


Susanna Rapo-Pylkkö

LT, geriatrian ja yleislääketieteen el
apulaisyliääkärinä, Polikliiniset ja kotiin vietävät palvelut, Espoon sairaala
susanna.rapo-pylkko@espoo.fi


Tiina Tasmuth

LKT, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkärinä
yliääkärinä, Polikliiniset ja kotiin vietävät palvelut, Espoon sairaala


Juho Murtomäki

anestesiologian ja tehohoidon el
erikoislääkärinä, Polikliiniset ja kotiin vietävät palvelut, Espoon sairaala


Johanna Wennervirta

LT, anestesiologian ja tehohoidon el
erikoislääkärinä, Polikliiniset ja kotiin vietävät palvelut, Espoon sairaala
johanna.wennervirta@espoo.fi

Elämän loppuvaiheen hoito Espoon kotisairaalassa

Kotisairaala turvaa potilaan elämän loppuvaiheen hoidon kotona. Hoitoaika voi olla vuosia, mutta useimmiten kuukausia tai viikkoja – joskus vain päiviä.

Suomessa kotisairaaloiminta on vakiintunut osaksi julkista terveydenhuoltopalvelua. Kotisairaalalla tarkoitetaan lääkärijohtoista moniammatillista sairaalatasoista hoitoa potilaan kotona. Hoitokäyntien ja soittojen välillä potilaan pitää selviytyä yksin tai omaistensa turvin kotonaan. Kotisairaalan erityistason palliativinen osaaminen tukee kuo-

levan potilaan kokonaisvaltaista oirehoitoa ja lähiverkoston jaksamista. Toiminta on yleisimmin järjestetty perusterveydenhuollon toimesta, mutta Suomessa on myös erikoissairaanhoidon ja yksityisten toimijoiden järjestämää kotisairaaloimintaa. Espoon palliativinen yksikkö on perusterveydenhuoltoa.

Vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa Suomen kotisairaalapotilaista 54 % sai suomensisäistä

antibioottihoitoa ja 25 % palliativista tai elämän loppuvaiheen hoitoa. Palliativisista potilaista 70 % sairasti syöpää. Keskimääräiset hoitoajat suonensisäiselle antibiootihoidolle olivat 5 vuorokautta ja saattohoidolle 14 vuorokautta (4,5–60,5 vrk). (1)

Espoon kotisairaala perustettiin vuonna 2001. Perustajalääkärinä toimi yleislääketieteen erikoislääkäri Kaija Saarela. Kotisairaala on nykyisin yksi kolmesta Espoon sairaalan palliativisen yksikön toiminnoista palliativisen poliklinikan ja osasto Villa Glimsin lisäksi. Espoon kotisairaala järjestää sairaalatoimista hoitoa potilaan kotiin kaikkina vuorokaudenaikoina ja viikonpäivinä. Kotisairaala vie Espoon hoivakoteihin ja palvelutaloihin saattohoidon tuen ja erityishoidot.

Kotisairaalan yhteydessä toimii Liikkuva sairaala (LiiSa), päivystyksellisiin tilanteisiin erikoistunut diagnostiikka- ja hoitoyksikkö, joka palvelee hoivakodeissa ja kotihoidossa olevia potilaita. LiiSa on kehitetty Espoon kaupungin ja HUSin yhteistyönä tavoitteena vähentää päivystykseen ohjautumista ja toteuttaa tarvittava hoito kotona tai hoivapalvelussa (2).

Espoon sairaalan palliativinen yksikkö

Espoossa asuu lähes 290 000 asukasta, ja kaupunki tarjoaa palliativisen yksikön palveluita naapurikunnille Kirkkonummelle (yli 40 000 asukasta) ja Kauniaisiin (lähes 10 000 asukasta). Kirkkonummella on oma kotisairaalaansa. Espoon sairaalan palliativinen yksikkö tarjoaa erityistason (B) palliativisen ja saattohoidon palveluita. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) työryhmä on määrittänyt kolmiportaisen palliativisen ja saattohoidon mallin hoidon vaativuuden mukaan. Perustason yksikössä (A), mihin kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, tulee hallita oireiden hoidon perusteet, osata tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös. Erityistason (B) yksikössä palliativinen hoito on pääasiainen tehtävä ja henkilökunta on erityiskoulutettua. Vaativan erityistason (C) hoitopaikkoja ovat yliopistosairaaloiden palliativiset keskuksat ja saattohoitokodit, jotka vastaavat hoidon kehityksestä, koulutuksesta ja tutkimuksesta. (3)

Espoon sairaalan palliativisessa yksikössä hoidetaan taudista riippumatta vaikeasti sairaita ja lähellä kuolemaa olevia aikuisia polikliinisesti, kotona kotisairaalan turvin tai osastohoidossa Villa Glimsissä. Potilaat tulevat palliativiseen yksikköön lääkärin läheteellä. Palliativinen yksikkö ottaa kokonaisvastuun potilaan hoidosta siinä vaiheessa, kun lähettävässä yksikössä on tehty päätös oireenmukaisesta hoitolinjasta. Potilas siirtyy palliativisen yksikön sisällä kodista sairaalaan ja sairaalasta kotiin joustavasti, ilman päivystyskäyntejä (kuva 1).

