



SAATTOHOITO VANTAALLA

Vantaan saattohoidon malli



Sisällysluettelo

1	Johdanto	2
2	Määritelmiä	3
3	Taustaa	5
3.1	Miten saattohoitoa on toteutettu Vantaalla	5
3.2	Palliativisen hoidon kolmiportainen malli	6
3.3	HYKS-sairaanhoitoalueen saattohoidon malli	7
4	Saattohoidon eri toimijat Vantaalla	8
4.1	Perustaso	8
4.1.1	Terveysasema	8
4.1.2	Kotihoito ja palvelutalot	10
4.1.3	Hoivakodit (tehostettu asumispalvelu, laitoshoido)	11
4.1.4	Sairaalan vuodeosastot	12
4.2	Saattohoidon alueelliset yksiköt	13
4.2.1	Katriinan sairaala os. 5	13
4.2.2	Tehostettu kotihoito	14
4.3	Erityistaso	15
4.3.1	Terhokoti	15
4.3.2	HYKS:n palliativinen yksikkö	15
5	Potilaan hoitopolkuprosessi palliativisessa hoidossa	16
5.1	Milloin palliativiseen hoitoon - palliativisen hoidon päätös	16
5.2	Missä hoidetaan - miten hoitopolku kulkee	16
5.3	Terhokodin käyttö	17
5.3.1	Käytön kriteerit	17
5.3.2	Lähete- ja maksusitoumuskäytäntö	18
5.4	Saattohoidon erityispiirteitä hoiva-asumisen yksiköissä	18
5.4.1	Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito	18
5.4.2	Loppuvaihetta koskevat hoitoratkaisut	19
5.4.3	Hoitolinjausten teko	20
5.4.4	Suosituksiset muistisairaiden saattohoitoon	21
6	Kirjaamiskäytännöt	22
6.1	Gfs/pysyvät esitiedot	22
6.2	Riskitiedot	22
6.3	Jono/lähetteet	22
7	Kehittämistarpeet	22
7.1	Seurantajärjestelmä	22
7.2	Lääkehoitolupien yhdenmukaistaminen	23
7.3	Saattohoito monikulttuurisessa ympäristössä	23
8	Henkilöstön osaaminen ja koulutus	23
8.1	Henkilöstön osaaminen	23
8.2	Koulutustarve	24
9	Vapaaehtoistoiminta	24
10	Tiedotussuunnitelma	25
	Viitteet:	26



1 Johdanto

Palliativisella eli oireita lievittävällä hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava etenevä sairaus ei enää ole parannettavissa eikä sen ennusteeseen voida merkittävästi vaikuttaa. Saattohoito on osa palliativista hoitoa. Saattohoito ajoittuu ajallisesti oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen, viimeisille elinviikoille. Palliativisella hoidolla ja saattohoidolla pyritään lievittämään sairauden aiheuttamaa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä kärsimystä sekä vaalimaan potilaan ja läheisten elämänlaatua. (1)

Sosiaali- ja terveysministeriö on 2010 antanut Hyvä saattohoito Suomessa -suosituksen, jonka tarkoituksena on turvata hyvä saattohoito jokaisen kuolevan ihmisen oikeutena. Tässä suosituksessa otetaan kantaa saattohoidon osaamiseen, järjestämiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa, saattohoitosuosituksiin ja suositusten toimeenpanoon. STM:n saattohoitosuosituksessa määritetään hyvän saattohoidon edellytykset, joiden mukaisesti saattohoidon perustana on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan lähellä kuolemaa, hoitolinjauksista keskustellaan potilaan ja potilaan salliessa omaisten kanssa. Sovitut asiat kirjataan hoitosuunnitelmaan. Hoitopäätökset perustuvat lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan toiveisiin. Päätöksistä vastaa hoitava lääkäri, lisäksi tulee nimetä henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta eri aikoina. Saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Saattohoitoa toteuttava henkilökunta saa säännöllistä täydennyskoulutusta ja heillä on riittävästi osaamista saattohoidon eri osa-alueilla. Saattohoidossa noudatetaan Käypä hoito -suosituksia ja saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, palvelutalossa, vanhainkohteissa tai asumisyksiköissä, sairaaloiden vuodeosastoilla tai saattohoitokodeissa. Saattohoito tulee toteuttaa yhdenvertaisesti ja saattohoitopotilaalle tarjotaan saattohoitopalvelut siellä missä hän on hoidossa tai asuu. (2)

STM:n suositus ottaa kantaa myös keskeisiin kehittämistoimenpiteisiin saattohoitosuosistusten toimeenpanossa. Näiden mukaisesti tulee sairaanhoitopiirin laatia saattohoitosuunnitelma ja selkeyttää saattohoitopotilaan hoitopolkua. Suunnitelmaan tulee kirjata myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastualueet saattohoidossa. (2)

STM:n saattohoitosuosituksen perusteella HYKS-sairaanhoitoalueella asetettiin vuonna 2010 erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteinen työryhmä, jonka työn pohjalta valmistui esitys HYKS-sairaanhoitoalueen saattohoidon järjestämiseksi (1). Työryhmän esitys pääkaupunkiseudun saattohoitoketjuksi perustuu STM:n raportteihin ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” ja ”Hyvä saattohoito Suomessa”. (2,3)



”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” raportin mukaisesti pääkaupunkiseudulle esitetään kolmiportaista hoitomallia, jossa ylintä osaamistasoa edustavat HYKS:n palliatiivinen yksikkö ja Terhokoti (taso C). Alueellista erityisosaamista edustavat kotisairaala-verkosto ja terveyskeskusvuodeosastoilla olevat tai niille perustettavat saattohoito-osastot ns. alueelliset saattohoitoyksiköt (taso B). Perustasoa edustavat kotihoito, erilaiset hoitolaitokset ja -kodit, sekä terveys- ja sosiaaliviraston pitkäaikaishoitolaitokset (taso A). (1)

Joulukuussa 2012 Vantaan vanhus- ja vammaispalveluissa päätettiin muodostaa työryhmä, jonka tehtävänä on luoda ja kuvata Vantaan saattohoitomalli HYKS-sairaanhoitoalueen työryhmän esityksen pohjalta. Työryhmä aloitti työskentelynsä lokakuussa 2013. Työryhmään on kuulunut: Lea Annanmäki (os lääkäri sairaalapalvelut), Marjut Asikainen (os lääkäri sairaalapalvelut), Katja Blomberg (oh sairaalapalvelut), Outi Iharvaara (palvelutalojen päällikkö vanhusten avopalvelut) Annariina Jyvälahti (johtava ylilääkäri sairaalapalvelut), Päivi Keskinen (kotihoiton päällikkö vanhusten avopalvelut) Maritta Korkiamäki (vt yh sairaalapalvelut), Sirpa Sairanen (os lääkäri sairaalapalvelut), Päivi Selvarajan (oh hoiva-asumisen palvelut), Tuija Vilkkö (oh tehostettu kotihoito), Ritva Tauriainen (terveyspalvelupäällikkö, terveyspalvelut) sekä Marjut Viheraari, Susanne Pietiläinen, opiskelijat Metropolia.

2 Määritelmiä

Saattohoidon tavoitteena on hoitaa potilasta niin, että hänen jäljellä olevan elämänsä (yleensä viikkoja) laatu on mahdollisimman hyvää, ilman kipuja ja muita haittaavia oireita. Vuonna 2003 **Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta** (ETENE) julkaisi saattohoidon eettisiä ohjeita käsittelevän muistion. Muistiossa todetaan, että saattohoidon aloittaminen edellyttää päätöksentekoa hoitolinjasta. Päätökset tekee lääkäri yhdessä potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Päätös tulisi tehdä ajoissa, jotta potilas ja hänen läheisensä ehtisivät valmistautua lähestyvään kuolemaan ja pystyttäisiin tukemaan myös potilaan autonomiaa päätöksenteossa hyvällä oireiden ja kipujen hoidolla. (4) Palliatiivinen hoito saattaa kestää jopa vuosia, kun taas saattohoito kestää yleensä muutamia viikkoja tai enintään kuukausia.

