi.

Kehittämistehtävä suunniteltiin palvelemaan Etelä-Karjalan keskussairaalan naistentautien osastoa. Osastolla ei tällä hetkellä ole apuvälinettä solunsalpaajahoidon potilasohjaukseen. Osastolla hoidetaan gynekologisia potilaita elämän eri vaiheissa. Osastolla annetaan myös solunsalpaajahoidon gynekologista syöpää sairastaville potilaille.

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat syöpön lääkehoidossa käytettäviä aineita, jotka estävät solujen kasvua ja jakautumista. Solunsalpaajat kulkeutuvat verenkierron mukana kaikkialle elimistöön ja lähes kaikkiin kehon soluihin. Syöpösolujen tuhoamisen lisäksi ne häiritsevät terveiden kudosten solujen uusiutumista. Erityisen alttiita solunsalpaajien vaikutukselle ovat kudokset, joissa solut uusiutuvat nopeasti, kuten esimerkiksi luuydin, suun ja suoliston limakalvot ja karvafollikkelit. Tämän vuoksi hoito voi aiheuttaa erilaisia sivu- eli haittavaikutuksia. Haittavaikutuksilla tarkoitetaan erilaisia oireita, vaivoja ja muutoksia. (Holmia ym. 2006, 120; Oivanen & Rosenberg 2010, 6–10; Elonen & Elomaa 2007, 167.)

Haittavaikutusten ilmenemisessä ja voimakkuudessa on yksilöllisiä eroja, joita ei voi etukäteen ennustaa. Tässä kehittämistyössä käsitellyt haittavaikutukset ovat: verenkuvan muutokset, pahoinvointi ja oksentelu, limakalvo-ongelmat, ruokahaluttomuus, ummetus, ripuli, hoitoväsymys, hiusten lähtö, iho- ja kynsimuutokset, neuropatia sekä muutokset seksuaalisuudessa.

Verta muodostavan kudoksen solukko on nopeasti jakautuvaa solukkoa. Tästä syystä solunsalpaajat aiheuttavat verisolumuodostuksen heikkenemistä luuytimessä. Tätä kutsutaan luuydinsuppressioksi. Merkittävin luuydinsuppression seuraus on granulositytopenia eli veren valkosolujen vähyys. Lisäksi esiintyy trombositopeniaa eli veren hyytymistekijöiden vähenemistä ja anemiaa eli veren punasolujen merkittävää vähenemistä. (Elonen & Elomaa 2007, 167; Oivanen & Rosenberg 2010, 10–11.)

Solunsalpaajahoitojen yleisin ja pelätyin haittavaikutus on pahoinvointi. Solunsalpaajien välillä on eroja pahoinvoinnin ilmenemisessä, ja vaikutus riippuu myös antotavasta, annoksesta ja antonopeudesta. Pahoinvoinnin kokeminen ja voimakkuus vaihtelevat yksilöllisesti. Pahoinvoinnin estolääkitys on keskeinen osa onnistunutta solunsalpaajahoitoa, ja pahoinvoinnin hoito onkin kehittynyt merkittävästi.

Solunsalpaajahoito voi aiheuttaa elimistön limakalvoilla kuivuutta, ärsytystä ja haavaumia. Tavallisimmat limakalvo-ongelmat ilmenevät suun limakalvoilla. Syljeneritys saattaa myös vähentyä, mikä lisää riskiä erilaisiin suun- ja nielun alueen infektoihin. Hiivatulehdukset ovat melko yleisiä, mutta bakteerien tai viruksien aiheuttamia infektoita saattaa myös esiintyä. Suun limakalvovaurion hoidossa kiinnitetään huomiota suun puhtauteen, hiiva- ja muiden tulehdusten hoitoon, ravitsemuksen turvaamiseen ja kipulääkitykseen. (<http://www.cancer.fi/tietoasayovasta/hoidot/solunsalpaajat/valittomat/>; Oivanen & Rosenberg 2010, 12–13.)

Pahoinvointi, suun kuivuminen, limakalvojen rikkoutuminen sekä makuaistin muuttuminen voivat vaikeuttaa syömistä sekä aiheuttaa ruokahaluttomuutta. Tarvittaessa voidaan käyttää kliinisiä täydennysravintovalmisteita. Ravitsemuksella on tärkeä tehtävä ylläpitää terveyttä ja auttaa toipumaan sairaudesta.

Hoitojen yhteydessä voi ilmetä myös ummetusta, joka voi johtua solunsalpaajista, pahoinvoinnin estolääkkeistä, opiaattikipulääkkeistä, vähäisestä liikunnasta ja heikosta nesteensaannista tai vähäkuituisesta ruuasta. Ummetusta on hyvä hoitaa ruokavaliolla, mutta aina se ei yksinään riitä vaan saatetaan tarvita apteekista ostettavia ulostuslääkkeitä, kuten laksatiiveja ja suolen motiliteettia lisääviä aineita. Ummetuksen ehkäisemiseksi suositetaan kuitupitoista ruokaa ja huolehditaan riittävästä nesteen saannista. (Orell-Kotikangas 2013, 857; Oivanen & Rosenberg 2010, 16.)

Suolen limakalvojen solut ovat nopeasti jakautuvia ja siksi herkkiä solunsalpaajille. Soluvaurion seurauksena suolen limakalvo ärtyy aiheuttaen haavaumia, ripulia ja kipuja. Ripulia hoidettaessa tulee huolehtia nesteen ja elektrolyyttien riittävästä saannista. Purukumia sekä juomia, jotka sisältävät runsaasti kofeiinia tulee välttää. (Orell-Kotikangas 2013, 856–857).

Syöpäpotilaista suuri osa kokee hyvin voimakasta uupumusta, heikkoutta ja väsymystä solunsalpaajahoitojen aikana. Väsymystä ei pysty täysin poistamaan levolla ja potilas voi kokea väsymyksen hyvin suurena suhteessa fyysiseen rasitukseen. Taustatekijöinä voi olla syöpäkasvaimesta tai syöpähoidoista johtuvat fyysiset oireet, uniongelmat,

ahdistus tai masennus. Hoitojakson aikana ja sen jälkeen kannattaa pyrkiä pitämään kiinni normaalista päivrytmistä. Omien voimien mukaan olisi hyvä tehdä arjen askareita. Ulkoilu on merkityksellinen virkeyden ylläpitäjä ja uni-rytmin säilyttäjä. (Oivanen & Rosenberg 2010, 18.)

Hiusten lähtö eli alopecia on useiden solunsalpaajien haittavaikutus. Hiusten lähtö voi olla monille suuri psykologinen ja sosiaalinen haitta. Solunsalpaajahoitoa saavalla potilaalla on oikeus saada kerran vuodessa apuvälinemaksusitoumus peruukin hankintaa varten. Uusi tukka alkaa kasvamaan 1–2 kuukauden kuluttua hoitojen lopettamisesta. (Elonen & Järviluoma 1998, 100–101; Bono & Elonen 2013, 188.)

Solunsalpaajahoidon yhteydessä voi ilmaantua erilaisia ihottumia. Osa ihottumista voi olla myös allergisia. Jalkapohjien ja käsien iho voi hilseillä. Iho herkistyy auringonvalolle monien solunsalpaajien vaikutuksesta. Ihon suojaamista suositellaan vaatteilla ja suojavoiteilla koko hoitojakson ajan ja sen jälkeen. Auringonottoa tulee välttää. Iho-oireita voi helpottaa hyvällä käsi- ja jalkahygienialla. Rasvaus iltaisin puuvillakäsineiden ja sukkiensa kanssa voi myös helpottaa oireita. Tietyt solunsalpaajat voivat aiheuttaa myös erilaisia kynsien kasvuhäiriöitä. (Elonen & Järviluoma 1998, 102; Syöpäjärjestöt 2014.)

Solunsalpaajista vinka-alkaloidit (vinkristiini), platinajohdokset (sisplatiini, oksaliplatiini) ja taksaanit (paklitakseli, doketakseli) voivat aiheuttaa keskus- tai ääreishermoston toiminnan häiriöitä tai vaurioita. Tästä aiheutuva tavallinen oire on käsien ja jalkapohjien tunnon herkistyminen tai tunnottomuus. Kipua hoidetaan, kuten muitakin hermovaurio-kipuja. Solunsalpaaja-annoksen muuttaminen voi auttaa helpottamaan lieviä neuropatia oireita. Jos oireet ovat hankalat ja pitkäkestoiset, voidaan hoito joutua lopettamaan tai vaihtamaan toiseen lääkeaineeseen. Neuropatia onkin tärkein hoitoa rajoittava haittavaikutus neurotoksisten solunsalpaajien keskuudessa. (Kalso 2013, 881; Elonen & Järviluoma 1998, 94.)

Sairastuminen vaikuttaa ihmisen seksuaalisuuteen, sen ilmaisuun ja kokemiseen. Hoitojen seurauksena voi kehossa tapahtua muutoksia, jotka vaikuttavat potilaan itsetuntoon, kehonkuvaan ja seksuaaliseen haluun. Seksuaaliohjaus- ja neuvonta ovat tällöin tarpeen.

Syöpään sairastuminen herättää paljon tunteita. Potilas ei voi vaikuttaa tunteiden syntyyn, mutta on muistettava, että ne ovat täysin normaaleja. Jos tunteet alkavat häiritä elämää, silloin ne muuttuvat epänormaaleiksi ja on huolehdittava, että potilas saa apua tunteidensa käsittelyyn. Potilaalla esiintyviä tunnetiloja voi olla muun muassa sokki ja järkytys, epävarmuus, syyllisyys, viha, pelko, ahdistus, yksinäisyys,



masennus, häpeä ja leimautuminen. Useat potilaat kestävä-t omaisten tuella vaativan elämäntilanteen ja sairauden aiheuttaman hädän, mutta osa potilaista tarvitsee ulkopuolista tukea. (Aalberg & Idman 2007, 787; Kuuppelomäki 2000, 132–136.)

Potilasta ja hänen omaisiaan tukevat hoitohenkilökunta sekä erityisesti syöpäsairaanhoitaja. Neuvonta- ja kuntoutuspalveluita sekä tukihenkilötoimintaa tarjoavat myös syöpäjärjestöt. Sairaalasielunhoitaja ja sosiaalineuvoja ovat myös käytettävissä.

Potilasohjaus on erittäin tärkeä ja iso osa sairaanhoitajan toimenkuvaa. Hoitotyössä potilasohjausta tehdään päivittäin. Onnistuneella potilasohjauksella on pitkäkestoiset vaikutukset. Onnistunut ohjaus lisää potilaan

hoitomyönteisyyttä, tukee potilaan selviytymistä ja lisää elämänhallinnan kokemista. Ohjauksen haasteena syöpäpotilaan hoidossa voidaan pitää raskaita solunsalpaajahoitoja ja niiden mukana tuomia haittavaikutuksia. Potilaat osaa-vat myös vaatia hyvää ohjausta ja hoitoa. Potilaat etsivät itse aktiivisemmin tietoa eri tietolähteistä, jolloin hoitajan työs-sä korostuu potilaan ohjaus löytää oikea tieto. Syövän hoi-to kehittyy jatkuvasti tuoden omat haasteensa hoitotyöhön. Hoitohenkilökunnalla tulee olla uusin ja ajantasaisin tieto. Jatkuva kouluttautuminen syöpähoitoihin on välttämätöntä.

Tämän kehittämistyön pohjalta voisi suunnitella ohjau-srunгон solunsalpaajahoidon aloitukseen. Potilaan paperei-hin voisi suunnitella listan ohjauksen sisällöstä, johon mer-kitään milloin on saanut ohjauksen eri osa-alueista. Listaa voisi suunnitella myös sähköisenä versiona. ■

## Lähteet

Aalberg, V. & Idman, I. 2007. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P., Lyly, T. & Tenhunen, M. *Syöpätaudit*. 2007. 3.painos. Helsinki: Duodecim.

Bono, P. & Elonen, E. 2013. Solunsalpaajahoito ja muut syöpälääkkeet. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. 2013. 5.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Elonen, E. & Elomaa, I. 2007. Solunsalpaajahoito. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P., Lyly, T. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. 2007. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Elonen, E. & Järviluoma, E. 1998. *Solunsalpaajahoito-opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 4.-5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Kalso, E. 2013. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. 2013. 5.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa: Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. 2000. Porvoo: WSOY.

Oivanen, T. & Rosenberg, L. 2010. *Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa*. Helsinki: Suomen syöpäpotilaat ry.

Orell-Kotinkangas, H. 2013. Syöpäpotilaan ravitsemus. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim.

Pukkala, E., Sankila, R. & Rautalahti, M. 2011. *Syöpä Suomessa 2011*. Viitattu 31.12.2013. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/d531799bb43cc9acd20c35ec4256788b/1388485168/application/pdf/65401759/syopa%20suomessa%202011\\_web.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/d531799bb43cc9acd20c35ec4256788b/1388485168/application/pdf/65401759/syopa%20suomessa%202011_web.pdf)

Syöpäjärjestöt. 2014. *Solunsalpaajahoidon välittömät vaikutukset*. <http://www.cancer.fi/tietoasoyovasta/hoidot/solunsalpaajat/valittomat/>

Jonna Karttunen

## 4.4 TASALAATUISTA OHJAUSTA SOLUSALPAAJAHOITOJA SAAVILLE POTILAILLE

**T**ässä työssä kehitettiin polikliinisen hoitoyksikön solunsalpaajahoidon saavan potilaan ohjausta toimivammaksi, ja siten edistettiin potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Solunsalpaajahoidon saavien potilaiden ohjauksen avulla varmistetaan, että potilas sisäistää, mistä hoidoissa on kyse ja mihin hänen tulee varautua hoitojen aikana.

Laskimonsisäinen solunsalpaajahoidon toteutetaan usein polikliinisesti. Lääkäri tekee potilaalle hoito-ohjelman, jonka avulla sairaanhoitaja suunnittelee potilaan hoidon toteutuksen sekä tarvittavan seurannan hoitajakson aikana. Hoito-ohjelma on tärkeä osa potilaan ohjausta. Sairaanhoitaja vastaa määrätyn hoidon toteuttamisesta potilaalle. Hoitajalla tulee olla työnantajan järjestämä koulutus solunsalpaajien käsittelemisestä ja hoitojen toteuttamisesta. Solunsalpaajahoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta edellyttävät erityisosaamista. (Ahonen ym. 2012, 148.)

Ennen ensimmäistä hoitokertaa potilaan kanssa käydään läpi hoidon kulku ja mahdolliset tulevat oireet, joista tulisi ilmoittaa heti hoitohenkilökunnalle. Potilaan ohjaus aloitetaan heti kun diagnoosi on varmentunut, ja sitä jatketaan koko hoitojen ajan. Ohjauksen eri alueisiin palataan yksilöllisesti potilaan tarpeiden ja tilanteiden mukaan.

Tarve kehittämistyölle tuli käytännön potilastyöstä. Aiemmin potilaiden saaman ohjauksen sisältö vaihteli, sillä hoitajat toimivat ohjaustilanteissa pääsääntöisesti muistin varassa, joten ohjaustilanteeseen vaikutti helposti esim. kiire, ohjaustilanteen keskeytykset sekä hoitajan vireystila.

Ohjaustilanteiden tueksi laadittiin kirjallinen muistilista, jonka avulla solunsalpaajahoidon ohjaustilanteet sujuvat helpommin ja kaikki potilaat saavat tasa-arvoista ohjausta.

Kehittämistyön kirjallisessa osuudessa käydään läpi keuhkosyöpää, sen syntyä, keuhkosyöpäpotilaan solunsalpaajahoidon ja siitä johtuvia sivuvaikutuksia painottuen etenkin palliatiiviseen solunsalpaajahoidon. Teoriaosuudessa käytettiin tuoreita hoito- ja lääketieteellisiä lähteitä sekä käypä hoitosuosituksia.

Kehittämistoiminnan menetelmäksi valikoitui juurruttaminen. Solunsalpaajahoidon ohjauksen muistilistan ensimmäinen versio koottiin hyödyntäen muuta potilasohjausmateriaalia sekä aiheeseen liittyvää käytännön kokemusta. Muistilistaa kehitettiin edelleen vuorovaikutuksessa toisen sairaanhoitajan kanssa, ja myös koko henkilökunta piti useita pieniä osastotunteja asian merkeissä. Näin luotiin ja juurrutettiin uusi toimintamalli ohjaustilanteeseen. Solunsalpaajahoidon ohjauksen muistilista on nykyisin käytössä, kun potilas tulee ohjauskäynnille polikliiniseen hoitoyksikköön.

Solunsalpaajahoidon ohjauksen muistilista sisältää itse hoitoon ja lääkitykseen liittyviä asioita (hoitoajat, esilääkitykset ym.), hoidoista aiheutuvat sivuvaikutukset sekä hoitojen aikana vältettävät asiat. Muistilistan muita teemoja ovat kivunhoito, ravitsemus ja mahdollisesti tarvittavat lisäravinteet sekä syöpäpotilaan sosiaalietuudet kuten matkakorvaukset, maksusitoumus peruukkiin sekä mahdollisuus tavata sairaalan sosiaalityöntekijää.

Lista on auttanut rytmittämään ohjaustilanteen kulun sekä muistamaan jo läpi käydyt asiat paremmin. Ohjaustilanteesta on tullut ”tiiviimpi paketti”. Näin ollen potilaat ovat saaneet selkeämpää ja paremmin ymmärrettävää tietoa solunsalpaajahoidoista; ohjaustilanne ei hyppelä asiasta toiseen vaan asiat tulevat selkeässä järjestyksessä. Potilaat ovat näiden keinojen avulla saaneet tasa-arvoisempaan sekä tasalaa-tuisempaa ohjausta. Ohjaustilanteita on ollut myös helpompi jakaa useampiin osiin, jos hoitajalle on tullut tunne, että potilas ei pysty ottamaan vastaan kaikkea tietoa yhdellä kertaa. Yksikön sairaanhoitaja on voinut myös tarkistaa listan avulla, että kaikkia asiat on tullut käytyä läpi, tällä tavoin on parannettu potilasturvallisuutta oleellisesti.

Kehittämistyön arviointi toteutettiin arvioimalla solunsalpaajahoidon ohjauksen muistilistan käytettävyyttä ja hyötyä työyhteisön sisällä. Arvioinnissa käytiin läpi

ohjaustilanteita ja analysointiin, miltä listan käyttö oli tunnut sekä mitä hyvää, heikkoa ja kehitettävää listassa olisi. Potilaiden keskuudessa ei tehty ohjaustilanteisiin liittyvää kyselyä, sillä heidän henkinen kuormitus on tilanteessa muutenkin erittäin suuri.

Muistilistan käytöstä ohjaustyössä on tullut positiivisia kokemuksia. Se selkiyttää ja rytmittää ohjaustilannetta. Kehittämistyöhön sisältyy myös potilaille suunnattu posteri toimintaohjeista poikkeavissa tilanteissa (kuume, vuodot, ihottuma ym.). Kehittämistyö on auttanut varmistamaan, että potilaiden saama ohjaus on yhtenäistä eikä enää riippuvaista ohjaajan muistista. Tämä lisää potilaiden kokemaa hoidon laatua. Myös solunsalpaajahoidon turvallisuus varmistuu, sillä tiputuksiin liittyvät turvaohjeet tulisi kerrata joka käyntikerta uudelleen potilaan saapuessa polikliiniseen hoitoyksikköön hoitokäynnille. ■

## Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito*. Helsinki: Sanoma Pro.

Kaija Ikäläinen & Anna Siltala

## 4.5 PÄÄN JA KAULAN ALUEEN SYÖPÄPOTILAAN SUUNNITELMALLINEN KOTIUTTAMINEN

Tässä kehittämistyössä haluttiin selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä asioita kuuluu hyvään ohjaukseen ja kotiuttamiseen. Saatujen tietojen pohjalta laadittiin HUS:n Korvaklinikan vuode-osasto K6:n hoitohenkilökunnalle tarkistuslista nielun tai kurkunpään syöpää sairastavien potilaiden ohjauksen ja kotiutuksen tueksi. Tarkistuslistassa on tiivistetyssä muodossa kaikki kotiuttamisessa huomioon otettavat asiat. Näin edistetään kotiutuvan potilaan hyvinvointia, turvataan hoidon jatkuvuus ja lisätään tietoa kotiuttamisessa huomioon otettavista asioista.

Pään ja kaulan alueen syöpiin luetaan huulisyöpä, suuontelon, nielun, sylkirauhasten, kurkunpään sekä nenän ja nenän sivuonteloiden syövät. Pään ja kaulanalueen syöpäpotilaiden suunnitelmallinen kotiuttaminen on vaativa prosessi, joka edellyttää erityisosaamista. Laaja syöpäleikkaus vaikuttaa potilaalla moneen osa-alueeseen kuten puheen tuottamiseen, hengittämiseen, nielemiseen, ulkonäköön sekä sosiaalisen kanssakäymisen eri osa-alueisiin.

Laadukas ohjaus on osa hyvää ja asianmukaista hoitotyötä. Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja hoitohenkilökunnalla on velvollisuus antaa ohjausta. Laadukas ohjaus on hoitajan ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tapahtuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Ohjaus on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa toimintaa. (Kääriäinen 2008, 10.)

Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja niin, että hän pystyy ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan

sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjauksessa on tärkeää hoitajan ammattitaito ja ohjausvalmiudet. Hoitajalla tulee olla hyvät tiedot ohjattavasta asiasta ja ohjausmenetelmistä. Ohjaajalla tulee olla myös hyvät vuorovaikutustaidot. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 121–122.) Ohjaajalta edellytetään valmiutta kertoa asiakkaan tilanteesta rehellisesti, tasavertaisesti ja kannustavasti. Ohjaajalla on myös oltava valmius vastata asiakkaan kysymyksiin. Ohjauksen antajaan liitettyjä ominaisuuksia ovat empaattisuus, potilaan kuunteleminen ja palautteen antaminen. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 12–13.)

Ohjauksen ja neuvonnan tulee alkaa mahdollisemman varhaisessa vaiheessa. Sen tulee sisältää tietoa sairaudesta, tehdystä toimenpiteestä, sairauden merkityksestä sekä jatkohoidosta ja kuntoutumisesta. Koska syöpä diagnoosina voi aiheuttaa pelon ja epävarmuuden tunteita, on ohjauksen tavoite tukea myös potilaan henkistä hyvinvointia. Syöpäsairaus vaikuttaa voimakkaasti kaikkiin elämän osa-alueisiin ja vaikeuttaa jokapäiväistä elämää. Syövän eri hoitomuodoilla ja niistä aiheutuvilla sivuvaikutuksilla on moninaisia vaikutuksia potilaan elämänlaatuun esim. minäkuvan muutokset, kehon toiminnalliset muutokset, pelko tulevasta, masentuneisuus, sosiaaliset suhteet, seksuaalisuus ja taloudellinen tilanne.

Kotiutuksen tavoitteena on luoda hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle. Kotiutusjärjestelyt aloitetaan jo potilaan tullessa osastolle, ja kotiutuspäivä pyritään sopimaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Luhtasaari & Jämsén 2013.)

Potilaan hyvän kotiutuksen tavoitteena on taata turvallinen, oikea-aikainen ja sujuva kotiutus. Se perustuu toimivaan yhteistyöhön potilaan, omaisten ja eri toimijatahojen henkilöstön kanssa. Kotiutumisen valmistelu, potilaan kotihoidon tarpeen arviointi, omaisten huomioiminen ja ottaminen mukaan suunnitteluun sekä tukipalvelutarpeiden arvioiminen ja niistä sopiminen ovat kotiutusjärjestelyjen toimintaperiaatteita. Sujuva ja aukoton tiedonsiirto takaa potilaan turvallisen siirtymisen yli vastuu- ja tulosaluerajojen. Toimivan kotiutumisen avulla maksimoidaan potilaan omien voimavarojen hyödyntäminen ja estetään toimintakyvyn heikkeneminen. (Kipinä 2013.)

Kotiutuksen suunnittelu on moniammatillista yhteistyötä. Siihen osallistuvat potilas, hoitaja, lääkäri sekä kuntoutuksen, ravitsemuksen ja sosiaalityön asiantuntija. Potilaan läheisten ja omaisten mukanaolo kotiuttamisvalmisteluissa on tärkeää, sillä he tietävät ja tuntevat potilaan elämäntilanteen. Yhteistyö kotihoidon kanssa on tärkeää, jotta potilaan kotiuttamismahdollisuuksista voidaan muodostaa realistinen arvio. Potilaan kotiuttaminen vaatii usein kotiuttavalta hoitajalta paljon aikaa, yhteydenottoja ja järjestelyjä. Kotiutuakseen potilas tarvitsee riittävästi tietoa sairauteensa ja hoitoonsa liittyvistä asioista sekä selkeät kotihoito-ohjeet. Kotiuttamisprosessin aikana potilas harjoittelee ohjattuna niitä taitoja, joita hän kotiuduttuaan tarvitsee ja valmistautuu siirtymään sairaalasta kotiin. (Pahikainen 2000, 5–6.)

Syöpäpotilaiden hyvä ohjaus ja kotiuttaminen on haasteellista ja tärkeää. Hoitohenkilökunnalla tulee olla hyvät ohjaus- ja opetustaidot sekä riittävät tiedot sairaudesta ja sen hoidosta. Näin potilaat saavat tukea ja monipuolista tietoa itsehoitoon. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta jatkuvaa kouluttautumista ja ammattitaidon ylläpitämistä. Osastolta kotiutuvien tai toiseen hoitolaitokseen siirtyvien potilaiden kohdalla voi käydä niin, että jokin asia unohtuu hoitaa, sillä kotiutukseen ja ohjaukseen liittyy paljon erityisosaamista, joka on perinteisesti ollut lähes muistinvaraisen tiedon varassa.

Potilasturvallisuuden parantamiseksi on kehitelty erilaisia menetelmiä. Yksi niistä on tarkistuslista, jota voidaan käyttää hoitotyön eri vaiheissa. Tarkistuslistan tavoitteena on virheiden määrän vähentäminen, turvallisuuden lisääminen, toiminnan yhdenmukaistaminen sekä laadun

parantaminen. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 208.)

Tarkistuslistan avulla varmistetaan tiedon siirtyminen ja helpotetaan työtä, koska työntekijän ei tarvitse enää luottaa vain muistiinsa tai tarkkaavaisuuteensa. Tarkistuslista on yksikertainen ja tehokas ydinasioiden lista, jonka avulla voidaan parantaa tiimityötä ja kommunikaatiota. Tarkistuslista tulee suunnitella siten, että se mukautuu mahdollisimman hyvin yksiköiden prosesseihin ja toimintatapoihin. Huolellisella suunnittelulla ja henkilökunnan sitoutumisella tarkistuslistojen tuomat hyödyt ovat helposti saavutettavissa parantaen samalla hoidon turvallisuutta. (Helovuo ym. 2011, 209–212.)

Tässä kehittämistyössä tarkistuslistan sisällöksi muodotui hengitystieavanteeseen, PEG-ravitsemukseen, haavanhoitoon, resepteihin, todistuksiin ja jatkohoitoon liittyvä ohjeistus ja välineistö. Näiden osa-alueiden ohjaus on koettu haasteellisimmaksi syöpäpotilaan kotiutusvaiheessa siihen liittyvän runsaan tiedonvälityksen vuoksi. Tarkistuslistan avulla päästään siihen, että kaikki osa-alueet tulevat läpikäytyksi potilaan ja omaisen kanssa.

Suullisen ohjauksen tueksi potilaille annetaan myös kirjalliset hoito-ohjeet. Nämä tukevat potilaan itsehoitovalmiuksia ja niihin voi tarvittaessa palata toipumisaikana. Osastolla on käytettävissä erilaisia kirjallisia ohjeita potilaan syöpäsairaudesta ja toimenpiteestä riippuen.

On tärkeää dokumentoida tieto potilaalle annetusta ohjauksesta ja ohjaustarpeesta. Kehittämällä ja yhdenmukaistamalla kirjaamista osastolla potilaan ohjauksen ja kuntoutuksen tavoitteista, annetusta ohjauksesta, ohjauksen vaikutuksesta sekä potilaan kuntoutumisesta saadaan oleellinen tieto luettavaksi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Mikäli jälkepäin tarvitsee tarkistaa joitakin tietoja, on ne helposti löydettävissä.

Kehittämistyönä toteutettua kotiuttamisen tarkistuslistaa voidaan hyödyntää osastolla uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Se toimii myös kokeneempien hoitajien apuvälineenä, kun tavoitteena on kotiuttamistoiminnan yhtenäistäminen ja laadun parantaminen. Tarkistuslistan avulla päästään yhtenäiseen ja ohjaajasta riippumattomaan kotiuttamiskäytäntöön osastolla. ■

## Lähteet:

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. *Potilasturvallisuus*. Helsinki: Fioca Oy.

Kipinä, P. 2013. *Kotiutukseen kehitetään uutta mallia Kainuussa*. Viitattu 10.7.2013.  
[http://maakunta.kainuu.fi/singlenewsinfo.asp?menu\\_id=750&id=2179&selected=750&compa-nyId=1](http://maakunta.kainuu.fi/singlenewsinfo.asp?menu_id=750&id=2179&selected=750&compa-nyId=1)

Kyngäs, H., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus henkilökunnan arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* vol 3 (2). Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* vol 6 (4). Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti* vol 45 nro 2. Tampere: Sosiaalilääketieteen yhdistys.

Luhtasaari, M. & Jämsén, S. 2013. *Vanhuksen kotiutus. Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.7.2013. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shko2250](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shko2250)

Pahikainen, T. 2000. *Hyvä kotiuttaminen hoitajan näkökulmasta*. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Mari Latvala

## 4.6 AVAIMET HYVÄÄN ARKEEN TRAKEOSTOMIAN JÄLKEEN

” Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoita- ja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä.” (Eloranta & Virkki 2011.)

Tässä kehittämistyössä luotiin ohjauskansio korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle sekä osastolle helpottamaan trakeostomoitujen potilaiden ohjausta. Potilaan ohjaus on meille kaikille tärkeä aihe, johon resurssit ja aika ei aina riitä. Ohjauskansion tarkoitus on helpottaa tietojen hankkimista ja potilaille tiedottamista. Kansioon kootaan tärkeimmät sairauteen ja arjessa pärjäämiseen liittyvät tiedot. Kansiota löytyy tiedot kotona tarvittaviin apuvälineisiin, paikallisjärjestöjen yhteystiedot ja tiedot Kelan kuntoutuksista ja tuista. Yhteystiedot hoitavaan yksikköön löytyy myös, jolloin potilaalla tai omaisella on aina mahdollisuus ottaa yhteyttä. Kansio toimii apuvälineenä myös muilla osastoilla hoitajien potilasohjausta helpottamaan. Akuuttivaiheessa tiedot on löydettävä nopeasti, jotta potilaan ohjaus voi alkaa heti.

Teoriapohjaa haettiin erilaisista artikkeleista, opinnäytetöistä ja kirjoista. Poliklinikalla tavatuilta trakeostomoiduilta potilailta saatiin tietoa asioista, joita he ovat pitäneet tärkeinä sairauden alkuvaiheessa. Ohjaus on yksi tärkeimmistä. Potilaat tuntevat turvallisuutta kun hoitajalla on välineet ja tiedot kotona pärjäämiseen.

Kurkunpään syöpä on tavallisimpia pään ja kaulan alueen pahanlaatuisia kasvaimia. Vuonna 2010 maassamme todettiin 126 kurkunpään syöpää. Kurkunpään syöpä on

tyypillisesti eläkeikäisten tauti, mutta riski sairastua siihen lisääntyy merkittävästi jo 50. ikävuoden jälkeen.

Kurkunpään syövän tavallisimmat riskitekijät ovat tupakointi ja runsas alkoholin käyttö. Kurkunpään syövän tavallisin oire on äänen käheys, mikä on erityisen tyypillistä äänihuulten syöväille. Muita oireita voivat olla palan tunne kurkussa, nielemiskipu, etäpesäkkeen aiheuttama kyhmy kaulalla sekä veriyskä.

Kurkunpään syövässä käytetään sekä leikkausta että sädehoitoa. Hoito valitaan syövän levinneisyyden ja muiden ominaisuuksien perusteella. Laajemmalle levinneessä syövässä voidaan joutua poistamaan koko kurkunpää. Tällöin toipumisen jälkeen syöminen sujuu normaalisti suun kautta. Hengitystä varten potilaalla on kaulalla pysyvä henkitorviavanne.

Potilaan menettäessä puhekykynsä trakeostomian yhteydessä syntyy usein kommunikaatio-ongelmia. Potilas tuntee itsensä eristyneeksi ja muiden on hankala ymmärtää häntä. Henkilökunnalta vaaditaan joustavuutta ja mielikuvitusta kommunikoidessaan potilaan kanssa. Esimerkiksi kynä ja paperi voivat olla avuksi. Kommunikointikyvyn rajoittuneisuus voi johtaa pelkoon, levottomuuteen ja epämiellyttäviin tunteisiin.