Espoon sairaalan palliativisessa yksikössä toimii virka-aikana kahdeksan lääkäriä: erikoisaloina ovat yleislääketiede, geriatria, anesthesiologia ja tehohoito sekä syöpätaudit. Viidellä lääkäriellä on palliativisen lääketieteen erityispätevyys ja neljällä on tohtorin tutkinto. Erikoistuvia lääkäreitä on kaksi. Yksikkö on lääkäreiden

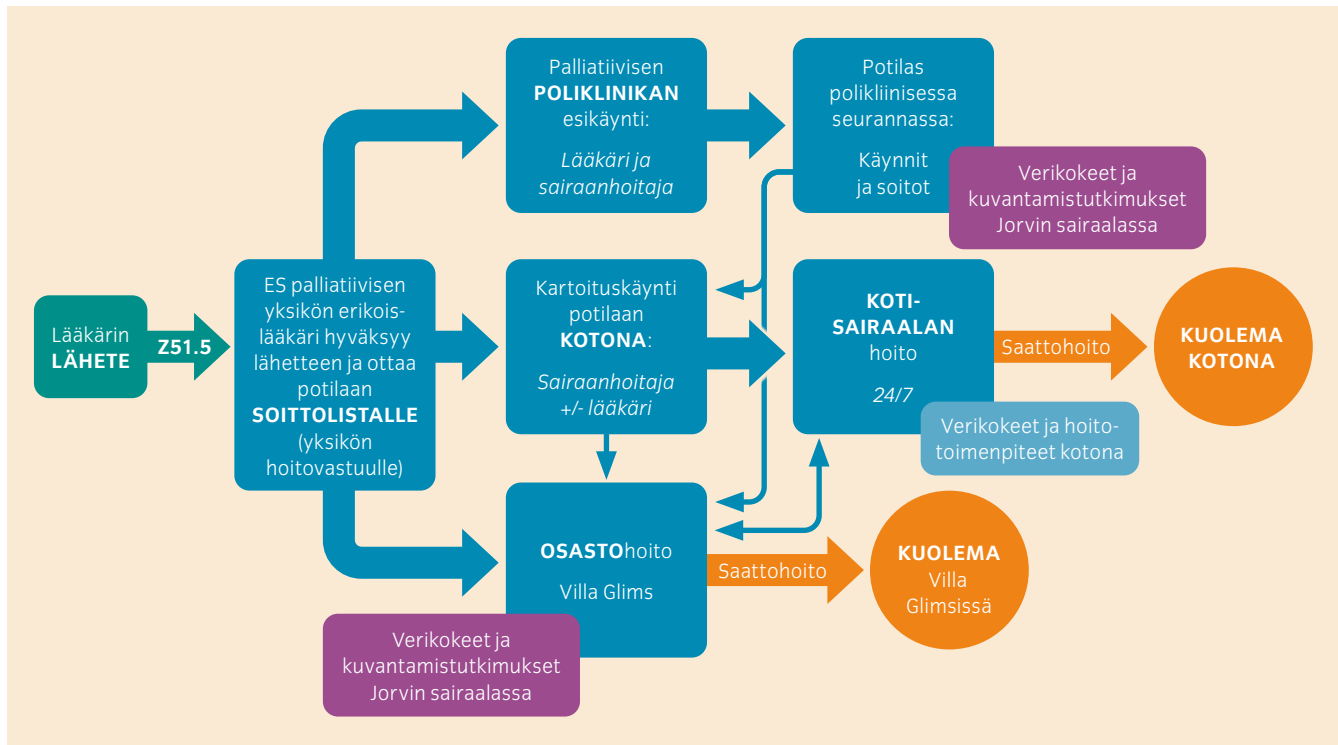
palliativiseen erityispätevyyteen hyväksyty koulutusyksikkö. Yksikön hoitotiimin kuuluu lääkäreiden ja sairaanhoitajien lisäksi psykiatrisia sairaanhoitajia, sairaalapastori, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijä ja farmaseutti. Osastolla toimivat koulutetut OLKA-vaapaehtoyöntekijät.