Hoitolinjoja ovat muun muassa aktiivinen hoito, jolloin kaikki hoidot ja toimenpiteet ovat mahdollisia, oireenmukainen eli palliatiivinen hoito sekä saattohoitolinjaus, joka rajaa hoitoa vielä selkeämmin, mutta kuitenkin yksilöllisesti. Päätös elvyttämättä jättämisestä (do not resuscitate, DNR-päätös) on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös pidättäytyä potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta ja paineluelvytyksestä, jos sydämen toiminta pysähtyy. Hoitavan lääkärin tulee mahdollisuuksien mukaan keskustella hoitolinjauksista ja päätöksistä potilaan kanssa tai jos potilas ei siihen kykene, tiedusteltava omaisilta potilaan mahdollista aikaisempaa kantaa. Hoitolinjaukset tulee kirjata potilasasiakirjoihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista)



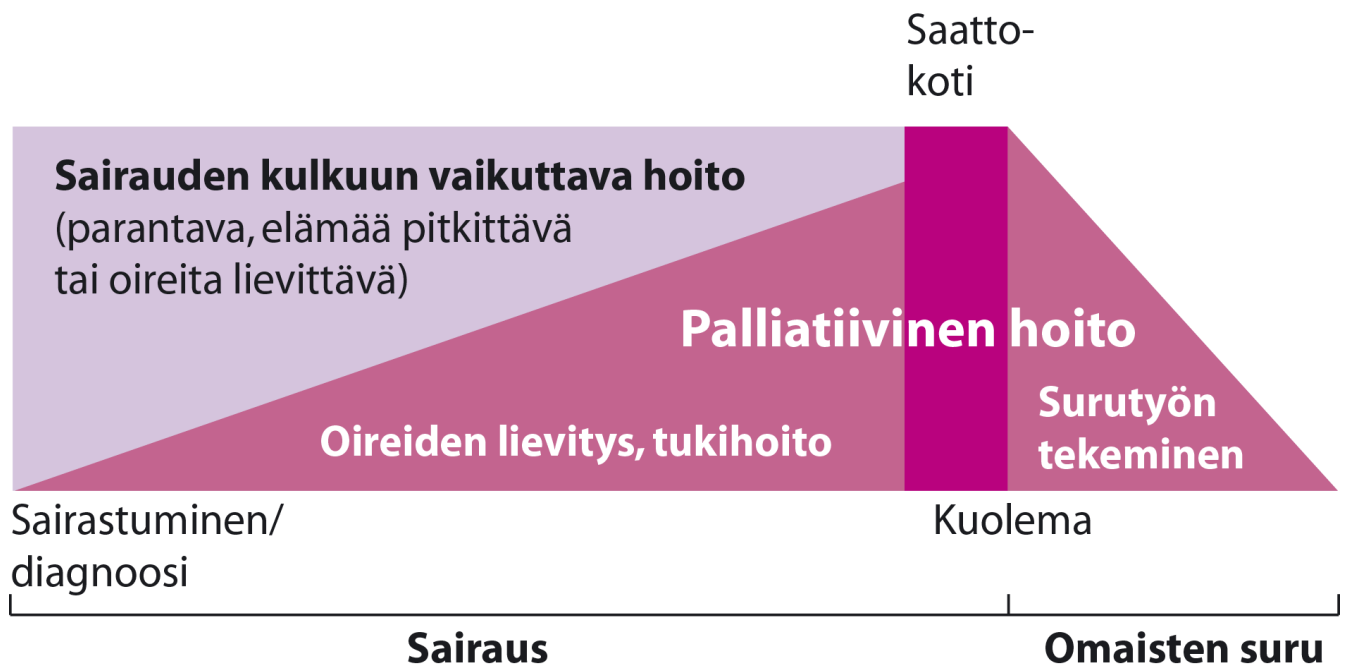
Saattohoito ja palliatiivinen hoito ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä, joilla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen hoitoa, mutta käsitteillä tarkoitetaan jonkin verran toisistaan poikkeavia asioita. (4)

Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun sairaus ei ole parannettavissa. Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan palliatiivisen hoidon vaihe voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. Keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys. Oireiden hoidon lisäksi tulee huomioida psyykkiset, sosiaaliset sekä hengelliset tekijät. Palliatiivisen hoidon päämääränä on potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi. Palliatiivinen hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti ja tukee läheisiä selviytymään potilaan sairautenaikana sekä kuoleman jälkeen. (4)

Saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivista hoitoa ja läheisten tukea. Se on hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheissa ja kuolinprosessin aikana. Saattohoidossa on keskeistä potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Saattohoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja potilaan jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito sinänsä ei ole riippuvainen potilaan diagnoosista. (4)

Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyvät hoitolinjaukset ja päätökset tulee tehdä yhdessä potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa. Potilaan hoitolinjauksia koskevat päätökset tekee potilasta hoitava lääkäri. Hoitolinjaukset tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Päätös saattohoidosta voi olla yksi hoitolinjapäätös tai lopputulos pitkästä prosessista, jonka aikana on selvinnyt, ettei sairaus ole parannettavissa. (4)

WHO:n mukaan palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole nopeuttaa eikä lykätä kuolemaa. Tukiverkostojen avulla palliatiivisen hoidon tarkoituksena on edesauttaa mahdollisimman aktiivisen elämän elämistä kuolemaan asti. Elämänlaadun parantamisella saatetaan helpottaa myös sairauden kulkua. Tukiverkostot tukevat myös kuolevan omaisia niin palliatiivisen hoidon aikana kuin kuoleman jälkeen surutyössä. (5)



A.Vainio, P.Hietanen, Palliatiivinen hoito, 2004, Duodecim

3 Taustaa

3.1 Miten saattohoitoa on toteutettu Vantaalla

Saattohoitoa kotona on aikaisemmin voitu toteuttaa kaupungin kotihoidon ja Terhokodin kotisairaanhoidon turvin. Myös eri pitkäaikaishoitopaikoissa ja asumispalveluissa saattohoitoa on pyritty turvaamaan mahdollisuuksien mukaan.

Vantaan sairaalapalveluiden Katriinan sairaalan osastolle 5 ryhdyttiin 1990-luvun alussa keskittämään erilaisista syistä vaikeista kivuista kärsivien potilaiden hoitoa. Osin tähän vaikutti tuolloisen henkilökunnan kivun hoidon erityisosaaminen ja kiinnostus sekä osin osaston rakenteelliset mahdollisuudet sairaalan peruskorjauksen jälkeen (mm. kuusi yhden hengen huonetta). Tuolloin 20 potilaspaikan osaston paikoista puolet varattiin tällaisten potilaiden hoitoon. Vähitellen tämänkaltaisten potilaiden määrän lisääntyessä osaston toiminta laajentui käsittämään kaikki vuodepaikat. Syksystä 2003 alkaen on osastolla ollut kokoaikainen lääkäri ja toiminta on muuttunut yhä enemmän palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Lähes kaikki osastolla 5 hoidetut potilaat ovat olleet palliatiivisessa ja/tai saattohoidossa. Potilaan voinnin mukaisesti on arvioitu kotihoitoon tai aikaisempaan asuinpaikkaan siirtymismahdollisuudet.

Osastolla 5 sairaalapastorin työn merkitys on ollut erityisen tärkeää. Saattohoidon vapaaehtoiset ovat olleet suureksi avuksi.



Osastolle 5 potilaat ovat tulleet sairaalan käytännön mukaisesti läheteellä tai siirtyneet sairaalan muilta osastoilta ja myös kotihoidosta. Hyvän saattohoidon kehittämisessä Vantaalla tavoitteena on mahdollistaa ns. kriisipaikka, jolloin saattohoitoa tarvitseva ihminen voisi päästä osastohoitoon mahdollisimman välittömästi.

3.2 Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli

Saattohoitopalvelut tarjotaan mahdollisuuksien mukaan siellä, missä potilas on hoidossa tai asuu ja elää. Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskuksessa, sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Lasten saattohoito on erikoissairaanhoidon vastuulla. (6)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä valmisteli raportin syövän hoidon kehittämisestä Suomessa (3). Raportissa ehdotettiin mm. riittävän palliatiivisen koulutuksen järjestämistä lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Raportin mukaan perusterveydenhuollon tulisi huolehtia niistä potilaista, joiden hoito ei edellytä erityisosaamista sekä vahvistaa konsultaatiomahdollisuuksia. Tätä varten kotihoitoa tulisi lisätä ja perustaa perusterveydenhuoltoon erikoistuneita palliatiivisen ja saattohoidon yksiköitä päivä- ja kotisairaaloineen sekä tukiosastoineen turvaamaan ympärivuorokautinen apu, mahdollistamaan kotisaattohoito sekä takaamaan joustavat konsultaatiomahdollisuudet sekä alueellinen koulutus. Raportissa ehdotettiin myös yliopistosairaaloihin ja suurimpiin keskussairaaloihin perustettavan palliatiivisen lääketieteen yksiköt antamaan vaativaa erityistason hoitoa sekä edistämään hoidon kehittämistä ja opetusta. Suositettiin myös tehostettavan kolmannen sektorin saattohoitoyksiköiden toimintaa saattohoidon alueellisina erityisyksikköinä. Raportissa suositettiin luomaan sairaanhoitopiireittäin alueellisesti toimivat palliatiiviseen hoitoon siirtyvän potilaan hoitopolut edellyttäen saattaen vaihtamista. Raportin ehdotuksena on kolmiportaisen hoitojärjestelmän rakentaminen Norjan mallin mukaan STM:n kolmiportainen malli:

1. Kaikki terveydenhuollon yksiköt vastaavat perustason saattohoidosta. (taso A)
 - Yksiköt: kaikki terveydenhuollon yksiköt
 - Henkilökunta: terveydenhuollon ammattihenkilöt
 - Koulutus: perustason koulutus
2. Alueelliset saattohoidon yksiköt toteuttavat saattohoitoa ja toimivat alueellisina konsultoivina yksiköinä. (taso B)
 - Yksiköt: kotisairaalat tukiosastoineen ja saattohoito-osastot/paikat 12
 - Henkilökunta: moniammatillinen työryhmä (vähintään lääkäri ja sairaanhoitaja), saavutettavuus 24/7
 - Koulutus: perustason koulutuksen jälkeistä palliatiivisen hoidon/lääketieteen koulutusta



3. Yliopisto- ja keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt ja saattohoitokodit tarjoavat vaativan tason hoitoa ja koulutusta, sekä yliopistosairaala lisäksi vastaa opetuksesta ja alan tutkimuksesta sekä hoidon kehittämisestä. (taso C)
- Yksiköt: yliopisto/keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt ja saattokodit
 - Henkilökunta: moniammatillinen työryhmä (lääkäri, sairaanhoitaja ja erityistyöntekijöitä), erityiskoulutetun henkilöstön saavutettavuus 24/7
 - Koulutus: palliatiivisen hoidon/lääketieteen pätevyys

3.3 HYKS-sairaanhoitoalueen saattohoidon malli

STM:n saattohoitosuosituksen perusteella HYKS- sairaanhoitoalueella asetettiin vuonna 2010 erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteinen työryhmä, jonka työn pohjalta valmistui esitys HYKS-sairaanhoitoalueen saattohoidon järjestämiseksi (1). Työryhmän esitys pääkaupunkiseudun saattohoitoketjuksi perustuu STM:n raportteihin ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” ja ”Hyvä saattohoito Suomessa” (2,3). Työryhmään kuului moniammatillinen edustus erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta.