Joissakin tapauksissa myös syöminen voi hankaloitua. Yleensä potilaat pystyvät syömään suun kautta. Nielemisharjoitukset on syytä aloittaa pienellä määrällä. Alkuvaiheessa esimerkiksi soseutettu ruoka voi olla helpompaa niellä kuin

nestemäinen. Mikäli potilaalla on nielemisvaikeuksia, voi tarvittaessa konsultoida puheterapeuttia, jonka opastuksella nielemistä voi harjoitella. Kansioista löytyy sairaalapastorin, ravitsemusterapeutin ja puheterapeutin yhteystiedot.

Sairaalasta kotiutuessaan potilaat tarvitsevat riittävästi tietoa. Potilaiden tulisi oppia, miten pitää huolta trakeostoomastaan. Myös perheenjäsenten olisi hyvä osata perusasiat. Tiedon jakamisen ja opettamisen tavoitteena on se, että potilas ja omaiset kokevat olonsa kotona turvalliseksi, kun perusasiat ovat tiedossa ja he tietävät, miten tulee toimia. Potilaalla ja omaisilla tulee olla tieto siitä, minne ottaa ongelmatilanteissa yhteyttä ja tiedustella, miten toimitaan. Ohjauksessa potilas saa tietoa tilanteestaan ja oppii hyödyntämään saatua tietoa omakohtaisesti. Ohjausmenetelmä

## Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Klininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito*. Helsinki: Sanoma Pro.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Leppälä, K. 2010. Trakeostomia. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Helsinki: Duodecim.

tulee valita sen mukaan, mikä on päämäärä ja miten potilas omaksuu asioita. Ohjauksen tulee toteutua potilaalle oikeaan aikaan ja olla kestoaltaan potilaalle sopiva. Hyvä potilasohje on kattava ja sisällöltään helposti ymmärrettävä. Konkreettiset esimerkit ja kuvaukset selkeyttävät käsiteltävää asiaa. Liika tieto voi haitata oppimista.

Arvion mukaan potilaat muistavat noin 75 % siitä, mitä näkevät ja noin 10 % siitä, mitä kuulevat. Kun näkö- ja kuuloaisti yhdistetään ohjauksessa, potilaat muistavat noin 90 % läpikäytyistä asioista. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.) Hyvä potilasohje on kattava ja sisällöltään helposti ymmärrettävä. Konkreettiset esimerkit ja kuvaukset selkeyttävät käsiteltävää asiaa. ■

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. *Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Viitattu 1.12.2014. [https://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Morris, L. & Afifi, S. (toim.) 2010. *Tracheostomies: The Complete Guide*. Chicago: Springer Publishing.

Nuutinen, J. 2011. *Korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet*. Helsinki: Korvatieto.



Marjo Puisto

## 4.7 POTILASOHJAUKSEN KEHITTÄMINEN SYÖPÖPOTILAAN VAJAARAVITSEMUKSEN EHKÄISEMISEKSI

Vasta viime vuosina on alettu ymmärtämään, kuinka suuri merkitys ravitsemuksella on potilaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Ravitsemushoito tukee lääketieteellistä hoitoa. Se on osa laadukasta ja kustannustehokasta hoitoa. On tärkeää tunnistaa riskipotilas ja hoitaa vajaaravitsemuspotilas. Vajaaravitsemus altistaa aina komplikaatioille: leikkauksesta paraneminen ja toipuminen hidastuvat, painehaava- ja infektoriski kasvavat sekä lihasvoima katoaa, mikä altistaa kaatumiselle. Ravitsemushoito on moniammatillista yhteistyötä potilaan parhaaksi.

Vajaaravitsemuksesta on kyse, kun henkilö saa ravinnostaan vähemmän energiaa, proteiineja tai suojaravintoaineita kuin hän tarvitsisi, ja tämä aiheuttaa hänelle haittaa. Vajaaravitsemus näkyy usein ulospäin laihumisena, mutta paino ei kerro ravitsemuksesta kaikkea. Ylipainoinen ihminen voi myös olla aliravittu. Myöskään BMI ei ole aina luotettava mittari. Se ei kerro, paljonko potilaan painosta on lihasmassaa tai ylimääräistä nestettä.

Sana vajaaravitsemus viittaa siihen, että ravinnonsaanti on tavalla tai toisella vähentynyt. Liha- tai maitotaloustuotteiden käyttö voi olla vähäistä, jolloin proteiinin eli valkuaisaineiden saanti ei ole riittävää. Ruokavalio voi olla yksipuolista tai syödään liian vähän ja pieniä annoksia, jolloin kokonaisenergian saanti jää alhaiseksi.

Energian, proteiinien ja/tai suojaravintoaineiden liian vähäinen saanti voi aiheuttaa monenlaista näkyvää ja mitattavaa haittaa. Vajaaravitsemus heikentää havaittavasti ihmisen toimintakykyä ja se ilmenee hänen laboratoriotuloksistaan. Vaikka syöpäkuolleisuus on viime vuosina vähentynyt,

syöpään sairastuneiden määrä on lisääntynyt. Pääsyyinä on väestön ikääntyminen sekä syövän diagnostiikan ja ennusteen paraneminen.

Liikkumalla enemmän, välttämällä ylipainoa ja muuttamalla ravintotottumuksia olisi 30–40 % syövästä ennaltaehkäistävissä. Syövän kehittymiseen voivat vaikuttaa sekä ruuassa luonnostaan olevat että ruuan valmistuksessa syntyvät yhdisteet. Esimerkiksi ruuan paistaminen ja grillaaminen voivat edesauttaa syövän synnyssä, kun taas täysjyväviljat ja marjojen flavonoidit voivat ehkäistä syöpää.

Tämä kehittämisestä rajattiin käsittelemään suun, kaulan ja ruuansulatuskanavan syöpäpotilaiden ravitsemusta ja vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisyä. Heillä ravitsemuksen tärkeys korostuu ja vajaaravitsemuksen riski kasvaa suureksi, koska itse kasvain ja hoidot (leikkaus, lääkehoito, sädehoito) saattavat tehdä ravinnon saannin haasteelliseksi tai jopa mahdottomaksi. Potilaat eivät tiedä, mitä saa ja mitä voi syödä. Suu, kaula ja ruokatorvi ärtyvät ja pahimmassa tapauksessa limakalvo menee rikki. On erilaisia ennakkoluuloja ja pelkoja, makuastei muuttuu tai katoaa. Suolisto-syöpä potilaat pelkäävät suolen tukkeutumista tai ripulia ja jättävät helposti syömättä kokonaan. Ravitsemuksella on myös suuri vaikutus elämänlaatuun ja mielialaan.

Kehittämisestä tavoitteena oli syventää hoitajien teoria-tietämystä, helpottaa ja yhtenäistää hoitajien toimintaa tarkistuslistalla sekä varmistaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta syöpäpotilaan ohjauksessa, terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä ravitsemuksen osa-alueella. Hoitajan vastaanotolla sädehoidossa on tarkoitus

ottaa käyttöön NRS 2002 -kyselylomake, jolla havaitaan potilaan vajaaravitsemuksen riski tai jo olemassa oleva vajaaravitseminen.

Käypä hoito -suositusten mukaan suun alueen sädehoitopotilaan ravinto-ohjaus ja painon seuranta tulee aloittaa heti sädehoidon alkaessa (Suusyöpä: Käypä hoito -suositus 2014).

Teoriaosassa sovellettiin kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on löytää ajan tasalla olevaa näyttöön perustuvaa tietoa luotettavista tietokannoista. Terveystieteiden tutkimuksessa ajatuksena on tuottaa saatua tietoa sovellettavaksi käytäntöön. (Elomaa & Mikkola 2010, 6–7.)

Turvalliseen hoitoon kuuluu potilaan ohjaaminen, jolla tarkoitetaan tiedon antamista esimerkiksi motivoivalla keskustelulla, opettamisella, neuvonnalla ja valmentamisella. Riittävä tietojen kertominen on tärkeä osa potilaan hoitoa ja itsemääräämisoikeuden toteutumista. Potilaan ehdolla kannustetaan myös omaisia osallistumaan vastaanotolle yhdessä potilaan kanssa.

#### Tarkistuslistan mukaan potilaan kanssa käydään läpi seuraavat asiat:

- vointi, yleinen jaksaminen
- paino (kerran viikossa)
- kotiaskeet: miten sujuu ruuanlaitto ja kaupassakäynti (nämä kuvaavat hyvin fyysistä toimintakykyä)
- asuuko yksin, perhettä/lapsia, muu tukiverkko
- henkinen jaksaminen, väsymys
- syöminen tällä hetkellä: ovatko annoskoot muuttuneet, ruokarytmi
- hoitoalueen kipua, tarvittaessa anna:
  - Caphosol-liuos
  - Xylocain-suihke/geelikapulääke- tai peräpukamavoideresepti lääkäriltä
- NRS2002 -kaavakkeen täyttö yhdessä potilaan kanssa
  - 3-4 pistettä: annetaan sädehoidon jääkaapista kokeeksi muutamia ravintolisä (ei ole normaalisti korvattava, mutta reseptillä saa Vaasasta Kirkkoapteekista 10 % alennusta)
  - 5-7 pistettä: pyydetään lääkäriltä lähete ravitsemusterapeutille
- Sädehoitopotilaan suunhoito-ohje/ripuliohje/ummetusohje, suullisesti ja kirjallisesti
- Ruuan rikastamisohje, suullisesti ja kirjallisesti
- Syöpäpotilaan ravitsemusoppaan läpikäynti yhdessä potilaan kanssa
- Potilaan kysymykset

#### Lähteet:

Suusyöpä, Käypä hoito -suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonian asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.11.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoio7025>

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. *Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä*. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Tarkistuslista ei ole ollut vielä käytössä hoitajien vastaanotolla. Se on tarkoitus ottaa käyttöön kevään 2015 aikana. Jotta tarkistuslistan käyttöönotto onnistuu, on myös työyksikön johdon sitouduttava sen käyttöön ja mahdollistettava se riittävällä määrällä hoitohenkilökuntaa. Tarkistuslistan käyttö työvälineenä on opettava. Tarkistuslistalla pyritään pysyvään toimintamallien ja asenteiden muutokseen, mikä ei yleensä tapahdu hetkessä – jotkut voivat tarvita enemmän aikaa tottuakseen ajatukseen tarkistuslistan käytöstä. Tämän vuoksi tarkistuslistan käytön aloituksessa olisi oltava henkilöstön kouluttamista sekä perusteellista motiivointia. Tarkistuslistan käytön on tarkoitus helpottaa eikä hidastaa työntekoa. Käyttöönoton jälkeen listaa on arvioitava säännöllisesti sekä tarvittaessa muutettava sitä uusimman tiedon mukaan. (Blomgren & Pauniahio 2013, 288–290; Ikonen & Pauniahio 2010, 25.)

Tarkoituksena on, että tarkistuslista otetaan käyttöön myös muiden alueiden syöpäpotilaiden kohdalla potilasohjauksessa hoitajan vastaanotolla. Käytännön myötä tarkistuslistaa tullaan mahdollisesti muuttamaan ja päivittämään.

Blomgren, K. & Pauniahio, S-L. 2013. Terveystieteiden tutkimuksen tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsinki: Duodecim.

Ikonen, T. & Pauniahio, S-L. 2010. *Leikkaustiimin tarkistuslista*. Finnanest.

Katja Luhtamäki

## 4.8 RAVITSEMUSOHJAUS SYÖPÄPOTILAAN HOIDOSSA

Tällä hetkellä Suomessa elää yli 200 000 ihmistä, joilta on elämän varrella todettu syöpä. Osa heistä on parantunut, osalla on taudin tai sen hoidon aiheuttama vamma tai haitta. Syöpään kuolee vuosittain noin 10 000 suomalaista, eli syöpä on peruskuolemansyynä lähes joka viidennessä kuolemantapauksessa. Ennusteiden mukaan vuonna 2015 todetaan sekä miehiltä että naisilta runsaat 15 000 syöpää.

Syöpä tarkoittaa solujen hallitsemattomasta kasvusta johdettavaa pahanlaatuista, yleensä kiinteää kasvainta, joka tunkeutuu kudoksiin, aiheuttaa kudostuhoa ja lähettää etäpesäkkeitä. Mitä varhaisemmin syöpä todetaan, sitä paremmin siihen voidaan vaikuttaa hoidoilla. Tärkeimmät syövän hoitomuodot ovat leikkaus, sädehoito ja lääkehoidot.

Valtaosalla syöpäpotilaista on riski vajaanavitsemukseen, tähän vaikuttavat sekä itse syöpäkasvain ja sen sijainti sekä annettavat hoidot. Vajaanavitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa energian, proteiinin ja/tai muiden ravintoaineiden saanti on puutteellista ja josta seuraa haitallisia muutoksia kudoksissa, kehon koostumuksessa ja toiminnassa tai hoitotuloksessa. Vajaanavitsemuksella on suuri rooli hoitojen onnistumisessa ja syövästä toipumisessa. Syöpä sairautena aiheuttaa usein laihtumista ja energiantarpeen kasvua jo ennen hoitojen aloittamista. Syöpäleikkaus saattaa aiheuttaa nielemisvaikeuksia tai ongelmia ruoansulatuskanavan toiminnassa, ja puutteellinen energian ja ravintoaineiden saanti hidastaa leikkauksesta toipumista. Solunsalpaajahoido kohdistuu voimakkaimmin nopeasti jakaantuviin soluihin, minkä vuoksi se vaurioittaa ruoansulatuskanavan limakalvoa aiheuttaen esimerkiksi haavaumia suuhun ja nieluun

sekä estää ravintoaineiden ja nesteiden imeytymistä suolistosta. Solunsalpaajahoidoihin liittyy myös usein pahoinvointia ja oksentelua. Sädehoidon haittavaikutukset ovat paikallisia ja ne riippuvat sädetetystä alueesta ja sen laajuudesta. Kaulan ja kasvojen alueelle annettu sädehoito aiheuttaa usein syljen erityksen vähenemistä, limakalvon haavaumia, nielemisvaikeuksia, pahoinvointia ja makumuutoksia.

Syöpäpotilaan ravitsemushoidon tavoitteena on ylläpitää tai parantaa ravitsemustilaa sekä estää, pysäyttää tai ainakin hidastaa painonlaskua. Vajaanavitsetun potilaan vastustuskyky on alentunut, hän sietää huonommin syöpähoitoja ja muun muassa toipuminen leikkauksesta on hitaampaa. Huono ravitsemustila voi jopa estää joidenkin hoitomuotojen käytön. Myös sillä onko potilas kuratiivisen vai palliatiivisen hoidon piirissä on vaikutusta toteutettavaan ravitsemushoitoon, palliatiivista hoitoa saavan potilaan ravitsemushoidon aktiivisuudesta päätetään yksilöllisesti. Terminaalivaiheessa olevan potilaan ravitsemusta ei ole perusteltua tehostaa. Ravitsemushoito koostuu vajaanavitsemusriskin seulonnasta, ravitsemustilan arvioinnista, ravitsemushoidon suunnittelusta ja sen vaikuttavuuden arvioinnista.

Vajaanavitsemusriskin arviointi perustuu potilaan painoindeksiin, painonlaskuun ja syömisen vähenemiseen. Sairaalaolosuhteissa voidaan käyttää esimerkiksi NRS 2002 -seulontamenetelmää, jossa riskit pisteytetään. Kotiolosuhteissa voidaan riskiä seurata ja arvioida viikottaisilla punnituksilla, syödyn ruoan määrän ja laadun seuraamisella sekä pyrkimällä tunnistamaan syömiseen liittyvät ongelmat esim. kipeä ja kuiva suu, pahoinvointi, nielemisvaikeudet ja ruokahaluttomuus. Painohistorian osalta

vajaaravitsemukselle altistavana pidetään yli 2 %:n painolaskua viikossa, yli 5 %:n painonlaskua kuukaudessa tai yli 10 %:n laskua kuudessa kuukaudessa. Painonmuutosta arvioitaessa on otettava huomioon turvotukset sekä vatsaontelossa tai keuhkoissa oleva neste. Vajaaravitsemuksen rajana pidetään painoindeksiä alle 18,5. Mikään laboratoriotutkimus ei yksiselitteisesti kuvaa potilaan ravitsemustilaa. Viitearvoja matalammat P-Alb, P-Prealb ja B-Hb voivat viitata heikentyneeseen ravitsemustilaan.

Ravitsemushoidon lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tavat ja tottumukset. Hoitoa suunniteltaessa on myös huomioitava potilaan fyysiset ja psyykkiset voimavarat, muut sairaudet ja taloudellinen tilanne. Keskeisintä ravitsemushoidossa on riittävän energian- ja proteiinin saannin turvaaminen potilaan omia mieltymyksiä toteuttaen. Pääsääntöisesti ravitseminen pyritään toteuttamaan suun kautta nautittavalla ruoalla, mutta jos syöminen ei onnistu, joudutaan turvautumaan enteraaliseen tai parenteraaliseen ravitsemukseen. Mikäli ruoka-annokset jäävät pieniksi, voidaan ruokaa rikastaa kermalla, rasvoilla, juustoilla ja tuorejuustoilla. Hyviä proteiininlähteitä ovat kananmuna, liha, kala, siipikarja, nestemäiset maito- ja soijavalmisteet sekä pähkinät. Ruoan energiamäärää voidaan lisätä myös apteekista ilman reseptiä saatavilla täydennysravintovalmisteilla. Nämä ovat valmiit täydennysravintojuomat ja -vanukkaat sekä ruokiin ja juomiin lisättävät täydennysravintojauheet.

Syöpähoidon aikana esiintyy usein ruokahaluttomuutta. Syinä voivat olla esimerkiksi sairauden aiheuttamat muutokset elimistössä, lääkkeet tai sädehoito. Myös alakuloisuus ja masennus vähentävät ruokahalua. Erityisesti solunsalpaajahoidon yhteydessä, ja muutenkin, ruokahaluttomuus voi olla jaksottaista – toisina päivinä ruoka maistuu hyvin ja toisina ruoka ei maistu ollenkaan. Suositeltavaa on syödä enemmän niinä päivinä kun ruoka maistuu paremmin. Huonoinakin päivinä tulisi yrittää syödä edes vähän, koska syömättömyys lisää huonoa oloa.

Pahoinvointi ja oksentelu liittyvät erityisesti solunsalpaaja- ja sädehoitoon. Tästä syystä kannattaa ennen hoitoa syödä mieluiten pieni ateria, koska täyteläinen olo tai täysi syömättömyys lisää pahoinvointia. Ennen hoitoa kannattaa myös ottaa lääkärin määräämä pahoinvointilääke. Pahoinvointilääkettä kannattaa käyttää säännöllisesti ennen ateriaa parhaan tehon aikaansaamiseksi. Pahoinvoinnin aikana kannattaa syödä säännöllisesti pieniä aterioita. Kylmät ja kuivat ruoat yleensä aiheuttavat vähemmän pahoinvointia kuin kuuma ruoka. Runsas juominen aterian yhteydessä lisää pahoinvointia, joten juominen kannattaa keskittää aterioiden välille. Usein syömistä seuraava pahoinvointi aiheuttaa inhoa ruokaa kohtaan joten lempiruokia ei kannata syödä pahoinvoinnista kärsittäessä.

Pään ja kaulan alueelle annettu sädehoito ärsyttää nielua ja ruokatorvea. Suun kuivuminen ja kipeytyminen sekä nielemisvaikeudet voivat vaikeuttaa nielemistä. Pehmeä, sosemainen tai nestemäinen ruoka vaatii vähemmän pureskelemistä ja on helpompi niellä kuin kiinteä. Täydennysravintovalmisteista vanukasta on helpompi niellä kuin nestemäisiä valmisteita. Pehmeärakenteisia ruokia ovat vellit, puurot, keitot, pataruoat ja kalaruoat. Myös kiisselit, hyytelöt, jäädykkeet ja jäätelö ovat helposti nieltäviä. Kuivan suun hoitoon voi käyttää syljeneritystä lisääviä tabletteja tai puuduttavaa suuvettä. Suuta voi kostuttaa myös imeskelemällä jääpaloja. Kun ruokailu suun kautta ei onnistu, siirrytään yleensä enteraaliseen ravitsemukseen. Letkuravintoa voidaan antaa nenä-mahaletkun kautta tai nykyään yleisemmin gastrostooman kautta (PEG). Tarpeen mukaan voidaan myös käyttää suonensisäistä ravitsemusta.

Ummetusta aiheuttavat opiaatti-kipulääkkeet ja solunsalpaajat, liian vähäinen nesteen saanti, ruokavalioiden vähäinen kuitumäärä ja liikunnan puute. Ravitsemuksella voi ummetuksen syntyyn vaikuttaa juomalla riittävästi ja syömällä kuitua sisältäviä ruokia, esim. puuroja, täysjyvätuotteita, kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Luumu ja muut kuivatut hedelmät sellaisenaan tai lisättynä esimerkiksi puuroon sekä liuotetut pellavansiemenet nesteineen ovat hyviä laksatiivisia ruoka-aineita.

Ripulia voivat aiheuttaa suoliston alueen säde- tai leikkaushoito, tietyt solunsalpaajat, antibiootit ja laktoosi-intoleranssi. Ripulin yhteydessä on tärkeää huolehtia riittävästi nesteen saannista elimistön kuivumisen ehkäisemiseksi. Hyviä juomia ripulin aikana ovat veden lisäksi kivinäisvesi, laimea sokeroitu mehu, mehukeitto tai tee. Vähälaktosiset ja laktoosittomat juomat saattavat sopia perustuotteita paremmin. Maitohappobakteereita sisältävät tuotteet voivat helpottaa ripulia varsinkin antibiootihoidon aikana normalisoimalla suoliston bakteerikantaa. Sopivia vähäkuituisia ruokia ovat riisi, sosekeitot, banaani ja paahtoleipä.

Potilaan painoa ja ravitsemuksen onnistumista seurataan tiiviisti ravitsemushoidon aikana. Painoa suositellaan mitattavaksi 2–3 kertaa viikossa. Mikäli ravitsemushoitosuunnitelma ei toteudu, tulisi tilanteeseen puuttua viipymättä.

Konsultaatiopyyntö ravitsemusterapeutille tulisi tehdä syöpäpotilaasta silloin, kun potilas on vajaaravitsemusvaarassa laihtumisen, painoindeksin tai laboratoriomääritysten perusteella tai potilaan ravinnon saannissa on ongelmia. Syöpäpotilaiden ravitsemusohjauksen vaikuttavuudesta löytyy muutamia tutkimuksia. Ne osoittavat, että ravitsemusterapeutin antama ravitsemusohjaus on tehokkaampaa kuin täydennysravintojuomien lisäys tai kirjallinen ohje. Yksilöllisen ravitsemusohjauksen vaikutukset jatkuivat myös hoitojen ja ravitsemusohjauksen jälkeen.

## Lähteet

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. *Ravitsemushoito käytännössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) 2009. *Ravitsemus hoitotyössä*. Helsinki: Edita Publishing.
- Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala (toim.) 2009. *Ravitsemushoito-opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Orell-Kotikangas, H. 2013. *Syöpäpotilaan ravitsemushoidon tehostaminen*. Viitattu 11.4.2014. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=syto0705](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=syto0705)
- Orell-Kotikangas, H. 2013. *Syöpäpotilaan ravitsemushoidon suunnittelu*. Viitattu 7.5. 2014. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=syto0702](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=syto0702)
- Orell-Kotikangas, H. 2013. *Syöpäpotilaan ravitsemushoito*. Viitattu 7.5.2014. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=syto0697](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=syto0697)
- Orell-Kotikangas, H. 2013. *Syöpäpotilaan ravitsemushoidon vaikuttavuus*. Viitattu 7.5.2014. [http://terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=syto0703](http://terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=syto0703)
- Pukkala, E., Dyba, T., Hakulinen, T. & Sankila R. 2006. *Syöpä Suomessa 2015*. Syöpäjärjestöjen julkaisuja.
- Syöpäpotilaan ravitsemusopas. 2014. Suomen Syöpäpotilaat ry yhteistyössä Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen kanssa.
- Viitala, H. 2012. *Syöpäpotilaan tehostettu ravitsemushoito*. Viitattu 16.3.2014. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shko1652](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shko1652)
- Viitala, H. 2012. *Syöpäpotilaan ravitsemus*. Viitattu 16.3.2014. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shko1651](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shko1651)

5.  
*KLIINISEN HOIDON  
KEHITTÄMINEN*

Marjaana Joukainen

## 5.1 SYÖPÄPOTILAAN OIRESEURANTA JA KIVUN MITTAAMINEN

**K**ipu on yksi syöpäpotilaan yleisimpiä oireita, ja kivun arviointi on tärkeä osa syöpäpotilaan hoitoa. Kivunhoidon tavoitteena on lievittää ja vähentää kipua sekä edistää kaikin tavoin potilaan hyvää oloa.

Perinteisesti kivun luokittelu on jaettu anatomiaan, sijaintiin ja kivun keston. Puhutaan esimerkiksi selän, vatsan ja pään kiputiloista sekä akuutista tai kroonisesta kivusta. Kipua voidaan luokitella myös sen aiheuttajan mukaan, esimerkiksi syöpäkipu. Luokitus voi perustua myös kivun patofysiologiseen mekanismiin; kipu voi johtua esimerkiksi hermovauriosta tai kudonsvauriosta. IASP:n luokittelussa pyritään monipuoliseen kipuongelman kuvailuun. Siinä otetaan huomioon samanaikaisesti syy ja anatomia sekä kipua koskevat kuvaukset kivun kestosta, voimakkuudesta ja laadusta. (Estlander 2003, 14.)

Kipu voi olla lyhytaikainen eli akuutti tai pitkäaikainen eli krooninen. Akuutin ja kroonisen kivun merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaisia. Kuitenkin näiden välinen raja on epäselvä. Jotkut kiputilat sisältävät piirteitä sekä akuutista että kroonisesta kivusta. Akuutti kipu johtuu jostakin elimellisestä tekijästä. Sillä on siihen selvä syy, sitä pitää hoitaa tehokkaasti. Akuutti kipu voi liittyä esimerkiksi äkilliseen kudonsvaurioon, lääketieteelliseen toimenpiteeseen tai leikkauksen jälkitilaan. Kipua pidetään kroonisena, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen. Aikarajana on pidetty 3–6 kuukautta. Taustalla on ollut kudonsärsytys tai -vaurio. Syöpäkasvaimesta aiheutuva kipu on mekanismeiltaan akuutti, vaikka se jatkuisikin pitkään. (Estlander 2003, 17–18.)

Kipua on pyritty havainnollistamaan mm. kipupiirustuksilla, VAS-asteikolla ja erilaisilla sanallisilla apuvälineillä. Kun potilasta pyydetään toistuvasti arvioimaan kivun kokemusta samalla asteikolla, saadaan kivun vaihtelut ja hoitojen vaikuttavuus hyvin esille. Kivun säännöllinen monitorointi ja dokumentointi on hoidon tehon seurannan kannalta huomattavasti tehokkaampaa. Kivun jatkuva arvioiminen ja kirjaaminen on osoitus potilaalle, että lääkäri on kiinnostunut hänen kivuistaan. Tämä kokemus puolestaan lisää potilaan hoitomyöntyvyyttä. (Hänninen 2003, 81–82.)

Onnistuneella kivunhoidolla voidaan merkittävästi parantaa potilaan elämänlaatua. Käytettävissä olevilla kivun lääkähoidoilla, anestesiologian menetelmillä sekä muun muassa neurokirurgisilla toimenpiteillä voidaan kivun hallintaan päästä yli 90 % tapauksista. Vaikeita kipuja esiintyy yli puolella kaikista syöpäpotilaista. Kivun esiintyvyys vaihtelee suuresti eri syöpätaudeissa ja tautien etenemisvaiheissa. (Iivanainen 2010, 763.)

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää kivun hoitotyötä terveyskeskuksen vuodeosastolla. Jokaisen hoitajan on tärkeää osata riittävästi arvioida syöpäpotilaan kipuja. Apuna käytetään tulohaastattelua, oireiden jatkuvaa seurantaan kipumittarin avulla sekä oirekyselyitä.

Syöpäpotilaan tullessa osastolle hänelle tehdään tulohaastattelu. Haastattelun pohjana käytetään Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen laatimaa kaavaketta, joka antaa kattavan tiedon potilaan kiputilasta. Kaavaketta sovelletaan vastaamaan kunkin potilaan kohdalla hänen tarpeitaan. Omaisilla on mahdollisuus olla läsnä haastattelutilaisuudessa,

mikäli potilas näin haluaa. Yhteisen tapaamisen etuna on esimerkiksi se, että potilas ja omaiset kuulevat, mitä toisella osapuolella on kysyttävää hoidosta sekä muista mieltä askarruttavista asioista. Haastattelutilanteen aikana voidaan samalla antaa ohjausta kivun hoidosta ja arvioinnista. Silloin luodaan turvallisuuden tunnetta potilaalle ja omaisille siitä, että kipu on hoidettavissa.

Oleellinen osa fyysisten oireiden hoitoa on kivunlievitys. Koska oireet muuttuvat ajan mittaan, hoitajien pitää kysyä ja arvioida tilannetta aika ajoin. Oire seuranta ja hoidon tehon seuranta pitää olla systemaattista. Potilaalle taataan asianmukainen apu ja se tulee saada nopeasti.

Oirekyselyn tukena voidaan käyttää erilaisia arviointimittareita eli kipumittareita. Kipumittarin tulee olla niin yksinkertainen, että sen käyttö on helppo opettaa. Kipumittarin tulee antaa luotettavaa tietoa kivun voimakkuudesta ja arvion tulee olla helposti muutettavissa esim. numeroiksi 0 – 10. Huomioitavaa on myös, että potilaalle käytetään aina samaa kipumittaria.

Kivunhoidon kannalta oleellinen arviointimittari on esimerkiksi VAS-mittari (visual analogue scale), joka on 10 cm pitkä jana, jonka toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pää pahinta mahdollista kipua. Janalta potilas osoittaa kohtaa, jonka voimakkuuksista kipua hän arvioi kokevansa. Toisella

puolella janaa on numeerinen asteikko, josta voi katsoa näytetyn kivun lukuna 0 – 10. Potilasasiakirjoihin tulisi merkitä kipu esimerkiksi arvona 5/10, jotta arviointiskaala käy selville.

Potilaan oma arvio kivusta on tärkein lähtökohta. Sitä on uskottava. Potilas kertoo kivun sijainnin, voimakkuuden, laadun ja keston. Arviointiin vaikuttaa potilaan ikä, terveydentila ja kunto, henkinen taso, aikaisemmat kokemukset, kulttuuritausta, kasvatus, persoonallisuus sekä kudoksen kipuherkkyys. Kuitenkin on huomioitava, etteivät kaikki potilaat pysty kommunikoimaan ja antamaan arviota omasta kivustaan. Silloin hoitohenkilökunnan on arvioitava kipu potilaan käytöksestä. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota mm. kasvojen ja suun ilmeisiin, ääntelyyn, itkuun, ihon väriin ja kosteuteen, kehon asentoon, raajojen ja vartalon liikkeisiin, reaktioihin käsittelylle, valveilla olon asteeseen sekä muutoksiin käyttäytymisessä.

Hoitotyön tarkka kirjaaminen on pohjana yksilölliselle ja laadukkaalle kivun hoidolle. Potilasturvallisuuden takia kivun kirjaamisessa on tärkeää huomioida lääkeaineliherkyydet, edellisten hoitojen vaikutukset ja mahdollisesti aiheutuneet sivuvaikutukset. Kivun kirjaaminen perustuu tietoon erilaisista kiputyypeistä, kivun ilmenemismuodoista ja kivun ilmaisemiseen liittyvistä erilaisista yksilöllisistä tekijöistä. (Sailo & Vartti 2000, 99.)

## Lähteet

Estlander, A.-M. 2003. *Kivun psykologia*. Porvoo: WSOY.

Hänninen, J. 2003. *Saattopotilaan oireiden hoito*. Helsinki: Duodecim.

Jauhiainen, M. 2010. *Syöpäsairaudet*. Teoksessa: Iivanainen A, Jauhiainen M & Syväoja P. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. Helsinki: Tammi.

Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.) 2000. *Kivunhoito*. Helsinki: Tammi.



Tarja Siltakorpi

## 5.2 SYÖPÄKIVUN ARVIOINTI JA HOITO KIPUMITTARIA HYÖDYNTÄEN

**K**ansainvälisen syöpäunionin (UICC, 2008) syöpäjulistuksessa asetetaan maailmanlaajuisiksi tavoitteeksi vuoteen 2020 mennessä poistaa esteet parhaan mahdollisen syöpäkivun lievityksen tieltä ja taata tehokas kivunlievitys kaikille syöpää sairastaville potilaille.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli hoitotyön laadun parantaminen syöpäpotilaan kivun hoidossa Porvoon sairaalan osastolla kuusi. Tarkoituksena oli myös vakiinnuttaa NRS-kipumittarin säännöllinen käyttö ja sen hyödyntäminen syöpäpotilaiden kivunhoitotyössä.