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden erityisosaaminen on avainasemassa. Espoon sairaalan palliativisessa yksikössä lääketieteellisen tuen saa arkisin virka-ajan ulkopuolella vain päivystyksestä, viikonloppuisin lisäksi koko sairaalan päivystävältä yleislääkäriltä.

Ensitapaaminen ja seuranta

Palliativinen hoitosuhde kotisairaalaan alkaa silloin, kun erikoissairaanhoiton, perusterveydenhuollon tai yksityisen yksikön lääkäri on tehnyt potilaan ja hänen omaistensa kanssa yhteisymmärryksessä päätöksen potilaan oireenmukaisesta hoitolinjasta ja diagnoosiksi on kirjattu ICD-10 –diagnoosi Z51.5 (4) ja jatkohoitolähete on käsitelty palliativisen yksikön seniorilääkärin toimesta. Kaikki potilaat eivät sovellu kotisairaalaan esimerkiksi kotiympäristön riskien, päihdekäytön, yksinasumisen, haastavan muistisairausoireiston tai henkilöstölle aiheutuvien riskien vuoksi. Tällöin osasto on turvallisempi paikka saattohoidon toteuttamiseen.

>>



Kuva 1. Potilaan hoitopolku Espoon sairaalan palliativisessa yksikössä.

Palliativinen hoitolinjaus tehdään sekä syövän että ei-malignien sairauksien, kuten sydämen vajaatoiminnan, COPD:n tai maksan ja munuaisten vajaatoiminnan, vuoksi. Hoitosuhteen toimivan alun kannalta on tärkeää, että potilas ja omaiset ovat tietoisia taudin vakavasta luonteesta ja heidän kanssaan on keskusteltu hoidon rajauksista. Hoitovastuun tulisi siirtyä lähettävästä yksiköstä kotisairaalaan periaatteella ”saattaen vaihdettava”. Potilaan ensitapaaminen palliativisessa yksikössä määräytyy potilaan voinnin perusteella. Hyväkuntoiset potilaat kutsutaan ensikäynnille palliativiselle poliklinikalle, kun taas hauraiden potilaiden tapaamiset toteutetaan kotona.

Kotisairaalan hoitokontakti käynnistyy yleensä sairaanhoitajan kartoituskäynnillä potilaan kotiin. Tällöin tarkistetaan potilaan lähtötilanne: perussairaudet, lääkitykset, läheisverkosto, elinolosuhteet ja palliativiseen hoitoon johtanut sairaushistoria. Käynnille varataan riittävästi aikaa, jotta tutustumisvaihe alkaisi kiirettömästi. Potilas saa kertoa itses-

tään, elämästään, sairastamisestaan ja hoitolinjan muuttumisesta. Kartoituskäynnillä tavataan potilaan perhettä ja omaisia, joilla on merkittävä rooli hyvän palliativisen ja saattohoidon toteutumisessa. Jo alkukartoituksessa arvioidaan muiden tukitoimien tarvetta. Sairaanhoitajan kartoituskäynnin jälkeen järjestetään lääkärikontakti, tarvittaessa vaikka samana päivänä, tavallisimmin 1–2 viikkoa kartoituskäynnin jälkeen.

Potilaan kunnon hiipuessä ja voimien vähentyessä korostuu kotihoidon tärkeä OSUUS.

Hoitavan lääkärin tehtävänä on laatia yhdessä potilaan ja tarvittaessa tämän läheisen kanssa ennakoiva elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Tämän on sisällettävä keskustelut ja kirjeet sairauden vaiheesta, hoitolinjauksesta, hoidon rajauksista, potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä (4).

Ensikäynnille varataan aikaa kaksi tuntia. Edeltävästi potilaat ovat täyttäneet oirekyselykaavakkeen (kuva 2), jonka perusteella arvioidaan elämää hankaloittavia oireita. Jokaisella vastaanottokerralla käydään läpi lääkelista ja tarpeettomat lääkkeet karsitaan. Samalla varmistetaan,