Työryhmä esitti pääkaupunkiseudulle saattohoidon malliksi ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” raportin mukaisesti kolmiportaista hoitomallia. Porrastetussa hoitomallissa tarkoituksena on turvata katkeamaton hoitoketju ja huomioida potilaan oikea-aikainen siirtyminen vaativuustasoa vastaavaan hoitopaikkaan.

- Ylintä osaamistasoa (vaativa tasoinen hoito, opetus, koulutus, tutkimus) edustavat HYKS:n palliatiivinen yksikkö ja Terhokoti. (taso C)
- Alueellista erityisosaamista edustavat omat saattohoitoyksiköt, jotka koostuvat kotisairaalasta, kotisairaalan tukiosastosta tai -vuodepaikoista ja saattohoitovuodeosastosta tai -paikoista. Nämä yksiköt vastaavat oman alueensa konsultaatiotoiminnasta ja koulutuksesta. (taso B)
- Perustasoa edustavat kotihoito, erilaiset hoitolaitokset ja palvelutalot, sekä terveys- ja sosiaaliviraston pitkäaikaishoitoyksiköt. (taso A)
- Saattohoitopotilaan hoitopolkua koordinoimaan työryhmä ehdotti ns. koordinoivat hoitajat, jotka toimivat eri klinikoissa kiinteässä yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palliatiivisten ja saattohoitoyksiköiden kanssa auttaen jatkohoitoon ohjauksessa kolmiportaisen mallin mukaisesti.

Avohoito toteutetaan potilaan asuinpaikassa, joka voi olla koti, mutta myös hoitolaitos tai hoitokoti, jossa potilas asuu. Perustason hoitoa toteuttaa kotihoito ja hoitolaitosten tai hoitokotien henkilökunta. Kotisairaala antaa tarvittavan konsultaatiotuen. Kotisairaala myös vastaa vaativamman tasoisesta palliatiivisesta ja saattohoidosta avohoidossa. Kotisairaalan



tukena toimivat tukiosastot tai tukivuodepaikat, joihin kotisairaala voi siirtää avohoidossa olevan potilaan ohi päivystyspoliklinikan, mikäli potilas ei selviydy avohoidossa tai toivoo vuodeosastohoitoa. Perusterveydenhuollon saattohoitoyksiköt turvaavat avun ja konsultaatiotuen 24/7.

Pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden saattohoito pyritään toteuttamaan omassa hoitolaitoksessa tai terveyskeskussairaalassa alueellisen saattohoitoyksikön konsultaatiotuella.

Vaativamman tasoista saattohoitoa tarvitsevien potilaiden ja erikoissairaanhoidosta saattohoitoon siirtyvien, pääasiassa syöpäpotilaiden, vuodeosastohoito keskitetään terveyskeskussairaaloihin perustettaville saattohoito-osastoille tai saattohoitovuodepaikoille.

Vaativissa saattohoitotilanteissa hoito toteutetaan Terhokodissa. HYKS:n palliatiivinen yksikkö toimii konsultoivana yksikkönä vaativissa tapauksissa ja tarjoaa lyhytaikaisia interventioita vuodeosastolla ongelmatilanteissa.

Eri yksiköiden koordinoivat sairaanhoitajat toimivat hoitoketjun yhdyshenkilöinä. Koordinoivilla hoitajilla on tieto yksikkönsä saattohoitopotilaista. He toimivat kiinteässä yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palliatiivisten ja saattohoitoyksiköiden kanssa auttaen jatkohoitoon ohjauksessa yllä esitetyn kolmiportaisen mallin mukaan.
(1)

4 Saattohoidon eri toimijat Vantaalla

Vantaalla saattohoidon kolmiportainen malli rakentuu seuraavasti:

1. Perustaso (taso A), joka vastaa perustason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, edustavat: terveysasemat, kotihoito, palvelutalot, hoiva-asumisenpalvelun yksiköt, sairaalapalveluiden vuodeosastot (Katriina, Peijas) sekä erikoissairaanhoidon vuodeosastot HYKSissä
2. Alueellista erityisosaamista (taso B) edustaa Vantaalla tehostettu kotihoito ja Katriinan sairaalan osasto 5.
3. Vaativan tasoisesta saattohoidosta (taso C) Vantaalla vastaa Terhokoti (kotisairaanhoito, päiväsaairaala ja vuodeosasto).

4.1 Perustaso

4.1.1 Terveysasema

Listamalli on terveysasemien vastaanottojen toimintamalli, jolla pyritään turvaamaan pitkäaikainen hoitosuhde sitä tarvitseville potilaille ja muiden mahdollisimman joustava hoidon tarpeeseen perustuva hoito. Listamallissa potilaat listautuvat joko lääkärille (pysyvä



hoitosuhde) tai tiimiin (joustava hoitoon pääsy) tiettyjen kriteereiden mukaisesti. Listautumisella taataan, että pitkäaikaisesta ja pysyvästä lääkärikontaktista hyötyvä potilas saa omalääkärin ja/tai potilas voi asioida omassa tiimissään.

Listamallin tavoitteena on:

- potilastyön laadun paraneminen
- hoitosuhteen jatkuvuuden turvaaminen
- potilaan valinnanvapauden lisääminen
- lääkärien ja muun henkilökunnan työn hallinnan paraneminen
- rekrytoinnissa onnistuminen
- lääkärien ja muun henkilökunnan osaamisen parempi hyödyntäminen

Listamalli otettiin käyttöön Vantaalla vuonna 2011. Ensimmäisessä vaiheessa ovat halutesaan saaneet listautua 75 vuotta täyttäneet potilaat tiettyjen sairauskriteerien mukaisesti ja palvelujen suorkäyttäjät (vähintään seitsemän lääkärikäyntiä kahden kalenterivuoden aikana). Näiden lisäksi terveydenhuollon ammattilaiset ovat voineet arvioida listautumisen tarpeelliseksi, vaikka edelliset kriteerit eivät täyty. Toisessa vaiheessa otetaan käyttöön edellisen lisäksi tiimilistautuminen, mikä turvaa ei-listautuneiden potilaiden paremman hoidon piiriin pääsyn. Listamallin toinen vaihe otetaan käyttöön 1.1.2014.

Listautumisprosessi

Potilas voi listautua puhelimitse, terveysasemalla tai päiväpoliklinikalla. Listaamisen voi tehdä lääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja tai terveyskeskusavustaja. (Huom. tällä hetkellä Länsi-Vantaalla vain lääkäriesimies listauttaa, muu henkilökunta laittaa potilaan jonoon eli arvioi omalääkärin tarpeen).

Potilas voi listautua kenelle tahansa lääkärille, jonka listalla on tilaa. Potilaalla on mahdollisuus jonottaa toivomalleen lääkärille, jos lääkärin lista on täynnä.

Listautumiskriteerit

GFS-potilastietojärjestelmä tunnistaa listautumisoikeutetut potilaat (kriteerit 1-3). Heidän henkilötiedot -sivullaan on tieto tästä tunnistuksesta ja koodi siitä, minkä kriteerin perusteella hän voi listautua (1-3). Pitkäaikaissairauksien osalta vain pysyväksi merkitty diagnoosi huomioidaan automaattisesti GFS:ssä.

Listautumiskriteerit ovat:

1. Potilas on täyttänyt 75 vuotta.
2. Potilaalla on ollut edellisenä kahtena kalenterivuotena seitsemän tai enemmän käyntiä lääkärin vastaanotolla.
3. Potilaalla on jokin seuraavista pitkäaikaissairauksista:
 - I1 Verenpainesairaudet (pois I10)
 - J4 Pitkäaikaiset alahengitysteidensairaudet (pois J45)
 - E1 Diabetes



I2 Iskeemiset sydänsairaudet

F0 Dementia ja elimelliset aivo-oireyhtymät

F1 Päihteet (alkoholi, lääkkeet ja huumeet)

F2 Skitsofrenia

F3 Masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö

F4 Ahdistus, paniikkihäiriö

M0 Tulehdukselliset ja infektioosit nivelsairaudet (mm. reuma)

4. Terveystieteiden ammattilaisen arvioima listautumistarve, esimerkiksi:

- lapset ja nuoret, joiden perheessä on yksi tai useampi kriteerit 1-3 täyttävä potilas tai perheellä on muuta erityistä ongelmaa
- eläkkeelle jääneet, mutta alle 75-vuotiaat, joilla ei vielä ole kriteerien 1-3 mukaisia perussairauksia
- omaishoitajat, mielenterveyspotilaiden omaiset

Periaatteena on, että omalääkäriä haluava potilas saa omalääkärin, mikäli hänellä on sellainen sairaus tai tautitila, että omalääkäristä on hänelle todennäköisesti hyötyä ja ilman pysyvää hoitosuhdetta hänen sairautensa voisi pahentua tai terveydentilansa heiketä. Potilas voidaan listata tilanteissa, joissa hän ei täytä em. pitkäaikaissairauden kriteeriä, mutta terveydenhuollon ammattihenkilön mielestä hän tarvitsee omalääkäriä.