Eri syöpälajit aiheuttavat kipuja eri tavoin niiden kasvu- ja leviämistavan vuoksi. Luustoon metastasoituvissa syöpätaudeissa, kuten rinta- ja eturauhassyövät, kipuja esiintyy yleisimmin. Leukemiapotilailla kipuja esiintyy vähiten. Syöpäsairauden loppuvaiheessa 50–90 %:lla levinnyttä syöpää sairastavista, syöpälajista riippuen, on kipuja, monilla on samanaikaisesti 2–4 eri kipukohtaa kehossaan. (Kalso 2013, 874.)

Kipuun vaikuttavat psykososiaaliset tekijät kuten potilaan mieliala sekä läheisten reaktiot. Psykososiaaliset tekijät voimistavat, ylläpitävät tai hillitsevät potilaan kipukokemusta. Pelko on tärkein kipukokemusta voimistava tekijä.

Kudosvauriokipu eli nosiseptiivinen syöpäkipu aiheutuu itse kasvaimen aiheuttamasta vauriosta kudoksessa, esimerkiksi puristuksesta, luun syöpymisestä tai kudoksen sisäisestä paineesta. Kasvain voi erittää kipua aiheuttavia kemikaaleja, jotka herkistävät tai ärsyttävät hermopäätteitä. Kudosvauriokipu on joko somaattista tai viskeraalista kipua.

(Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 79; Paija 2004, 671.)

Somaattinen kudosvauriokipu on yleensä hyvin paikallistuvaa, pinnallista tai syvää kipua, johon voi liittyä myös säteilevä komponentti. Potilas voi kuvata kipua pistäväksi, teräväksi tai repiväksi. Viskeraalinen kudosvauriokipu on somaattiseen kipuun verrattuna vaikeammin paikallistuvaa. Kipu on aaltomaista ja siihen liittyy autonomisen hermoston oireita kuten hikoilu, kalpeus, pahoinvointi, oksentelu sekä verenpaineen ja pulssin muutokset. (Salanterä ym. 2006.)

Hermovaurio eli neuropaattinen syöpäkipu aiheutuu ääreis- tai keskushermostoon levinneestä tai hermoja puristavasta tuumorista tai sen etäpesäkkeestä (Hamunen 2003, 29). Neuropaattinen kipu on säteilykipua, epämiellyttävää ja voimakasta. Potilas kuvaa sitä kihelmöivänä, sähköttävänä, polttavana tai pisteleivänä ja siihen liittyy usein tunte muutoksia, tuntu puutoksia tai sähköiskun kaltaisia tuntemuksia. (Salanterä ym. 2006, 79–80.) Osa hermovauriokivuista on syövän paranemiseen tähtävien hoitojen aiheuttamia, ja hoitamattomina ne voivat jatkua vuosia.

Syöpäkivun onnistunut hoito edellyttää perehtymistä potilaan kipu- ja kokonaistilanteeseen. Syöpää sairastavan potilaan hyvään kivunhoitoon kuuluu kivun mittaaminen, kivun ja muiden oireiden arviointi ja kirjaaminen säännöllisesti. (Hamunen, Heiskanen & Idman 2009, 3413.) Potilasta itseään pidetään parhaana oman kipunsa asiantuntijana. Kivun arvioinnin tulisikin aina sisältää sekä potilaan että hoitajan arvioinnin tilanteesta. Kirjaaminen on oikeusturva sekä

potilaalle että hoitajalle ja väline hoidon laadun kehittämiseksi. (Salanterä ym. 2006.)

Kivun mittaamisen apuvälineenä voidaan käyttää kipumittaria. Numeerinen kipumittari (NRS) on yksinkertainen ja helppokäyttöinen. Ennen mittarin käyttöä potilaalle tulee korostaa, että kipua mittaamalla hänen kivulle saadaan alkuarvo, jonka avulla hänelle annettujen hoitojen tehoa voidaan seurata, sekä selvittää kipuasteikon numeroiden merkitys. Kipuasteikolla numero nolla tarkoittaa sitä, että potilaalla ei ole lainkaan kipua, ja numero kymmenen merkitsee pahinta mahdollista kipua. Kukin potilas kokee kivun omalla tavallaan, eikä eri potilaiden kokemaa kipua ei voi verrata toisiinsa. Potilaan kokemaa kipua tulee verrata vain hänen omaan aikaisempiin kipukokemuksiin. (Salanterä ym. 2006.)

Syöpäkivun hoitomenetelmänä lääkehoito on tärkein ja eniten käytetty. Syöpähoitojen tuoma kivunlievitys tulee usein hitaasti. Kirurginen hoito, syöpälääkkeet (solusalpaajahoidot) sekä sädehoito tuhoavat syöpäsoluja, ja jos kasvain saadaan pienenemään, poistettua tai etäpesäkkeitä hävitettyä, paranevat kivutkin. (Vuorinen & Kalso 2007, 28.)

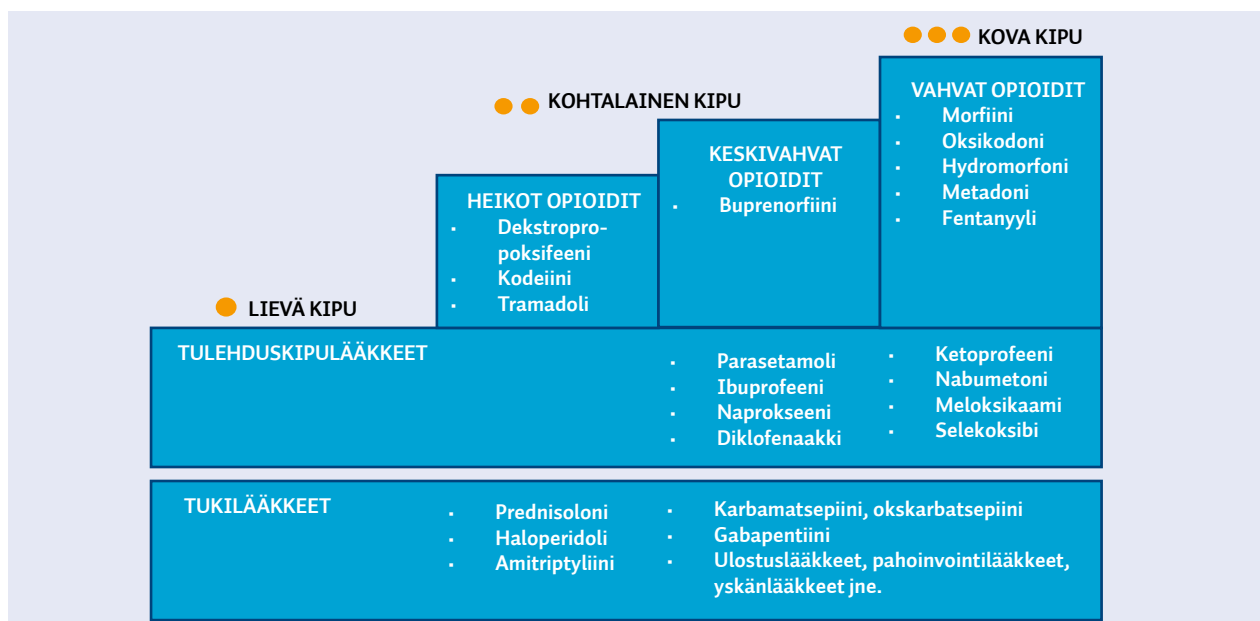
Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat mm. erilaiset rentoutumisharjoitukset. Hoitavan lääkärin luvalla voidaan

täydentävänä hoitomuotona käyttää myös hieronta- tai lymfaterapiaa. Myös sähkökiputerapia ja akupunktio voivat tuoda apua.

Syöpäpotilaista noin 10 % tarvitsee erikoistekniikoita kivun hallitsemiseksi. On tärkeää tunnistaa ajoissa ne potilaat, joille ei saada apua kivun hallinnassa perinteisillä hoitomenetelmillä. Hoitovaihtoehtoista näissä tapauksessa tulisi konsultoida syöpäkivun hoitoon erikoistunutta kipupoliklinikkaa. Syöpäkivun hoidon erikoistekniikoita ovat opioidin jatkuva spinaalinen annostelu, paikallispuudutukset, neurolyytiset salpaukset ja ääritapauksissa destruktiiviset neurokirurgiset menetelmät. (Hamunen 2013, 891–892)

Syöpäpotilaan kivunhoito kuuluu hoitotyön jokapäiväisiin ja vaativimpiin alueisiin. Hoidon ensisijainen tehtävä on lievittää potilaan kipua ja auttaa sekä tukea potilasta selviämään kipunsa kanssa (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 132).

Syöpäkivun hoito on tehokasta ja laadukasta maailman terveysjärjestö WHO:n portaiden (kuva 5) mukaisesti toteutettuna. Kipulääke ei määräydy taudin vaiheen mukaan vaan kipulääke valitaan kivun voimakkuuden mukaan.



Kuva 5 WHO:n ohje kipulääkkeiden porrastuksesta (Suvala 2012)

Kehittämistyön teoriaosuus esiteltiin osastotunnilla, ja se herätti keskustelua. Kivunhoito oli muutenkin osastolla esillä syksyllä 2013, ja kipumittarin käyttö lisääntyi. Kivun kirjaamisessa tulee jo paremmin esille kivun arviointi, ja myös esimerkiksi kivun hoitoon käytetyn kipulääkkeen vaikutuksen arviointi. Kivunhoito ja NRS-mittarin käyttöä on alettu

huomioida hoitosuunnitelmissa. NRS- kipumittarin käyttöä on helppo ja selkeä ohjata potilaalle, ja he suhtautuvat siihen yleensä myönteisesti. Kipumittarin arvojen merkinnät hoitotaulukossa ovatkin lisääntyneet, ja kipumittariarvoa voisi verrata tulehdusarvoon, potilaan lämpöön tai muihin totuttuihin seuranta-arvoihin. ■

## Lähteet

- Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on? *Finnanest* 36, 30.
- Hamunen, K., Heiskanen, T. & Idman, I. 2009. Syöpä kivun hoidon kolme tasoa. *Suomen Lääkärilehti* 41, 3413–3421.
- Hamunen, K. 2013. Invasiiviset hoitomenetelmät syöpä kivun hoidossa. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu- Lehtinen, P.-L. Jyrkkö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 891–893.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Porvoo: WSOY.
- Kalso, E. 2013. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu- Lehtinen, P.-L. Jyrkkö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 874–894.
- Paija, O. 2004. Koskeeko syöpäpotilaan kipu lääkäriä? *Duodecim* 120, 665–671.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L.-M. & Siltanen, H. 2013. *Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus*. HOTUS, Hoitotyön tutkimussäätiö. [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)
- Suvala, S. 2012. *Kivun arvioiminen ja hoidon toteutuminen terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta*. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.
- UICC 2008. *Maailman syöpäjulistus*. Suomenkielinen versio, Suomen Syöpäyhdistys. Viitattu 24.10.2013. [http://www.cancer.fi/@Bin/45510417/syöpäjulistus\\_1.2.10\\_nettti.pdf](http://www.cancer.fi/@Bin/45510417/syöpäjulistus_1.2.10_nettti.pdf)
- Vuorinen, E. & Kalso, E. 2007. *Syöpä kivun hoito-opas*. Suomen kivuntutkimusyhdystys ry.

*Christina-Anneli Selenius & Eija Tuominen*

## 5.3 IKÄÄNTYNEEN JA SYÖPÖTILAAN KIVUNHOIDON KEHITTÄMINEN

**K**ipu on yleinen yksilöllinen arkielämän peruskokemus. Kivun alkuperäinen tarkoitus on toimia varoitusmerkkinä jostakin elimistöä uhkaavasta kudosvauriosta. Sen tarkoitus on toimia suojaimekanismina kehoa uhkaaville vaaratekijöille. Kenenkään kipua ei saa vähätellä, eikä kukaan voi tarkalleen tietää, kuinka paljon toiseen sattuu. Kipu ja kärsimys uhkaavat koko ihmisen kehoa, persoonaa ja sosiaalista ja psyykkistä eheyttä, mikäli kipua ei hoideta. Kipu on myös yhteiskunnallinen asia, koska se aiheuttaa sairaslomia ja kustannuksia. (Aho ym. 2009, 12–19.)

Kaikki ihmiset eivät pysty kertomaan kivustaan esimerkiksi muistisairauden vuoksi, mutta silti kipu vaikuttaa muistisairaankin elämään. Toisille ihmisillä kivun taustalla on myös henkisiä kärsimyksiä, jotka pahentavat kipua. Kipu voi olla ruumiillista ja henkistä kärsimystä. Kipua aiheuttavat sairaudet ovat hyvin moninaisia, ja kivun laatu on erilaista ja riippuu sairaudesta tai henkilöstä itsestään. Kipu vie voimia ja rajoittaa toimintakykyä sekä aiheuttaa lisääntyvää avuntarvetta. Tilastojen mukaan varsinkin vanhusten kipu on alihoidettua. Terveystieteiden tutkimusten mukaan kivun hoito on yksi laadukkaaseen hoitotyöhön kuuluva osatekijä. Kipua voidaan mitata, jolloin kipu saadaan näkyväksi, kuuluvaksi ja hoidetuksi. (Aho ym. 2009, 12–19.)

Kehittämistyön tavoitteena oli kivunhoidon kehittäminen. Kaikkia kipuja ei aina pystytä poistamaan, mutta niitä voidaan lievittää, ja näin ollen saada parannusta asukkaan ja potilaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Ikäihmisten kohdalla voidaan yhtenä kivunhoidon tavoitteena pitää kipujen lieventymistä, jotta toimintakyky kohentuu,

elämänlaatu parantuu ja ikäihmisten itsemääräämisoikeus säilyy. Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda pohja hyvälle ja laadukkaalle kivun hoidolle Kultakodeissa ja Pusulan kotihoidossa. Tavoitteena oli löytää yhteiset ja yhtenäiset linjat kivun mittaukseen, arviointiin, seurantaan, kirjaamiseen ja hoitoon. Tavoite on myös parantaa hoitajien tietoutta kivun hoidosta sekä asioista, joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota hoidettaessa asukkaan ja potilaan kipuja. Jokaisen työvuoron ja työntekijän kohdalla on huomioitava riittävän kipulääkkeen antaminen lääkärin antamien rajojen mukaan. Tavoite on myös huomion kiinnittäminen siihen, että kipulääke annetaan ennakoivasti, eikä potilaan tarvitse kokea kivuliaita hetkiä.

Kipua ja kivun vaikutuksia on tutkittu paljon. Tässä kehittämistyössä käytettiin tiedonkeruun menetelminä kirjallisuutta Aho ym. (2009) ja Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus (2013), artikkeleita ja opintokäyntejä. Opintokäyntikohteina olivat Peijaksen sairaalan kipupoliklinikka, Suursuon sairaalan saattohoito-osasto, Terhokoti sekä HYKSin syöpätautien klinikka. Näiden lisäksi tiedonkeruumenetelmänä käytettiin osastotunteja ja kyselytutkimusta henkilökunnalle.

Opintokäynneillä tutustuttiin erilaisiin kipumittareihin, kipupäiväkirjaan, kipupiirustuksiin ja kipuhaastatteluihin. Käyntien yhteydessä tutustuttiin myös erilaisiin kivunhoidossa käytettäviin lääkkeisiin ja tietoon ikäihmisten kivunhoidosta ja kipulääkityksestä. Potilaalla on itsemääräämisoikeus kuolemaan saakka, mikä mahdollistettiin saattohoitokodissa ammattitaitoisella henkilökunnalla ja oikein toteutetulla kipulääkityksellä.

Kehittämistyön menetelmänä käytettiin juurruttamista (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012). Osastotunneilla ja viikkopalaverissa käsiteltiin kipua ja kivun hoitoa. Osastotunti pidettiin Kultakodin sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Kahdella osastotunnilla keskusteltiin kipumittareista, jotka oli jo aiemmin jaettu henkilökunnalle. Kotihoidon viikkopalaveri pidettiin sairaanhoitajille, lähihoitajille, perushoitajille, kotiavustajille ja kodinhoitajille. Kahden osastotunnin aikana puhuttiin kipumittareiden käytöstä ja kipulääkityksen lisäämisen ajankohdasta.

Kivusta ja kivun hoidosta tehtiin kysely hoitajille joulukuussa 2014 Kultakodeissa ja kotihoidossa. Kyselyssä tiedusteltiin kivun arvioimista ja mittaamista. Kysely lähetettiin Kultakotiin ja kotihoidon henkilökunnalle. Kyselyyn odotettiin vastauksia sähköpostilla tai kirjallisesti. Kyselyyn saatiin neljä (4) vastausta. Tulosten mukaan hoitajat kyselivät kivusta potilaalta ja seurasivat kasvojen ilmeitä ja ääntelyitä. Lisäksi hoitajat seurasivat liikkumisen sujumista. Potilastietoihin kipu ja sen oireet myös kirjattiin. Osa hoitajista kirjasi kivun ainoastaan silloin, kun se heidän mielestään oli todellinen. Tuloksista kävi ilmi, että kipumittaria käytettiin hoitajan harkinnan mukaan, koska hoitajan todettiin tunnevan asiakkaansa parhaiten ja tietävän, onko taustalla esimerkiksi muistisairauksia. Mikäli hoitaja käytti kipumittaria, potilastietoihin kirjattiin mittarin käyttö ja kivun numeraalinen arvo. Vastanneet toivat esiin, että lisäkoulutukselle olisi tarvetta. Kaikki vastanneet eivät osanneet käyttää kipumittaria.

## Lähteet

Aho, H., Arokoski, J., Elomaa, M., Estlander, A-M., Forssell, H., Granström, V., Haanpää, M., Hamunen, K., Hannonen, P., Jääskeläinen, S., Kalso, E., Kontinen, V., Mikkelsen, M., Paavonen, J., Pohjolainen, T., Pouttu, J., Ruuskanen, H., Sarvela, J., Vainio, A., Vanhatalo, S. & Viheriälä, L. 2009. *KIPU*. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim.

Tulosten mukaan hoitajat yrittivät lievittää kipua moninlaisin keinoin, levolla, asennoilla, kylmällä tai kuumalla, kipugeeileillä, hieronnoilla ja kipulääkkeillä. Kivunlievityksen vaikutukset kirjattiin potilastietoihin.

Kehittämistyön johtopäätöksinä voitiin todeta, että työyksiköissä on edelleen kehittämistä kivunhoidossa. Kehittämisen tarvetta on yhtenäisen linjan löytämisessä kivun mittauksessa, arvioinnissa, kipulääkkeiden käytössä sekä lääkkeiden vaikutuksen arvioinnissa. Lähteiden ja kyselyn tulosten perusteella työyksiköihin soveltuu parhaiten kipumittariksi kipukäyttötymisen huomioiminen, sekä dementiaa sairastaville kehitetty PAINNAD-mittari (PAIN Assessment in Advanced Dementia). Myös kasvoasteikko voitaisiin joissakin tapauksissa käyttää. Työyksiköissä kivusta puhutaan ja konsultoidaan nykyisin entistä enemmän. Aiempaa herkemmin otetaan lääkäriin yhteyttä lisäkipulääkkeen saamiseksi. Kehittämistyöstä on pyritty tekemään tietopaketti, joka olisi helposti hyödynnettävissä työyksiköissä henkilökunnan ja hoitotyön opiskelijoiden keskuudessa. Tärkeintä on, että potilaiden kipu tulisi hyvin hoidetuksi. Työyksiköissä kirjallista kehittämistyötä voidaan käyttää perehdytysvaiheessa ja pitää helposti saatavilla henkilökunnan käyttöön paperisena ja internet-versiona. Kehittämistyö toivottavasti madaltaa konsultoimista kivusta ja kipulääkityksestä. Työtä voi käyttää tarvittaessa muissakin Lohjan kaupungin yksiköissä. ■

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. *Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla - tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä*. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Carina Kass

## 5.4 SYÖPÄPOTILAAN KIVUNHOIDON KEHITTÄMINEN RAASEPORIN KAUPUNGIN VUODEOSASTOLLA

Syöpäpotilaan kipua voidaan ja tulee hoitaa tehokkaasti eri menetelmin. Maailman terveysjärjestö WHO on asettanut syöpä kivun hoidon tavoitteiksi häiriintymättömän yön, kivuttomuuden levossa ja kivuttomuuden liikkuesssa. Kehittyneissä maissa sairauden lisääntyminen, hoitojen kehittyminen ja potilaiden pidentynyt elinaikaennuste lisäävät hoitohenkilökunnan osaamisvaatimuksia syöpähoitotyössä ja kivunlievityksessä. Hoitohenkilökunnan osaaminen on avainasemassa potilaiden ja heidän omaisten elämänlaadun parantamisessa. (Fielding, Sanford & Davis 2013, 584.)

Syöpäpotilaan kivunhoidon kehittämisessä Raaseporin kaupungin vuodeosastolla oli tarkoituksena kivunhoidon arvioinnin, mittaamisen, hoidon ja kirjaamisen nykytilanteen kartoitus ja kivunhoidon kehittäminen. Tavoitteena oli kivunhoidon laadun kehittäminen ja hoidon tehostaminen. Tavoitteena oli myös, että hoito on enemmän asiakaslähtöistä ja että potilaiden oikeus optimaaliseen kivunhoitoon turvataan. Kehittämisessä on keskiössä aikuiset, iäkkäämmät syöpäpotilaat, joille on tehty palliatiivinen hoitopäätös tai saattohoitopäätös.

Syöpä on määritelmä kasvainsairauksille, jotka voidaan jaotella hyvän- ja pahanlaatuisiin. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat paikallisia, hitaasti kasvavia ja harvoin johtavat potilaan kuolemaan. Pahanlaatuiset kasvaimet kasvavat nopeammin, leviävät nopeammin ja johtavat useammin potilaan menettymiseen. (Isola & Kallioniemi 2013, 10.)

Itse syöpätauti on syynä 75 %:ssa potilaiden kivuista, ja noin 15 % johtuu muista tekijöistä (Kalso & Vainio 2009, 480). Edellytys kivun hoidolle on, että kipu tunnistetaan, analysoidaan, kivun hoito toteutetaan ja kivunhoidon arviointi tehdään. Kipu on oire, joka vaikuttaa ihmisen elämänlaatuun negatiivisesti. (Elovsson & Boström 2011, 10–12.) Kipua tulisi ehkäistä sekä hoitaa tehokkaasti ja ajoissa. Jokaisella syöpäpotilaalla on oikeus hyvään kivunhoitoon, joka lisää potilaan elämänlaatua ja tukee toimintakyvyn ylläpitämistä. Syöpään liittyvät kivut ovat usein lievitettävissä sopivalla lääkityksellä, ja kivunhoidon perustana tulisi olla pitkävaikutteinen lääkitys, jonka tavoitteena on potilaan kivuttomuus. (Ahonen ym. 2012, 157–158.)

Kuolevan potilaan oireiden hoitosuosituksissa (Käypä hoito 2012) suositellaan käyttämään kipumittaria kivun voimakkuutta arvioitaessa. Kipumittaria tulisi käyttää päivittäin peruslääkkeen ja läpilyöntikipujen lääkkeiden riittävyttä ja tehoa arvioitaessa. Kivun mittausta toimii tärkeänä instrumenttina kivunhoidon työn arvioinnissa, kehittämisessä ja laadunvarmistuksessa (Kalso ym. 2009, 175).

Kirjaamisessa tulisi perusohjeena olla, että kirjataan ajantasaisesti ja vain oleellinen ja tarpeellinen asia koskien potilaan hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulee päivittäin tehdä merkintöjä potilaan tilaan liittyvistä huomioista ja hoitotoiminnoista. Potilaskertomuksiin kirjataan tietoa kolmesta eri syystä: hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, hoitohenkilökunnan oikeusturvan varmistamiseksi ja tiedonvaihdon mahdollistamiseksi. (Nykänen & Junttila 2012, 3–24.)

Hoitohenkilökunnalle hyvän kivunhoidon edellytys on kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen. Kirjaamisessa tulee näkyä kivun voimakkuus, haitat, laatu ja mekanismit, sijainti, esiintymisaika, läpilyöntikivun esiintyminen, liikumiskyky, käytössä olevat lääkkeet sekä niiden teho ja haittavaikutukset. (Käypä hoito 2012; Iivanainen & Syväoja 2010, 470–472.)

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan oireidenmukaista hoitoa silloin kun sairauden parantaminen ei enää ole mahdollista. Sosiaali- ja terveysministeriön (2010:6) laatimissa suosituksissa saattohoidosta Suomessa painotetaan seuraavia seikkoja: Potilaan tulee saada hyvää perushoitoa ja oireiden lievitystä ja potilasta tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti. Jokaisella kansalaisella on oikeus palliativiseen hoitoon ja potilaan itsenäisyyttä ja omaa hoitotahtoa tulee kunnioittaa. Suosituksissa painotetaan myös potilaan oireettomuutta ja kivuttomuutta palliativisessa hoidossa ja omaisten tukemista. Käypä hoito -suosituksissa (2012), jotka koskevat kuolevan potilaan oireiden hoitoa, painotetaan, että sairauden ja kuoleman lähestyessä tulee lievittää potilaan oireita ja kärsimystä. Palliativiseen hoitoon tai saattohoitoon siirryttäessä potilaalle ja hänen omaisilleen tulee kertoa hoitopäätöksen seuraamuksista ja potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Päätöksenteossa tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta.

Menetelmänä kehittämistehtävässä on käytetty juurruttamista. Juurruttaminen perustuu käsitykselle ihmisestä aktiivisena ja oppivana toimijana. Juurruttaminen mahdollistaa toiminnan muuttamisen ja juurruttamisen keskiössä on yhteisön oppiminen. Juurruttamisessa oppimiskäsityksenä on kehittämissuunnitelman oppiminen, jonka lähtökohdaksi on käytännön toiminta ja sen kehittäminen. Yhteisössä kehittämisessä on keskeisimpänä työvälineenä vuorovaikutus toimijoiden kesken. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 15–26.)

Kehittämistehtävän ideointi- ja suunnitteluvaiheessa käytiin keskusteluita hoitohenkilökunnan kanssa osaston kehittämistarpeista. Kehittämistehtävän tekijä perehtyi myös potilaiden päivittäiseen kirjaamiseen, josta tuli esiin kehittämistarpeita erityisesti potilaiden kivunhoidosta, seurannasta ja arvioinnista. Kehittämistarpeeksi tuli esiin yhtenäisten kivunhoidon käytänteiden luominen ja hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistaminen.

Teoreettiseen ja tutkittuun tietoon perehtymisen jälkeen aloitettiin syyskuussa osastotunnit hoitohenkilökunnalle, joita on jatkettu koko syksyn 2014 aikana noin 1–2 kertaa kuukaudessa. Osastotunnit muodostuivat pääosin luennoista ja niiden jälkeisistä keskusteluista hoitohenkilökunnan

kanssa. Luentojen avulla on mahdollistettu työyhteisön osaamisen uudistuminen yhdistämällä ja vertaamalla teoreettista ja käytännön tietoa yhteisten keskustelujen avulla. Osastotunneilla on luennoilla käsitelty eri aihealueita. Aiheina on ollut syöpä sairautena, kipu, kivunhoito- ja arviointiprosessi, kipumittarit, kirjaaminen ja kirjaamiskäytännöt, kivunhoito lääkkeiden avulla, syöpäpotilaan ravitsemus, ESAS-kyselylomake, kuolevan potilaan oireiden hoidon käypä hoito -suositus ja lainsäädäntöä muun muassa potilaan oikeuksista. Hoitohenkilökunnan kanssa on myös syksyn aikana käyty läpi yksittäin hoitotyön kirjaamista, jolloin tavoitteena on ollut kirjaamisen laadun kehittäminen ja hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistaminen.

Vuodeosastolle on laadittu yhtenäinen kivun arvioinnin ja kivunhoidon hoitomalli, joka sisältää hoitopolun, miten potilaan kipua tulee arvioida ja hoitaa. Hoitomallin rakentumista ovat ohjanneet kirjaaminen sekä lait ja asetukset, jotka koskevat kirjaamista ja potilaan oikeutta hyvään hoitoon. Hoitomalli kuvaa potilaan kivun arvioinnin ja kivun hoidon hoitopolun. Hoitopolku sisältää potilaan oman kivun arvioinnin, potilaan tarkkailun, kivun kartoituksen (missä kipua, milloin alkanut), kivun mittaamisen kipumittarin avulla, hoitotoimenpiteet mittaamisen jälkeen, potilaan seurannan ja kivun uudelleen arvioinnin sekä kirjaamisen.

Kehittämistyössä on ollut haasteena kehittäjän asiantunteisuuden ja osaamisen jakaminen ja levittäminen työyhteisöön. Haasteen on myös muodostanut projektin rajattu aika ja siihen käytettävissä olleet resurssit. Kehittämistehtävän aikana on kipumittareita ja ESAS-kyselylomakkeita käytetty ainoastaan satunnaisesti, eli tulevaisuudessa kehittämistä jatketaan muun muassa kehittämisyöryhmien avulla, joiden tehtävänä on kehityksen tukeminen ja eteenpäin vieminen.

Kehittämistehtävä on mahdollistanut jokaisen työntekijän sekä koko työyhteisön kivunhoidon ja kirjaamisen kehittämisen ja hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamisen. Hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamisen avulla on mahdollistettu potilaiden saavan laadullisesti parempaa kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitohenkilökunnan osaaminen erityisesti kivunhoidossa on lisääntynyt, ja tästä hyötyvät sekä syöpäpotilaat että muut kivuista kärsivät potilasryhmät. Vuodeosastolle on myös luotu pohja kehittämiskulttuurille ja uudelleenajattelulle. Vuodeosastolle laadittua kivunhoidon hoitomallia voisi käyttää myös muissa hoitoyksiköissä toiminnan kehittämisen tukena. Kehittämistehtävä on mahdollistanut asiakaslähtöisemmän, laadukkaamman ja tehokkaamman hoitotyön Raaseporin kaupungin vuodeosastolla tulevaisuudessa. ■

## Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Elovsson, M. & Boström, B. 2011. Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård. *Vård i Norden* 4/ 2011 publ. No. 102 vol. 31.
- Fielding, F. Sanford, T. & Davis, M. 2013. Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing* 2013, vol. 19, No.12.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2010. *Hoida ja kirjaa*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Isola, J. & Kallioniemi, A. 2013. Kasvainsairauksien määrittelmä ja jaottelu. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, p., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. *Syöpätaudit*. Saarijärvi: Saarijärven Offset.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. *Kipu*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Käypä hoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoitosuositus. Päivitetty 28.11.2012. Suomalaisen Lääkäriseuran ja Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 11.9.2014. [www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50063.pdf](http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50063.pdf)
- Nykänen, P. & Junttila, K. 40/ 2012. *Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti*. THL. Viitattu 3.9.2014. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf)
- Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. *Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla*. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010:6. Hyvä saattohoito Suomessa. Helsinki 2010. Viitattu 18.8.2014. [www.sphy.fi/?x103997=127444](http://www.sphy.fi/?x103997=127444)



Sari Huovinen

## 5.5 SYÖPÄPOTILAAN INFEKTIOIDEN EHKÄISY

Syövän solusalpaajahoidoissa potilaan vastustuskyky heikkenee hoitojen seurauksena. Solusalpaajat estävät eri tavoin syöpäsolujen kasvua tai jakautumista. Haittavaikutukset johtuvat lääkkeiden vaikutuksen kohdistumisesta myös terveisiin soluihin. Terveillä soluilla on voimakkaampi vastustuskyky kuin syöpäsoluilla, joten ne toipuvat helpommin. Sivuvaikutukset vaihtelevat yksilöllisesti ja korjaantuvat yleensä ajan myötä solusalpaajahoidon päätyttyä. Veriarvojen muutokset aiheuttavat muun muassa tulehdusherkkyyttä. (Ruht-Salila 2007.)

Puolustuskykyä lamaavia lääkehoitoja saavien potilaiden määrät lisääntyvät. Hoitojen seurauksena potilaiden infektioherkkyys lisääntyy ja vakavien infektioiden todennäköisyys kasvaa. Solusalpaajahoidoilla voidaan parantaa sairauksia ja potilaan yleiskuntoa sekä toimintakykyä pitkällä tähtäimellä. Voimakkaat solusalpaajahoidot aiheuttavat luuytimen toiminnan lomaantumista, hoidoilla on vaikutusta myös mahasuolikanavan, virtsateiden tai genitaalialueen limakalvoihin. Vaurion kautta bakteereilla on pääsy verenkiertoon. Nopealla hakeutumisella lääkärin vastaanotolle voidaan vähentää tehohoitoon joutumista tai kuoleman riskiä. (Anttila 2013.) Syöpäpotilaan on hakeuduttava päivystyspoliklinikalle, jos kuumetta on 38 astetta tai yli tai vointi huononee äkillisesti. (Elonen & Järviluoma 1998.)