Potilaan hyvinvointi	Nopea ja tehokas oirehoito tukee koko perheen hyvinvointia.
Kommunikaatio	<ul style="list-style-type: none"> Rehellinen, suora kommunikaatio ja perheen kuulluksi tuleminen. Mahdolliset odotettavissa olevat oireet ja hoitomahdollisuudet niiden suhteen. Erytistuki – psyykinen, perhetyö, lapsityö tms.
Perheen tarpeet	Päivittäisen tuen ja hoidon tarpeet, todennäköiset kliiniset ongelmat, voimavarat ja kriisitilanteen hoitomahdollisuudet.
Hoidonohjaus	Perheen ohjaus potilaan hyväksi toimimiseksi – lääkitys, kannustus, perushoito.
Hätätilanteet	Perheen tulee tietää miten menetellä kriisitilanteessa ja mihin yhteys potilaan kuollessa.
Perheen voimavarat	Arvioitava hoidon edetessä, tarjottava tukea tai muita ratkaisuja.
Perheen tuen tehostaminen	Kun potilas on tajuton, huolehditaan potilaasta ja perheestä.
Monikulttuurisuuden huomiointi	Eri kulttuurien tarpeiden ja toiveiden huomioiminen, kielelliset kohtaamiset, oireiden tulkinta, kuolemanjälkeinen toiminta ja tuki.
Kuolemaan valmistaminen	Perhe/ lähipiiri tietää, mitä on odotettavissa kuoleman prosessissa.
Kuoleman jälkeen	Perheen kohtaaminen, kuuleminen, tuki, tukiryhmät, jälkisoitot (kun aikaa kulunut).

Taulukko 1. Perheelle ja potilaalle annettavan tuen tarpeita kotisaattohoidon aikana (Lacey 2015).

että potilaalla on riittävä oireenmukainen lääkitys (muun muassa kipu- ja pahoinvointilääkitys) ja että lääkelistalle on kirjattu kriisitilanteen varalle kotisairaalaan toimitettavat ihonalaiset lääkkeet (esimerkiksi morfiini, oksikodoni, glykopyrrooni ja midatsolaami). Potilaan vointiin liittyvät lääkemääräykset ja todistukset sekä tutkimukset hoituvat palliativisen yksikön kautta.

Ensikäynnillä varmistetaan, onko hoidonrajouksista keskusteltu aiemmin. Tarvittaessa tämä keskustelu käydään ensimmäisen tapaamiskerran yhteydessä. Aina potilas ei ole tähän vielä valmis, eikä silloin asialla ole kiire. Usein seuraavalla tapaamisella potilas ottaa itse rajausasiat puheeksi. Yllättävän usein päätös pidättäytyä elvytystoimenpiteistä sydänpysähdyksen yhteydessä on potilaalle vaikein rajaus, vaikka monet ovat jo tehneet samansuuntaisen hoitotestamentin itse. Erittäin harvoin palliativisessa hoidossa olevat potilaat hyötyvät raskaasta tehohoidosta. Potilaskertomukseen kirjataan kannanotto mahdollisesta noninvasiivisesta ventilaattorihoidosta, suonensisäisestä

antibiootihoidosta, enteralisesta tai parenteraalisesta ravitsemuksesta tai iv-nesteytyksestä sekä mahdollisista sairaalasiirroista.

Siirtyminen palliativiseksi potilaaksi on potilaalle uusi kokemus, vaikka sairastamista ja sairaalakokemuksia olisikin kertynyt jo vuosien ajalta. Potilaan omaiset saattavat olla epä tietoisia sairauden kulusta ja sen ennusteesta. Moni potilas on aiemmin hoitanut sairautensa liittyvät asiat yksin, osa suojellakseen läheisiään. Palliativiseen yksikköön siirtyminen saattaakin olla läheisten ensimmäinen mahdollisuus päästä osallistumaan hoidon suunnitteluun. Yksinasuvalle potilaalle on hoitosuhteen alkaessa järjestettävä tuki lähipiiristä. Lupaus palliativisesta hoidosta on lupaus pitää huolta potilaasta, vaikka sairautta ei enää voidakaan parantaa. Tämä lupaus tarkoittaa, että potilaan toiveita kuunnellaan ja niitä pyritään mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan.

Espoon sairaalan palliativisen yksikön soittolistalla on noin 170 potilasta. Säännöllisten yhteydenottojen tiheys riippuu potilaan voinnista

Kotisairaalan tukiosasto on ehdoton edellytys palliativisen hoidon lupaukselle.

>>

Kuva 2. Oirekyselykaava Espoon sairaalan palliativisessa yksikössä.

OIREKYSELYKAAVA Päivämäärä _____ / _____ / _____

Nimi _____ Hoidollinen _____

Ympyröi kunkin oireen voimakkuutta luvulla numerolla asteikolla 0-10. Nolla tarkoittaa, että tällä ei oireita. Yhdistä oireita lainkaan ja 10 tarkoittaa pakotta mahdollista hoitoa.