Joissain tilanteissa potilaalla voi olla vaikea, mutta väliaikaiseksi tiedetty sairaus, jonka vuoksi hän voi hyötyä omalääkäristä, esimerkiksi keski- tai vaikea-asteinen akuutti masennusjakso. Tällöin potilas voidaan listata. Sairauden paranemisen jälkeen hänen kanssaan voidaan sopia listautumisen purkamisesta.

Potilaan pitkäaikaissairaus voidaan todeta GFS:n sairauskertomusmerkintöjen lisäksi tietyissä sairauksissa hänen KELA -kortistaan (erityiskorvattavan lääkkeen koodi). Myös aikaisemman hoitopaikan tai erikoissairaanhoidon epikriisi tai Navitas -tietojärjestelmän kautta nähty sairaustieto voi osoittaa potilaan listautumiseen oikeuttavan pitkäaikaissairauden.

4.1.2 Kotihoito ja palvelutalot

Vantaan kaupungin kotihoito tukee asukkaita, jotka eivät arkielämässä pärjää omassa kodissaan itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujen avulla. Kotihoitoa toteutetaan kahdeksassa alueellisessa toimintayksikössä. Kotihoitoa järjestetään tarvittaessa kaikkina viikonpäivinä, myös suunnitellut yökäynnit ovat mahdollisia. Asiakkaalle voidaan järjestää myös erilaisia tukipalveluja, mm. ateria-, kauppa- ja turvapalvelu. Kotihoidon palvelujen ja tukipalvelujen saamiseen on sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnan hyväksymät kriteerit.

Kotihoidossa on palliatiivisessa hoidossa olevia asiakkaita, joiden lääkityksestä ja oireenmukaisesta hoidosta huolehditaan. Myös saattohoidossa kotihoito on ensisijaista. Tuetumpi hoito tulee kyseeseen, jos kotihoito ei oireiden vaikeuden tai esim. yksinasumisen vuoksi



onnistu. Vantaan kotihoidossa oli 17.3.2014 seitsemän saattohoitovaiheessa olevaa asiakasta. V. 2013 kotona saattohoidettiin n. 25 asiakasta.

Vantaan kaupungin palvelutalot on tarkoitettu henkilöille, joiden toimintakyky on alentunut siinä määrin, etteivät he selviä kotonaan runsaankaan kotihoidon turvin. Tavoitteena on mahdollistaa asukkaalle turvallinen ja laadukas elämä toimintakyvyn rajoituksista huolimatta hänen elämänsä loppuun asti.

Vantaalla on seitsemän kunnallista palvelutaloa, joista neljässä hoitaja on paikalla myös öisin. Palvelutaloissa oli 17.3.2014 kolme saattohoitovaiheessa olevaa asiakasta. V. 2013 palvelutaloissa saattohoidettiin kuusi asiakasta.

4.1.3 Hoivakodit (tehostettu asumispalvelu, laitoshoido)

Hoiva-asumisen palvelut järjestää ikääntyneiden ja erityisryhmien ympärivuorokautista lyhyt- ja pitkäaikaista hoivaa. Palvelut järjestetään sekä omana toimintana että ostopalveluina laitos- ja asumispalveluna. Vantaan omina vanhustenkeskuksina toimii Metsonkoti, Myyrinkoti ja Simonkoti. Hoiva-asumisen palvelut haluaa tarjota merkityksellisen arjen ja tukea asukkaita kuntoutumisessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä mahdollisimman pitkään. Hoiva-asumisen palveluissa keski-ikä on n. 81 vuotta ja hoitoaika n. 2 vuotta (RAI-arvio 2013/2). Vuona 2012 kuoli 112 asukasta, v. 2013 kuoli 78 asukasta. V. 2013 kahden yksikön muuttuminen lyhytaikaisyksiköksi vähensi saattohoitoa.

Hoiva-asumisen palveluissa henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, sairaanhoitajia, perushoitajia, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja viriketoiminnanohjaaja. Puheterapeuttia ja ravitsemusterapeuttia voidaan konsultoida. Lääkäri käy osastoilla kerran viikossa ja muina päivinä häntä voi konsultoida puhelimitse. Lääkäri voi konsultoida Katriinan sairaalan palliatiivisen osasto 5:n palliatiiviseen hoitoon erikoistunutta osastonlääkäriä.

Sairaalateologi on asukkaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan käytettävissä viikottain.

Hoitotahtoja on vielä hyvin harvalla hoiva-asumisen palvelun asukkailla. Lääkäri tekee hoitolinjaukset yhteisymmärryksessä omaisten kanssa.

Sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla on Love-verkkoympäristössä uusitut lääkeluvat. Lähihoitajat eivät voi antaa potilaille PKV-lääkkeitä eivätkä huumausaineita sisältäviä lääkevalmisteita ilman siihen liittyvää täydennyskoulutusta ja lupaa. Täydennyskoulutusta ei vielä ole ollut saatavilla.

Kotisairaalan sairaanhoitajat (Tehko 1) käy tarvittaessa antamassa opioidilääkkeet klo 21.30–07.00. Jotta kivunhoidossa ei tulisi viivettä, kipulääkkeiden tarve pyritään ennakoimaan ajoissa ja tiedottamaan kotisairaala mahdollisimman varhain. Lääkärin läheteellä kotisairaalan henkilökunta antaa tukea mm. vaikeassa oirehoidossa ja iv-antibiioottihoidon



toteuttamisessa. Kotisairaalan hoidossa olevilta asukkailta verikokeet ottavat Tehko 1 sairaanhoitajat, jos ei toisin sovita.

Henkilökunnalla on perustason koulutus saattohoidosta. Syksyllä 2014 järjestetään henkilökunnalle saattohoitopassikoulutus. Sairaalasielunhoito on järjestänyt henkilökunnalle saattohoidon koulutusta vuosittain. Yksittäiset sairaanhoitajat ovat osallistuneet syövän- ja kivunhoitokoulutukseen.

4.1.4 Sairaalan vuodeosastot

Vantaan kaupungin sairaalapalvelut vastaavat kaikesta perusterveydenhuollon sairaalatoiminnasta Vantaalla. Sairaalapalveluihin kuuluvat Seutulassa sijaitseva 155-paikkainen Katriinan sairaala ja HUS-Peijaksen sairaalan yhteydessä toimiva 37-paikkainen geriatrinen akuuttiyksikkö. Sairaalapalvelut on osa vanhus- ja vammaispalvelujen tulosaluetta.

Katriinan sairaalassa on seitsemän erilaisten sairauksien hoitoon perehtynyttä osastoa, päiväsairaala, geriatrinen vastaanotto, terapiayksikkö sekä jatkohoidon järjestelyn konsultaatiotiimi Konsti. Peijaksen sairaalan yhteydessä toimivaan geriatriseen akuuttiyksikköön kuuluu kaksi geriatriasta arviointi- ja akuuttiosastoa.

Sairaalaan tullaan hoitoon lääkärin lähettämänä joko toisesta sairaalasta tai suoraan kotoa, muusta asuinpaikasta tai päivystyksestä. Lähetteen arvioi yhdessä sairaalan jonolääkäri ja -hoitaja ja geriatrisilla arviointiosastoilla arvion arkena tekevät hoitokoordinaattorit yhdessä lääkärin kanssa. Tavoitteena on mahdollisimman lyhyt sairaalahoido sekä kuntoutuminen ja kotiutuminen takaisin aiempaan asuinpaikkaan.

Sairaalan palvelut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattilaisten yhteistyöhön. Hoidosta vastaavalla henkilökunnalla on useiden erikoisalojen tietotaitoa. Päämääränä on edistää ja ylläpitää potilaiden toimintakykyä. Yksilöllinen hoito on sairaalassa tärkeä tavoite. Potilaan hoidosta vastaa päivittäin moniammatillinen tiimi, johon kuuluu lääkäri, hoitajat, terapeutteja ja sosiaalihoitaja. Potilaan hoitoa ja kuntoutumista arvioidaan ja suunnitellaan viikoittain lääkärinkierrolla ja kuntoutus- tai tavoitekokouksessa.

Sairaalapalveluissa toimitaan omahoitajamallin mukaisesti. Se tarkoittaa sitä, että jokaiselle potilaalle nimetään heti hoitajakson alussa omahoitaja, joka pääosin vastaa potilaalle annettavasta hoitotyöstä koko hoitajakson ajan. Sairaalassa noudatetaan toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää työtapaa, joka näkyy monissa arjen käytännöissä. Potilaat ruokailevat useimmiten yhdessä, seurustelevat päiväsalissa ja osallistuvat kuntoutumista ja kotiutumista edistävään toimintaan vointinsa mukaan.