Syöpähoitojen sivuvaikutusten laatu ja voimakkuus vaihtelee riippuen siitä, mitä solusalpaajaa syöpäpotilas saa ja kuinka suuria annoksia hoito-ohjelmassa käytetään. Syöpäpotilaan yleiskunto ja hänen elimistönsä yksilöllinen herkkyys vaikuttavat sivuvaikutusten ilmaantuvuuteen. Kaille ei tule sivuvaikutuksia, mutta toisilla niitä voi tulla

runsaastakin. Niitä voidaan ehkäistä, lievittää ja hoitaa. Jos solusalpaajahoido aiheuttaa veren valkosolujen liian voimakkaan vähenemisen, lääkäri voi harkita valkosolujen tuotantoa kiihdyttävän lääkityksen aloittamista. Valkosolujen kasvutekijää käytetään silloin, kun infektiovaara on erityisen suuri ja hoidon tehon kannalta on tarpeen noudattaa suunniteltua hoito-ohjelmaa. (Bono & Rosendberg-Ryhänen 2014.)

Syöpäpotilaan tulee tietää infektioriskit ja miten infektioiden ilmaantumisesta voidaan estää. Hänen tulee tunnistaa infektioiden oireet ja tietää, minne hakeutua ja miten toimia infektion ilmaantuessa. Potilas voi vaikuttaa infektioriskeihinsä välttämällä riskiruokia, hyvällä käsihygienialla ja rokotuksilla. Hänen ja terveiden perheenjäsenten tai hoitohenkilökunnan influenssarokotus on halpa ja vähän käytetty keino infektioiden torjunnassa. (Anttila 2013.) Eräs merkittävä puolustuskykyä heikentävä tekijä on riittämätön proteiiniin ja kalorien saanti. Monissa vakavissa sairauksissa elimistön kyky hyödyntää ravintoaineita heikkenee. Aliravitsemus ohentaa ihoa ja heikentää limakalvoja. Infektioalttiutta lisääviä perussairauksia ovat diabetes, krooninen munuaisten vajaatoiminta ja maksakirroosi. Elimistön nesteiden korkea sokeripitoisuus on hyvä kasvualusta bakteereille. (Sanonen 2014.)

Kasvaimen sijainti vaikuttaa syöpäpotilaan infektioalttiuteen. Kasvain voi ahtauttaa hengitysteitä, ruuansulatuskanavaa ja virtsateitä. Keskushermoston kasvain voi heikentää nielemistä tai oksennusrefleksiä. Silloin syöpäpotilas voi vetää nesteen tai ruuan keuhkoihin ja altistua toistuville keuhkoinfektioille. Kasvain voi vahingoittaa virtsarakon

hermotusta, jolloin virtsarakon tyhjentyminen estyy ja alttius virtsatieinfektioille lisääntyy. (Aalto 2013.)

Suuri merkitys infektioiden ehkäisyssä on hoitohenkilökunnan vastuullisella asennoitumisella oman terveytensä ylläpitämiseen. Aseptisen työskentelyn perusvaatimus on henkilökohtainen terveydenhuolto. Jokainen hoitotyöntekijä on vastuussa omalta osaltaan, että hän hoitotyössä noudattaa aseptisiä työskentelytapoja. Ne näkyvät niissä hoitotyöntekijöiden valinnoissa ja toiminnoissa, joilla hän pyrkii ehkäisemään mikrobien pääsyn potilaan elimistöön ja lisääntymisen siinä. Aseptinen työjärjestys merkitsee, että hoitotyön toiminnoissa edetään puhtaalta alueelta epäpuhtaammalle alueelle ja viimeiseksi infektoituneelle alueelle. Jokaisen hoitotyöntekijän työskentelytapa heijastuu kollegan työskentelyyn. Aseptinen työtapa auttaa toisiakin työskentelemään aseptisen työjärjestyksen mukaan. Sen perusta on hyvän henkilöhygienian ja oikean käsihygienian tiedostaminen. Kosketustartunta käsien välityksellä on infektioiden tavallisin leviämistapa. (Holmia 2004.)

Yksi potilasturvallisuuden keskeinen edellytys on, etteivät hoitohenkilökunnan kädet tartuta ja siirrä taudin aiheuttajaa potilaaseen. Antibiooteille vastustuskykyisten mikrobien tärkein tartuntareitti on kosketustartunta. Myös suolistoinfektioit sekä tavalliset ylähengitystieinfektioit tarttuvat pääosin kosketustartuntana. Pienikin toimenpide, esimerkiksi verenpaineen tai pulssin mittaaminen, saattaa kontaminoida hoitohenkilökunnan kädet potilaiden mikrobeilla. Tautien aiheuttajat ovat näkymättömiä. Kolmenkymmenen sekunnin kestoisen käsien desinfiointihieronta vähentää mikrobien määrää huomattavasti. Suojakäsineitä käytetään liikaa ja väärin, käsihuuhteen sijaan. Suojakäsineissä voi olla reikiä ja käsineiden lämmössä mikrobit lisääntyvät. Sen vuoksi kädet desinfioidaan ennen suojakäsineiden pukemista sekä riisumisen jälkeen.

Tämä kehittämistyö on tehty HUS Syöpäkeskuksen päiväosastojen henkilökunnalle. Aiheesta keskustelin osaston ja apulaisosastonhoitajan kanssa. He kokivat aiheen käsittelylle olevan tarvetta, koska infektioiden ehkäisy on myös kansantaloudellisesti kannattavaa, ja potilaan elämänlaatu

## Lähteet

Aalto, A. 2013. Infektioit syövän hoidossa. PowerPoint-esitys.

Bono, P. & Rosenderg-Ryhänen, L. 2014. *Ohjeita sinulle, joka saat syöpälääkehoitoa*. Suomen Syöpäpotilaat ry yhteistyössä Syöpäkliniikoiden ja syöpätutkimuksen tuki ry:n kanssa.

Elonen, E. & Järviluoma, E. 1998. *Solusalpaajahoito-ops*. Duodecim.

pysyy parempana ilman infektioita. Olen aiemmin työskennellyt infektiosairauksien yksikössä HUS:ssa, missä infektioiden torjunta tuli tutuksi. Aiemmasta työpaikastani koin saaneeni tietoa ja ymmärrystä parantaakseni syöpäpotilaiden infektioiden ehkäisyä. Infektioiden torjunta ei ole Syöpäkeskuksen päiväosastojen ydintoimintaa, ja kliinisen kokemuksen kertyminen aiheesta on hoitajakohtaisesti satunnaista. Hoidon turvallisuuden ja laadun takaamiseksi ennaltaehkäisyssä tarvitaan infektioiden torjuntaa.

Kehittämistyön avulla pyrin palauttamaan henkilökunnan mieliin hyvät hygieniakäytännöt syöpäpotilaita hoidettaessa. Tavoitteena on infektioiden ehkäisyn tulevan tutuksi, mitä tarvitaan hoidon laadun takaamiseksi. Syöpäkeskuksen päiväosastoilla pidetään viikoittain osastotunti, jossa pidän aiheesta esityksen. Keskustelemme aiheesta, miten voimme parantaa hoitotyön toimintatapoja syöpäpotilaan parhaaksi. Lisäksi osastonhoitaja pyytää hygieniahoitajaa kiertämään päiväosastoilla. Hän katsoo hoitajien toimintatapoja ja miten niitä voidaan parantaa. Syöpäpotilaan hoito vaatii hoitohenkilökunnalta moniosaamista. Hoitajan pitää huomioida potilaan terveysvoimavarat ja osata antaa kullekin syöpäpotilaalle yksilöistä ohjausta ja neuvontaa. Ei pidä myöskään unohtaa syöpään sairastunutta itseään; miten hän itse toimi ehkäistäkseen infektioita. On tärkeää kertoa ja antaa syöpää sairastavalle materiaalia siitä, miten hän voi itse vaikuttaa solusalpaajahoitojen mahdollisesti aiheuttamien infektioiden ehkäisyyn. Käsihygienian on paras yksittäinen tartuntojen torjuntakeino myös kotioloissa.

Työn toteutin siten, että keräsin kirjallisuudesta ja tietoa syövästä ja sen hoidosta, infektioiden synnystä ja ennaltaehkäisystä. Työnantaja antoi aikaa tehdä kehittämistyötä osittain työaikana. Osaston- ja apulaisosastonhoitaja ovat tunnistanet hoitohenkilökunnan kehittämistarpeen infektioiden ehkäisyssä. Uutta työntekijään perehdyttäessä tullaan kiinnittämään huomio myös infektioiden ehkäisyyn. Hygieniahoitaja pitää osastotunnin vuosittain aiheesta. Kehittämistyön tekeminen ja sitä kautta aiheeseen lisäperehtyminen on antanut itselleni lisää tietoa aiheesta. Olen löytänyt HUS Intranetistä paljon materiaalia, jota tuskin olisin löytänyt ilman kehittämistyön tekemistä. ■

Sanonen, J. 2014. Sairauksien ja lääkehoidon aiheuttama infektioalttius. *Suomen Lääkärilehti* 13/2014.

Ruht-Salila, M. 2007. *Solusalpaajien haittavaikutusten ehkäisy ja hoito*. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.

Annette Bitter & Christine Holmström

## 5.6 VAJAARAVITSEMUKSEN KARTOITUS, EHKÄISEMINEN JA HOITO SYÖPÄPOTILAAN HOIDOSSA

**T**erveiden ja hyvinvoinnin edellytyksenä on hyvä ravitsemus. Hyvä ravitsemushoito on terveyttä edistävää sekä monien sairauksien keskeinen hoitomuoto, joka parantaa elämänlaatua, ylläpitää terveyttä ja ehkäisee kansansairauksia. Ravinnonsaannin riittävyys turvataan sopivan ruokavalion, letkuravitsemuksen, suonensisäisen ravitsemuksen ja erilaisten täydennysravintovalmisteiden avulla. (VRN 2010,16–17.)

Ravitsemushoidon keskeisiä asioita ovat ravitsemustarpeen ja tilan kartoittaminen ja arvioiminen, ravitsemushoidon tavoitteiden asettaminen, ravintoanamneesi, ravitsemusohjaus ja -seuranta sekä laadun ja vaikuttavuuden arviointi. Sairaalassa potilaan hyvä ravitsemushoito ja sen ylläpitäminen ovat oleellinen osa potilaan hoitoa. Tämä edellyttää työyhteisössä vastuiden määrittelyä, riittäviä resursseja, saumatonta tiedonsiirtoa ja sujuvaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken. (VRN 2010,16–17.)

Kehittämiprojektia on toteutettu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Lohjan sairaalan medisiinisellä yhteisosastolla, jossa on hoidossa syöpäpotilaita. Syöpäpotilaat ovat vajaaravitsemuksen riskiryhmässä jo pelkän sairautensa takia ja tarvitsevat siihen tukea ja ohjausta. Valtaosa osastolle tulevista syöpäpotilaita on jo syöpähoidoissa käyneitä, ja tämän vuoksi heidän tilansa seuranta myös ravitsemuksen suhteen on tärkeää. Hoitojen aikana ja niiden jälkeen moni kokee ruokahaluttomuutta, jonka johdosta vajaaravitsemus pääsee kehittymään. Tämän vuoksi potilaat tarvitsevat tukea ja ohjausta hyvän ja terveellisen ravitsemuksen ylläpitämiseen ja keinoihin välttyä vajaaravitsemukselta, joka on myös

tärkeänä osana HUS:n hoitotyön strategiaa. HUS:n ohjeistuksen mukaisesti jokaisesta potilaasta tulee täyttää toisena hoitopäivänä NRS-2002-menetelmäkaavake ja toimia tuloksen mukaisesti.

Tarkoituksena kehittämissuorituksissa oli tuoda syöpäpotilaan vajaaravitsemuksen kartoittamisen ja ehkäisemisen työvälineitä hoitohenkilökunnalle sekä oppia ehkäisemään potilaalle kehittyvää vajaaravitsemustilaa sekä säännönmukaisesti hoitamaan jo vajaaravitsemustilassa olevia potilaita ja tuoda esille ravitsemuksen merkitys hyvässä hoidossa. Potilaalla olevan vajaaravitsemustilan hoitaminen, kattava kirjaaminen osastolla sekä tiedon katkeamaton välittyminen jatkohoitoon siirryttäessä on merkittävää hoitotyössä. Projektityön avulla oli ennen kaikkea tarkoitus saada mittarin käyttö toimivaksi ja rutiininomaiseen käyttöön työyhteisössä.

Kehittämistyön toteuttaminen tehtiin juurruttamisen menetelmällä. Juurruttaminen on käytäntöä koskevien tietojen kuvaamista, yhdistämistä sekä vertaamista yhteisöllisesti eri osapuolten kesken, uutta tietoa ja osaamista tuottaen. Uudenlaista osaamista pyritään tuottamaan työ- ja kehittämissympäristössä, jonka oppimiseen voidaan muodostaa useita lähestymistapoja. (Ora-Hyytiäinen Ahonen & Partamies 2012,15.)

Käytännön toiminta ja sen kehittyminen on kehittämissuorituksen pohjaisen oppimisen lähtökohta. Työyhteisön oppiminen on juurruttamisen ydin, joka perustuu käsitykseen, jossa ihminen on oppiva ja aktiivinen toimija. Jäsenet työyhteisössä

pyrkivät ymmärtämään uudet toimintatavat ja prosessit perusteluineen voidakseen niihin vaikuttaa. Juurruttamisen onnistumiselle on tärkeää, että koko työyhteisölle on selvää toiminnan tavoite ja että koko yhteisö kokee sen tärkeäksi. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 24–26.)

Lähtötilanteessa osastolla ei ollut aktiivisessa käytössä NRS-2002-menetelmää (2014), eikä työntekijöillä ollut riittävää tietoutta vajaaravitsemuksen kartoittamisesta ja sitä seuraavista toimintatavoista. Esimiehen tuella teorian tiedon keräämisen jälkeen informoitiin työyhteisöä vajaaravitsemuksen merkityksestä ja ohjeistettiin yhteisiin toimintatapoihin. Muutoksilla pyrittiin saamaan osastolle vajaaravitsemuksen seuranta rutiininomaiseksi.

Opintokäynnit sijoittuivat kahteen Uudellamaalla toiminnaltaan ja kooltaan vastaaviin sairaaloihin. Niistä saatiin vertaistukea ja tietoa ravitsemukseen liittyvistä uusimmista käytännöistä sekä vihjeitä työyhteisön kannustamiseen uuden asian omaksumisessa. Osastotunteja pitämällä pyrittiin tiedottamaan työn edistymisestä ja sen tärkeydestä osastolla sekä tuomaan ajankohtaista ja tärkeää tietoa aiheesta. Lisäksi kannustettiin työyhteisöä yhteistyöhön tavoitteen saavuttamiseksi.

Kehittämistyön tavoitteena oli vajaaravitsemusmittarin käytön opettaminen hoitohenkilökunnalle, sen käyttöön ottaminen ja tulosten hyödyntäminen sekä katkeamaton tiedonsiirron kulku potilaan ravitsemustilanteesta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Toimiva työväline kehittämistyössä on tiedottamisen lisäksi yhteinen kirjoittaminen. Yhdessä kirjoittamisella voidaan saada kehittämis-kohteessa näkyville käytännön tietoa ja muodostaa eri näkökulmista tarkastellen käsityksiä uudelle toimintatavalle ja -menetelmälle. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 36–37.)

## Lähteet

Ora-Hyytiäinen E., Ahonen O. & Partamies S. 2012. *Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla*. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

HUS:n strategia 2012–2016. Viitattu 14.1.2014. [http://www.teosry.fi/pdf2012/kaarina\\_torppa.pdf](http://www.teosry.fi/pdf2012/kaarina_torppa.pdf)

VRN 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituks/erillisryhmat/ravitsemushoitosuositus/>

Kehittämistyön onnistuminen riippuu siitä, kuinka kehittämissympäristön työntekijät ja koulutuksessa olevat pystyvät tekemään yhteistyötä. Työyhteisössä uusien toimintatapojen vastaanottaminen ei aina ole helppoa ja hyväksyntää saavaa. Aktiivisella toimimisella ja uuden asian positiivisella vastaanottamisella käynnistyi haastava, mutta mielenkiintoinen kehittämistyö osastolle. Projektityöntekijät joutuivat punnitsemaan erilaisia vaihtoehtoja uutta toimintatapaa kehittäessä, jotta siitä tulisi sujuva ja ymmärrettävä kaikille tasapuolisesti. NRS-2002-menetelmän (2014) käyttöön otto ei ollut vieras asia, vaan menetelmän jokapäiväisen käytön ja jatkuvuuden turvaaminen kuului projektityöntekijöiden haasteisiin. Jokaisen vuorossa olevan hoitajan tuli täyttää kaavake sekä haastatella potilasta osastolle tulon jälkeen. Sähköisesti kirjaaminen tulosten saamisen jälkeen oli yksi tärkeä asia, joka lähti kulkemaan jokaisen potilaan hoitopäivissä potilastietojärjestelmässä. Tällä turvattiin se, että jokainen hoitaja oli ja on tietoinen myös jatkossa potilaalle tehdystä NRS-2002-menetelmäkaavakkeesta sekä haastattelusta.

Keskustelu työyhteisössä ravitsemusseurannan tärkeydestä alkoi tuoda uutta asiaa näkyville ja uuden toimintatavan päivittäiseen hoitotyöhön. NRS-2002-menetelmäkaavakkeen säännöllinen käyttö osastolla tuo hoitajien työhön systemaattisen seurannan potilastyössä. Tämän avulla osastolla tulee helpommin esille potilaiden mahdollinen vajaaravitsemustila. Näin ollen projektin hyöty alkoi näkyä potilaiden hoidossa välittömästi. Tulevaisuudessa pyritään ylläpitämään vajaaravitsemuksen tehokasta seuranta ja sen avulla parantamaan hoidon laatua, lyhentämään hoitajaksoja sekä näin lisäämään kustannustehokkuutta. ■

NRS-2002-menetelmä 2014. NRS-2002-menetelmä vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa. [http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=oCCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ravitsemusneuvottelukunta.fi%2Ffiles%2Fattachments%2Ffi%2Fvrn\\_%2Fraitsemushoito.liite\\_1.docx&ei=q1K2VMa2EieCzAPfiYLACg&usq=AFQjCNEL-POYFQLpoMko3fec68HLM4vuGg&bvm=bv.83640239,d.bGQ](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=oCCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ravitsemusneuvottelukunta.fi%2Ffiles%2Fattachments%2Ffi%2Fvrn_%2Fraitsemushoito.liite_1.docx&ei=q1K2VMa2EieCzAPfiYLACg&usq=AFQjCNEL-POYFQLpoMko3fec68HLM4vuGg&bvm=bv.83640239,d.bGQ)

Marjo Suoknuuti

## 5.7 PELKO SYÖPÄPOTILAAN ITSENSÄ ARVIOIMANA ENNEN LEIKKAUSTA HYVINKÄÄN SAIRAALASSA

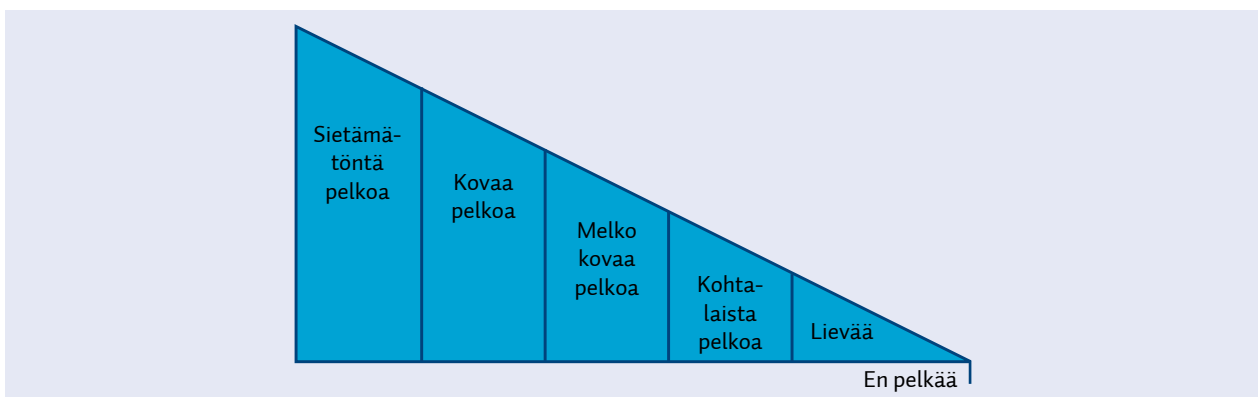
**H**oitajana työssäni leikkausosastolla kohtaan lähes päivittäin pelkääviä potilaita. Uusien leikkaustekniikoiden ja lääkeaineiden ansiosta potilaiden toipuminen leikkauksesta on nopeutunut ja hoitoajat sairaalassa lyhentyneet. Lyhentyneet hoitosuhteet saavat vaikeuttaa potilaiden pelkojen tunnistamista ja lievittämistä. Koen pelkäävien potilaiden huomioimisen olevan tärkeä keino parantaa hoitotyön laatua ja lisätä potilastyytyväisyyttä. Erityisesti syöpäpotilaita on tärkeä huomioda leikkausosastolla, sillä jo itse sairaus aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta.

Laadunvarmistus on potilaslähtöistä, mikä tarkoittaa potilaan tarpeiden, odotusten ja toiveiden toteutumista ja täyttämistä. Potilaan näkökulman ymmärtäminen on oleellista hoidon järjestämisessä, jolloin potilaiden antama arviointi on otettava huomioon. (Lahtinen ym.1998).

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on selvittää, kuinka yleistä ja voimakasta pelko on leikkaushoitoa tarvitsevien syöpäpotilaiden keskuudessa Hyvinkään sairaalassa ennen leikkauksen tuloa sekä selvittää potilaiden näkemyksiä ja

mielipiteitä heidän kokemastaan pelosta. Kehittämistehtävän tavoitteena on edistää Hyvinkään sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston hoitajien kykyä tunnistaa pelkäävät potilaat, tukea hoitajia pelkäävien potilaiden kohtaamisessa sekä löytää hoitotyön keinoja pelon lieventämiseen.

Tiedonhankintamenetelmänä käytetään kyselylomaketta. Kyselylomake jaetaan niille syöpäpäilyyn vuoksi leikkaukseen tuleville suomea äidinkielenään puhuville potilaille, jotka ovat halukkaita osallistumaan kyselyyn. Tutkimuksen aineisto (N=30) kerätään tammikuu-helmikuussa 2015. Kyselylomakkeessa pelon määrän mittarina käytetään visuaalista analogiasteikkoa (VAS), johon on lisätty vastaamista helpottavia laatusanoja (kuva 6). Muiden kysymysten osalta lomake on muokattu Ritva Laitisen pro gradu -tutkielmassa (2003) käyttämän kyselylomakkeen pohjalta. Laitisen tutkimuksessa kerättiin hoitajien kokemuksia potilaiden leikkauspeloista ja preoperatiivisesta ahdistuksesta sekä niiden tunnistamisesta. Näillä kysymyksillä on tarkoitus kartoittaa, mitä potilaat kokevat pelkäävänsä, mitkä asiat pahentavat pelkoa ja mitkä asiat helpottavat pelkoa.



Kuva 6. Pelkojana (mukaellen Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler & Macmillan 1991 & Kotovainio & Mäenpää 2013.)

## Lähteet

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P. & Macmillan, K. 1991. *The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients.* J Palliat Care 1991; 7:6-9.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2013. *Kivun arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja.* Duodecim. Artikkelin tunnus: shko3315. Viitattu 30.1.2015. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shko3315](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shko3315)

Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen L., Nenonen ,M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. *Päiväkirurgia.* Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Laitinen R. 2003. *Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta.* Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

6.

*PSYYKKISEN TUEN  
KEHITTÄMINEN HOIDOSSA*

Sari Lahdelma & Tiina Renholm

## 6.1 SYÖPÄÄN SAIRASTUMINEN ON PSYYKKINEN KRIISI

Syöpä herättää potilaissa sekä pelkoa että epävarmuutta, joihin potilaat joutuvat sopeutumaan. Sairastuessaan syöpään, potilas joutuu kohtaamaan elämän rajallisuuteen ja kuolevaisuuteen liittyvät peruskysymykset. Pitkät syöpähoidot ja niiden jälkeiset seurannat pitävät yllä tietoisuutta elämän epävarmuudesta. Tämä asettaa syöpäpotilaalle psykologisia haasteita ja tukipalvelujen tarvetta. Syöpään sairastuneet potilaat reagoivat tilanteeseensa hyvin yksilöllisesti. Psykkisten reaktioiden kulku voidaan selittää kriisiteorian mukaisesti eteneväksi prosessiksi, joka on ihmiselle normaali reagoititapa. (Idman 2009; Cullberg 1971.)

Päivystyspoliklinikalla sekä vuodeosastolla psyykkistä tukea tulisi antaa osana somaattista hoitoa. Tarvittaessa tukea saa myös tukipalveluja tuottavien erityistyöntekijöiden toimesta. Erityistyöntekijöitä ovat mm. sosiaalityöntekijät ja psykiatriset sairaanhoitajat. Syöpäpotilaista 10–30 % tarvitsee näitä täydentäviä tukipalveluita. Tuen perustan tulisi kuitenkin olla hyvässä somaattisessa hoidossa. (Idman 2009.)

Tämä kehittämistyö oli Hus Lohjan sairaalan päivystyspoliklinikan ja kirurgisen vuodeosaston työyhteisöstä lähtöisin oleva työ, jossa kehittämistoiminnan menetelmänä on käytetty juurruttamista. Syöpäpotilaan hoidon nykytilanteesta keskusteltiin työyhteisöissä ja kehittämiskohteeksi valittiin syöpäpotilaan kohtaaminen ja ohjaaminen.

Työn tavoitteena oli lisätä työyhteisöjen tietoa siitä, mitä asioita tulee huomioida syöpäpotilaan hoidon eri vaiheissa ja samalla lisätä työyhteisön ymmärrystä syöpäpotilaan

ja omaisen käytöstä kohtaan, lisätä hoitajien valmiuksia ohjata sekä potilasta että omaisia ja lisätä valmiuksia tehdä moniammatillista yhteistyötä. Tämän kehittämistyön tavoitteena oli myös se, että päivystyspoliklinikalla syöpäpotilaan ilmoittautumisen vastaanottava sihteeri tai hoitaja osaa ohjata potilaan oikeaan paikkaan, ja että hänen hoidontarpeensa määritellään nopeasti.

Työn tarkoituksena oli tuottaa yhtenäinen teorian tietoon pohjautuva kirjallinen työ niistä asioista, jotka tulisi huomioida syöpäpotilasta ohjatessa ja hoidettaessa niin päivystyspoliklinikalla kuin kirurgisella vuodeosastollakin.

Työ toteutettiin siten, että kerättiin teorian tietoa syövästä, sen hoidoista, sen fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista potilaaseen ja omaiseen, eri hoitomenetelmistä ja hoitojen haittavaikutuksista. Teoriatiedon pohjalta koottiin työstä tiivistelmä hoitajille tarkoitettuun ohjekansioon sekä tarkistuslista päivystyspoliklinikalle. Tiivistelmän ja tarkistuslistan avulla jokainen työyhteisön jäsen saa valmiuksia huomioida syöpäpotilaan ja omaisten tarpeita hoidon eri vaiheissa.

Kehittämistyön avulla hoitajille palautettiin mieliin myös kriisiteoria ja sen vaikutus potilaan ja omaisten käyttäytymiseen. Kehittämistyöstä laadittu tiivistelmä auttaa hoitajia muistamaan, että syöpäpotilas tulee kohdata yksilönä ja että kriisi voi aiheuttaa potilaan käytöksessä muutoksia.

Sekä potilasta että omaisia on kannustettava pyytämään apua ja heille on tarjottava mahdollisuus keskusteluapuun. Kriisin aiheuttamat muutokset tulee kohdata ammatillisesti



ja tarvittaessa tehdä moniammatillista yhteistyötä. Potilaalle omaisten antama tuki on tärkeää, eikä heidän antamaansa tukea pidä vähätellä hoidon missään vaiheessa. Joskus sairaus saattaa kuitenkin karkottaa omaiset potilaan läheltä, ja silloin hoitajan rooli tukijana korostuu. Hoitajalla tulee olla valmiuksia keskustella myös omaisten kanssa potilaan kohtaamisesta, hoitamisesta ja surusta sekä muista omaisten mieltä askarruttavista kysymyksistä. Potilaalle ja omaisille tulee varata riittävästi aikaa keskustella tilanteestaan. Potilaan kohtaamisen merkitys tulee tunnistaa sekä vuodeosastolla että päivystyspoliklinikalla. (Tiirinen 2010; Kokkinen 2012; Jyrkkiö 2008.)

Kehittämispohjainen oppiminen on juurruttamisen oppimiskäsitys, ja sen lähtökohtana on käytännön toiminta ja kehittyminen (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012,15–27). Juurruttamisen avulla kirurgiselle vuodeosastolle ja päivystyspoliklinikalle pyritään saamaan uusi toimintatapa syöpäpotilaan kohtaamisessa. Uudessa toimintatavassa otetaan huomioon paremmin potilaan psyykkiset tarpeet osana laadukasta somaattista hoitoa.

Kehittämistyön tekemisen aikana sekä sen valmistuttua niin vuodeosastolla kuin päivystyspoliklinikallakin syöpäpotilaiden näkyvyys on lisääntynyt omana potilasryhmänään ja heidän tarpeisiinsa osataan paremmin vastata. Työyhteisöissä on keskusteltu enemmän syöpään sairastumisesta,

diagnoosin saamisesta ja hoidoista sekä potilaiden ja omaisten kohtaamisesta.

Päivystyspoliklinikan henkilökunnan on ollut helpompaa määritellä potilaan oikea hoitopaikka, potilaat otetaan myös nopeammin vastaan, eristystarve tarkistetaan heti tullessa ja hoito aloitetaan nopeammin. Molempien työyhteisöjen kiinnostus syöpäpotilaita kohtaan on kasvanut.

Vuodeosastolla pyritään kiinnittämään enemmän huomiota moniammatilliseen yhteistyöhön syöpäpotilaan hoidossa. Käytännössä tämä tarkoittaa mm. sitä, että tehdään enemmän yhteistyötä psykiatristen sairaanhoitajien kanssa. Jatkossa tullaan olemaan yhteydessä myös perusterveydenhuollon psykiatriin sairaanhoitajiin ja ohjaamaan potilaita entistä enemmän perusterveydenhuollon piiriin sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Syöpäpotilaalle pyritään myös antamaan enemmän aikaa keskusteluun, ja psyykkinen tuki otetaan tietoisemmin esille osana somaattista hoitotyötä. Vuodeosastolla on otettu myös syöpäpotilaille tarkoitettu kirjallinen materiaali näkyvämmiin käyttöön.

Kehittämistyön tekeminen ja sitä kautta aiheeseen perehtyminen on antanut myös itselle lisää tietoa ja uskallusta kohdata syöpää sairastavia hoidon eri vaiheissa olevia potilaita ja keskustella heidän kanssaan. On hieno tunne, kun voi antaa tukea sekä potilaalle että omaisille. ■

## Lähteet

Cullberg, J. 1971. *Psyykkinen trauma*. Kouvola: Lehtikanta.

Idman, I. 2009. *Syöpäpotilaan psykososiaalinen tukeminen. Lääkärin käsikirja*. Helsinki: Duodecim. Viitattu 1.10.2013. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykto1416](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykto1416)

Jyrkkiö, S. 2008. Kun syöpä ei enää parane. *Suomen lääkäri* 63 (43). Viitattu 9.1.2014. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=sl30980](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sl30980)

Kokkinen, J. 2012. *Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoitajan käsikirja*. Viitattu 25.4.2013. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shko1640](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shko1640)

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. *Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla*. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohjan yksikkö.