KIPU LEIVISSÄ

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

KIPU LIIKESÄ

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

VÄSYMYS/LUPUMUS

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

FAKORVOINTI

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

MASENNUS

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

AHDISTUNEISUUS

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

UNETTOMUUS

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

RUOKAHALUTTOMUUS

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

HEIKENÄHDISTYS

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

UUMMETUS

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

SUUN KUIVUMINEN

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

MUU OIRE, mikä

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Milteiäsi koetta voittoa kokonaisuudessa tänään?

Paras mahdollinen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Tuntuuko lyhyet kävelyt kotona silloin, kun olet työssä?

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Pitäkö tänään pyytellä maata tai istumassa päivän mittaan?

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Tarvitsetko apua ruokaillessasi, pukautuassasi, peseytyessäsi tai WC:n käytössä?

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

KÄÄNNÄ →

Halustatko tavata erityisneuvoja?

Sosiaalityöntekijä, mikä?

Psykoterapeutti, mikä?

Sairaalohtori, mikä?

Pyykkösi tuki, mikä?

KIPUPIIRROS

Merkitse kuvan kaikki alueet ja palikat, joihin olet tannut kipua, painumista tai tunnetonta välikäsi

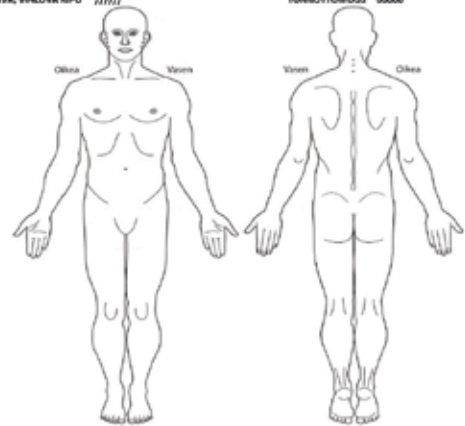
kuluneen viikon aikana. Käytä seuraava merkintätapa:

SÄÄT, JOMOTUS XXXXX

PISTÄVÄ, VEILOVA KIPU IIIIIII

PUUTUNEISUUS SSSSS

TUNNETTOMUUS OOOOO



Verenpaine ja pulssi _____

Paino _____

Pituus _____

KIITOS!

ja hyväkuntoistenkin kohdalla se on vähintään kahden kuukauden välein. Tavallisimmin pidetään alussa yhteyttä kahden-neljän viikon välein. Voinnin heiketessä soitot voivat muuttua päivittäisiksi kotikäynneiksi. Potilaat ja omaiset saavat yhteyden kotisairaalan sairaanhoitajaan kaikkina vuorokauden aikoina. Tarvittaessa sairaanhoitaja lähtee kotikäynnille mihin vuorokauden aikaan tahansa. Elämän loppuvaiheen käynnejä päivystyspoliklinikalle pyritään välttämään. Palliativisen yksikön lääkäri pitää poliklinikalla vastaanottoa kolmena päivänä viikossa ja tekee kotikäynnejä kahtena muuna päivänä. Lisäksi poliklinikalta annetaan puhelinkonsultaatioapua sekä tehdään konsultaatiokäynnejä muihin Espoon ja Jorvin sairaalan hoitoyksiköihin palliativisista ja saattohoidon erityiskysymyksistä.

Kohtaamiset eivät ole vain potilaan, vaan koko perheen ja lähipiirin kohtaamista.

Kotisaattohoito

Koti hoitoympäristönä tuo erityiset haasteensa kohtaamisiin, koska toimitaan potilaan ja perheen omalla alueella. Kohtaamiset eivät ole vain potilaan, vaan koko perheen ja lähipiirin kohtaamista. Taulukossa 1 on keskeisiä huomioita kotisaattohoidon tarpeista (5). Potilaan ja lähipiirin kanssa on tärkeää käydä läpi odotettavissa olevia asioita kuoleman lähestyessä ja kuoleman tapahtuessa. Vaikeistakin oireista keskustelemalla vahvistetaan hoidon onnistumista ja vältetään viime hetken paniikkilähdöt sairaalaan (6). Suurin osa potilaista haluaa olla kotonaan mahdollisimman kauan, osa kuolemaansa saakka. Onnistuneen kotisaattohoidon perustana on potilaan ja tukiverkoston yhteinen toive saada olla kotona elämän loppuun asti. Potilaan varmuus kotisaattohoitotoiveesta tukee hoidon onnistumista.