Omaisilla on tärkeä rooli sairaalan toiminnassa. Henkilökunta opastaa omaisia kaikissa niissä toiminnoissa, jotka edistävät potilaan toimintakykyä. Ulkoileminen, ruokailussa avustaminen ja lukeminen edistävät yleensä potilaiden vointia.



Saattohoito on keskitetty sairaalapalveluissa Katriinan osasto 5:lle. Saattohoitoa toteutetaan myös muilla sairaalapalveluiden osastoilla.

Sairaalassa on käytettävissä sairaalapastori, joka toimii potilaiden, omaisten ja läheisten sielunhoitajana. Henkilökohtaisten keskustelujen lisäksi sairaalapastori hoitaa kirkollisia toimituksia ja järjestää hengellisiä tilaisuuksia sairaalassa. Katriinan sairaalassa on myös hiljainen huone hiljentymistä ja siunaamista varten.

4.2 Saattohoidon alueelliset yksiköt

4.2.1 Katriinan sairaala os. 5

Katriinan sairaalan osasto 5 on erikoistunut palliatiiviseen, oireenmukaiseen hoitoon vakavissa sairauksissa, kuten syöpäsairauksissa. Henkilökuntaan kuuluu osastonlääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, perus-/lähihoitaja, osastonsihteeri sekä laitoshuoltaja.

Osastonlääkärillä on palliatiivisen erikoislääketieteen koulutus ja syksystä 2013 alkaen osastolla 5 on ollut oikeus toimia palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyskoulutuksen käytännön koulutuksen erityisyksikkönä. Hoitohenkilökunnasta noin puolet suorittaa PKS-saattohoitopassin keväällä 2014. Lisäksi osa hoitohenkilökunnasta on kouluttautunut kivun ja syöpäsairauksien hoitamiseen.

Yhteistyötä tehdään monien sidosryhmien, kuten fysio-, toiminta- ja puheterapian sekä sosiaalihoitajan kanssa. Tärkeitä yhteistyökumppaneita sairaalapastorin lisäksi ovat saattohoidon vapaaehtoistyöntekijät.

Hoitoa tukevat myös säännöllinen työnohjaus, koulutukset ja osastopalaverit. Osastolla pyritään luomaan mahdollisimman rauhallinen ja turvallinen hoitoympäristö jokaiselle hoitoa saavalle potilaalle. Omaiset ovat palliatiivisessa ja saattohoidossa olevalle potilaalle yleensä voimavara ja usein sairaalahoidon aikana myös ainoa yhteys sairaalan ulkopuoliseen elämään. Omaiset pyritään ottamaan mukaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan eikä osastolla sen vuoksi noudateta tiukkoja vierailuaikoja. Osastolla on myös mahdollisuus omaisen yöpymiseen saattohoitovaiheen aikana.

Osasto 5:llä on 17 sairaansijaa. Näiden lisäksi yksi ylipaikka on varattu Kotisairaalan potilaille ns. kriisi/akuuttipaikaksi, jonne Kotisairaalassa palliatiivisessa hoidossa oleva potilas voi tulla suoraan ilman käyntiä päivystyspoliklinikalla. Virka-aikaan potilassiirrosta sovitaan Katriinan jonohoidon kanssa, virka-ajan ulkopuolella Kotisairaalan ja osasto 5:n hoitajat voivat sopia potilassiirrosta.



4.2.2 Tehostettu kotihoito

Tehostetun kotihoidon toimipiste on Tikkurilan terveysaseman D-portaan 2. ja 3. krs. Tehostetussa kotihoidossa työskentelee lääkäri, tehostetun kotihoidon esimies, 14 sairaanhoitajaa ja 10 lähihoitajaa. Tehostetussa kotihoidossa on kaksi tiimiä: Tehko 1 ja Tehko 2. Tehko 1 on ns. kotisairaala ja Tehko 2 ns. akuutti kotihoito. Heidän tehtävänsä keskittyvät potilaiden kotiutustoimintaan sairaaloista ja palveluntarpeenarvointiin mm. palliatiivisen hoidon ja saattohoidon potilaiden luona sekä yöaikaiseen perushoidolliseen tukeen potilaiden kotona.

Tehostettu kotihoito saa palliatiivisen hoidon potilaiden lähetteet pääasiassa HYKS:n Syöpäkeskuksen palliatiiviselta pkl:lta, mutta myös muilta HYKS:n klinikoilta, Katriinan sairaalasta, hoivapalveluilta tai joskus kotihoidolta. Lähetetyt potilaat ovat sairastamisessaan hyvin erilaisissa vaiheissa. Tehko 1:n (kotisairaalan) potilaiksi otetaan sellaiset, jotka tarvitsevat heti hoitotoimenpiteitä tai tiheitä seurantakäyntejä tai kotisaattohoitoa. Lääkäri ja Tehko 2 arvioivat ei kiireelliset potilaat ensin puhelimitse ja tarvittaessa sitten arviointikäynnillä. Puheluun liittyy aina informaatio tehostetun kotihoidon palveluista ja yhteystiedot vastaisen varalle. Jos potilas on jo ennestään kotihoidon asiakkaana, peruskotihoito arvioi palveluntarpeen muuttuneessa tilanteessa. Lääkärin työparina tehostetussa kotihoitossa toimii saattohoidon koordinaattori.

Palveluntarpeen arvioinnissa kiinnitetään huomiota potilaan toimintakykyyn, oireisiin ja niiden riittävään hoitoon, lisäksi ravitsemuksen ja eritystoimintojen onnistumiseen. Tehdään arvio tarvittavista palveluista ja ryhdytään toteuttamaan niitä.

Palveluntarpeen arvion yhteydessä potilaalle annetaan informaatiota palveluista, Tehostetun kotihoidon ja saattohoitokoordinaattorin yhteystiedot. Täten pyritään ohjaamaan potilaiden yhteydenotot tehostettuun kotihoitoon mm. päivystyksen sijasta. Sovitaan, että potilas tai omainen ottaa yhteyttä, kun palveluntarve muuttuu.

Kotisaattohoito toteutuu yleensä Tehostetun kotihoidon ja peruskotihoidon tuella. Kotisairaala antaa palliatiivisen hoidon potilaille sairaalatasoisia hoitoja kotona tarpeen mukaan mm. suonensisäiset antibioottihoidot, verensiirrot, kivun hoito mm. kipupumpulla, hengitystä tukevat hoidot. Yksinasuvat tai iäkkäät puolison kanssa asuvat usein tarvitsevat vielä laitosjakson loppuvaiheessa. Tehko 1 avustaa tarvittaessa Vantaan hoito- ja hoivalaitoksen saattohoitopotilaita mm. kivunhoidossa öiseen aikaan.

Tehostetussa kotihoidossa toimii saattohoitokoordinaattori. Hän toimii työparina Tehostetun kotihoidon lääkärin kanssa ja ohjaa potilaita saattohoitomallin mukaisesti määritellyyn hoitopaikkaan ja -tasoon. Saattohoitokoordinaattori suunnittelee ja arvioi Tehostetun kotihoitoyksikön kotikäynnin tarpeen esim. potilaan kokonaistilanteen selvittämiseksi.



4.3 Erityistaso

4.3.1 Terhokoti

Terhokoti on 17-paikkainen saattohoitokoti, joka sijaitsee Helsingin Lassilassa. Hoito on tarkoitettu pitkälle edenneestä sairaudesta kärsiville potilaille heidän elämänsä loppuvaiheessa.

Terhokodin tehtävänä on avohoidon keinoin mahdollistaa potilaiden hoito kotona loppuun saakka silloin kun se läheisten voimien salliessa on mahdollista (kotisairaanhoido ja Päiväterho). Koulutusyksikön tehtävänä on lisätä terveydenhuollon ammatillisia valmiuksia sekä tukea potilaita ja läheisiä kotihoidon toteutumisessa. Osastohoidon tehtävänä on tarjota korkealuokkaista saattohoitoa erityistason saattohoitoa vaativille potilaille.

Terhokodin työ perustuu humaaniin ihmisenäkemykseen ja elämän loppuvaiheen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Hoidon suunnittelu kattaa oireiden mukaisen hoidon ja potilaan tarpeista ja toiveista lähtevän huolenpidon.

Saattohoidossa pyritään myös siihen, että omaisilla olisi mahdollisuus osallistua halunsa ja mahdollisuuksien mukaan hoitoon. (7)

4.3.2 HYKS:n palliatiivinen yksikkö

HYKS Palliatiivinen yksikkö tarjoaa palveluja HUS-alueen syöpäpotilaille sekä potilaille, jotka sairastavat muita elämänlaatua heikentäviä ja kärsimystä aiheuttavia kuolemaan johtavia sairauksia. Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla pyritään lievittämään niin fyysistä, psykososiaalista kuin henkistäkin kärsimystä, vaalimaan potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua ja ylläpitämään toimintakykyä.

Kyseessä on lähetepoliklinikka, jonne kuka tahansa lääkäri voi lähettää potilaan. Läheiset ovat tervetulleita mukaan vastaanotolle. Konsultoiva lääkäri tekee pyydettyä käyntejä myös muihin Meilahden klinikoihin.

Palliatiivisessa yksikössä tehdään kokonaisvaltainen palliatiivisen tai saattohoidon hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja läheisten kanssa. Vastaanotolla kartoitetaan oireita lievittävän hoidon ja psykososiaalisen tuen tarve, tarvittavat tukitoimet kotihoidossa oleville potilaille, potilaan toiveet ja odotukset sekä läheisten jaksaminen ja tuen tarve. Kotiavun ja myöhemmin turvallisen saattohoidon järjestämiseksi kartoitetaan oman paikkakunnan hoitotaho, jonka kanssa yhdessä toteutetaan tarvittavat hoidot ja tukitoimet mukaan lukien erikoissairaanhoidoa vaativat hoidot kuten kipusädehoito.