Tiirinen, S. 2010. *Syöpäpotilaan päätöksenteon tukeminen. Sairaanhoitajan käsikirja*. Viitattu 9.1.2014. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shko1604](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shko1604)

Markus Berghäll, Piia Pyykönen & Linda Saarni

## 6.2 PSYKOSOSIAALISEN TUEN MERKITYS SAIRASTUTTAESSA – MYÖS OMAISET HUOMIOITAVA

Tämän työn tarkoituksena oli kartoittaa psykososiaalisen tuen merkitystä ihmisen sairastuessa vakavasti. Psykkisellä kriisillä tarkoitetaan mielen-terveyden epätasapainotilaa. Traumaattinen kriisi tarkentuu siten, että traumaattinen kriisi tapahtuu äkkiarvaamatta jonkin voimakkaasti vaikuttavan tapahtuman seurauksena. Yksilön keskeisiä elämänarvoja muuttava, kontrolloimattomasti tapahtuva traumaattinen äkillinen järkyttävä tapahtuma puolestaan muuttaa arkielämän täysin. Järkyttävien elämäntapahtumien seurauksena psyykkisinä oireina tavataan usein masennus- ja ahdistusoireita. Lisäksi tavataan univaikeuksia ja vireystilan nousua. Lisähaittana saattaa esimerkiksi päihteiden käyttö lisääntyä. Psykososiaalisen tuen tarkoituksena on nimenomaan tukea yksilön toipumista. Alkuvaiheen tuki tähtääkin nimenomaan ennaltaehkäisemään psyykkisten häiriöiden mahdollista kehittymistä. Eriteltyinä psykososiaalinen tuki voidaan nähdä jakaantuvan hengelliseen tukeen, jota tarjoaa Suomen evankelis-luterilainen kirkko, psyykkiseen tukemiseen ja tukeen sekä sosiaalityöhön ja sen tarjoamiin palveluihin. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalituki ja palvelut 2009, 11–13.)

Psykososiaalinen tuki traumaattisissa tilanteissa nähdään kokonaisuudessaan toimintana, joka suuntaa järkyttävien tapahtumien aiheuttamien sosiaalisten ja psyykkisten kuormitusten torjuntaan (Henriksson & Lönnqvist 2011, 264).

Ihmisen elämässä perhe on tärkeässä asemassa, koska perheessä muodostuvat myös tärkeät tunnesiteet. Perheen tulisikin saada tukea hoitavalta henkilökunnalta, jotta perhe itsessään jaksaisi tukea sairastunutta, mutta jaksaisi myös perheenä sairauden koskettamana. (Muurinen 2009,

2.) Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan potilaat ja omaiset kokivat, etteivät sairaanhoitajat osanneet tukea heitä psyykkisellä tasolla, mutta sairaanhoitajalta saatu ohjaus sytostaattihoitoihin ja niihin liittyviin haittavaikutuksiin koettiin hyvin hyödylliseksi. (Olin 2013, 37) Omaisilta ei myöskään kysely heidän jaksamisestaan eikä heille tarjottu keskusteluapua. Osa omaisista ja potilaista hakeutui oma-aloitteisesti psykologin luokse, koska eivät kokeneet saavansa apua terveydenhuollon piiristä. (Olin 2013, 37.) Potilaiden ja heidän omaisten pitäisi saada enemmän emotionaalista tukea sairaanhoitajilta ja muilta terveydenhuollon ammattilaisilta heidän sairautensa ja sairaalassaolon aikana. (Bugge ym. 2009, 3487)

Harrison ym. (1995) toteavat sairastuneen ihmisen läheisten olleen enemmän huolissaan sairaudesta ja sairastumisesta kuin sairastunut henkilö itse. Huomioitavaa onkin juuri se, ettei sairastuneen henkilön hoito tapahdu mitenkään irrallaan, vaan läheisesti kytkettynä tämän arkeen. Tällöin hoito koskettaakin juuri sairastuneen perhettä, lähiympäristöä ja potilasta itseään. Faulkner ja Maguire (1994) toteavat, että sairastuneen henkilön lähipiirin vaikeudet sairauden kanssa selviytymisessä voivat olla ongelmallisia, joten he tarvitsevat apua. Vaikka ennuste sairaudesta olisikin hyvä, ei läheisiä tule jättää sairauden todellisuuden ulkopuolelle. On havaittu, että potilaiden ja heidän läheistensä huomioiminen, tukeminen ja ymmärtäminen tulisi ottaa osaksi hoitotyötä. Myös potilas ja omainen tulisi ottaa mukaan, kun tehdään tai suunnitellaan hoitoon liittyviä päätöksiä. (Harju 2012, 522.)

Tärkeää on, että läheiset tuntevat olevansa yksi osa sairastuneen hoitoprosessia, ja että heidät on otettu huomioon. Winterling (2004) painottaa erityisesti sairastuneen henkilön puolison roolia siten, että nämä yleensä olivat erityisen haavoittuvassa tilassa sairauden toteamisen jälkeen. Eräässä tutkimuksessa selvisi myös, että perheenjäsenet kokivat enemmän sairastumisesta johtuvaa huolta kuin itse sairastuneet. (Harju 2012, 549.)

Käytännössä hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomiota sairastuneiden perheisiin osana hyvää syöpähoitotyötä, sillä yhden perheenjäsenen vakava sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen. Käytännön hoitotyötä tulisi kehittää perhehoitotyön periaatteiden mukaisesti. Tulevaisuudessa olisi myös hyödyllistä kehittää interventiokeinoja potilaille sekä heidän perheilleen ja mitata näiden interventioiden

vaikutuksia. (Harju 2012, 552.) Interventioiden tarkoituksena on lisätä vuorovaikutusta esimerkiksi puolisoitten välillä ja auttaa heitä puhumaan vaikeistakin aiheista. Samalla on tarkoitus antaa riittävästi tietoa sairauden aiheuttamista mahdollisista psyykkisistä oireista, jotta sairastuneen omainen pystyisi tunnistamaan oireet, ja niihin olisi mahdollisuus puuttua ajoissa. Interventiot antavat myös sairastuneen omaiselle mahdollisuuden kertoa ja puhua tunteistaan ja näin ollen omainen pystyy paremmin olemaan sairastuneen tukena. (Badr 2014, 2.) Ruotsissa keuhkosyöpää sairastaneille tehdyn tutkimuksen mukaan omaiset kokevat usein jäävänsä ilman minkäänlaista tukea ja huomiota. Tässäkin tutkimuksessa kävi ilmi, että omaiset kuitenkin samalla kokevat huolen sairastuneen kohtalosta olevan yhtä suuri kuin itse sairastuneella. Kokemukset ilman tukea jäämisestä korostuivat, kun perheissä oli alaikäisiä lapsia. (Olin 2013, 37.) ■

## Lähteet

Badr H. 2014. Psychosocial Interventions for Patients with Advanced Cancer and Their Families. *American Journal of Lifestyle Medicine*. April 2014.

Bugge KE., Darbyshire P. & Helseth S. 2009. Parents' experiences of a Family Support Program when a parent has incurable cancer. *Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)*, 2009 Dec; 18 (24): 3480-8. (29 ref)

Harju E. 2012. Perceived family health in persons with prostate cancer and their family members. *Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)*, 2012 Feb; 21 (3/4): 544-54. (27 ref)

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2011. Psyykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa: *Psykiatria*. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Muurinen, K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 17.9.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80545/gradu03519.pdf?sequence=1>

Nevalainen, A. 2006. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 17.9.2014. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93078/gradu00809.pdf?sequence=1>

Oittinen, S. 2011. Empatia kriisiauttamisessa. Kriisityöntekijöiden kokemuksia myötätuntostressistä ja työhyvinvoinnista Kuopion Kriisikeskuksella. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaalipsykologia. Yhteiskuntatieteiden laitos. Viitattu 16.9.2014. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110123/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110123.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110123/urn_nbn_fi_uef-20110123.pdf)

Olin M. 1/2013. *Lungcancer- hela familjens sjukdom*. Lung & allergiforum.

Traumaattisten tilanteiden psykososiaalituki ja palvelut. 2009. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:41. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.9.2014. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1435668](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1435668)

Riitta Kuro & Sini Pitkänen

## 6.3 SYÖPÄSAIRAAN MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN LOHJAN SAIRAALASSA

Tässä kehittämistyössä on aiheena syöpäsairaalan mielenterveys tarkasteltuna sairaanhoitajan näkökulmasta käsin. Tarkoituksenamme oli kartoittaa, mitä mielenterveyttä tukevia palveluja Lohjalla sairaalalla on tarjottavana syöpäsairaalle potilaalle. Tätä varten haastattelimme Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa sekä Lohjan sairaalan yleissairaalapsykiatrian poliklinikan kahta psykiatrista sairaanhoitajaa.

Syöpään sairastuminen aiheuttaa aina kriisitilanteen, joka tuo mukanaan monenlaisia tunteita: surua, ahdistusta, kateutta, pelkoa, häpeää, katkeruutta, yksinäisyyttä, jopa vihaa. Jokainen reagoi tähän omalla, yksilöllisellä tavalla. Syöpä ja sen hoidot voivat aiheuttaa muutoksia ulkonäössä, ulkonäön muutokset voivat vaikuttaa minäkuvaan ja itse-tuntoon. Samalla se saa potilaan suuntaamaan ajatuksensa mahdolliseen kuolemaan. (Suomen Syöpäpotilaat ry 2010, 26–71.)

Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli syöpäsairaalan koko hoitoprosessissa. Sairaanhoitajan merkitys korostuu erityisesti syöpäsairaalan tukijana ja tarpeiden tulkitsijana. (Vivar & McQueen 2005, 520.) Potilaalle annetun informaation määrällä ei ole havaittu olevan merkittävää yhteyttä elämänlaadun parantumiseen tai potilaan tyytyväisyyteen. Sen sijaan merkityksellistä on informaation laatu ja määrä potilaskohtaisesti, potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Husson, Mols & Van de Poll-Franse 2011, 761, 769–771.)

Tutkimuksissa on huomattu potilaiden toivovan informaatiivista tukea, kannustusta ja rohkaisua terveydenhuollon

ammattilaisilta. Omaisten rooliksi jää emotionaalisen tuen tarjoaminen, myötäeläminen ja auttaminen vaikeassa elämäntilanteessa ja hankalien tunteiden kanssa. Omaisilta ja hoitopaikalta toivotaan apua silloin, kun arkielämän saralla tarvitaan järjestelyä. Syöpäsairaalle annettavat tukitoimet pitävät sisällään tiedon antamista ja neuvontaa sairaudesta ja hoidosta, tunnereaktioiden, elämänmuutoksen ja identiteetin käsittelyä, sosiaaliturvapuolen hoitamista ja asumiseen tai vanhemmuuteen liittyvissä asioissa auttamista. (Idman & Aalberg 2013.)

Lohjan sairaalassa kirurgisella osastolla työskentelevä sairaanhoitaja Sari Lahdelma on käynyt Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutuksen Laurea-ammattikorkeakoulussa, ja hän hoitaa työvuorossaan syöpäsairaita potilaita päivittäin. Hänen mukaan psyykkisen oireilun ehkäisyssä keskeistä on aktiiviseen kuunteluun perustuva vuorovaikutus sekä sairauteen ja hoitoon perehdyttävä potilasohjaus syöpähoidon kaikissa vaiheissa. Psykykkisten oireiden hoidon lähtökohtana on potilaan yksilöllinen somaattinen tilanne ja fyysinen kunto. Hyvä somaattinen oirehoito ja oireiden hallinta luovat perustan hoitoturvalle ja näin psyykkistä jaksamista tukevalle luottamukselle. Lahdelman mukaan osastohoidossa pyritään hoitamaan potilasta aina kokonaisuutena. Osastojaksolla ollessa saatetaan potilaan tilanteesta riippuen selvittää hänen kotiasioita, huomioida omaisia ja tarjota potilaalle moniammatillista tukea (esim. sosiaaliohjaaja, psykiatrinen sairaanhoitaja tai sairaalapastori). Kaikille potilaille ei automaattisesti tarjota mahdollisuutta keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Emotionaalisen voiminnan arviointia osana somaattista hoitotyötä tulisikin

kehittää jokaisessa potilaan hoitoon osallistuvassa ammattiryhmässä. (Lahdelma 2014.)

Puolella syöpäpotilaista ilmenee jokin psyykinen häiriö sairauden aikana. Masennus tai masentuneisuus on näistä yleisin. Häiriöt yleistyvät syövän vaikeusasteen kasvaessa. Masennus aiheuttaa kärsimyksen lisäksi monia potilaan ja hänen läheistensä elämään vaikuttavia ongelmia. Masennus heikentää potilaan elämänlaatua ja syöpähoitoihin sitoutumista, lisää itsemurhariskiä, rasittaa potilaan perhettä ja läheisiä sekä pidentää sairaalahoidon kestoa. (Akechi, Okuyama, Onishi, Morita & Furukawa 2010, 1–12.)

Syöpään sairastuneella on myös suurentunut itsemurhariski ja syöpädiagnoosin saaneilla jopa kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna. Riski on suurimmillaan ensimmäisenä vuonna syöpädiagnoosin saamisesta. Lisäksi miehet ovat naisia itsemurha-alttiimpia. Merkittävimmät itsemurhalle altistavat tekijät ovat syöpätyyppi, sukupuoli, ikä, masennus ja diagnoosista kulunut aika. Näistä suurin yksittäinen tekijä on masennus. Masentunut syöpäpotilas on neljä kertaa alttiimpi itsemurhalle kuin syöpäpotilas, jolla ei ole masennusta. (Anguiano, Mayer, Piven & Rosenstein 2011, 10–12.)

On tärkeää, että hoitohenkilökunta tietää suurentuneen itsemurhariskin ja osaa tunnistaa siihen vaikuttavat tekijät. Syöpäpotilaan masennuksen tunnistaminen voi olla haastavaa, sillä masennuksen oireet ovat hyvin samankaltaisia kuin syöpähoitojen aiheuttamat haittavaikutukset, kuten painon ja vireystilan lasku sekä univaikeudet. (Anguiano ym. 2011, 1–2, 10–12.)

Syöpäpotilaiden masennuksen arviointiin on olemassa erilaisia työkaluja ja mittareita. Yksinkertaisimmillaan sairaanhoitaja voi arvioida potilaan masennusta kysymällä tältä, onko hän masentunut. Syöpäpotilaan masennuksen tunnistaminen ja hoito vähentävät itsemurhariskiä ja parantavat elämänlaatua. (Anguiano ym. 2011, 1–2, 10–12.) Kysymykset psyykkisestä voinnista kuuluvat hoitorutiiniin somaattisten tutkimusten rinnalle hoidon kaikissa vaiheissa. Jokaiseen hoitokontaktiin tulisi kuulua rutiininomaisesti myös emotionaalisen tilanteen arviointi haastattelemalla ja havainnoimalla. Kysymykset merkityksellisistä läheisistä ja itselle tärkeiden sosiaalisten roolien säilymisestä sekä arkipäivän selviytymisestä aktivoivat potilaan mielessä oman sosiaalisen tukiverkoston merkitystä. Näiden kysymysten tulisi olla osa tutkimus- ja hoitorutiinia. Hoitajien tulisi avoimesti puhua potilaan sairaudesta ja siihen mahdollisesti liittyvästä masennuksesta yleisesti esiintyvänä ilmiönä, jotta masennuksen vaietusta ja häpeällisestä leimasta päästäisiin. Näin potilas voi itsekkin helpommin pystyä käsittelemään masentuneisuuttaan tai mahdollista masennustaan. (Badger 2008, 76–80.)

Internetistä löytyy myös paljon tietoa, ja muun muassa Mielenterveystalo.fi-sivusto on kaikille avoin psyykkistä hyvinvointia edistävä nettipalvelu, jossa on tietoa aikuisten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeasioista. Mielenterveystalo.fi-palvelun avulla voi esimerkiksi arvioida omaa tai toisen psyykkistä vointia ja löytää paikkoja, jotka tarjoavat tilanteeseen sopivaa apua. (Mielenterveystalo.fi, 2014.) Lohjan kaupungin terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle voi myös hakeutua, jos on huolissaan omasta tai läheisen jaksamisesta tai yleisestä hyvinvoinnista. Terveyskeskusten psykiatriset sairaanhoitajat tukevat siis myös mielenterveyden häiriöistä kärsivien läheisiä. (Lohjan kaupunki 2014.)

Haastattelimme Lohjan sairaalan yleissairaалapsykiatrian poliklinikan kahta psykiatrista sairaanhoitajaa. Heidän mukaan syöpädiagnoosin saaminen on lähes aina kriisi. Potilaan ohjautuessa yleissairaалapsykiatriaan hänellä on jo hoitokontakti sairaalan poliklinikkaan tai osastoon, jossa syöpää hoidetaan. Sieltä käsin voidaan tehdä konsultaatiopyyntö yleissairaалapsykiatrian poliklinikalle, kun havaitaan muutoksia potilaan psyykkisessä voinnissa. Pyyntöjä heille tulee syöpäsairauden eri vaiheessa (tuore diagnoosi, hoidon suunnittelu/aloitus tai siirtyminen palliatiivisen/terminaalivaiheen hoitoon). Potilaalle voidaan tarjota hoitavan lääkärin tai osastolla työskentelevän henkilökunnan toimesta psyykkisen tuen arviota/keskustelutukea psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. (Malmelin & Virta 2014.)

Malmelin ja Virta painottavat, että lähtökohtana kuitenkin pitäisi olla se, että syöpään sairastunut on psyykeltään terve ja hänen tervettä puolta tuetaan ja omia voimavaroja vahvistetaan sekä käytetään hyväksi. Valtaosalla syöpään sairastuneista on hyvät läheisverkostot ja he hyödyntävät näitä, eivätkä näin ollen koe tarvetta keskusteluun. Ensimmäisen tärkeää on, että kaikille potilaille annetaan tietoa mistä ja miten tukea saa, kun sen kokee tarpeelliseksi. Kriisin herättämien tunteiden normalisoiminen on tärkeää. (Malmelin & Virta 2014.)

Haastateltujen sairaanhoitajien mukaan syöpäpotilaan psyykkisen puolen huomiointia ja arviointia tulee edelleen kehittää. Sairaanhoitajille ja myös lääkäreille olisi tarpeen nostaa psyykkisen puolen asioiden huomiointia enemmän esille. Kehittämishdotuksissa oli muun muassa moniammatillisten osaajien (psykiatriset sairaanhoitajat sairaalassa ja terveyskeskuksissa, sairaalapastori, sosiaalihoitaja) työn esittely esimerkiksi osastotunneilla niissä yksiköissä, joissa hoidetaan syöpää sairastuneita. Hoitohenkilökunnalle toivottiin lisäkoulutusta syöpään sairastuneiden mielenterveydestä. Haastattelussa nousi esille myös sairaanhoitajan työtä helpottava muistilista syöpäpotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Somaattisilla osastoilla voisi myös olla koulutettu

syöpäsairaanhoitaja ja hänellä voisi olla esimerkiksi soittoaika, jolloin jo kotiutunutkin potilas voisi tarvittaessa ottaa vielä yhteyttä. Tämä sairaanhoitaja voisi tarvittaessa tavata potilaan jo osastohoidon aikana. Potilaille olisi hyvä olla tarjolla myös kirjallista materiaalia, jossa kerrottaisiin sairastumisen aiheuttamista tunteista sairauden eri vaiheissa sekä eri tahojen yhteystiedot, joihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Malmelin & Virta 2014; Lahdelma 2014.)

## Lähteet

Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T. & Furukawa, T. 2010. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients (Review). *The Cochrane Library*. 11: 1–23.

Anguiano, L., Mayer, D., Piven, M. & Rosenstein, D. 2011. A Literature Review of Suicide in Cancer Patients. *Cancer Nursing*. Vol. 00, No 0, 1–13.

Badger, T. 2008. Depression Assessment and Psychosocial Interventions for Cancer Survivors and Their Partners. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 35, No 5, 76–82.

Husson, O., Mols, F. & Van de Poll-Franse, L. 2011. The relation between information provision and healthrelated quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*. Vol. 22, No 4, 761–772.

Idman, I. & Aalberg, V. 2013. Psykososiaalisen tuen toimintamallit syöpätaudeissa. Teoksessa Joensuu, H.,

Säilyttääkseen psyykkisen tasapainonsa potilas tarvitsee sairaanhoitajan ohjausta ja perehdytystä omaan hoitoonsa ja oireidensa hallintaan. Tarvitaan kuitenkin myös lisää tutkimustietoa sairaanhoitajilta käytännön hoitotyön kehittämistä varten sekä tietoa syöpäsairaiden tarpeista ja toiveista psyykkisen voimien turvaamiseksi. (Vivar & McQueen 2005, 520–526.) ■

Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Lyly, T. *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim.

Lahdelma, S. 2014. Sairaanhoitajan haastattelu 30.9.2014. Lohjan sairaala. Lohja.

Lohjan kaupunki 2014. Viitattu 30.10.2014. [www.lohja.fi](http://www.lohja.fi).

Malmelin, T. & Virta, H. 2014. Sairaanhoitajien haastattelu 8.9.2014. Lohjan sairaala. Lohja.

Mielenterveystalo.fi. 2014. Viitattu 30.10.2014. [www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi).

Vivar, C. & McQueen, A. 2005. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 51, No 5, 520–528.

Suomen Syöpäpotilaat ry 2010. Selviytyjän matkaopas. 5. painos. Helsinki: Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland.

7.  
*JÄRJESTÖT SYÖPÄÄ  
SAIRASTAVAN TUKENA*

Tuula Tulenheimo & Niina Kupari

## 7.1 JÄRJESTÖN NÄKÖKULMA SYÖPÄHOITOTYÖN KEHITTÄMISESTÄ

Järjestöt ovat merkittävässä asemassa syöpähoitotyön kehittäjinä ja erilaisten hankkeiden ja tutkimusten käynnistäjinä. Sosiaali- ja terveysministeriö ehdottaa Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020 -raportissa potilaiden ja kansalaisten roolin vahvistamista omaan terveyteensä liittyvissä asioissa tarjoamalla korkealaatuista syöpätietoa. Syöpäjärjestöjen ja lääketieteellisten järjestöjen yhteistyötä tulee kehittää niin, että ihmisillä on mahdollisuus saada luotettavaa tietoa syövästä esim. verkkosivujen kautta sekä hyödyntää syöpäjärjestöjen asiantuntevaa neuvontaa kautta maan. Tavoitteena on saada ihmiset hakeutumaan tutkimuksiin ajoissa ja parantaa tiedon tarjontaa etenkin sosiaalisesti heikommassa asemassa oleville. Syöpäjärjestöjen toimintaa tulee laajentaa ja lisätä tietoa, joka lieventää ihmisten pelkoa syövästä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010. 69–73). Syöpäjärjestöjä tulee hyödyntää syövän hoitotyön kehittämisessä. Syöpäjärjestöt ovat myös tuke-  
massa monipuolisesti syövän tutkimustyötä apurahoin.

Etelä-Suomen Syöpäyhdistys kuuluu Suomen Syöpäyhdistys ry:seen, joka on maamme suurimpia kansanterveysjärjestöjä. Suomen Syöpäyhdistyksen päätavoitteena on syövästä aiheutuvien uhkien ja haittojen vähentäminen. Siinä päästään parhaimpaan tulokseen tekemällä yhteistyötä eri tahojen kesken kansallisesti ja kansainvälisesti. Syöpään sairastuneille ja heidän omaisilleen pyritään antamaan parasta mahdollista tukea sairastumisen eri vaiheissa ja kuntoutumisen aikana. Vuoden 2014 toimintaan kuului esim. mukanaolo yhteisvastuukeräyksessä, jonka kohteena oli saattohoito. Toinen paljon huomiota saanut kampanja on Roosa nauha-keräys, jolla tuetaan rintasyövän ennaltaehkäisevää työtä.

Syöpäyhdistyksen toiminta rahoitetaan keräyskampanjoilla, jäsenmaksuilla, lahjoituksilla, testamentteilla, laboratoriopalveluilla ja raha-automaattivaroilla (Syöpäjärjestöt, 2014).

Kävimme haastattelemassa Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen kuntoutusohjaaja Kirsi Roosia. Hän on koulutukseltaan terveydenhoitaja ja hänen toimenkuvaansa kuuluu syöpään sairastuneiden ja heidän läheistensä tapaaminen, keskusteluapu, erilaisten ryhmien organisointi ja ensitietoryhmät. Terveydenhoitajan ominaisuudessa hän tekee ennaltaehkäisevää työtä. Ennaltaehkäisevän työn muotoja ovat esim. savuttomuuteen kannustaminen sekä auringon haitoista valistaminen.

Roosin (2014) mukaan syövän hoitotyötä tulee kehittää ja asiaa tulisi pitää esillä koko ajan. Syöpäyhdistyksellä on tavoitteena tukea kentällä tapahtuvaa toimintaa ja olla osana toiminnassa. Sairastuneen ja hänen omaisensa on helpompaa kertoa mielipiteitään ja antaa palautetta kokemuksistaan kolmannelle sektorille, joka välittää viestin hoitoyksikköön. Syöpäyhdistyksellä on asiantuntijarooli, ja yhdistys on yhtenä osana potilaan hoitoa. Yhdistys tuo osaamistaan ja näkemystään hoitaviin yksiköihin. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys on mukana käynnistämässä erilaisia projekteja, ja yhdistyksen toiveena on projektien jalkautuminen kentälle niin, että niiden tulokset tulisivat osaksi hoitokäytäntöä.

Etelä-Suomen Syöpäyhdistys on mukana kahdessa Vertaistuki-hankkeen toimintamallissa: potilastukipiste OLKA:ssa ja TOIVO-vertaistukitoiminnassa, jotka toimivat HUS:n



sairaaloissa (Roos, 2014). HUS on laatinut vapaaehtoistoimintaa tukemaan hallinnolliset ohjeet. Hallinnollisesti OLKA on HUS:n kehittämissyksikön alaisuudessa. OLKA:n kautta koordinoidaan myös vapaaehtoisten osallistuminen HUS:n ja EJY:n (Espoon Järjestöjen Yhteisö ry) yhteisiin perehdytys- ja koulutustilaisuuksiin. OLKA tekee yhteistyötä 40 potilasjärjestön kanssa. OLKA:n tarkoituksena on olla matalan kynnyksen kohtaamispaikka ja siellä työskentelee kaksi terveydenhuoltoalan ammattilaista. Vapaaehtoisia on toiminnassa mukana yli 50 henkilöä. TOIVO-vertaistukimalli tarjoaa tukea kasvokkain ja puhelinkeskustelujen avulla jo potilaan ollessa sairaalassa. Vertaisreseptihankeen rahoittajana toimii raha-automaattiyhdistys RAY. (HUS, 2014.)

Kolmas sektori ja vapaaehtoistyö ovat mukana HUS:n agendassa. HUS Länsi-Uudenmaan sairaanhoitopiiriin terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa 2013–2016 on erikseen mainittu kolmas sektori. Tarkoituksena on perustaa kolmannen sektorin yhteistyöfoorumi, jossa toimii kuntien yhteinen yhdyshenkilö koordinaattorina. Yhteistyötä lisätään kolmannen sektorin kanssa, ja voidaan mahdollisesti neuvotella julkisen sektorin palveluja täydentävistä palveluista kuten vertaistukea tarjoavasta ryhmätoiminnasta ja kokemusasiantuntijoiden kouluttamisesta järjestöavustuksin. (Länsi-Uudenmaan järjestämissuunnitelma 2013–2016).

Syöpäjärjestöillä on merkittävä rooli kolmannen sektorin toimijana. Roos (2014) kertoo syöpäyhdistyksen pyrkivän tekemään paljon yhteistyötä sairaaloiden kanssa ja yhdistys toimii sairaaloiden ehdoilla. Yhteistyö on otettu hyvillä mielillä vastaan, koska sekä sairaalalla että syöpäyhdistyksellä on yhteinen tavoite: potilaan hyvinvointi ja se, miten toimintaa vietäisiin parhaalla mahdollisella tavalla eteenpäin. Syöpäyhdistys pitää sairaaloissa osastotunteja, ja ne ovat oivallisia hetkiä kertoa, mitä esitteiden takana on niin, että potilasta on helpompi ohjata ottamaan yhteyttä yhdistykseen. Syöpäyhdistyksen toiveena onkin, että hoitajat ottaisivat syöpäjärjestön toiminnan apukeinona ja tukikeppinä henkiseen työhön esim. antamalla esitteen potilaalle, kertomalla toiminnasta ja neuvontahoitajasta. Syöpäyhdistys haluaa olla näkyvästi esillä ja tarkoituksena on, että sen tarjoama tuki sekä neuvonta tavoittaisi mahdollisimman monia potilaita ja heidän läheisiään. Haasteita tuo sairaalan henkilökunnan nopea vaihtuvuus, joten toiveena on uusien työntekijöiden informointi yhteistyön mahdollisuudesta syöpäyhdistyksen kanssa. Potilastietoihin olisi hyvä kirjata siitä, että potilaalle on kerrottu syöpäyhdistyksestä ja sen toiminnasta. Syöpäyhdistys tekee myös yhteistyötä terveyskeskusten, saattohoitokotien ja muiden hoitopaikkojen kanssa, joissa hoidetaan syöpään sairastuneita. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys toimii väkiluvultaan miljoona-alueella, joten syöpään sairastuneita hoidetaan monissa paikoissa. Syöpäjärjestöjen esitteitä on saatavissa hoitopaikoista ja

esim. apteekista. Työtä ja kehitettävää on paljon, ikinä ei olla valmiita ja aina on parantamisen varaa.

Syöpäpotilaat ja heidän omaisensa tarvitsevat monenlaista tukea ja apua sairastumisen eri vaiheissa. Syöpäpäilyvaiheessa ihminen on epätietoinen, epävarma ja tulosten odottaminen on raskasta. Itsensä syyllistäminen on tavallista. Leikkauksen, hoitojen ja sivuvaikutusten aikana tarvitaan tukea. Hoitojen jälkeenkin tarvitaan tukea, koska silloin on usein vasta aikaa pysähtyä miettimään, mitä on tapahtunut. Hoidot ovat vieneet suurimman osan ajasta ja niiden päättymisen jälkeen tulee pelko kontrollikäynneistä ja syövän uusiutumisesta. Syöpäyhdistys tarjoaa monenlaista apua kuten henkilökohtaista keskusteluapua ja vertaistukiryhmiä. Potilas sekä hänen läheisensä voivat valita, minkälaista tukea ja apua he haluavat. Keskusteluissa kartoitetaan sairastuneen tilanne, ja tukea tarvitseva voi henkilökohtaisten asioiden läpikäymisellä selvittää omia ajatuksiaan. Kaukana asuvakin saa keskusteluapua ja tietoa yhdistyksen internetsivuilta [www.cancer.fi](http://www.cancer.fi). Internetistä tietoa hakeva potilas kannattaa ohjata keskustelemaan hoitavan lääkärin kanssa tai syöpäjärjestön sivuille mistä löytyy tutkittua tietoa. Internetissä on myös paljon vanhentunutta ja tarkistamattomia tietoa. Asiaton tieto vain lisää potilaan ahdistusta.

Vertaistukitoimintaan varten syöpäyhdistys kouluttaa vapaaehtoisia tukihenkilöitä. Tukihenkilöksi haluavan tärkein ominaisuus on halu auttaa ja kuunnella vastasairastunutta syöpäpotilasta. Yhdistyksellä on tällä hetkellä noin 20 tukihenkilöä Helsingin alueella, ja yhdistykselle on tärkeää pitää hyvää huolta heistä. Vertaistuki on sairauden alkuvaiheeseen tarkoitettua lyhytkestoista tukea. Osa sairastuneista ei halua vertaistukea, mutta monille tukihenkilön kanssa keskustelu tuo lohtua ja näköalaa tulevaan.

Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen paikallisosastot ovat vapaaehtoisvoimin toimivia osastoja, joiden toiminta eroaa syöpäyhdistyksen toiminnasta. Paikallisosastoissa järjestetään mm. retkiä ja tapaamisia. Syöpään sairastuminen koskettaa koko perhettä. Sairastunut voi joutua raskaaseen rooliin, jos hän omien tunteiden lisäksi huolehtii koko perheen jaksamisesta. Sairastunut ei näytä omia tunteitaan, jolloin sairauden kanssa eläminen vie paljon omia voimavaroja. Sairastunutta helpottaa, jos omaiset pärjäävät huolimatta hänen sairaudestaan. Omaiset ovat valmiita kuuntelemaan ja olemaan läsnä, mutta heidän on myös jatkettava omaa elämäänsä. Sairastunutkaan ei aina halua keskustella sairaudestaan, vaan on tärkeää myös elää hyvää elämää niin kauan kuin on mahdollista. (Lohjan seudun paikallisosaston kokous 2014.)

Syöpäpotilas saa tänä päivänä paljon tukea etenkin syöpäyhdistyksen toiminnan kautta: on keskustelua, neuvoja,

vertaistukea ja mieltä virkistävää toimintaa. Syöpäyhdistyksen lehdessä Marja Aarnipuro kertoo, että syöpäpotilaan hoitopolkuun tulee kuitenkin usein katkos syövästä parantumisen jälkeen. Sairaaloista on tiedotettu, että oirepoliklinikalle voi ottaa aina yhteyttä. Epäselvyyttä voi kuitenkin aiheuttaa se, mihin otetaan yhteyttä silloin, kun on epämerkkisiä, ei välttämättä syövän uusiutumiseen liittyviä oireita. HUS:issa ja myös valtakunnallisesti on huomattu, että syöpäpotilaiden kuntouttamisen kehittämiseen on panostettava enemmän. Suunnitelmissa on mm. kehittää mobiilisovelluksia, joiden avulla potilas saa nopeasti tietoa mm. omien oireidensa hoidosta. (Aarnipuro 2014, 23.)