Oire tai aihe	Lääke	Annos / s.c.
Kipu	Morfiini	3–10 mg x 1–8/vrk
	Oksikodoni	3–5 mg x 1–8/vrk
	Ketamiini	10–40 mg/vrk
Pahoinvointi, oksentelu	Haloperidoli	0.5–2 mg x 1–3/vrk
	Ondansetroni	4–8 mg x 1–3/vrk
	Deksametasoni	2–30 mg/vrk
	Okreotidi	100–900 µg/vrk
Levottomuus, ahdistuneisuus	Haloperidoli	1–5 mg x 1–3/vrk
	Midatsolaami	2,5–5 mg x 1–4/vrk
	Loratsepaami	0,5–1 mg x 1–4/vrk
Limaisuus, hengityksen rohina	Glykopyrroniumbromidi	0,2 mg x 1–3/vrk
	Hyoskiinibutyylibromidi	40–120 mg/vrk
Akuutti hätätilanne*	Midatsolaami	2,5–7,5 mg 5–10 min välein
	Morfiini	5–10 mg 5–10 min välein
	Deksmedetomidiini**	100–200 µg 10–20 min välein

Taulukko 2. Ihonalaislääkkeiden annostelu kotisairaalaissa (4, 8).

* Kriisitilanteissa lääkettä annetaan 5-10 minuutin välein, kunnes oire helpottuu.

** Dexmedetomidiinia voidaan annostella myös intranasalisesti.

Osa potilaista haluaa rajata kotona olemisensa konkreettisesti: ”niin kauan kuin pääsee liikkumaan, niin kauan kuin pääsee vessaan, niin kauan kuin pääsee portaat”. Kuolemaa lähestyvä potilas saattaa ajatella, ettei halua olla ”taakaksi” omaisilleen ja tämä vaikuttaa päätökseen loppuvaiheen hoitopaikasta (7). Usein tässä vaiheessa omainen kertoo haluavansa hoitaa läheisensä kotona. Saattohoidon aikana omainen saattaa uupua tai potilaan ja tukiverkoston epävarmuus muodostua niin voimakkaaksi, että yhteinen ratkaisu on kuitenkin siirtyä viimeisiksi päiviksi osastolle. Kotisairaalan tukiosasto, Espoossa Villa Glims, onkin ehdoton edellytys palliativisen hoidon lupaukselle. Kotisairaalan henkilökunnan oirehoidon osaaminen ja ennakoiva hoitosuunnitelma tukevat onnistunutta kotisaattohoitoa. Saattohoitopotilaan oirehoito voi vaatia tarvittavan lääkityksen käyttöönottoa tai tehostusta viikonloppuisin tai yöllä.

Keskustelemalla vahvistetaan hoidon onnistumista ja vältetään paniikkilähdöt sairaalaan.

Kotisairaalan hoitovastuulla olevan potilaan kunnan hiipussa ja voimien vähentyessä korostuu kotihoidon tärkeä osuus. Kotihoito auttaa potilasta perushoidossa, tarvittaessa useamman kerran päivässä. Apuvälineet, esimerkiksi sairaalasänky, pyörätuoli, tukikahvat asuntoon ja happirikastin, järjestyvät kotisairaalan kautta.

Kuoleman lähestyessä potilaan elintoiminnot hidastuvat. Tajunnantaso laskee, näkö ja janon tunne vähenevät, nieleminen vaikeutuu, suoliston ja munuaisten toiminta hiipuu. Kun aiemmin hyvin toiminut peroraalinen tai transdermaalinen kipulääke ei enää riitäkään oireiden hallintaan, tarvitaan parenteraalinen lääkkeenantoreitti. Kotisaatto-

hoidossa toimivimmaksi ja turvallisimmaksi on osoittautunut ihonalainen lääkitys. Subkutaanikanyyli on helppo asettaa olkavarteen tai rintakehälle. Lääkkeet voidaan annostella joko kerta-annoksina tai tasaisena infuusio-

>>

na lääkeannostelijan kautta. Jatkuvalle ihonalaisinfuusiolla saavutettavat lääkeainepitoisuudet elimistössä ovat verrattavissa laskimoteitse saavutettaviin pitoisuuksiin. (8). Samaan lääkeannostelijaan voidaan laittaa useisiin eri oireisiin vaikuttavia lääkkeitä (esimerkiksi opi-aattia, haloperidolia tai bentsodiatsepiinia). Taulukossa 2 on koottuna tavallisimpia kotisairaalan käyttämiä lääkkeitä.