Vuodeosastohoito toteutetaan pääsääntöisesti kotipaikkakunnan sairaalan vuodeosastolla, saattohoito-osastolla tai Terhokodissa lukuun ottamatta tarvittavia lyhyitä hoitojaksoja Syöpätautien klinikan vuodeosastoilla erikoissairaanhoitoa vaativissa tilanteissa.

Yksikössä toimivilla syöpätautien, yleislääketieteen, geriatrian ja anestesiologian erikoislääkäreillä on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. Lisäksi yksikössä toimii erikoistuvia lääkäreitä erikoislääkäreiden ohjauksessa. Yksikön sairaanhoitajilla on palliatiivisen hoidon erityiskoulutusta ja pitkä kokemus alalta. Hoitotiimiin kuuluu myös sosiaalityöntekijä, fyysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykiatri, psykoterapeutti ja pastori, mikä takaa laajan osaamisen ja avunsaannin vaikeissakin ongelmissa.

Palliatiivinen yksikkö toimii kiinteässä yhteistyössä HYKS Syöpätautien klinikan psykososiaalisen tuen yksikön, Meilahden kipuklinikan, Terhokodin ja perusterveydenhuollon kotisairaaloiden ja saattohoitoyksiköiden kanssa, mikä turvaa korkeatasoisen oireenmukaisen saattohoidon. (8)

5 Potilaan hoitopolkuprosessi palliatiivisessa hoidossa

5.1 Milloin palliatiiviseen hoitoon - palliatiivisen hoidon päätös

Päätös parantavasta hoidosta luopumisesta ja palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä voidaan tehdä missä tahansa terveydenhuollon yksikössä. Päätös palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä tulee kirjata potilasasiakirjoihin ja asiasta tulee keskustella aina potilaan ja myös omaisten kanssa. Palliatiivisen hoidon päämääränä on potilaan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu.

5.2 Missä hoidetaan - miten hoitopolku kulkee

Kun päätös palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä tehdään erikoissairaanhoidon yksikössä esimerkiksi poliklinikalla tai vuodeosastolla, lääkäri yleensä tekee lähetteen jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon. Hoitosuhde erikoissairaanhoitoon saattaa edelleen jatkua, vaikka palliatiivista hoitoa toteutetaan myös perusterveydenhuollossa. Palliatiivista hoitoa toteutetaan kolmiportaisen mallin mukaisesti eri vaativuustasoilla ja potilaan hoitopaikka saattaa tilanteestaan riippuen vaihdella portaikon eri tasoilla. Palliatiivista hoitoa toteutetaan potilaan kotona tai jossain hoitolaitoksessa (hoitokoti, vuodeosasto, saattohoitokoti) ja potilas saattaa välillä olla kotihoidossa ja välillä osastolla. Tavoitteena on, että potilaan hoitopaikka ja -taso valikoituu joustavasti potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti ja potilaan siir-



tyminen hoitopaikasta toiseen tapahtuu sujuvasti. Tärkeää on myös, että potilaalla ja omaisilla sekä potilasta hoitavilla ammattilaisilla on tiedossa kenellä on vastuu potilaan hoidosta.

Kotona

Tehostetun kotihoidon saattohoitokoordinaattori koordinoi kotona asuvien palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden hoitoa. Erikoissairaanhoidon yksiköstä tehdään lähete perusterveydenhuoltoon palliatiivisen hoidon järjestämistä varten. Lähete ohjataan Tehkon saattohoitokoordinaattorille ja kotisairaalan lääkärille, jotka tekevät palveluntarpeen arvion, jossa arvioidaan potilaan tarvitsema hoito ja hoidon taso (kolmiportainen malli) ja suunnitellaan tukitoimet ja niiden aikataulu. Potilaan tilanteen muuttuessa palveluntarvetta arvioidaan uudelleen. Myös terveysasemalta tai kotihoidosta voidaan tehdä lähete tehostettuun kotihoitoon palliatiivisen hoidon järjestämistä varten.

Hoitolaitos

Palliatiivista hoitoa voidaan toteuttaa kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Erikoissairaanhoidon yksiköistä lähete perusterveydenhuoltoon lähetetään Katriinan sairaalan jonohoittoon, josta potilas sijoitetaan joko Katriinan osasto 5:lle tai jollekin muulle Katriinan sairaalan osastolle. Katriinan jonohoidossa ylilääkäri arvioi myös Terhokodin vuodeosastohoidon edellytykset ja tarpeen ja tekee tarvittaessa maksusitoumuksen Terhokotiin (kts. kohta 5.3.2). Hoiva-asumisen yksiköissä toteutetaan myös palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Tarvittaessa Kotisairaala on hoiva-asumisen yksikön tukena.

5.3 Terhokodin käyttö

5.3.1 Käytön kriteerit

Terhokoti vastaa potilaidensa kokonaisvaltaisesta saattohoidosta alusta loppuun asti lääketieteellisen ja psykososiaalisen tuen osalta ja näissä tehtävissä Terhokodilla on erityisosaamista.

Vantaalaisista saattohoidon potilaista Terhokodin hoidosta hyötyvät nuoret (< 30-vuotiaat) ja keski-ikäiset (< 65-vuotiaat) erityisesti, jos heillä on vaikeuksia sopeutua lähestyvään kuolemaan ja eksistentiaalista ahdistusta tai potilaan omaisilla on näitä ongelmia tai perheessä on alaikäisiä lapsia. Potilaan oma toive on tärkeä saattovaiheessa ja monet toivovat Terhokodin hoitoa.

Terhokodin kotisairaanhoidon hoitoa tarvittaessa saattovaiheen loppuun asti tai loppuvaiheessa voidaan potilas ottaa joustavasti Terhokodin osastolle. Vantaan omien resurssien käytön kannalta Terhokotiin valikoituvat potilaat olisi hyvä ottaa Terhokodin kotisairaanhoidon hoitoon jo kotona-asumisen vaiheessa, jotta potilassuhde ei välillä vaihdu.



Terhokodin palveluja täydennetään Vantaan kotihoidolla, joka mm. huolehtii avustamisesta ADL-toiminnoissa, apuvälineiden ja sairaanhoitovälinejakelutarvikkeiden sekä tukipalveluiden hankinnasta. Toisinaan tarvitaan myös kotisairaalan (Tehko1) apua esim. suonensisäisessä antibioottihoidossa tai verensiirrossa.

Terhokodin vuodeosastohoitoa ostetaan sellaisille vantaalaisille saattohoitopotilaille, jotka tarvitsevat erityistason vuodeosastosaattohoitoa. Potilaat voivat siirtyä Terhokodin vuodeosastolle kotoaan tai suoraan sairaalan osastolta (esh/pth).

5.3.2 Lähete- ja maksusitoumuskäytäntö

Terhokodin hoitoon tarvitaan lääkärinlähete ja maksusitoumus. Lähete voidaan tehdä erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Lähete lähetetään Katriinan sairaalan jonohoitoon (suoraan tai Tehostetun kotihoidon saattohoidon koordinaattorin kautta). Ylilääkäri arvioi erityistason saattohoidon tarpeen ja kirjoittaa tarvittaessa maksusitoumuksen Terhokotiin. Maksusitoumus ja lähete lähetetään Terhokotiin.

Jos lähetteen perusteella ei potilaalla todeta erityistason saattohoidon tarvetta Terhokodissa (kotisairaanhoito, päiväterho tai vuodeosasto) ei maksusitoumusta tehdä. Tällöin potilaan saattohoito järjestetään muulla tavoin (kotihoito, Tehostettu kotihoito, sairaalan vuodeosasto, Katriinan saattohoito-osasto tms.). Maksusitoumuksen hylkäämisestä informoidaan lähettävää tahoa ja potilasta.

Epävarmoissa tilanteissa voidaan esim. Tehostetusta kotihoidosta tehdä kotikäynti, jossa arvioidaan erityistason saattohoidon tarvetta. Potilaan tilanteen ja hoidontarpeen muuttuessa voidaan erityistason saattohoidon tarve arvioida uudelleen.

5.4 Saattohoidon erityispiirteitä hoiva-asumisen yksiköissä

5.4.1 Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito

Dementia oli 6008:n yli 65-vuotiaan suomalaisen kuolinsyynä vuonna 2010. Heistä 7 % kuoli kotona tai palveluasunnossa, 25 % kuoli vanhain- ja hoivakodeissa ja 68 % sairaaloissa tai terveyskeskuksissa. Vantaan kolmessa vanhustenkeskuksessa kuoli vuonna 2012 112 vanhusta ja vuonna 2013 78 vanhusta.

Eliniän pidentyessä terveydenhuollon haasteena on, että yhä useampi sairastuu vaikeaan dementiaan. Dementia on kuolemaan johtava sairaus, jonka loppuvaiheen kestoa on vaikea ennustaa. Muistisairaista 15 %:lla sairaus etenee loppuvaiheen vaikeaan dementiaan.



Muistipotilaat ovat usein monisairaita ja jäljellä oleva elinaika arvioidaan yleensä todellista pidemmäksi.