## Lähteet

Roos, K. 2014. Kuntoutusohjaajan haastattelu. 22.9.2014. Haastattelu tallennettu digitaaliselle sanelukoneelle. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys. Helsinki.

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

Syöpäjärjestöt. 2014. Viitattu 30.10.2014. [www.cancer.fi](http://www.cancer.fi)

Roosin haastattelu avasi yhdistyksen laajaa toimintaa, potilaan ja hänen läheistensä näkökulmaa sekä kuntoutusohjaajan työnkuvaa. Potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen ja huomioiminen ovat merkityksellistä potilaalle. Inhimillisuus, kuuntelemisen taito, lempeys ja pienet kosketukset antavat lohtua. Kolmannen sektorin rooli hoitoketjussa on antaa potilaalle hänen tarvitsemaa keskustelutukea, joka voi jäädä vähemmälle hoitopaikassa. Syöpähoitotyön jatkuva kehittäminen erilaisten hankkeiden ja projektien kautta tukee potilaan hyvää hoitoa. ■

Länsi-Uudenmaan järjestämissuunnitelma 2013-2016. Viitattu 29.10.2014. <https://www.innokyla.fi/documents/586641/885d4cf5-48b6-4cf8-8f75-8be46fb53e6f>

HUS. 2014. OLKA ja TOIVO. Viitattu 29.10.2014. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/HUSn-ja-kolmannen-sektorin-yhteisty%C3%B6-vahvistuu.aspx>

Aarnipuro, M. 2014. Syöväällä on pitkä häntä. *Syöpä, Syöpäjärjestöjen aikakauslehti* 2/2014, 23.

Lohjan seudun paikallisosaston kokous. 2014. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys. Lohja.

Tiia Linden & Simo Kantola

## 7.2 SE ON SYÖPÄ! APUA JA TUKEA VERKOSSA

Syöpään sairastuminen vaikuttaa moniin asioihin ihmisen jokapäiväisessä elämässä sekä synnyttää tarpeen sopeutua monin tavoin erilaiseen, täysin uuteen elämäntilanteeseen. Syöpädiagnoosin jälkeen alkaa selviytymisprosessi, jonka lähtökohtana on ihmisen kokemus stressitilanteesta. Sairastuminen käynnistää psyykkisen kriisireaktion, jossa epätoivo, levottomuus, sokki ja asian kieltäminen ovat yleisiä reaktioita. Monille syöpään sairastuminen aiheuttaa myös epävarmuutta, sillä sairautta koskevia tietoja ei voi liittää mihinkään aikaisempaan tiedolliseen rakenteeseen. (Syöpäjärjestöt 2014.)

Keskimäärin kriisireaktio kestää yleensä muutamia päiviä, jonka jälkeen alkaa sairauden työstäminen, johon voi liittyä masentuneisuutta, ruokahaluttomuutta, ahdistuneisuutta sekä unettomuutta, mutta myös vihaa ja voimakkaita tunteenpurkauksia. Pikkuhiljaa, muutamien viikkojen jälkeen kriisireaktio alkaa usein hieman helpottaa ja sairautteen sopeutuminen alkaa. Kun ihminen hyväksyy sairastavansa syöpää, hän alkaa hankkimaan tietoa ja apua, joiden avulla hän voi muuttaa tilanteen sellaiseksi, että uuteen elämäntilanteeseen sopeutuminen on mahdollista. (Syöpäjärjestöt 2014.)

Erilaisia syöpiä on noin kaksisataa, osa syöivistä on erittäin yleisiä toisten ollessa harvinaisempia. Jokainen ihminen on syöpään sairastuessaan uuden ja mahdollisesti pelottavalta tuntuvan tilanteen edessä. Monen syöpäsairauden kohdalla ihminen voi jäädä yksin, esimerkiksi johonkin harvinaiseen syöpään sairastuessa. Mitä harvinaisemmasta taudista on kyse, sitä vähemmän tukea ja tietoa on saatavilla. (Suomen syöpäpotilaat ry 2014c.)

Elämme aikaa missä suurimmalle osalle väestössä internetin käyttö on arkipäivää. Internetiin ja sieltä löytyviin tietoihin on helppo turvautua, sillä ne ovat saatavilla ympäri vuorokauden, vain muutamalla napin painalluksella. Internetistä on mahdollista saada tutkitun tiedon ja asiantuntijatiedon lisäksi myös ihmisten omakohtaisia kokemuksia sekä vertaistukea. Internetissä olemisen tekee helpoksi luultavasti myös se, ettei siellä välttämättä tarvitse olla omana itsenään. Arat ja henkilökohtaiset asiat voi kertoa anonyymisti niin, ettei henkilöä voida tunnistaa. Toisaalta se myös luo vapautta, joka ei aina ole positiivista. Kun ei tarvitse esiintyä itsenään, kynnys tuoda asioita esille liioiteltuina, vääristeltyinä tai muuten todellisuudesta poiketen madaltuu. Myös erilaiset lukijat eri tietokoneiden näyttöjen takana voivat saada erilaisen kuvan, kuin mitä kirjoittaja on halunnut. Mutta mistä sitten tietää mitä kannattaa lukea?

Kun haluaa tietoa, joka pohjautuu asiantuntijoiden laittamaan teoriaan, voidaan luotettavina lähteinä pitää sellaisia sivustoja jotka ovat tunnettuja ja joista löytyy selkeästi kirjoittajan nimi sekä ammatti. 11.9.2014 hakusanalla syöpä tuli yli 900 000 hakutulosta Googlestä alle puolessa sekunnissa. Jo ensimmäisellä sivulla usea eri hakutulos vie syöpäjärjestöjen sivulle cancer.fi sekä Terveyskirjaston sivuille. Näitä kahta voidaan yleisesti pitää luotettavina sekä laajoina asianmukaista tietoa tarjoavina sivustoina. Terveyskirjastosta löytyy asiantuntijoiden kirjoittamaa teoretietoa eri syöivistä, kun taas syöpäjärjestöjen sivuilta on mahdollista löytää teoretiedon lisäksi paljon muutakin, kuten omakohtaisia kirjoituksia ja kokemuksia, tietoa vertaistuesta, verkostoitumisesta ja alueellisista tapahtumista. Syöpäjärjestöjen

sivuilta löytyy myös keskustelupalstoja sekä ammattilaisten neuvontapalveluja.

Suomen Syöpäpotilaat ry toteuttaa sairauskohtaista valtakunnallista potilasverkostotoimintaa. Potilasverkostoja on olemassa jo useita, mutta myös uusia verkostoja perustetaan tarpeen ja yhteydenottojen mukaan. Verkostot ovat avoimia aikuisille syöpäpotilaille sekä heidän läheisilleen. (Suomen syöpäpotilaat ry 2014c.)


Verkostoitumisesta suurin osa tapahtuu sosiaalisen median ja Suomen syöpäpotilaat ry:n kotisivujen kautta. Lisäksi järjestetään verkostotapahtumia, joissa on asiantuntijaluentoja ja mahdollisuus tavata saman sairauden eri vaiheissa eläviä ihmisiä. Verkostojen toiminta on maksutonta syöpää sairastaville eikä siihen tarvita virallista jäsenyyttä. Niin sanotut verkostoaktiivit luovat tärkeän yhteyden potilaiden ja yhdistyksen välille. (Suomen syöpäpotilaat ry 2014b.)

Suomen Syöpäyhdistys ry on yksi Suomen suurimmista kansanterveysjärjestöistä. Toiminta on valtakunnallista ja Suomen Syöpäyhdistyksen kuuluu 12 maakunnallista syöpäyhdistystä ja viisi potilasyhdistystä. Jäsenjärjestöihin kuuluu yhteensä noin 130 000 jäsentä. Yhdistys ja sen jäsenjärjestöt kuntouttavat ja tukevat syöpäpotilaita ja heidän läheisiään. Lisäksi väestöä kannustetaan entistä vastuullisempaan käyttäytymiseen terveyttä edistämällä, syövästä tiedottamalla, syöpäpoliklinikoita ja solu- ja kudoslaboratorioita ylläpitämällä ja tieteellistä syöpätutkimusta tukeamalla. Yhdistys saa toimintaansa varat lahjoituksista ja testamentteista, jäsenmaksuista, keräyskampanjoista, laboratoriopalveluista sekä raha-automaattivaroista. (Syöpäjärjestöt 2014b.)

Suomen Syöpäyhdistyksen sivuilta Cancer.fi saa tietoa erilaisista syövästä ja tukitoiminnasta. Siellä voi liittyä jäseneksi myös maakunnalliseen syöpäyhdistykseen tai

valtakunnalliseen potilasyhdistykseen täyttämällä sivustoilta löytyvän sähköisen hakemuksen. Jäseneksi liittyminen maksaa keskimäärin 20 euroa/vuosi ja jäsenetuina saa mm. Syöpä-Cancer -lehden viisi kertaa vuodessa sekä ajankohtaiset jäsentiedotteet. Maakunnalliset syöpäyhdistykset ja valtakunnalliset potilasjärjestöt järjestävät syöpäpotilaille ja heidän omaisilleen keskusteluryhmiä, joissa on mahdollisuus tavata muita syöpään sairastuneita ja heidän omaisiaan. Lisäksi useat maakunnalliset syöpäyhdistykset järjestävät ensitietoilloja toiminta-alueellaan. Ensitietoillat ovat tapaamisia, joita järjestetään samaa syöpää sairastavien ihmisten kesken. (Syöpäjärjestöt 2014a.)

Vertaistuen merkitys usein korostuu paljon uuden tilanteen edessä. Apua ja tukea lähipiirin antaman tuen lisäksi on saatavilla monia eri kanavia pitkin internetiä hyödyntäen. Englanninkielinen verkkosivusto PatientsLikeMe tarjoaa vertaistukea tuhansille eri sairauksia sairastaville ihmisille. (Suomen syöpäpotilaat ry 2014a.)

Internetin kautta löytyy hyödyllisen tiedon lisäksi paljon vertaistukea, jota kannattaa hyödyntää. Internetin haku-koneet ovat nopea ja helppo tapa löytää uutta tietoa ja kanavia vertaistuen löytymiseen. Sosiaalisen median, kuten Facebookin ja Twitterin avulla pääsee jakamaan kokemuksia ja asioita muiden samanlaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa. Facebookin ryhmät ovat yleensä tarkoin valvottuja, eikä epäasiallista kirjoittelua suvaita. Netissä löytyy myös lukuisia keskustelupalstoja aiheeseen liittyen, missä voi esiintyä anonyyminä. Mahdollisuus kirjoittaa anonyymisti antaa kuitenkin vapaat kädet myös aiheesta tietämättömille sekä epäasialliselle kirjoittelulle, joten keskustelupalstojen kommentteihin kannattaa suhtautua varauksella. Joskus mahdollisuus kirjoittaa anonyymisti voi kuitenkin olla myös hyödyksi, mutta silloinkin kannattaa tarkkaan miettiä mitä kirjoittaa. Internet on mahdollisuuksia täynnä, ja sitä kannattaa käyttää. Nyt kaikki verkostoitumaan ja voimaan paremmin elämäntilanteesta riippumatta! 

## Lähteet

Sairastuminen syöpään. Syöpäjärjestöt. Viitattu 11.9.2014. [www.cancer.fi/potilaat/jalaheiset/ensitieto/kysymyksiä\\_syovasta/sairastuminen\\_syopaan/](http://www.cancer.fi/potilaat/jalaheiset/ensitieto/kysymyksiä_syovasta/sairastuminen_syopaan/)

Suomen Syöpäpotilaat ry. 2014a. Hyödyllistä tietoa ja linkkejä. Viitattu 6.10.2014. [www.syopapotilaat.fi/verkostot/hyodyllista-tietoa-ja-linkkeja](http://www.syopapotilaat.fi/verkostot/hyodyllista-tietoa-ja-linkkeja)

Suomen Syöpäpotilaat ry. 2014b. Mitä ovat potilasverkostot. Viitattu 6.10.2014. [www.syopapotilaat.fi/verkostot/mita-ovat-potilasverkostot/](http://www.syopapotilaat.fi/verkostot/mita-ovat-potilasverkostot/)

Suomen Syöpäpotilaat ry. 2014c. Potilasverkostot. Viitattu 6.10.2014. [www.syopapotilaat.fi/verkostot/](http://www.syopapotilaat.fi/verkostot/)

Syöpäjärjestöt. 2014a. Jäsenyys syöpäjärjestöissä. Viitattu 6.10.2014. [www.cancer.fi/syopajarjestot/jasenyys-syopajarjestoissa/](http://www.cancer.fi/syopajarjestot/jasenyys-syopajarjestoissa/)

Syöpäjärjestöt. 2014b. Suomen Syöpäyhdistys. Viitattu 6.10.2014. [www.cancer.fi/syopajarjestot/suomen\\_syopayhdistys/](http://www.cancer.fi/syopajarjestot/suomen_syopayhdistys/)

Anna-Maria Sainio, Jenni Posio & Annastiina Vuori

## 7.3 SYÖPÄPOTILAAN INTERNET-POHJAINEN OHJAUS JA NEUVONTA

Ohjaaminen on keskeinen osa hoitotyötä, ja ohjaus kuuluu jokaisen hoitotyön ammattilaisen tehtäviin. Ohjauksessa potilas on aina oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Potilasohjauksen lähtökohtana on löytää potilaan omat voimavarat, joiden avulla hän voi ottaa vastuuta omasta terveydestään sekä hoitaa itseään mahdollisimman hyvin. Ohjaustilanteen alussa lähdetään aina liikkeelle jostain tilanteesta tai tavoitteesta, ja ohjauksessa päädytään aina erilaiseen tilanteeseen kuin mikä on ollut alussa, tarkoituksena valjastaa potilaan omia resursseja käyttöön. Suuria haasteita hoitajalle tuo jokaisen potilaan erilaisuus, ja näin ollen jokaisen ohjattavan erilainen tarve ohjaukselle. Hoitoaikojen lyheneminen korostaa potilasohjauksen merkitystä, sillä ohjaukseen käytettävä aika vähenee. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007.)

Kääriäisen (2007) tekemässä tutkimuksessa potilasohjauksen laadusta selviää ohjaukseen käytettävien resurssien olevan muuten kohtalaiset, mutta ohjausajan olevan riittämätön. Vaikuttavan potilasohjauksen edellytyksenä on potilaslähtöisen ohjausmenetelmän valinta, hyvä vuoro-vaikutus, kirjallisen tukimateriaalin käyttö sekä ohjauksen suunnittelu potilaan taustatekijöitä huomioiden. Kääriäisen (2007) mukaan potilaat pitivät ohjauksen laatua hyvänä, mutta ohjauksella oli vähän tai ei lainkaan vaikutusta kolmannekseseen potilaista ja vähiten ohjaus vaikutti omaisten tiedonsaantiin.

Ohjausajan riittämättömyydelle ja potilasohjauksen paremmalle vaikuttavuudelle voidaan hakea ratkaisua internet-perustaisesta potilasohjauksesta, jota on tutkittu ortopedisten

päiväkirurgisten potilaiden ohjauksessa. Tulokset osoittivat potilailla olevan hyvät mahdollisuudet voimavaraistua tiedollisesti internet-ohjauksen avulla. Internet-perustaisen ohjauksen vahvuuksina on mahdollisuus tarjota monipuolista ja osallistavaa tietoa ajasta ja paikasta riippumatta. Vaikka internet-perustainen ohjaus koettiin vähemmän hyväksyttäväksi verrattuna sairaanhoitajan antamaan ohjaukseen, sen ohjaustulokset olivat kuitenkin paremmat. Tiedollisesti voimavaraistava internet-perustainen potilasohjaus voi olla vaihtoehtoinen menetelmä sairaanhoitajan antamalle ohjaukselle päiväkirurgisesti toteutettavalle ortopediseen leikkaukseen tuleville potilaille. (Heikkinen 2011.) Tämän tutkimuksen innoittamana internet-perustaisen ohjauksen mahdollisuuksia vaihtoehtona tai tukena perinteiselle potilasohjaukselle voi hakea myös muiden sairauksien tai hoitojen kohdalla.

Internetistä voi löytää syöpään liittyvää tietoa monesta eri paikasta. Keskustelupalstat, Facebook sekä erilaiset blogit tarjoavat yksittäisen ihmisen omakohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä aiheesta toimien vertaistukena monelle. Internetistä voi löytää myös terveydenhuollon ammattilaisten antamaa luotettavaa tietoa ja neuvontaa. Haastattelimme Syöpäjärjestöjen valtakunnallisessa neuvontapalvelussa työskentelevää sairaanhoitajaa, jonka työnkuvaan kuuluu verkossa tapahtuva neuvonta. Halusimme selvittää tarkemmin, millaisesta toiminnasta on kyse, ja seuraavaksi käymekin läpi haastattelussa esille tulleita asioita.

Syöpäjärjestöjen ylläpitämä neuvontapalvelu tarjoaa mahdollisuuden reaaliaikaiseen chat-keskusteluun internetissä koulutetun ammattilaisen kanssa. Toiminnassa on mukana

kokeneita sairaanhoitajia sekä terveydenhoitajia, joiden kanssa voi keskustella syöpään liittyvistä asioista. Keskustelua varten varataan verkosta etukäteen aika joko yksilö- tai ryhmätapaamiseen. Kaikilla neuvontapalvelussa työskentelevillä sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on pitkä ja monipuolinen työkokemus syöpäpotilaiden hoidosta sekä syöpäpotilaan hoitotyöhön liittyviä erikoistumisopintoja. Kaikki neuvontatyötä tekevät myös perehdytetään verkossa tapahtuvaan neuvontaa, ja heitä koulutetaan säännöllisesti. (Chat-hoitaja 2014.)

Verkkoneuvonta on tarkoitettu kaikille, joilla on syöpään liittyviä kysymyksiä. Yhteyttä ottavat syöpään sairastuneet, sairastuneen läheiset sekä henkilöt, joilla on syöpään liittyviä kysymyksiä tai huolia. Yksilö-chat perustettiin aikoinaan niille nuorille, joiden vanhemmilla on syöpä. Toimintamuoto on sittemmin laajentunut ja kehittynyt. Vuodesta 2013 alkaen on ollut mahdollista osallistua myös ryhmä-chatteihin. Näiden ryhmä-chattien tarkoituksena on tuoda yhteen esimerkiksi harvinaisempaa syöpää sairastavat. Ryhmäkeskustelussa on mukana neuvontahoitaja, joka luotsaa keskustelua. Toisin kuin yksilökeskustelussa ryhmäkeskustelussa on mahdollista saada vertaistukea muilta osallistujilta. Ryhmäkeskusteluun osallistuu enintään viisi osanottajaa neuvontahoitajan lisäksi. Ehdotuksia ryhmien aiheisiin tulee sekä syöpään sairastuneilta että sairastuneiden omaisilta. (Chat-hoitaja 2014.)

Chat-neuvonnasta informoidaan Syöpäjärjestöjen sivuilla, maakunnallisissa syöpäyhdistyksissä, sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Neuvontaa annetaan myös sähköpostitse esitettyihin kysymyksiin, jolloin vastauksen liitetään informaatiota chat-toiminnasta. Yleisimmin chat-palvelun piiriin hakeutuvat nuoret. (Chat-hoitaja 2014.)

Chat-keskustelut ovat kertaluonteisia, mutta mikäli keskustelu jää kesken, keskustelua voi jatkaa saman hoitajan kanssa, jolloin hoitaja varaa uuden keskusteluaajan. Neuvontahoitajalta saa tietoa syövän ehkäisystä, varhaisesta toteamisesta, sairauden oireista ja niiden tunnistamisesta sekä eri hoidoista ja niiden sivuvaikutuksista. Myös toipumiseen ja kuntoutukseen liittyvää tietoa on saatavissa. Neuvontahoitajat tarjoavat Suomen syöpäpotilaat ry:n laatimia potilasoppaita kirjallisena materiaalina. Neuvontahoitaja osaa kertoa myös kivunhoidosta sekä syöpätautien periytyvyydestä. Tämän lisäksi he tarjoavat psyykkistä tukea ja pyrkivät ylläpitämään toivoa. Neuvontahoitajat eivät tee diagnooseja eivätkä ota kantaa potilaan hoitoihin. He keskustelvat aiheista yleisellä tasolla. Chat-palvelun piiriin hakeutuvilla on moninaisia kysymyksiä, jotka kumpuavat

heidän elämäntilanteistaan. Hyvin yleinen kysymys onkin: miten tästä eteenpäin. (Chat-hoitaja 2014.)

Chat-neuvonta perustuu asiakkaan antamiin tietoihin sairaudesta tai huolenaiheestaan. Keskusteleminen kirjoittamalla aiheuttaa omat haasteensa neuvontahoitajalle. Tekstin tulee olla selkeää, ytimekästä sekä sisältää oleellinen tieto. Keskustelun tulisi edetä johdonmukaisesti ja pyrkiä pysymään aiheessa. Neuvontahoitaja voi linkittää keskustelun edetessä luotettavaa tietoa asiakkaalle. Chat-keskustelu on vastavuoroista. Valitettavaa on varattujen aikojen unohtaminen ajoittain. Chat-neuvontaa on tarjolla arkipäivinä ja tämän vuoksi se tavoittaa huonosti työssä käyvät ihmiset. (Chat-hoitaja 2014.)

Chatin kautta tapahtuva ohjaus ja potilasneuvonta tulee lisääntymään verkkopalveluiden yleistyessä yhteiskunnassa. Jo nyt uusi sukupolvi etsii tietoa itsenäisesti. Internet tarjoaa mahdollisuuden ottaa osaa omaan hoitoonsa esimerkiksi Syöpäjärjestöjen neuvontahoitajan chatissa tarjoaman lisäinformaation avulla.

Syöpäpotilaan internet-pohjainen ohjaus ja neuvonta tunnetaan laajalti myös kansainvälisellä tasolla. Internetin välityksellä annetaan niin tietoa ja ohjausta kuin tukeakin. Maksutomia verkkopalveluita tarjotaan syöpäpotilaille jo useassa maassa, ja suurimmat järjestöt ovat laajentaneet toimintaansa mm. sosiaaliseen mediaan.

Apua ja tukea syövästä selviämiseen on tarjolla niin itse syöpäpotilaille kuin heidän läheisilleenkin. Kuten Suomessakin, maailmalla syöpäpotilaiden ja heidän läheistensä ohjaukseen verkossa kuuluu mm. sähköiset potilasohjeet ja verkkoneuvonta, palveluohjaus, potilasjärjestöjen ja yhdistysten ylläpitämiä verkkopalveluita sekä erilaisia vertaistukiryhmiä. Lisäksi useassa maassa, joissa maksupolitiikka ja kustannukset poikkeavat Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä, on tarjolla myös useita neuvonta- ja tukipalveluita liittyen sairauden mukanaan tuomiin taloudellisiin muutoksiin.

Tiedon tarve on syöpädiagnoosin saannin jälkeen usein valtava. Apua ja tukea tarvitaan niin sairauden tuomaan fyysiseen kuin henkiseenkin taakkaan. Kokonaisuudessaan verkossa on tarjolla lukemattomia ohjaus- ja tukipalveluita syöpäpotilaille ja heidän läheisilleen. Oikeanlaisen tiedon löytäminen vaatii kuitenkin tarkkuutta ja sinnikkyyttä, mutta verkosta saatava ohjaus yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön antaman potilasohjauksen kanssa on voimavara ja oiva työkalu syövästä selviämiseen. ■

## Lähteet

Chat-hoitaja. 2014. Syöpäjärjestöjen valtakunnallinen neuvontapalvelu. Haastattelu 10.10. 2014.

Heikkinen, K. 2011. *Cognitively Empowering Internet-Based Patient Education for Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients*. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4680-8>

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Porvoo: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Oulu: Oulun yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Markus Berghäll

## 7.4 SYÖPÄPOTILAAN HAASTATTELU – TUKEA JA KESKUSTELUAPUA TARVITAAN

**H**aastattelin syöpäpotilas Paula Lummea selvittääkseni, minkälaisia mahdollisuuksia syöpään sairastuneilla on saada tukea keskustelun muodossa sairautensa aikana. Lumme koki, ettei hänelle tarjottu keskusteluapua syöpädiagnoosin saatuaan. Lisäksi hän koki, että itse on apua haettava, jos sitä kokee tarvitsevansa.

Syöpään sairastuminen koskettaa koko perhettä. Alkuvaiheessa tuen tarve on suurin, koska tämä on Lummen mukaan pahin vaihe. Lumme totesi, että sairaana olleessaan ja sairastumisen hetkellä ihminen on myös herkimmillään. Tällöin Lummen mielestä korostuu myös keskustelun merkitys. Sairastunut saattaa miettiä, mitä sanojen takana on. Lumme kuvasi asettelmaa ”mielensäpahoittaja”-termillä.

Syöpään sairastumisessa joutuvat koetukselle omat henkiset voimavarat. Lummen mukaan olisi hyvä, jos apua tarjottaisiin alkuvaiheessa. Lumme pitää hoitajaa parempana tarjoamaan tukea ja antamaan keskusteluapua, koska lääkäri koetaan liian etäiseksi. Lumme kuvasi hoitajan tarjoamaa keskustelua siten, että ”olisi samalla viivalla” hoitavan henkilön kanssa. Keskustelimme myös sairaalan tai terveyskeskuksen tarjoamista puitteista keskusteluavulle ja olimme yhtä mieltä siitä, että potilashuone ei ole oikea paikka yksityisasiosta keskusteluun. Lummen mielestä mahdollisimman neutraali paikka olisi paras, ei välttämättä hoitajan vastaanottohuone.

Keskustelimme myös hoitajan ammattinimikkeestä. Lumme totesi, että psykiatrisen sairaanhoitajan nimikkeen sijaan olisi hyvä käyttää esimerkiksi joko kriisihoitaja tai

psykososiaalinen hoitaja -nimikettä. Moni voi kokea leimautumista mielenterveysasiakkaaksi, jos hoitajana on psykiatrisen sairaanhoitaja. Lumme toi esiin, että matala kynnyksen helpottaisi keskustelua.

Lumme korosti vertaistuen merkitystä. Lumme kertoi myös rintasyöpäpotilaiden Toivo-projektista, jossa vertaistukea tarjotaan sairaalassa ja Olka-projektista, jossa vertaistukea on tarjolla Syöpäklinikan aulassa. Lumme painotti, että kaikille tukimuodoille on kysyntää. Osa syöpäpotilaista tarvitsee ammattiapua, mutta suurelle osalle riittää vertaistuki. Lumme koki kuitenkin tärkeäksi myös vertaistukiryhmät. Keskustelussa kävi ilmi, että vertaistuki- ja tapaamisryhmät tulisi tuoda esille heti potilaan kanssa keskusteltaessa syöpädiagnoosin jälkeen. Lumme totesi, että vertaistukiryhmissä parantumattoman diagnoosin saaneet ihmiset keskustelevat myös paljon kuolemasta. Ajatus omaisten osallistumisesta viritti keskustelua.

Keskustelimme myös syöpätautiin sairastumisesta ja siitä, miten monasti syöpä alidiagnosoidaan. Lummen mielestä ”aina kannattaa tutkia”. Samassa yhteydessä tulisi huomioida myös omaiset ja perheet. Varsinaisen diagnoosin yhteydessä tulisi Lummen mielestä huomioida omaiset erityisesti. Syöpäyhdistyksellä on tarjottavana erityinen kuntoutusohjaaja, joka tarjoaa keskusteluapua sairastuneille ja läheisille.

Lumme totesi, että Lohjan Seudun Syöpäpotilailta on tarjottavanaan vertaistukea. Jos henkilö tarvitsee enemmän tukea, niin he auttavat eteenpäin. Lumme kertoi, että



vertaistukiryhmistä saa paljon, ja että ryhmissä näkee myös selviytymistä. Saman kielen puhuminen helpottaa keskustelua. Useat potilaat kaipaavat kuitenkin sekä ammattiapua että vertaistukea. Lumme näkee kotikäynnit joidenkin potilaiden kohdalla sopivana vaihtoehtona tulevaisuudessa.

Keskustelussa tuli ilmi, että moniin ryhmiin, mm. syöpäyhdistyksen tarjoamiin puhelinaikoihin on rajalliset soittajat, joiden toivottaisiin olevan 24/7.

Keskustelimme vertaistuen mahdollisuuksista. Lumme totesi, että netissä olevat vertaistukiryhmät ovat hyviä, mutta toisaalta nettiryhmissä muiden syöpäpotilaiden kokemukset voivat olla raskaita. Varsinkin silloin, jos ryhmän

jäsenten paranemisennuste poikkeaa omasta ennusteesta. Tällöin nettivertaistukiryhmä ei ole toivotunlainen.

Lumme kuvasi, että miesten on vaikeampi puhua sairaudestaan, jolloin varsinkin hoitajan lähestymistavan tulisi olla vapaampi ja luonteeltaan epävirallinen. Keskusteltiin myös muiden ammattiauttajien roolista. Kirkon rooli tuli puheeksi mm. diakonin tarjoaman keskusteluavun muodossa. Lumme koki, että sairaalapapin rooli tulisi olla epämuodollinen eikä papin roolia tulisi korostaa, ellei potilas niin toivo.

Kiteytettynä Lumme totesi, että ammattiauttajien työssä ihminen tulisi ottaa kokonaisuutena. Sairaus on kriisi, jolloin sairastunut kaipaa erityisesti tukea ja rinnalla kulkemista, mutta erityisesti kuuntelijaa. ■

## Lähteet

Lumme, P. Syöpäpotilas. Haastattelu 29.9.2014.

Piia Tuominen & Jenny Östermark

## 7.5 VERTAISTUKI JA TUKIHENKILÖTOIMINTA

**V**ertaistukea, tukihenkilötoimintaa ja asiantuntijuutta hyödynnetään mm. mielenterveyskuntoutumisessa, päihdekuntoutumisessa sekä useissa muissa elämän ongelmissa ja haasteissa. Vertaistuki perustuu siihen, että tukihenkilöllä on kokemus samasta sairaudesta tai tilanteesta omassa elämässään, mutta on siitä parantunut tai selviytynyt. Tätä kautta tukihenkilöllä ja tuettavalla on yhteinen kokemus, joka mahdollistaa kokemusmaailman jakamisen keskenään. Tukihenkilö on suuri voimavara tuettavalle, sillä hänen kautta tuettava näkee, että kokemusten ja tunteiden kanssa voi elää ja niistä selviää (Syöpäjärjestöjen tukihenkilötoiminta 2010). Tukihenkilö tukee, kuuntelee, jakaa kokemuksia ja auttaa vastasairastunutta henkilöä. Syöpäjärjestössä tukihenkilöllä on ollut sama sairaus kuin tuettavalla henkilöllä. Tukihenkilöt koulutetaan, ja he osallistuvat säännöllisesti työnhajukseen sekä jatkokoulutukseen. Tukihenkilö on syöpäyhdistyksen tai potilasjärjestön jäsen. Yhdistys, jossa tukihenkilö toimii, valvoo myös tukihenkilön toimintaa. Tukihenkilön saa syöpäyhdistyksen tai potilasjärjestön kautta. Osa järjestöistä tarjoaa tukihenkilöitä myös omaisille. Niissä sairastuneen omainen toimii tukihenkilönä (Tukihenkilöt 2014).

Tukihenkilö toimii tukihenkilötoiminnan periaatteiden mukaisesti. Tukihenkilötoiminta perustuu vapaaehtoisuuteen, ja siitä ei makseta palkkaa. Tukihenkilö ei ole terveydenhuollon ammattilainen, mutta häntä koskee vaito-olovelvollisuus, joka koskee niin ammattihenkilöitä kuin omaisiakin. Käydyt keskustelut jäävät siis tukihenkilön ja tuettavan välille. Tukihenkilö ei myöskään saa ottaa kantaa sairauden hoitoon tai lääketieteellisiin kysymyksiin.

Tukihenkilötoiminta tapahtuu aina tuettavan ehdoilla ja lähtee tuettavan tarpeista. Tukihenkilön tulee kunnioittaa tuettavan arvoja ja vakaumuksia (Syöpäjärjestöjen tukihenkilötoiminta 2010).