Erityistekniikat palliativisessa hoidossa

Palliativiset potilaat tarvitsevat toisinaan myös erikoissairaanhoidon tarjoamia hoitotoimenpiteitä oireidensa lievittämiseksi. Suuri osa palliativisen yksikön potilaista on syöpäpotilaita, joiden sairaus edetessään voi aiheuttaa oirekuvan nopean vaikeutumisen laajenevan kasvaimen painevaikutuksen vuoksi. Yleistilan, arvioidun toipumisreservin ja sairauden ennusteen perusteella harkitaan mahdollisuutta vaikuttaa kasvaimen kokoon yleensä sädehoidolla, mutta erittäin hyväkuntoisilla potilailla jopa kirurgialla. Sädehoidon olennainen rajoittava tekijä on ehdoton vaatimus kyvystä maata sädehoidon ajan täysin paikoillaan ja rintakehän alueella myös kyky pidättää hengitystä sädehoitoa annettaessa. Kipusädehoidon erityisongelma on saada riittävä kivunlievitys muutoin hoitoresistenttiin kipuun sädehoidon ajaksi. Kielenalainen ja nenänsisäinen fentanyyli ovat helpottaneet ongelmaa merkittävästi.

Palliativisen yksikön potilaat lähetetään tarvittaessa Syöpäklinalle palliativisen sädehoidon harkintaan. Kipulääkkeillä huonosti lievittyvien yksittäisten luuston etäpesäkkeiden kipuja voidaan tehokkaasti hoitaa ulkoisella kerta-sädehoidolla. Kipusädehoidon vastetta seuraten voi lääkäri joskus vähitellen lopettaa kokonaan syöpäpotilaan kipulääkityksen tai potilas voi vähentää tarvittaessa käytettävien kipulääkkeiden määrää. Sädehoidolla on mahdollista tyrehdyttää syöpäkasvaimesta johtuvia verenvuotoja hengitysteissä, virtsateissä, maha-suolikanavassa ja iholla. Päivystyksellisen sädehoidon tarvetta harkitaan silloin kun potilaalla on todettu selkädinkompressio tai yläonttolaskimo-oireyhtymä.

Kehon putkimaisiin rakenteisiin, muun muassa sappi- ja hengitysteihin sekä ruuansulatuskanavaan voidaan asettaa stentti ahtaumien hoidoksi. Toimenpiteet ovat yleensä hyvin siedettyjä ja oikein kohdistettuna parantavat elämän-

laatua merkittävästi, mutta potilaan soveltuvuus toimenpiteeseen on harkittava yksilöllisesti.

Erilaisten ihon läpi asetettujen katetrien kanssa potilas tarvitsee vähintään ajoittaista hoitohenkilökunnan tukea. Kotiolosuhteet asettavat katetrin hoidolle haasteita. On tärkeää muistaa, ettei potilaalla ole kotona välitöntä mahdollisuutta saada hoitohenkilökuntaa arvioimaan tilannetta ongelmien ilmetessä, joten riskit tulee minimoida ja niihin tulee varautua. Katetrin takertuminen ympäristöön on huolellisellakin hoidolla ja varovaisellakin potilaalla aina mahdollista. Kotiin ei välitöntä saattohoitotilannetta lukuun ottamatta voida lähettää potilasta, jonka katetrin irtoaminen aiheuttaa välittömän vaaratilanteen. Tästä syystä suoraan keskuslaskimoon pistetyn katetrin sijaan tulee käyttää tunneloitua tai ääreislaskimon kautta asetettua keskuslaskimokatetria. Potilaita ei myöskään lähetetä kotiin pleuradreenin kanssa ilman tariskin vuoksi. Sen sijaan tunneloimattomankin askitesdreenin ja eri tasoille asetettujen virtsakatetrien kanssa kotielämäkin on turvallista, mutta katetrien irtoaminen on suhteellisen yleinen haitta.

Oireenmukaisen hoidon vaiheessa potilasta pyritään suojelemaan vältettävissä olevilta usein pitkäksi venyviltä sairaalakäynneiltä, joten viimeistään usein toistuneen pleura- tai askitespunktion jälkeen tulee pohtia tunneloidun, esimerkiksi PleurX-dreenin asettamista. Lehden lukijakunnalle tutuimpia ovat sentraaliset (epiduraali- ja spinaalikatetrit) ja perifeeriset hermopuudutuskatetrit, joiden avulla vaikeita kipuja kärsineille potilaille on mahdollistettu jopa kuukausiksi elämä kotona läheisten kanssa ilman kärsimystä.