Dementian loppuvaiheen aikana muut sairaudet kuten murtumat, aivoverenkiertohäiriöt, sydänveritulpat tai syövät ovat harvinaisia ja ennustavat kuolemaa harvoin. Sitä vastoin keuhkokuumeita on joka toisella ja syömisongelmia ilmaantuu melkein kaikille. Yleisiä oireita on myös hengenahdistus, kivut, painehaavaumat, levottomuus, ulosteen pidätyskyvyttömyys, täydellinen toimintakyvyn puute, painonlasku, painoindeksi alle 18,5 kg/m² ja vireystilan lasku suurimman osan aikaa.

Tutkimusten mukaan 40 % vaikeasti muistisairaille potilaille tehtiin ainakin yksi seuraavista toimenpiteistä viimeisen kolmen elinkuukauden aikana: suonensisäinen nestehoito, siirto sairaalaan tai ainakin päivystyspoliklinikalle, ravitsemusletkun asennus. Vaarana on, että vaikeaa dementiaa sairastavaa potilasta edelleen ylihoidetaan lääketieteellisin toimenpitein, joista saatava hyöty on kyseenalaista.

Syömisongelmat ja toistuvat hengitystieinfektiot johtuvat etenevästä vaikeasta perussairaudesta ja ovat lähestyvän kuoleman eikä suinkaan huonon hoidon merkki. Oireet saattavat edistää kuolemaa, mutta varsinainen kuolinsyy on kuitenkin peruuttamaton vaikea dementia. (9,10)

5.4.2 Loppuvaihetta koskevat hoitoratkaisut

Muistisairaahan ihmisen elämän loppuvaiheen hoidossa tarkoituksenmukaisinta on keskittyä elämänlaadun vaalimiseen, oireiden lievittämiseen, asianmukaiseen ravinnonsaantiin, perheenjäsenten tarpeisiin ja muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan. Kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito voi parantaa muistisairaahan ihmisen oireiden hallintaa ja vähentää perheenjäsenten epävarmuutta ja ahdistusta. Tehottomia ja tarpeettomia hoito-toimenpiteitä pyritään välttämään.

Tavallisimmat loppuvaiheen hoitopäätökset koskevat infektioiden (etenkin keuhkokuumeen), syömisongelmien ja kivun hoitoa sekä tarkoituksenmukaisen hoitopaikan valintaa. Verinäytteiden otto, sairaalaan siirtäminen ja suonensisäinen nesteytys aiheuttavat saattohoidossa olevalle vanhukselle usein enemmän haittaa kuin hyötyä. Interventiot, jotka oli suunniteltu lievittämään pitkälle edenneen muistisairauden aiheuttamia hankalia oireita (kuten kipua ja ahdistuneisuutta), on todettu hoidettavien kannalta hyödyllisimmiksi.

Hoiva-asumisen palveluissa asukasta ei siirretä sairaalaan saattohoitoa varten. Siirto ousuun hoitopaikkaan, on asukkaalle usein ylimääräinen rasite, johon voi liittyä lisääntynyt deliriumriski. Turha päivystykseen siirto voi huonontaa saattohoidon suunnittelua ja laatua sekä lisätä kustannuksia. Turhista tutkimuksista ja verinäytteiden otosta pidättäydytään. Ravitsemusongelmiin ei käytetä nenä-mahaletkua tai Peg-letkua. Letkuruokinnan ei ole todettu lisäävän elinaikaa, parantavan ravitsemustilaa tai elämänlaatua. Suonensisäisestä nesteytyksestä ja antibioottihoidosta päättää lääkäri tapauskohtaisesti. Keuhkokuumeeseen



hoito antibiooteilla on yleistä. Suonensisäiseen hoitoon voi liittyä monia haittaavia oireita kuten hengenahdistusta, iho-oireita ja levottomuutta. Usein joudutaan käyttämään haittaavia rajoitteita kuten sitomista. Jos tärkeämpänä pidetään vanhuksen hyvää oloa kuin pidentynyttä elinaikaa, tulisi harkita antibioottihoidosta luopumista. (9,10)

5.4.3 Hoitolinjausten teko

Potilaan ja hänen omaistensa kanssa on keskusteltava ajoissa elämän loppuvaiheen hoidosta. Läheisten on todettu olevan tyytyväisempiä hoitoon, silloin kun yksikkö on erikoistunut muistisairauksien hoitoon ja kun heillä on ollut riittävästi aikaa keskustella hoitolinjauksista lääkärin kanssa.

Hyödyltään kyseenalaisten hoitojen rajaukset ja omaisen tietoisuus sairauden ennusteesta vähentävät turhia sairaalasiirtoja sekä parantavat oireenmukaista hoitoa. Samalla voidaan keskittyä asukkaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen tuen huomioimiseen. Muistisairaus tekee palliatiivisen hoidon päätöksenteon monimutkaiseksi. Hoitoja tai niistä pidättäytymistä koskevista päätöksistä tulee ottaa huomioon eettiset ja lainsäädännölliset tekijät. Kun ihminen ei enää itse kykene tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä, on tähän tehtävään nimetyn vastuuhenkilön otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä, kuten yksilön toiveiden ja autonomian kunnioittaminen, hoidoista kieltäytyminen tai niistä pidättäytyminen, lääkkeiden käyttö ja päätösten tekeminen muistisairaahan ihmisen puolesta.

Perheenjäsenet toivovat läheiselleen hyvää kuolemaa, mikä sisältää elämänlaadun, tehokkaan oireiden hallinnan ja ihmisen arvokkuuden säilyttämisen. Päätöksentekoa, edunvalvontaa ja hoitotahtoa koskevat ristiriidat ovat yleisiä sekä perheenjäsenten että perheen ja hoitohenkilökunnan välillä. Esteitä palliatiivisen hoidon toteuttamiselle aiheuttavat myös sosiaaliset tekijät, uskonnolliset ja kulttuuriin liittyvät tavat sekä tiedon puute kuolemasta, kuolevasta ihmisestä ja muistisairaudesta. Lääkärien ja hoitohenkilökunnan tulisi ottaa nämä teemat puheeksi osana muistisairaahan ihmisen hoitoa. Vastuu loppuvaiheen muistisairautta sairastavan sukulaisen päätöksistä voi tuntua raskaalta omaisista, joilla ei useinkaan ole kokemusta kuolevan ihmisen hoitoon liittyvistä asioista. Perhettä tulisi tukea ja kannustaa keskustelemaan aiheesta ja suunnittelemaan läheisensä elämän loppuvaiheen hoitoa. Heidät tulisi ottaa mukaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon hoidon kaikissa vaiheissa. Viimeistään vaikean dementian vaiheessa on omaisille selvitettävä taudin luonnollinen kulku. Näin kuolevan ihmisen omia toiveita voidaan kunnioittaa. Potilaat, joiden läheiset tietävät ennusteen, altistetaan harvemmin rasittaville toimenpiteille.

Hoiva-asumisen palveluissa omaisten kanssa pidetään ensimmäinen hoitoneuvottelu kuukauden sisällä hoidon aloittamisesta. Tällöin jo kysytään asukkaan suhtautumisesta kuolemaan ja mitä toiveita asukkaalla ja omaisilla on elämän loppuvaiheen hoidosta. Hoidon alussa voi olla vaikea kuvitella, mitä päätökset käytännössä tarkoittavat ja pitkän hoitojakson aikana hoitolinjauksia on hyvä tarkistaa. Saattohoidon alkaessa omaiset usein haluavat keskustella hoitolinjauksista lääkärin kanssa. Lääkäri kirjaa päätökset ja niiden perustelut



GFS-potilastietojärjestelmään.

Dementia on koko perheen sairaus ja siksi perhehoitotyö on tärkeä osa hoitoa. Luottamuksellinen hoitosuhde, mahdollisuus vaikuttaa hoitoon ja tietoisuus sairauden ennusteesta helpottaa jopa omaisen suruprosessin kestoa. Noin kuukauden kuluttua asukkaan kuolemasta omahoitaja soittaa omaiselle ja kysyy onko hoitojaksosta tai saattohoidosta jäänyt mieltä askarruttavia kysymyksiä. (9,10)

5.4.4 Suositukset muistisairaiden saattohoitoon

Tämä JBI-suositus perustuu vuonna 2011 julkaistuu järjestelmälliseen katsaukseen. Katsaus on saatavilla Joanna Briggs Instituutin Järjestelmällisten katsausten kirjastosta osoitteessa www.joannabriggs.org. (11)

Suosituksessa käytetyt luokat perustuvat Joanna Briggs Instituutin vuonna 2006 kehittämään vaikuttavuuden arviointimenetelmään Grades of effectiveness:

Luokka A Soveltamista suositellaan vahvasti

Luokka B Soveltamista suositellaan kohtalaisesti ja sitä kannattaa harkita

Luokka C Soveltamista ei suositella

Tarkoituksenmukaisella ja vaikuttavalla hoidolla voidaan lievittää monia pitkälle edenneeseen muistisairauteen liittyviä epämiellyttäviä oireita. (Luokka B)

Palliativisen hoidon tulee olla yksilöllistä täyttääkseen potilaan, perheenjäsenten ja hoitoympäristön tarpeet (sisältäen kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät). (Luokka B)