Haastattelimme kahta vertaistukihenkilöä Lohjalla; Paula Lummetta ja Aila Murtovuorta. Lummella todettiin keuhkisyöpä vuonna 2009 ja Murtovuorella rintasyöpä vuonna 2007, molemmat elävät omien sanojensa mukaan jatkoajalla. He ovat käyneet läpi rankkoja, vuosia kestäneitä hoitoja. Heidän sairastuessaan kummallekaan ei tarjottu vertaistukea. He kuitenkin kokevat, että vertaistuesta olisi voinut olla apua ja he olisivat sitä kaivanneet. Murtovuorella oli työkaveri, jonka kanssa pystyi jakamaan ajatuksiaan sairastumisesta ja peloista. Lumme taasen haki apua omatoimisesti ammattilaisilta kuten diakonissalta, psykiatriselta sairaanhoitajalta, psykologilta sekä psykiatrilta. Molempien puheesta ilmenee vertaistuen arvo ja tärkeys. Sana syöpä aiheuttaa jo itsessään paljon pelkoa ja ahdistusta. Syöpään liittyy usein ajatus kuolemasta. Kun ihminen saa syöpädiagnoosin, se aiheuttaa paljon pelkoa ja kysymyksiä. Lumme ja Murtovuori kertoivatkin diagnoosin saamisen olleen raskain hetki, ja siihen hetkeen vertaistuki olisi tarpeellista. Vertainen, joka on kokenut samat tunteet, pelot ja hoidot, on paras tukija siinä tilanteessa. Hoidot läpi käynyt vertainen osaa vastata kysymyksiin omakohtaisten kokemustensa perusteella. Lumme ja Murtovuori kehuivat sairaanhoitajien ammattitaitoa Kirurgisessa sairaalassa ja Syöpätautien klinikalla, mutta sairaanhoitaja ei voi tietää, miltä sairastuminen ja hoitojen läpikäyminen tuntuu. Sen voi tietää vain

sellainen ihminen, joka on kokenut saman omakohtaisesti. Tässä korostuu varhaisen vertaistuen tärkeys ja arvokkuus.

Keskustelua herätti myös tukihenkilöiden vähäisyys; uusiin tukihenkilöihin Lumme ja Murtovuori eivät ole ainakaan itse törmänneet kovinkaan usein viime vuosina. He pohtivat, johtuuko tämä siitä, ettei tukihenkilöitä ole koulutettu taloudellisista syistä, vaiko ihmisten haluttomuudesta toimia tukihenkilönä ja vertaisena. Haastateltavien mielestä vertaistuen pitäisi olla siellä missä sairastuneet ovat: sairaaloissa ja poliklinikoilla. Tähän on jo saatu muutosta parempaan suuntaan. Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen sekä muiden toimijoiden yhteistyönä on meneillään kolme hanketta: neuvontapalvelu, OLKA- ja TOIVO-projektit. Hankkeiden tavoite on viedä vertaistukea ja tietoa sinne, missä sairastuneet ovat. Syöpätautien klinikalle on avattu neuvontapalvelu, jossa työskentelee syöpään erikoistunut sairaanhoitaja. Neuvontapalvelusta saa tukea, neuvontaa ja tietoa. Sieltä saa myös vertaistuen yhteystiedot. Meilahden tornisairaalsassa on aloitettu potilastukipiste OLKA. Potilastukipisteessä työskentelee terveydenhuollon ammattilainen, vapaaehtoisia sekä potilasyhdistysten edustajia. Piste tarjoaa tietoa vertaistuesta, sen saamisesta, potilasyhdistysten toiminnasta sekä tiedon hankinnasta. TOIVO-hanke on niin ikään Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen sekä muiden toimijoiden yhteistyöhanke, joka on kohdennettu rintasyöpäpotilaille. TOIVO-hanke vie vertaistukea Kirurgiseen sairaalaan; sinne

missä potilaat ovat. Murtovuori toimii vapaaehtoisena vertaistukihenkilönä TOIVO-projektissa.

Lumme on hyvin aktiivinen keuhkosyöpään sairastuneiden vertaistukihenkilönä. Vertaistukihenkilötoiminta tapahtuu lähinnä puhelimitse; sairastunut soittaa vertaistukihenkilölle. Joskus vertaistukihenkilö voi tavata tuettavia tarpeen ja vertaistukihenkilön oman elämäntilanteen mukaan. Ensimmäisessä tuettavan kotiin ei kuitenkaan mennä. Vertaistukihenkilö voi mennä tuettavan mukaan hoitoihin, kahville tai tapaamaan tuettavaa sairaalaan. Murtovuori ja Lumme ovat kokeneet vertaistukihenkilönä toimimisen voimavarana ja kaksisuuntaisena vuorovaikutussuhteena. Vertaistukihenkilönä toimivan tulee olla suhteellisen sinut oman sairautensa sekä kuolevaisuutensa kanssa. Kuoleman pelko on suuri syöpään sairastuneilla. Lummen ja Murtovuoren kokemusten mukaan kuolema on hankala aihe käsitellä tuettavien kanssa. Lopulta kuitenkin vertaistuen tarve ja sen laatu lähtee tuettavasta ja hänen tarpeistaan. Vertaistukihenkilön tulee kunnioittaa tuettavan halua tai haluttomuutta keskustella asioista. Vertaistukihenkilönä toimiminen antaa paljon tuettavalle, mutta myös vertaistukihenkilölle. Murtovuori ja Lumme korostavat kuuntelemisen taitoa ja inhimillisyyttä. Vertaistukihenkilönä toimivan on huolehdittava myös omasta jaksamisestaan mm. työnohjauksen avulla sekä jakamalla kokemuksiaan muiden tukihenkilöiden kanssa. Jokainen tukihenkilö toimii kuitenkin omalla ajallaan ja omien voimavarojensa mukaisesti. ■

## Lähteet

Lumme, P. ja Murtovuori, A. Vertaistukihenkilöiden haastattelu 09.10.2014.

Neuvontapalvelu syöpätautienklinikalla. 2014. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys. Viitattu 1.10.2014.  
<http://www.etela-suomensyopayhdistys.fi/?x103997=461803>

Olka potilastukipiste. 2014. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys. Viitattu 10.10.2014.  
<http://www.etela-suomensyopayhdistys.fi/?x103997=476839>  
Potilastukipiste Olka. 2014. HUS. Viitattu 10.10.2014.  
<http://www.hus.fi/potilaille/potilastukipiste-olka/Sivut/default.aspx>

Syöpäjärjestöjen tukihenkilötoiminta. 2010. Suomen syöpäpotilaat. Viitattu 25.9.2014.  
[http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/50623b79e4bdfa334daf42f81f669d3a/1410963891/application/pdf/54904644/Tukihlo\\_opas2010.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/50623b79e4bdfa334daf42f81f669d3a/1410963891/application/pdf/54904644/Tukihlo_opas2010.pdf)

Tukihenkilöt. 2014. Syöpäjärjestöt. Viitattu 25.9.2014.  
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/neuvontakuntoutus/tukihenkilot/>

8.

*SAATTOHOITOVAIHEESSA  
OLEVAN POTILAAN HOIDON  
KEHITTÄMINEN*

Tuula Salminen & Jaana Sohlman

## 8.1 PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOITOPOTILAAN HOIDON KEHITTÄMINEN KARKKILAN VUODEOSASTOLLA

**M**aailman terveysjärjestö WHO määrittelee palliatiivisen hoidon parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden kokonaisvaltaiseksi, aktiiviseksi hoidoksi. Keskeistä hoidossa on kivun ja muiden oireiden lievittäminen sekä psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten ongelmien käsittely sekä kokonaisvaltainen hoito. Kuolema nähdään elämään kuuluvana normaalina tapahtumaketjuna. (ETENE 2003.)

Hyvä saattohoito kuuluu jokaisen kuolevan ihmisen perusoikeuksiin, ja tavoitteena on turvata rauhallinen kuolema. Valtakunnallisten saattohoitosuosituksen tavoitteena on kehittää ja edistää laadukasta ja yhdenvertaista saattohoitoa. Kuolevan potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus sekä oireiden että kärsimyksen lievittäminen ovat hyvän saattohoidon perustana. Saattohoitopotilaan tulee saada elää saattovaiheensa haluamassaan ympäristössä omaisten ja läheistensä seurassa. (STM 2010.)

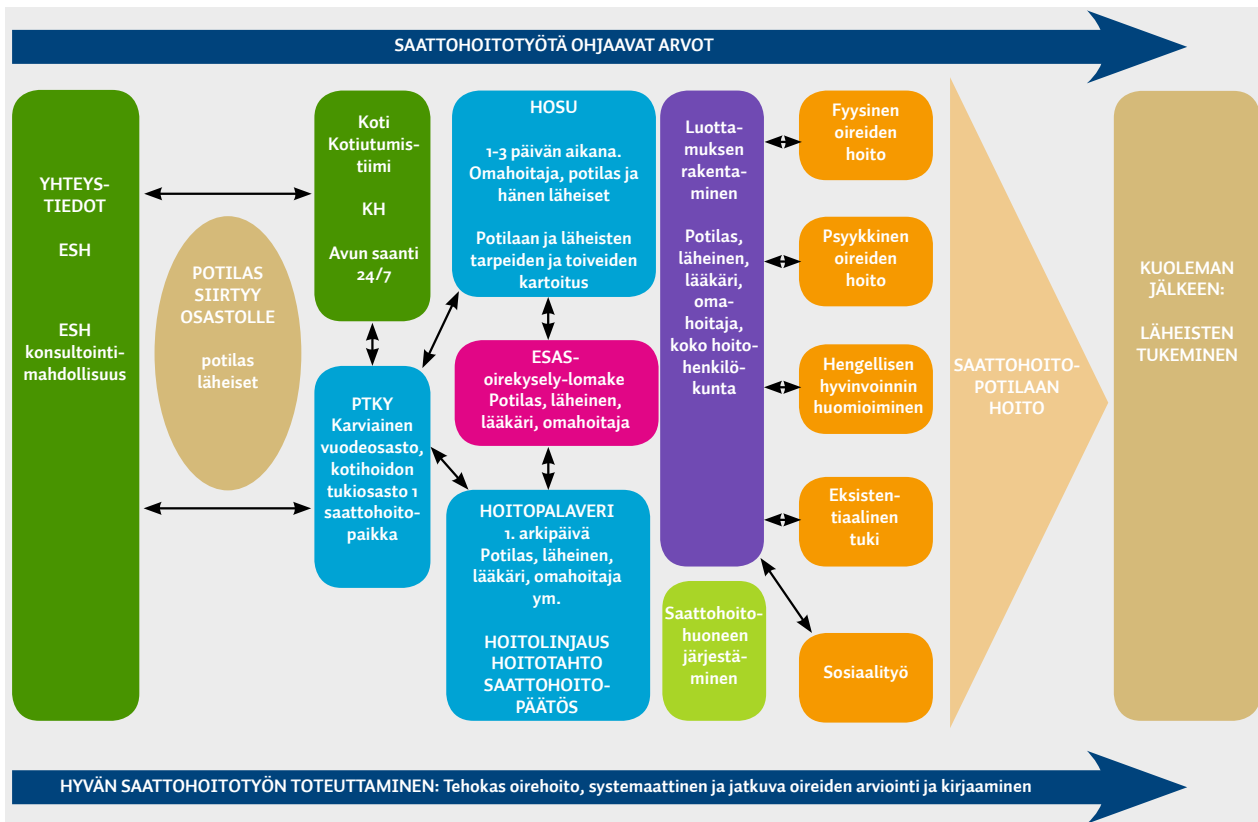
Kehittämistehtävän tavoitteena oli selkeyttää palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitoprosessin kulkua perusterveydenhuollossa, yhtenäistää saattohoidon hyviä hoitokäytäntöjä, tukea työntekijöitä päätöksenteossa sekä motivoida henkilökuntaa ESAS-oirekyselylomakkeen (Edmonton Symptom Assesment Scale) käyttöönnotossa.

Tämä kehittämistyö lähti PTKY (perusturvakuntayhtymä) Karviaisen Karkkilan terveyskeskuksen vuodeosaston

tarpeista. Kehittämiskohteeksi tarkentui useiden ja yhteisten työyhteisössä tapahtuneiden keskusteluiden pohjalta palliatiivisen syöpää sairastavan potilaan siirtyminen erikoissairaanhoidosta vuodeosastolle. Saattohoidossa tärkeää on katkeamaton hoitoprosessi. Hoitopalaverien pitämiseen, hoitolinjauksien ja saattohoitopäätöksien tekemiseen haluttiin myös selkeitä ohjeistuksia.

Työn tarkoituksena oli tehdä selkeä toimintamalli tilanteeseen, jossa palliatiivinen saattohoitopotilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon vuodeosastolle. Tavoitteena oli selkiyttää saattohoidon käsitteitä, potilaan hoitoprosessia ja lisätä työyhteisön tietoa hoitoprosessin eri vaiheista sekä kehittää potilaan systemaattista ja tehokasta oireiden arviointia ja kirjaamista ESAS-oirekyselylomakkeen avulla ja juurruttaa sitä käytännön työhön.

Toimintamalli (kuva 7) suunniteltiin useita teorialähteitä hyväksi käyttäen. Mallissa kuvataan potilaan hyvää kokonaisvaltaista saattohoitoa ja eri toimijoiden yhteistyötä potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Käypä hoito -suositusta (2008) kuolevan potilaan oireiden hoidosta sovelletaan mallin avulla käytäntöön. Toimintamalli esiteltiin osaston palaverissa, jossa se koettiin hyväksi ja saattohoitovaiheessa olevan potilaan hoitoa kehittäväksi.



Kuva 7. Saattohoitopotilaan yhteistyö ja hoitoprosessi

Kun potilas siirtyy osastolle, järjestetään hoitopalaveri, jossa on mukana potilas, läheinen, omahoitaja sekä lääkäri. Potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaan tehdään hoitolinjaus. Tällöin sovitaan hoitolinjauksesta, jossa hoitotahto otetaan huomioon sekä tehdään mahdollinen saattohoitopäätös yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitoa seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Potilaalla tulee olla mahdollisuus itse valita kotihoidon ja laitoshoidon välillä. Potilaan valitessa kotihoidon hänelle ja hänen läheisille järjestetään tarvittaessa apua, yhteys hoitaviin henkilöihin ja mahdollisuus siirtyä tukiosastolle ympäri vuorokauden. Suunnitelmassa vastataan potilaan ja läheisten erilaisiin tarpeisiin, tuetaan psyykkisesti ja henkisesti kuolevia potilaita ja heidän läheisiään, tuetaan läheisiä heidän surussaan sekä järjestetään mahdollisuus osallistua sururyhmään.

Kehittämistyössä keskeisessä osassa olivat sekä valtakunnalliset saattohoitosuosittukset että käypä hoito-suosituksesta kuolevan potilaan oireiden hoito ja niiden käytäntöön saattaminen. Saattohoidon voidaan todeta olevan laadukasta, kun saattohoitosuosittukset toteutuvat. Potilaan selkeä hoitoketju, sovitut konsultaatiokäytännöt, hyvä tiedonkulku ja yhteistyö eri toimijoiden välillä ovat hyvän saattohoidon toteutumisen edellytyksiä. (STM 2010.)

Kehittämishankkeet tuottavat uutta tietoa, osaamista ja toimintamalleja sekä kehittävät työkalutuuja (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012,16). Juurruttamisen avulla terveyskeskuksen vuodeosastolla pyritään saamaan uusi toimintamalli käyttöön palliatiivisen potilaan siirtyessä osastolle jatkohoitoon. Uudessa toimintamallissa selkiytetään vastuuja, yhteistyötä ja saattohoitopotilaan turvallista hoitoprosessia. Tavoite on, että kehitettyjen uusien toimintatapojen ja -mallien käyttö laajenee toisiin työyksiköihin PTKY Karviaisen alueella.

Kehittämistyön tekeminen on ollut erittäin haastava ja opettava työprosessi. Aiheeseen on jouduttu perehtymään monesta eri näkökulmasta ja varsinkin tiedon hakeminen on kehittynyt monipuoliseksi. Kehitystä on tapahtunut ammatillisesti; rohkeus kohdata, keskustella ja tukea saattohoitopotilasta läheisineen on lisääntynyt. Kehittämistehtävän tekemisen aikana työyhteisössä on keskusteltu yhä enemmän saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja hoitajat ovat saaneet lisää valmiuksia sekä potilaiden että heidän läheisten kohtaamisessa, henkisessä tukemisessa ja kuolevan potilaan oireiden hoidossa. Kehittämistyö tulee jatkumaan ja vasta toimintamallin käyttöön ottamisen jälkeen pystytään arvioimaan sen vaikuttavuutta saattohoitopotilaan hoidossa ja hoitoprosessin sujuvuudessa. ■

## Lähteet

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. *Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla*. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

STM 2010. *Hyvä saattohoito Suomessa*.

*Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituks*.

Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisu. Helsinki:

Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.1.2015.

[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)

Käypä hoito -suositus 2008. *Kuolevan potilaan oireiden hoito*. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 15.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=D37F84D5B4FA88076>

ETENE 2003. Valtakunnallinen terveydenhuollon

eettinen neuvottelukunta. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio.

ETENE julkaisu 8. Viitattu 1.9.2014. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf)

Ani-Maria Lesonen

## 8.2 SAATTOHOIDOSSA OLEVAN SYÖPÖPOTILAAN KIVUNHOIDON KEHITTÄMINEN NUMMELAN VUODEOSASTOLLA

**S**yöpäsairauksissa kipu on yleinen ja pelätty oire (Hamunen, Heiskanen & Idman 2009, 3413–3421). Kivunhoidon perusedellytys on kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen. Kun potilasta ja hänen kiputilaansa arvioidaan kokonaisvaltaisesti, luo se perustan hyvälle lääkehoidolle ja luottamukselliselle hoitosuhteelle. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385–392.)

Nummelan vuodeosastolla kehittämistyön aiheeksi päätettiin saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoidon kehittäminen. Kehittämistyön tarkoituksena on ollut ottaa käyttöön vuodeosastolle VAS/NRS-kipumittarit, PAINAD-mittarit, ESAS-kysely sekä kivunhoidon tarkistuslista. Näiden välineiden ja henkilökunnan osaamisen vahvistamisen avulla saavutetaan yhtenevät ja toimivat käytänteet saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoidossa.

Nummelan vuodeosastolla on usein syöpäpotilaita saattohoidossa. Heidän mahdollisimman kivuttoman ja hyvän loppuvaiheen elämän kannalta koettiin tärkeäksi kehittää ja uudistaa tämän potilasryhmän kivunhoitoa. Vuodeosastolla on 39 potilaspaiikkaa, ja osasto kuuluu Nummelan terveysasemaan, joka on osa Perusturvakuntayhtymä Karviaista.

Osaston kehittämistyö aloitettiin kartoittamalla tilanne kyselyllä, joka osoitettiin sairaanhoitajille, koska he toteuttavat lääkehoitoa. Kyselyssä esitettiin seuraavat kysymykset: Mikä kivunhoidossa tämän potilasryhmän kohdalla on osastolla hyvin? Mitä ongelmia koetaan saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoidossa? Mitä asian suhteen toivotaan? Kyselyyn vastasi yhdeksän sairaanhoitajaa.

Kehittämistyön ja kyselyjen perusteella pidettiin osastotunti, johon osallistui sairaanhoitajia, lähihoitajia, osastonhoitaja ja lääkäri. Tällöin päätettiin, että osastolla otetaan käyttöön kipumittarit. VAS/NRS-mittarit niiden potilaiden kohdalla, jotka pystyvät kommunikoimaan ja arvioimaan omaa kipua. VAS-mittari on 10 senttimetrin jana, jossa merkitään viivalle kivun voimakkuus välillä ei kipua ja pahin mahdollinen kipu. NRS-mittarilla kipu arvioidaan numeerisella asteikolla 0–10. Tässä nolla tarkoittaa ei kipua ja 10 sietämätöntä kipua. (Joensuu, Roberts, Kellokumpu-Lehtinen, Jyrkkiö, Kouri & Lyly 2013, 882–883.)

Niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty arvioimaan omaa kipua esimerkiksi dementian tai tajuttomuuden vuoksi, otetaan käyttöön PAINAD-mittarit. Tämä mittari koostuu viidestä luokasta: kasvojen ilmeet, hengitys, ääntely, kehon kieli ja lohdotuksen tarve. Kivun arviointi tehdään näiden luokkien perusteella. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 19.)

Jatkossa annetaan hyvissä ajoin ennen lääkärintarkoitusta ESAS-kysely niille potilaille, jotka pystyvät arvioimaan omaa tilaansa. Näiden avulla he pystyvät kertomaan vointinsa mahdollisimman laajasti. ESAS-kysely sisältää asteikolla 0–10 potilaan oman arvion kiputilanteesta, väsymyksestä, pahoinvoinnista, masennuksesta, ahdistuneisuudesta, uneliaisuudesta, ruokahaluttomuudesta, hengenahdistuksesta sekä ummetuksesta. (Salminen & Salmenoja 2007, 129.)

Osastotunnilla päätettiin myös, että syöpäpotilaan kohdalla tulee olla ajantasaiset määräykset; säännöllinen kipulääkitys



ja tarvittaessa käytettävä kipulääkitys. Lisäksi keskustelun perusteella päädyttiin hankkimaan osastolle toinen kipupumppu ja uusi infuusiolaite. Näiden etuina on tasainen kipulääkitys ja tarvittaessa annettavat kerta-annokset.

Kivunhoidon hyvän laadun varmistamiseksi kehitettiin kivunhoidon tarkistuslista. Osastolla mietittiin, millä keinoin syöpäpotilaan kivunhoito tulisi huomioitua koko potilaan hoitajakson ajan tarvelähtöisesti. Työ on kolmi-vuorotyötä ja hoitajilla sekä sairaanhoitajilla on erilaiset kokemustaustat. Tämän vuoksi tehtiin kivunhoidon tarkistuslista. Lista tehtiin kaaviomuotoon ja sen on tarkoitus toimia muistin tukena potilaan ajantasaisessa kivunhoidossa sekä kirjaamisessa. Tarkistuslista on esillä kansliassa ja lääkehuoneessa.

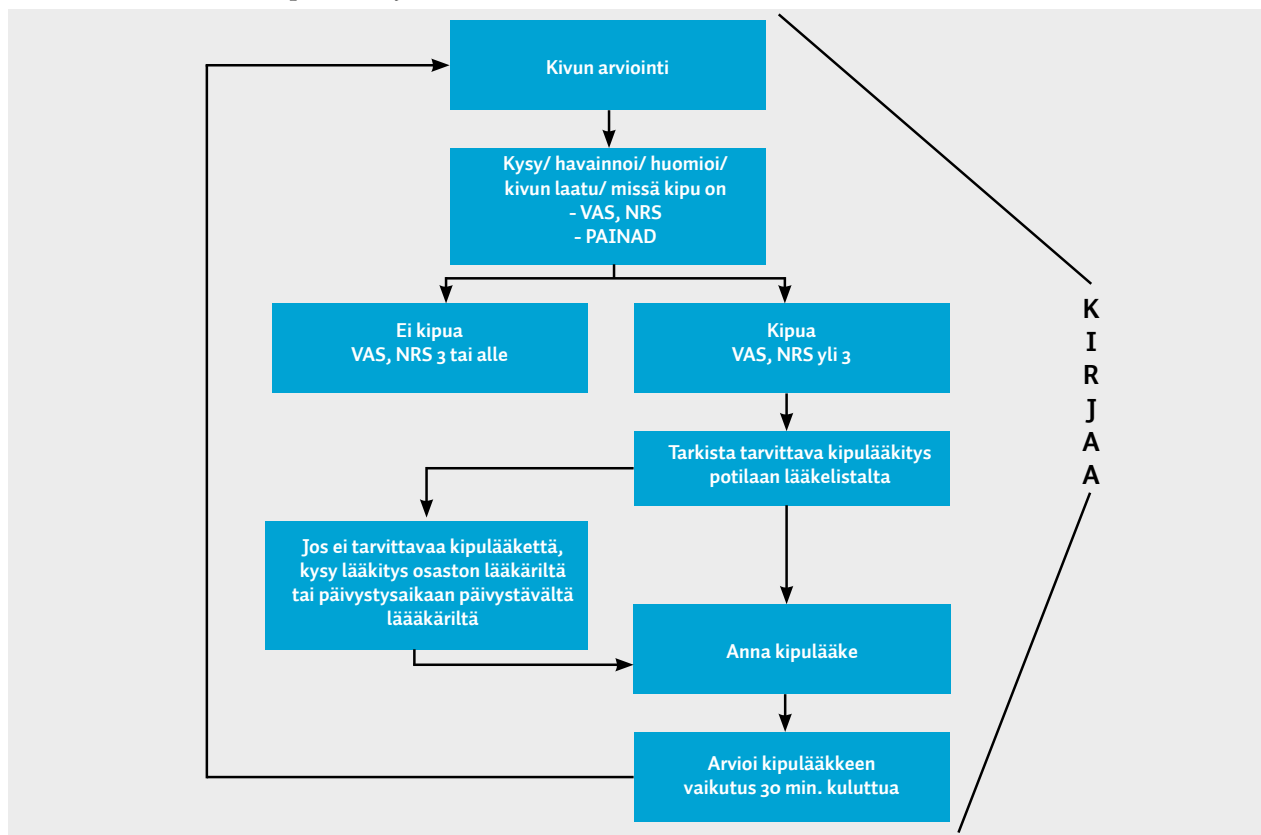
Kehittämistyön myötä on nyt osastolla jokaisella hoitajalla kipumittari. PAINAD-mittareita ja ESAS-kyselyä on lami-noitu, jotta niitä voidaan desinfioida ja käyttää uudelleen potilaan itsearvioinnissa. Kipupumppuja on osastolla kaksi, ja uusi infuusiolaite on myös hankittu. Kehittämistyön aikana on tapahtunut paljon ja on tärkeää, että kehittämistyö jatkuu. Kipupumput ovat kasettipumppuja, ja ne ovat jo osastolla käytössä. Uusien laitteiden myötä henkilökunnan koulutus on tärkeää.

Kipulääkityksen tarkistuslista otetaan käyttöön osastolla. Säännöllistä osastotuntien pitämistä jatketaan. Aihealueet

muodostuvat yhdessä päätetyistä aiheista, esimerkiksi kipulääkkeistä, joita käytetään syöpäpotilaiden hoidossa. Aikaisemmalla osastotunnilla korostettiin sitä, että potilaan kipulääkkeen antamista ei tule pelätä ja että ennakkoiva kipulääkitys on tärkeää. Lääkkeen antamisessa noudatetaan lääkärin määräyksiä, ja myös osaston lääkäri rohkaisee sairaanhoitajia riittävään lääkkeen antoon.

Hoitajien työhön liittyy toistuvasti paljon muutoksia. Monen sairauden hoidossa tulee uudistuvia ohjeistuksia, potilastietojärjestelmät muuttuvat, taloudellinen tilanne on tiukka, mikä näkyy esimerkiksi henkilökunnan määräs-sä. Hoitajilla tulee olla vahva ammatillinen osaaminen, jotta kehittämistyö tuottaa tulosta. Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoito on merkittävää, koska jokaisella syöpä-sairaalla tulee olla mahdollisimman hyvä loppuvaiheen elämä. Jos hoitaja pystyy tekemään potilaan olotilan niin kivuttomaksi kuin mahdollista, se on potilaan tilan kannalta hyvin merkityksellistä, koska silloin kipu ei vie potilaan voimia.

Koulutuksessa on ollut Karviaisen alueelta mukana useita työyhteisöjä. Karviaisen perusturvakuntayhtymässä on tavoitteena levittää koko kuntayhtymän alueelle kehittämis-toissa tuotettuja uusia toimintatapoja. Kivunhoidon tarkis-tuslista pilotoidaan Nummelan vuodeosastolla ja otetaan sen jälkeen käyttöön Karviaisen alueella. ■



Kuva 8. Kipulääkityksen tarkistuslista (Ani-Maria Lesonen)

## Lähteet

Hamunen, K., Heiskanen, T. & Idman, I. 2009. Syöpäkivun hoidon kolme tasoa. *Lääkärilehti* 41/2009, 3413–3421.

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 4/2013, 129.

Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P., Jyrkkö, S., Kouri, M. & Lyly T. 2013. *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L. & Siltanen, H. 2013. *Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö*. Hotus. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 4/2013, 129.

Tiina Laitinen & Anne Rautiainen

## 8.3 HYVÄ SAATTOHOITO-OHJEISTUS MAHDOLLISTAA TOIVEEN KUOLLA KOTONA

**S**aattohoito on oireiden hoitamista, tukemista, turvallisuuden tuomista ja lähestyvän kuoleman helpottamista. Saattohoidossa huomioidaan potilaan yksilöllisyys ja annetaan hänelle kokonaisvaltaista hoitoa; hoitoa, joka huomioi myös potilaan läheiset ihmiset. Potilaalle pyritään takaamaan mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. Hoidon tavoitteena ei ole kuolema, vaan mahdollisimman hyvä elämä loppuun saakka. (Pajunen 2013, 11–12; Hänninen 2013, 24.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2010–2020) mukaan hoito tulisi järjestää siten, että hoito- tai asuinpaikastaan riippumatta jokainen syöpäpotilas saisi tarpeidensa mukaista oireiden hoitoa ja saattohoitoa. Myös muissa diagnoosiryhmissä hoidon tulisi olla saatavilla vastaavalla tavalla järjestettynä. Fyysisten ja psyykkisten oireiden heikko tuntemus saattaa johtaa potilaan vaivojen alihoitoon tai liian voimakkaiden ja väärin ajoitettujen hoitojen käyttöön. Liian myöhään aloitettu oirehoito saattaa lisätä potilaan kärsimyksiä ja johtaa jopa ennen aikaiseen kuolemaan. (Käypä hoito 2012.)

Perusturvakuntayhtymä (PTKY) Karviaisen (Karkkila ja Vihti) kotihoidon henkilökunnan toiveena oli saada lisää tietoa ja tukea saattohoitoasiakkaiden kivunhoidon toteuttamiseen. Karviaisen kotihoitoon luotiin vuosina 2011–2012 saattohoito-ohjeistus, jonka oli tarkoitus yhtenäistää Karviaisen alueen saattohoitokäytäntöjä ja olla henkilökunnalle apuna kotisaattohoitoa toteutettaessa. Kotihoidon henkilökuntaa haastatteleamalla selvisi, ettei

olemassa oleva saattohoito-ohjeistus ole riittävä työväline ja siksi kehittämistyön aiheeksi valikoitui kyseisen ohjeistuksen päivittäminen.

Kehittämistyön tarkoituksena oli lisätä työyhteisön tietoa saattohoidosta ja samalla rohkaista hoitajia kohtamaan kuoleva asiakas. Asianmukaisen tiedon saaminen käytännönläheiseksi ohjeistukseksi antaa hoitajille rohkeutta toimia kuolevan kanssa ja uskoa omiin kykyihin. Lisäämällä henkilökunnan osaamista annetaan Karviaisen alueen asukkaille mahdollisuus asianmukaiseen ja osaavaan kotihoitoon elämän viimeisinä aikoina. Onnistuneella saattohoidolla mahdollistetaan hyvä ja arvokas kuolema. Hännisen (2004, 252) mukaan tässä ovat oleellisia potilaan kunnioittaminen, kivuttomuus ja itsemääräämisoikeuden säilyttäminen. Kuolinhetken ja vainajan kunnioitus sekä omaisten hienotunteinen kohtelu kuuluvat hyvään kuolemaan.

Työssä lähdettiin liikkeelle siten, että osastotunneilla kyseltiin hoitajilta heidän toiveitaan kehittämistyön aiheesta. Myös organisaation johto otti kantaa asiaan. Opintoihin kuuluvat asiantuntijaluennot syöpäpotilaiden kivunhoidosta, ravitsemuksesta, psyykkisestä tukemisesta sekä saattohoidosta antoivat uusinta tietoa kehittämistyön tekemiseen. Vertaiskäynnit saattohoitokoteihin, Koivikkokotiin Hämeenlinnassa ja Terhokotiin Helsingissä, antoivat konkreettista näkemystä siitä, mitä saattohoito voi parhaimmillaan olla. Tietoa etsittiin myös alan kirjallisuudesta, ja sähköiset lähteet, mm. käypä hoito -suositus (2012) olivat tärkeinä lähteinä tiedonkeruussa. Opiskelijatovereiden

kanssa käydyt refleктоivat keskustelut kuljettivat kehitystyössä eteenpäin.

Päivitettyyn saattohoito-ohjeistukseen kerättiin käytännönläheistä teoriatietoa. Vanhan ohjeistuksen tietoa piti syventää, jotta se olisi tuonut enemmän hyötyä asiakkaan hoitoon. Päivitetty saattohoito-ohjeistus on 25-sivuinen, ja sen lähteenä on käypä hoito -suositus (2012), josta ohjeistus on muokattu kotihoidon käyttöön. Ohjeistuksen tietoa voi sellaisenaan käyttää kotisaattohoitoa toteutettaessa. Ohjeistuksessa päivitettiin ja selkiytettiin hoitajan toimintaohjeita esimerkiksi oireenmukaisesta hoidosta sekä hoitajan toimintaa asiakkaan kuollessa.