Laadun arviointia

Kotisairaalan laadunhallinnassa korostuvat potilasturvallisuus, potilaskeskeisyys, turvallinen hoitoympäristö ja osaamisen ja toimintatapojen jatkuva kehittäminen (9). Sairaалalla on keskeisten prosessien sekä toiminta- ja hoito-ohjeiden kirjasto (sharepoint), jota päivitetään säännöllisesti asiantuntijoiden kanssa. Asiakastytyväisyyttä sairaalassa seurataan Espoon kaupungin palautejärjestelmän kautta. Seurannassa käytetään NPS-lukua (Net promoter score -luku, asteikolta -100 - +100), jonka tavoite on sairaalassa yli 75. Vuonna 2020 asiakastytyväisyysindeksin keskiarvo Espoon kotisairaалassa oli 87. Kyselyssä tiedustellaan mielipidettä muun muassa potilaan

kokemasta kohtelusta, hoitoon liittyvästä tiedon- saannista ja koetusta avunsaannista. Palliativinen yksikkö on pysynyt tavoitteessaan toteuttaa lähetekäsittely kolmen päivän sisällä lähetteen saapumisesta ja kartoituskäynti viimeistään kahden viikon kuluessa. Tarvittaessa ammattilaisen käynti järjestyy välittömästi lähetteen saapumisesta.

Potilaiden hoidon laadun parantamiseksi seurattiin Espoon kotisairaalaissa äkillisten palliativisten käyntien tarvetta ja havaittiin suurin avuntarve kello 10–18 aikavälille. Tästä johtuen kotisairaalan sairaanhoitajien työnjaossa tehtiin muutos, jossa yksi kokenut sairaanhoitaja kohdennettiin kello 10–18 välillä hoitamaan äkillisiä palliativisia käyntejä. Vuodesta 2019 alkaen ovat kaikki äkilliset käynnit toteutuneet alle kolmessa tunnissa, suurin osa alle kahdessa tunnissa. Riski- tai vaaratapahtumasta tehdään välittömien korjaustoimien lisäksi HaiPro-järjestelmään ilmoitus, jonka pohjalta pyritään välttämään riskitapahtuman uusiutuminen. HaiPro-ilmoitusten määriä ja sisältöä seurataan.

Tulevaisuus

Tulevaisuudessa kotisairaalan ja kotiin vietävien palvelujen sekä kotisaattohoidon kysyntä lisääntyy.

Videovastaanottoja, vieridiagnostiikkaa ja potilasmonitorointia kotioloissa tarvitaan enemmän.

Jo nyt liikkuva sairaala (Liisa) ottaa laajalla valikoimalla diagnostisia testejä ja tekee näin hoitajalähtöistä lääkäriä konsultoivaa diagnostiikkaa tehostetussa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

STM:n asiantuntijatyöryhmän mukaan kotisairaalapalvelua tarjoavissa yksiköissä tulisi olla riittävä henkilömitoitus suhteutettuna väestöpohjaan: 2 lääkäriä/100 000 asukasta ja 13–16 sairaanhoitajaa/100 000 asukasta. Palliativisen kotisairaalan toiminnasta vähintään puolet tulisi olla palliativista hoitoa ja saattohoitoa osaamisen turvaamiseksi. Saman kehitysehdotuksen mukaan palliativisen erityistason vuodepaikkojen määrän tulisi olla 8–10 paikkaa/100 000 asukasta. Tulevaisuudessa kotisairaalaissa palliativisen lääkärin konsultaatiotuki tulisi olla käytettävissä ympäri vuorokauden (2). ■

Viitteet

- Ohvanainen A, Niemi-Murola L, Elonheimo O, Pöyhä R. Hospital-at-home network in Finland. *International Journal of Healthcare Management*, published online 13.2.2020. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1725717>
- Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019: 68. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palliativisen ja saattohoidon järjestäminen. STM raportteja ja muistioita 2017: 44. https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliativisen+hoiton+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0
- Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. www.kaypahoito.fi
- Lacey Judith: Management of the actively dying patient. Kirjassa Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. *Oxford Textbook of Palliative Medicine 2015*, Oxford University Press.
- Saarelma Kaija. Palliativinen hoito kotisairaalaissa. *Duodecim* 2005; 121: 203-9.
- Ahtiluoto ym. Kotisaattohoidon organisointi kotisairaalaissa. Kirjassa: Kotisairaala. Toim. Pöyhä R, Guldogan E, Vanhanen A. *Duodecim* 2018.
- Reino Pöyhä. Lääkkeiden ja nesteiden ihonalainen annostelu. Kirjassa: Kotisairaala. Toim. Pöyhä R, Guldogan E, Vanhanen A. *Duodecim* 2018.
- Hämäläinen J, Vornanen R. Asiakasturvallisuus osana laadukasta palvelujärjestelmää. Kirjassa: Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. Toim. Kurki T, Jylhä V, Kekoni T. *Gaudeamus* 2021.