Kotihoidossa olevien saattohoitoasiakkaiden määrä vaihtelee. Ajoittain saattohoidossa ei ole ketään, toisinaan saattohoidettavia on useampi yhtä aikaa. Tämä asettaa kotihoidolle haasteita mm. töiden järjestelyn ja ajankäytön suhteen. Kotihoidon sairaanhoitajat työskentelevät toistaiseksi vain virka-aikaan, ja poikkeavat tilanteet saattohoitoasiakkaiden voinnissa hankaloittavat työn suunnittelua. Ilt- ja viikonloppuvuorot ovat tarkkaan aikataulutettuja, eikä työvuorossa aina ole asiakkaan vastuuhoitajia. Saattohoitoa pyritään toteuttamaan muutamien hoitajien kesken, jolloin hoidosta ei vastaa liian moni eri henkilö. Hoito on turvallista, koska tutuksi käynyt hoitaja osaa arvioida ja tulkita asiakkaan voinnin muutoksia. Vastuuhoitajan on helpompi tukea myös omaisia hoidon aikana, koska on ollut mukana asiakkaan hoidossa alusta asti. Saattohoitoa tulisi toteuttaa rauhallisesti ja kiireettömästi, jotta asiakkaan tarpeisiin voidaan vastata.

## Lähteet

Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa Aalto, K. (toim.) *Saattohoito kuolevan tukena*. Helsinki: Kirjapaja, 11–23.

Hänninen, J. 2013. Saattohoito tänään. Teoksessa Aalto, K. (toim.) *Saattohoito kuolevan tukena*. Helsinki: Kirjapaja, 24–40.

Saattohoito-ohjeistuksen päivittäminen on tuonut teorian lähelle käytäntöä. Samalla kun on tehty kehittämistyötä, on konkreettisesti huomattu, että jo koottua teoriatietoa on voitu hyödyntää saattohoitoasiakkaiden hoidossa. Sairaanhoidajan on sovittava arviointikäynti asiakkaan luo heti, kun tieto mahdollisesta kotihoidon avuntarpeesta on tullut kotihoitoon. Kun arviointikäynnillä on avuntarpeet kirjattu mahdollisimman tarkasti, pystytään nopeasti huomioimaan tarpeet ja tukemaan asiakasta ja omaista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Asiakkaan toive kuolla kotona huomioidaan.

Uusittu saattohoito-ohjeistus helpottaa kotihoidon hoitajien työskentelyä koko perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueella. Ohjeistuksen on tarkoitus olla apuna niin sairaanhoitajille kuin lähihoitajillekin. Tulevaisuuden haaveena on moniammatillisen osaamisen laajempi hyödyntäminen saattohoitotyössä. PTKY Karviaisen vuodeosastoille ollaan saman koulutuksen sisällä tekemässä kivunhoito- ja saattohoito-ohjeistukset. Toiveena on osastojen erityisosaamisen hyödyntäminen myös kotihoidossa. Saattohoito-ohjeistus pilotoidaan Vihdin kotihoidossa ja otetaan sen jälkeen käyttöön koko PTKY Karviaisen alueella. Ohjeistusta voinee hyödyntää myös muissa Suomen kotihoidoissa soveltamalla ohjeita kuntien tarpeita vastaaviksi. Lisäämällä kotihoidon osaamista saattohoidossa mahdollistetaan asiakkaalle hyvän hoidon saaminen kotiin ja siten vähennetään asiakkaan turhaa kiertämistä terveydenhuollon palvelusta toiseen. ■

Hänninen, J. 2004. Lääketiede, kärsimys ja kuolema. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 247–252.

Käypä hoito 2012. *Kuolevan potilaan oireiden hoito*. Viitattu 19.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#NaN>

Petra Vahala

## 8.4 TOIVON YLLÄPITÄMINEN JA VAHVISTAMINEN OSANA PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN SYÖPÖPOTILAAN KOHTAAMISTA

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeistaa saattohoidossa kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Se vaatii järjestettävän jokaiselle ihmiselle hänen tarpeitaan vastaavaa oire- ja saattohoitoa. Lisäksi se kehottaa saattohoitoa järjestäviä tahoja sitoutumaan potilaan tarpeisiin ja toiveisiin sekä toiminnan hyvään laatuun ja käypä hoito -suositusten noudattamiseen. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 13–16.) Näiden ohjeiden siivittämänä lähdettiin Espoon kotisairaалassa kehittämään oireenmukaisessa hoidossa olevan syöpöpotilaan hoitoa yhä laadukkaammaksi ja potilaslähtöisemmäksi syventämällä hoitohenkilökunnan ymmärrystä toivon merkityksestä kuolevalle potilaalle. Lisäksi syvennettiin tietoa toivon rakentamiseen vaikuttavista tekijöistä ja toivon vahvistumisen ja ylläpitämisen apukeinoista. Laajempaan tavoitteena oli, että toivoa välittävän vuorovaikutuksen kautta syöpöpotilas voisi tuntea olonsa turvalliseksi.

Kehittämistyön menetelmänä käytettiin juurruttamista. Juurruttamisen avulla kehitettiin käytännön työtapoja yhteisesti oppimalla. Siinä käytännön tietoa ja tutkittua tietoa vertailtiin sekä tuotettiin uutta tietoa, joka taas muokattiin käytännön osaamiseksi. Juurruttamisen kulmakivenä toimi Espoon kotisairaalan hoitajien välinen vuorovaikutus.

Marraskuussa 2013 Espoon kotisairaалassa järjestettiin kehittämistyöhön liittyen osastotunteja, joissa oli potilaan toivoa käsittelevä alustus, ja tämän jälkeen yhteistä keskustelua. Keskustelu antoi tilaisuuden miettiä kotisairaalan yhteisiä hoitokäytäntöjä sekä tarjosi mahdollisuuden vertaistukeen ja uuden oppimiseen. Keskustelu oli vilkasta ja vahvisti sen, että syöpöpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen on monisäikeistä ja haastaa hoitajan monella tapaa. Tämän tyyllisiä keskustelufoorumia tulisi siis aika ajoin järjestää,

jotta hoitohenkilöstö voisi tarjota potilaalle ja hänen lähipiirilleen parasta mahdollista tukea parantumattoman sairauden tuomassa vaikeassa tilanteessa. Kun pysähdymme miettimään potilaassa ja omaisissa sekä omassa itsessämme tapahtuvia reaktioita ja ajatuksia syvällisesti analysoiden, voimme samalla myös löytää omia kipupisteitämme, jotka toimivat vuorovaikutuksemme esteinä. Keskustelufoorumien järjestäminen on siis tärkeää myös hoitajan oman jaksamisen kannalta, sillä vertaistuki ja omien ajatusten peilaaminen toimivat hoitajan työssä jaksamista vahvistavina elementteinä.

Osastotunneilla tapahtuvan keskustelun lomassa kerättiin ideariihi-menetelmän mukaisesti ehdotuksia avoimista, toivoa sisältävistä, kysymyksistä, joita potilaalle voisi suljettujen kysymysten sijaan esittää. Avoimien kysymysten turvin voidaan potilaan toivolle antaa yhä enemmän sijaa, ja potilas pääsee näin itse johtamaan keskustelun suuntaa kertoen hänelle merkityksellisistä asioista. Jotta hoitaja voi tukea potilaan toivoa, tulee hänen ymmärtää mahdollisimman laajasti potilaan tunteita, ajatuksia ja toiveita. Voidaan nähdä, että suljetut kysymykset tekevät potilaan kohtaamisesta pinnallisempaa, kun taas avoimilla kysymyksillä tähdätään pintaa syvemmälle. Kotisairaalan hoitajien ehdottamista kysymysmalleista tehtiin toimistolle posterit, jossa oli muun muassa seuraavat potilaan tilannetta laajemmin selvittävät kysymykset: ”Kertoisitko omin sanoin sairautesi tämänhetkisestä vaiheesta?”, ”Mistä olet saanut voimavaroja?”, ”Mikä sinua pelottaa eniten?”, ”Millaisia tunteita tilanne sinussa herättää?”, ”Onko jotain mitä itse voit tehdä saadaksesi hyvää oloa?”, ”Mitä toiveita sinulla on kotona tapahtuvaan hoitoon?” ja ”Mikä kotona olemisessä eniten huolestaa?”



Kuva 9. Avoimia kysymysmalleja potilaalle esitettäväksi

Pian osastotuntien jälkeen tehtiin kysely Espoon kotisairaalan hoitajille. Kyselyn tulos osoitti, että kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat saaneensa uusia näkökulmia potilaan kohtaamiseen. Lisäksi kaikki toivoa sisältäville osastotunneille osallistuneet hoitajat kokivat ymmärryksensä toivon merkityksestä syventyneen. He kokivat niin ikään saaneensa auttamismenetelmiä syöpäpotilaan toivon vahvistamiseksi ja ylläpitämiseksi. Suurin osa hoitajista koki, että he voivat vaikuttaa omalla vuorovaikutuksellaan potilaan toivoon. Lisäksi hoitajat kokivat, että ideoiduista, avoimista kysymysmalleista olisi heille hyötyä. Hoitajat kokivat kotisairaalan yhteisten keskustelufoorumien järjestämisen olevan hyvä idea.

Tällä hetkellä Espoon kotisairaalan hoitohenkilöstö näkee potilaan toivon tukemisen tärkeäksi. Potilaan toivon kohteet nähdään selkeämmin ja ymmärretään, että toivo saattaa koostua hyvin pieneltäkin tuntuvista arkisista asioista. Hoitajat ymmärtävät, että hyvällä vuorovaikutuksella ja aidolla potilaan kohtaamisella on suuri merkitys toivon tukemisessa. Potilaan epärealistista toivoa osataan kohdata ja ymmärtää paremmin. Ideoidut kysymysmallit ovat käytössä

varsinkin syöpäpotilaan luokse tehtävillä ensikäynneillä. Kysymysmallit löytyvät näillä käynneillä mukana olevasta kansioista, josta ne voi palauttaa mieleensä. Kysymysmallit toimivat apuvälineinä, joita voi tilanteen mukaan käyttää. Näiden kysymysten avulla hoitajat ovat saaneet paremmin selkoa potilaan toiveista ja ajatuksista ja ne ovat monissa tapauksissa toimineet avauksina syvällisempään keskusteluun. Potilas on saattanut myös vaikuttaa hyvinkin rohkealta, mutta kysyttäessä pelon aiheita mieltä on saattanut vaivata joku asia, josta kysymyksen johdatteluun päästään keskustelemaan. Joissain tapauksissa on päästy oikaisemaan potilaan tai omaisen ennakkoluuloja ja näin vähentämään pelkoja.

Oireenmukaisessa hoidossa olevan syöpäpotilaalle toivon merkitys on suuri. Hoitohenkilöstön tulisi tiedostaa sen merkitys potilaalle ja kyetä edistämään ja ylläpitämään potilaan toivoa luovia elementtejä. On siis ensiarvoisen tärkeää, että hoitohenkilöstö voi työyhteisössä jakaa kokemuksiaan, peilata itseään ja oppia toinen toisiltaan. Hiljaisen tiedon ja osaamisen jakaminen on yksintehtävässä työssä ensiarvoisen tärkeää. ■

## Lähteet

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

Heli Mikkonen

## 8.5 HEMATOLOGISEN PALLIATIIVISEN- JA SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖN SUUNNITTELU

Palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoito ja kohtaaminen on akuuttivuodeosastolla usein haasteellista. Hematologisessa hoitotyössä haastetta lisää hematologisten malingniteettien luonne - kuraation tai muun aggressiivisen hoidon mahdollisuus vaikeissakin tautitilanteissa, hoidon linjauksen haasteet (milloin kyseessä on palliatiivinen hoito), taudin mahdollinen nopea eteneminen, nuoret potilaat jne. Tutkimusten mukaan akuuttia leukemiaa sairastavilla potilailla on runsaasti psyykkisiä ja psykologisia oireita, mutta akuuttiin leukemiaan kuolleista tehdään vain vähän lähetettä palliatiiviseen hoitoon (Zimmermann ym. 2013, 731–736; McGrath 2013, 96–110; Corbett ym. 2013, 537–541; Sexauer ym. 2014, 195–199). Potilaita myös hoidetaan aktiivisesti lähellä kuolemaa ja saattohoitovaiheet ovat lyhyitä (Zimmermann ym. 2013, 731–736; Sexauer ym. 2014, 195–199). Hematologisten palliatiivisten potilaiden hoitoa ja sen ajoitusta tekee haasteelliseksi myös potilaille elämän loppuvaiheessa annettavat tukihoidot, joita ei perinteisesti katsota saattohoitoon kuuluviksi (esim. verituotteiden siirrot, suonensisäiset antibioottihoidot, rutiiniverikokeet). (Sexauer ym. 2014, 195–199; Howell ym. 2013, 42). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE näkee hyvän saattohoidon kuitenkin jokaisen potilaan oikeutena ja että hyvä saattohoito ei riipu potilaan diagnoosista (Hyvä saattohoito Suomessa - asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuosituksat 2010, 11).

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli tukea Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Meilahden Kolmiosairaalan hematologisen vuodeosaston 7a

hoitotyöntekijöitä tässä haasteellisessa palliatiivisen ja saattohoitotyön toteuttamisessa.

Osastolla, jossa kehittämistehtävä toteutettiin, palliatiivisen ja saattohoidon hoitotyön osaaminen perustuu hoitajien kliiniseen kokemukseen, vapaaehtoiseen lisäkoulutukseen, osaston omaan kirjalliseen materiaaliin (lähdekirjat sekä saattohoidon kansio) sekä osastolla pidettyihin osastotunteihin. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoitovaiheessa osaston potilas lähetetään asianmukaiseen jatkohoitoon ja/tai osaston oman jälkipoliklinikan seurantaan. Tilanteen niin vaatiessa hoito toteutetaan omalla osastolla. Osastolla ei ole ohjeita palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyön toteutukseen. Palliatiivinen hoito ja saattohoito eivät ole osaston ydintoimintaa, ja kliinisen kokemuksen kertyminen niistä on hoitajakohtaisesti satunnaista ja ajoittaista.

Osastolla tarvitaan työväline palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoitotyön suunnitteluun, jotta varmistetaan hoidon jatkuvuuden, tasalaatuisuuden ja kokonaisvaltaisuuden toteutuminen. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma kuvastaa hoitotyön prosessia (Iivanainen & Syväoja 2008, 651). Hoitotyön suunnitelma on kuvaus potilaan saaman hoitotyön palvelun kokonaisuudesta. Se pitää sisällään esitietojen hankinnan, tarpeen määrittelyn, ongelmien priorisoinnin, tavoitteiden määrittämisen, auttamismenetelmien valinnan ja arvioinnin eri vaiheissa sekä yhteenvedon. Hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa on merkintöjä koskien potilaan hoidon ja hoitotyön tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Hallila 1998; Ensio 1998.)

Kehittämistehtävän tavoitteena oli tuottaa hoitajille työväline hoitotyön suunnitelman tekemiseen (muistilista) ja perehdyttää sen käyttöön osana palliatiivisen potilaan hoitoprosessia. Menetelmänä oli käyttää hoitotyön suunnitelman muistilistan tuottamiseen sekä siihen perehdyttämiseen tutkittua näyttöä eli kehittämistehtävän tietoperustaa, palliatiivisen ja saattohoidon lähdemateriaalia sekä kehittämistehtävän tekijän kliinistä kokemusta palliatiivisesta ja saattohoidosta. Tuotos on muistilista moniammatillisiin määräyksiin ja ohjeisiin palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyön suunnitelman tekemiseen ja osastotunti (-tunnit) listan käyttöönosta.

Kehittämistehtävän tuotoksella on mahdollisuus vaikuttaa suoraan palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden hoitoon. Hoitotyön suunnitelma on asianmukaisen hoitotyön toteutuksen ensisijainen työväline. Käyttäessään muistilistaa hoitotyön tekijän on mahdollista perehtyä potilaan tilanteeseen kokonaisvaltaisesti suunnitelmaa tehdessään. Muistilistan avulla palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden hoitosuunnitelmissa on syvyyttä, kattavuutta ja yhdenmukaisuutta.

Palliatiivisen- ja saattohoitopotilaan hoitotyö on hoitotyötä aidoimmillaan. Moyra A. Baldwinin (2011, 7) mukaan palliatiivinen hoitotyö on kokonaisvaltaista hoitoa, ja siihen kuuluu terapeuttisen, auttavan suhteen luominen hoitajan, hoidettavan ja perheen välille sekä myös toisen ammattilaisen kanssa. Terapeuttinen hoitosuhde edellyttää hoidon yksilöllistämistä koskien myös hoidettavan perhettä. Palliatiivisen hoitotyön toteuttamiseen kuuluu kumppanuus, myötätunto ja pätevyys (kompetenssi). Nämä samat periaatteet palvelisivat kenen tahansa potilaan tarpeita. Muistilista on myös kokonaisuutenaan sellainen, että se ei ole sidottu hematologiseen diagnoosiin eli se olisi käytettävissä sellaisenaan myös muissa yksiköissä palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyön suunnittelussa. Hoitotyöntekijöiden tottuessa hoitotyönsuunnitelman tekemiseen muistilistan mukaisesti palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden kohdalla, on mahdollista samojen periaatteiden auttavan kokonaisvaltaisen hoitotyön suunnitelman tekemisessä myös muiden potilasryhmien kohdalla, ja muistilistaa onkin mahdollista käyttää soveltaen muissa potilasryhmissä.

#### Palliatiivisen - ja saattohoitopotilaan hoitotyön suunnitelman muistilista

Potilaan fyysisten tarpeiden ja voimavarojen kartoitus ja auttamiskeinot, mm.

- toimintakyky
- oireet (ESAS-oirekyselykaavake)

Potilaan psyykkisten tarpeiden ja voimavarojen kartoitus ja auttamiskeinot, mm.

- suhtautuminen sairauteen ja kuolemaan
- tuen tarve

Potilaan sosiaalisten tarpeiden, voimavarojen ja olosuhteiden kartoitus ja auttamiskeinot, mm.

- lähiomaisten, hoitoon osallistuvien läheisten sekä kotiympäristön kartoitus, elämäntilanne
- sosiaalisten tukien tarve

Potilaan henkisten ja hengellisten tarpeiden ja voimavarojen kartoitus ja auttamiskeinot, mm.

- vakaumus ja siihen liittyvät toiveet ja tarpeet
- henkinen kärsimys

Jatkohoito, mm.

- toiveet, resurssit, tarpeet
- vaativuustason määrittäminen (A-C)

Potilaan ja omaisen toiveet hoidolle osastohoidossa, mm.

- toiveet päivittäisten toimien suhteen
- toiveet kuolinhetkelle



## Lähteet

- Baldwin, M. A. 2011. Attributes of Palliative Caring. Teoksesta Baldwin M. A., Woodhouse, J. (toim.) *Key Concepts in Palliative Care*. Lontoo: Sage Publications, 7.
- Corbett, C. L., Johnstone, M., McCracken Trauer, J., Spruyt, O. 2013. Palliative care and Hematological Malignancies: Increased Referrals at a Comprehensive Cancer Center. *Journal of Palliative Medicine*, 5, 537–541.
- Ensio, A. 1998. Hoitotyön käsitteet ja kieli hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Hallila, L. *Hoitotyön kirjallinen suunnitelma*. Tampere: Kirjayhtymä, 21.
- Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallisen suunnitelman lähtökohdat. Teoksesta Hallila, L. *Hoitotyön kirjallinen suunnitelma*. Tampere: Kirjayhtymä, 14.
- Howell, D. A., Wang, H-I., Smith, A. G., Howard, M. R., Patmore, R. D., Roman, E. 2013. *Place of death in haematological malignancy: variations by disease sub-type and time from diagnosis to death*. *BMC Palliative Care*, 12, 42.
- Hyvä saattohoito Suomessa - asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Iivanainen, A., Syväoja, P, 2008. *Hoida ja kirjaa*. Helsinki: Tammi.
- McGrath, P. 2013. End-of-Life Care in Hematology: Update From Australia. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 9, 96–110.
- Sexauer, A., Cheng, J., Knight, L., Riley, A. W., King, L. Smith, T. J. 2014. Patterns of Hospice Use in Patients Dying from Hematologic Malignancies. *Journal of Palliative Medicine*, 2, 195–199.
- Zimmermann, C., Yuen, D., Mischitelle, A., Minden, M. D., Brandwein, J. M., Schimmer, A., Gagliese, L., Lo, C., Rydall, A., Rodin, G. 2013. Symptom burden and supportive care in patients with acute leukemia. *Leukemia Research* 37, 731–736.

Marjo Frondelius Martinez

## 8.6 TYÖNOHJAUKSEN MERKITYS KOTISAATTOHOITOA TEKEVÄLLE

**Y**hä useampi haluaa olla kotona elämänsä loppuun saakka. Kotisairaala mahdollistaa tämän osassa Suomen kaupunkeja ja kuntia. Kotisairaala on sairaanhoidollisten toimien viemistä potilaan luokse, heille tuttuun ja turvalliseen ympäristöön. (Poukka & Manninen 2013, 89–90.) Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan potilaan hoitoa sellaisessa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu ja jossa taudin etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan (Aalto 2000,9). Hyvä saattohoito perustuu empaattiseen ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen potilaan ja hoitajan välillä. Saattohoidossa huolenpito potilaasta on tunneperäistä toisesta välittämistä, ja se perustuu haluun toimia potilaan parhaaksi. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 42–43.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) määritteli vuonna 2003, että saattohoidossa tulee ottaa huomioon potilaan toiveet ja toteuttaa mahdollisimman hyvää oireiden ja kärsitysten hoitoa ja valmistaa potilasta sekä omaista lähestyvään kuolemaan. (Saattohoito 2003, 5.)

Kotisairaalan turvin voidaan toteuttaa potilaan ja hänen omaistensa toivetta saada kuolla turvallisessa ympäristössä kotona. Omaisten osallistuminen kuolevan hoitoon saa uuden merkityksen kotona tutussa ympäristössä, ja tämä luo potilaalla turvallisuuden tunnetta. (Saattohoito 2003, 12.)

Kotona potilaan luona sairaanhoitaja on potilaan revii-rillä, mikä asettaa sairaanhoitajalle erilaiset lähtökohdat kuin potilaan kohtaamiset sairaalassa. Potilaan kotiin

meneminen vaatii enemmän nöyryyttä. (Hänninen 2008, 133.) Sairaanhoitajalla tulee olla hyvät vuorovaikutussuhteet sekä keinot luoda luottamusta kulloiseenkin tilanteeseen potilaan luona. Omaisten mukaan ottaminen hoitamiseen on tärkeä seikka kotisaattohoidossa. (Rantanen 2000, 9.)

Sairaanhoitajan suhde omaan kuolemaan on koetuksilla kuolevia hoidettaessa. Elämän rajallisuuden hyväksyminen on perusasia, johon kasvaminen koituu hyväksi saattohoitotilanteissa. Kuolevat potilaat muistuttavat omasta kuolevaisuudesta. Omat menetykset voivat palautua mieleen. Omat hetkinen tilanne ja eletty elämä vaikuttavat siihen, kuinka sairaanhoitaja kokee kuolevan potilaan sekä hänen perheensä. (Kärpäniemi 2008, 109.)

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli saada saattohoitoa tekevä työyhteisö ymmärtämään työnohjauksen merkitys. Kehittämistyön avulla haluttiin selvittää, mitä hyötyä työnohjauksesta on niille henkilöille, jotka työskentelevät palliatiivisessa sekä saattohoitovaiheessa olevien potilaiden kanssa. Tarve kehittämistyölle syntyi työyhteisössä, jossa työskennellään ilman säännöllistä työnohjausta, ja työ on henkisesti ja sosiaalisesti erittäin vaativaa sekä raskasta. Työ tehtiin pohjautuen kirjallisuuskatsaukseen sekä kahden pitkään saattohoitoa tehneen sairaanhoitajan kanssa keskusteluun.

Kuolevan potilaan kohtaaminen herättää ajatukset omasta kuolemasta. Ajoittain oma kuolema on läsnä ajatuksissa päivittäin, kun kohtaa kuolevan potilaan. Työohjauksen tarkoitus on pitää huolta sairaanhoitajan omasta jaksamisesta, ja

se auttaa käsittelemään tunteita, joita oma kuolema herättää. Sairaanhoidajan täytyy voittaa omat pelkonsa suhteessa kuolemaan, jotta hän pystyy olemaan aidosti läsnä potilaan kuoleman hetkellä. Kuoleva potilas aistii sen, jos hoitaja ei ole täysin läsnä hänen luonaan. Yleensä sairaanhoitaja on yksin ilman kollegan tukea potilaan luona, mikä lisää työn vaativuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö kertoo julkaisussa (Hyvä saattohoito Suomessa 2010), että saattohoitoa tekeväille työyhteisölle tulee tarjota saattohoitoon liittyvää säännöllistä täydennyskoulutusta, työhohjausta sekä tarvittaessa jälkikäteen keskustelua saattohoitotilanteista. Kuolevia potilaita hoitavalla henkilökunnalla on tarvetta työhohjaukselle (Saattohoito 2003).

Kuolevan potilaan hoitaminen on hyvin emotionaalista, ihmissuhdetaitoja vaativaa kohtaamista. Saattohoitopotilaan hoitamisessa tarvitaan halua hoitaa kuolemassa olevaa potilasta. (Kuuppelomäki 2002, 113, 117–128.)

Työhohjauksen yhteyttä työhyvinvointiin on tutkittu (Haapala 2012), ja on osoitettu, että onnistuneella työhohjauksella on selkeästi positiivisia yhteyksiä työntekijöiden työhyvinvointiin vaikuttaviin tekijöihin. Työhohjaus edistää ohjattavan persoonallista ja henkistä kasvua, selkeyttää ammatti-identiteettiä sekä tukee ja vahvistaa tunne-elämää. Keskustelussa saattohoidossa pitkään työskennelleiden sairaanhoidajien kanssa kävi ilmi, että työhohjaus on yksi keskeinen asia työssä jaksamiselle. Se on välttämätöntä saattohoitoa tekeväille hoitajalle, jotta hän pystyy käsittelemään ohjatussa tilanteessa työn herättämiä tunteita. Saattohoito

## Lähteet

Aalto, K. & Tanskanen, J. 2000. *Saattohoito*. Kirjapaja.

Saattohoito. 2003. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. ETENE-julkaisuja.

Haapala, J. 2012. *Työhohjaus ja työhyvinvointi*. Kyselytutkimus sairaanhoidajille, Pro gradu -tutkielma, hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. *Saattohoito, haaste moniammatilliselle yhteistyölle*. WSOY

Hänninen, P. 2008. Kuolevan hoito kotona. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S. & Agge, E. *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto. 133-145.

herättää erilaisia tunteita kuin muiden sairaanhoidollisten tehtävien suorittaminen. On tärkeä, että on paikka, jossa voi käsitellä omia tunteitaan, tätä kautta hoitajan itseymmärrys lisääntyy. Ilman työhohjausta hoitaja kuormittuu liikaa työn herättämistä tunteista, ja tämä voi pahimmillaan johtaa työuupumukseen tai työskentelyn lopettamiseen saattohoidossa. Oma persoonallisuus vaikuttaa myös siihen, kuinka pystyy hyödyntämään työhohjausta ja miten osaa tehdä itse-tutkistelua ja sitä kautta vahvistaa omaa osaamistaan. Työhohjaus auttaa myös potilaiden, omaisten sekä työyhteisön kohtaamisessa. Se antaa tarvittavia eväitä saattohoitopotilaan hoitamiseen sekä antaa voimavaroja kohdata vaikeita tilanteita. Työskentely saattohoidossa ilman työhohjausta voi johtaa työuupumukseen, joka vaikuttaa negatiivisesti työyhteisön ilmapiiriin. Työhohjaus vaatii tietynlaista luottamusta työyhteisön jäsenten välillä, jotta pystytään käsittelemään työhohjaukseen liittyviä tunteita, koska ne ovat jossakin määrin henkilökohtaisia.

Työhohjauksen tulisi olla säännöllistä jokaisessa saattohoitoa tekevässä työyhteisössä. Sosiaali- ja terveysministeriön (Hyvä saattohoito Suomessa 2010) sekä ETENEn (Saattohoito 2003) julkaisuissa jo kehoitetaan tekemään näin. Työhohjaus ei pelkästään tue ja auta työntekijää vaan se vaikuttaa koko työyhteisöön parantaen työyhteisön työilmapiiriä. Laadukkaaseen saattohoitoon on jokaisella oikeus. Pystyäkseen toteuttamaan kokonaisvaltaista ja laadukasta potilaan hoitoa saattohoitovaiheessa tulee hoitajan omat henkiset voimavarat olla vahvat sekä työyhteisön yhteiset toimintatavat selkeät ja työilmapiirin avoin. Tähän kaikkeen tukea antaa hyvä säännöllinen työhohjaus, jota työnantajan tulisi tarjota jokaiselle saattohoitoa tekeväälle. ■

Kärpäniemi, R. 2008. Sairaanhoitaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S. & Agge, E. *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto. 109-117.

Rantanen, S. 2008. *Hoitajien kokemuksia saattohoidosta Lahden kotisairaalaissa*. Diakonia-ammattikorkeakoulu/ Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan laitos. Hoitotieteen koulutusohjelma.

Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

## Kirjoittajat

### Laurea-ammattikorkeakoulu

Teija-Kaisa Aholaakko, yliopettaja  
Outi Ahonen, lehtori  
Susanna Niinistö-Sivuranta, vararehtori  
Aila Peippo, lehtori  
Annikki Päällysaho, lehtori

### Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijat

Tuija Aarnio  
Markus Berghäll  
Anne Bergström  
Annette Bitter  
Johanna Chrons  
Marjo Frondelius Martinez  
Kaisa-Liisa Heikkilä  
Johanna Hirvelä  
Johanna Hoffrén  
Christine Holmström  
Sari Huovinen  
Kaija Ikalainen  
Marjaana Joukainen  
Carina Kass  
Simo Kantola  
Jonna Karttunen  
Riitta KUIRO  
Sari Kukkula  
Niina Kupari  
Sari Lahdelma  
Tiina Laitinen  
Mari Latvala  
Ani-Maria Lesonen  
Tiia Linden  
Erja Loskin

Katja Luhtamäki  
Minna-Kaisa Mattila  
Heli Mikkonen  
Miia Niinimäki  
Sini Pitkänen  
Jenni Posio  
Marjo Puisto  
Piia Pyykönen  
Anne Rajatammi  
Anne Rautiainen  
Tiina Renholm  
Linda Saarni  
Anna-Maria Sainio  
Tuula Salminen  
Christina-Anneli Selenius  
Tarja Siltakorpi  
Anna Siltala  
Jaana Sohlman  
Marjo Suoknuuti  
Tuula Tulenheimo  
Eija Tuominen  
Piia Tuominen  
Petra Vahala  
Annastiina Vuori  
Jenny Östermark





**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU



Outi Ahonen, Aila Peippo, Annikki Päällysaho,  
Mirkka Pirilä & Kaarina Murtola (toim.)

## *Sairaanhoitajat syöpäpotilaan hoidon kehittäjinä*

### *Oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen alueellisia vaikutuksia*

Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutuksen tarkoituksena on ollut palvella työelämän muuttuvia osaamistarpeita. FUAS-liittouman ammattikorkeakoulut (Hamk, Lamk ja Laurea) toteuttivat vuosina 2013 - 2015 kaksi oppisopimustyyppistä Syöpähoitotyön kehittäjä -koulutusta. Koulutuksen joustavat opetukselliset rakenteet ja työelämälähtöinen toteutus mahdollistivat, että koulutuksen avulla voidaan nopeasti reagoida työelämän tarpeisiin vaihtamalla koulutuksen kliinistä teemaa kulloisenkin osaamistarpeen mukaan. Tämä mahdollisti laajan verkostoitumisen. Koulutuksen kokonaisuus muodostui omassa työssä oppimisesta 70 % ja tietuopolisista opinnoista 30 %. Opiskelijoiden tekemissä työelämälähtöisissä kehittämistöissä luotiin uutta kliinistä osaamista ja näyttöön perustuvia uusia hoitokäytäntöjä heidän työyhteisöihinsä. Koulutuksen rahoitti Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Tämän julkaisun tarkoituksena on kuvata Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden ja työelämän yhteisiä alueellisia kehittämisprojekteja sekä oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen alueellisia vaikutuksia eri näkökulmista opiskelijoiden kuvaamana. Toivomme, että lukija saa myös julkaisusta käsityksen ammattikorkeakoulun ja työelämän välisen kehittämistyön mahdollisuuksista sekä osaamis pohjaisen arvioinnin ulottuvuuksista. Opiskelijoiden ja työelämänä antamaa palautetta on analysoitu peilaten sitä oppisopimustyyppisen täydennyskoulutuksen tuomiin mahdollisuuksiin. Julkaisussa on mukana myös sairaanhoitajaopiskelijoiden artikkeleita, joita kirjoittaessaan he ovat syventäneet osaamistaan syöpäpotilaan kokonaisvaltaisessa tukemisessa. He ovat perehtyneet potilaan saamaan asiantuntija- ja vertaistukeen sekä syöpäjärjestön rooliin.