Muistisairauden taudinkulkua koskeva koulutus voi olla hyödyllinen muistisairaahan ihmisen perheenjäsenille lisäten palliativisen hoitotavan ymmärtämistä. (Luokka B)

Terveystieteiden ammattilaiset, myös lääkärit ja hoitajat, voivat tarvita koulutusta toteuttaessaan pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien ihmisten palliativista hoitoa. (Luokka B)

Keinotekoisien ruokinnan ja nesteytyksen suhteen tulee olla varovainen, koska pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavat ihmiset hyötyvät niistä vähän tai ei ollenkaan. (Luokka B)

Etukäteen laadittavien hoitotahtojen kirjaamiseen tulee kiinnittää huomiota, koska ne ovat tärkeä osa muistisairaiden ihmisten hoitoa. Ne voivat auttaa potilaan omien toiveiden ja arvojen mukaisen loppuvaiheen hoidon toteuttamisessa. (Luokka B)

Elämän loppuvaiheessa toteutettavan hoidon suunnittelun tulee alkaa mahdollisimman pian muistisairausdiagnoosin varmistuttua. (Luokka B)



6 Kirjaamiskäytännöt

6.1 Gfs/pysyvät esitiedot

Potilastietojen käsittelyssä Vantaalla on käytössä ns. graafinen Finstar-järjestelmä, mihin on mahdollista kirjata ns. pysyviin esitietoihin ja kriittisiin tietoihin potilaan tärkeimpien sairauksien diagnoosit, jolloin tiedot ovat nähtävissä välittömästi potilaan tietoja avatessa. Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden tietoihin voidaan merkitä tautiluokituksen diagnoosi Z51.5, mikä tarkoittaa palliatiivista hoitoa. Näihin voidaan merkitä myös tieto ihmisen itsensä mahdollisesti laatimasta hoitotahdosta.

6.2 Riskitiedot

Riskitieto on sairauskertomusjärjestelmässä korkealle priorisoitu tieto. Merkinnän olemassaolo tulee esille avattaessa potilaan tiedot. Riskitietoihin merkitään hoidonlinjaus ja mm. DNR-päätös ja muut tärkeät hoitopäätökset ja mm. hoitotestamentin olemassaolo.

6.3 Jono/lähetteet

Tehostetussa kotihoidossa toimii ns. palliatiivisen hoidon poliklinikka. Tehostetun kotihoiton lääkärin käsittelemien läheteiden perusteella potilas laitetaan poliklinikan potilaslistalle. Poliklinikan potilaita hallinnoi saattohoitokoordinaattori.

7 Kehittämistarpeet

7.1 Seurantajärjestelmä

Vantaan saattohoidon malli tulee jatkossa arvioida kahden vuoden välein ja tarvittaessa tulee mallia päivittää ajantasaiseksi.

Saattohoidon kehittämiseksi ja laadun varmentamiseksi tulee luoda järjestelmä, jolla voidaan toteutunutta saattohoitoa arvioida säännönmukaisesti ja tarvittaessa nostaa esille kehittämiskohteita saattohoidon toteuttamisessa. Seurantajärjestelmässä tulee seurata



saattohoidon toteutumisesta eri yksiköissä (määrää) sekä saattohoidon laatua. Seurantamittarit tullaan luomaan syksyn 2014 aikana (Saattohoidon työryhmä).

7.2 Lääkehoitolupien yhdenmukaistaminen

Saattohoitomallin kehittämistyöryhmä totesi, että Vantaan sosterin eri tulosalueilla ja tulosyksiköissä on käytössä erilaiset lääkehoidon toteuttamista koskevat lupakäytännöt. Tämä vaikeuttaa saattohoidon toteutuksen sujuvuutta ja joustavuutta ja saattaa aiheuttaa hämmennystä saattohoitoa toteuttavan henkilöstön keskuudessa. Työryhmä ehdottaa, että lääkehoitoluvat yhdenmukaistetaan Vantaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköissä.

7.3 Saattohoito monikulttuurisessa ympäristössä

Vantaa on monikulttuurinen ympäristö ja Vantaalla asuu runsaasti eri kulttuureita ja uskontoja edustavia henkilöitä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteet voidaan eri kulttuureissa ymmärtää eri tavoin. Saattohoitopotilaita hoitavan henkilökunnan tulee olla tietoinen saattohoidon, kuoleman ja kuoleman jälkeisten toimenpiteiden erilaisuudesta eri kulttuureissa ja uskonnoissa. Tätä varten on olemassa kirjallisuutta, johon henkilökunnan olisi hyvä tutustua. Lisäksi tästä olisi hyvä järjestää koulutusta ja tehdä henkilöstölle ohjeet miten toimia eri tilanteissa.

Kirjallisuutta:

Juhani Pentikäinen, Kuoleman ja ruumiin käsittäminen eri uskonnoissa,

Aikakauskirja Duodecim 13/2003

Abdel-Ghani Maïche, Muslimi potilaana ja asiakkaana Suomessa, Into 2013

Outi Hakola, ym. Kuoleman kulttuuri Suomessa, Gaudeamus 2014

8 Henkilöstön osaaminen ja koulutus

8.1 Henkilöstön osaaminen

Saattohoidon osaamispassikoulutus järjestetään yhteistyössä Varian kanssa keväällä 2014, tähän koulutukseen osallistuu 20 Vantaan vanhus- ja vammaispalvelun työntekijää. Syksyllä 2014 järjestetään vastaava koulutus uudelleen. Saattohoitokoulutus antaa valmiuksia kuolevan potilaan ja hänen perheensä kohtaamiseen ja tukemiseen sekä vahvistaa henkilökohtaisia taitoja ja omaa identiteettiä saattohoidon ammattilaisena.



Vantaan vanhus- ja vammaispalveluissa on kaksi erikoislääkärää, joilla on palliativisen hoidon erityispätevyys (kevät 2014). Katriinan sairaalan osasto 5:llä on palliativisen erityispätevyyden koulutusoikeus lääkäreille.

8.2 Koulutustarve

Saattohoidon osaaminen vaatii lisäkoulutusta peruskoulutuksen lisäksi sekä lääkäreille että hoitohenkilökunnalle. Täydennyskoulutustarve saattohoidon osaamisen kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi on jatkuvaa. Koulutusta saattohoidon osa-alueista tulee järjestää kaupungin omana toimintana ja lisäksi henkilökunnan tulee osallistua alueellisiin saattohoidon koulutuksiin. Koulutuksiin tulee osallistua ja niitä tulee järjestää saattohoidon kolmiporaisenmallin mukaisesti niin, että osaaminen alueellisen erityisosaamisen tasolla vastaa vaatimuksia.

Henkilöstön kanssa käytyjen tulos- ja kehityskeskustelujen kautta varmistetaan ja samalla vahvistetaan koulutustarvetta vuosittain.

9 Vapaaehtoistoiminta

Vantaan kaupungin ja seurakuntien yhteisen toiminnan turvin on koulutettu saattohoidon vapaaehtoisten ryhmä. Sairaalapalvelussa, vanhainkodeissa ja tehostetuissa asumispalvelyksiköissä on jo pitkään toiminut saattohoidon vapaaehtoisia, joiden apu on arvokasta. Heidän arvokasta läsnäoloaan tarvitaan vaikeasti sairaiden ja pitkään sairaalassa viipyvien potilaiden ja heidän omaistensa tukena. Heitä saatetaan pyytää myös potilaiden avuksi ja seuraksi mukaan laitoksen ulkopuolelle tehtäville hoito- ja tutkimuskäynneille.

Vapaaehtoiset eivät osallistu lääketieteellisiin eivätkä sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin, mutta he ovat kuolevan ihmisen hoitotyössä tukena, turvana ja seurana keskustellen, kuunnellen, lukien, ulkoiluttaen ja avustaen liikkumisessa. Vapaaehtoisen saattohoitajan tehtävässä tarvitaan tasapainoista ja myönteistä elämänasennetta, rohkeutta, kykyä sitoutua, itsetuntemusta ja myötäelämisen taitoa.

Säännöllisillä tapaamisilla ja koulutustilaisuuksilla huolehditaan saattohoidon vapaaehtoisten voimavaroista ja jaksamisesta. Sairaalamvapaaehtoisena toimiminen on tuonut monille uutta sisältöä elämään. Vastavuoroisuus, hyvän mielen tuottaminen ja toiminnan ilo ovat palkitsevia tehtävissä, joissa tavallisen ihmisen tiedot ja taidot riittävät. Sairaalan ja vanhainkotien saattohoidon vapaaehtoistyöstä kiinnostuneille järjestetään ajoittain koulutusta sekä harjoittelua ja opintokäyntejä. Kaikki ilmoittautuneet haastatellaan ennen koulutusta.

10 Tiedotussuunnitelma

Vantaan saattohoidon malli tulee selkeyttämään palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitopolkua Vantaalla. Hoitopolkuun liittyy useita eri toimijoita Vantaan perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon, erikoissairaanhoidon sekä yksityisen sektorin alueella. Jotta saattohoitomallin käytännöt tulisivat kaikille toimijoille tunnetuksi, tulee saattohoidon mallista tiedottaa kaikkia osapuolia. Suurin muutos ja uudistus koskee tehostetun kotihoidon roolin vahvistumista saattohoitopotilaan hoidon järjestämisessä ja koordinoinnissa. Saattohoitokoordinaattorin ja kotisairaalan lääkärin roolit korostuvat uudessa hoitopolkumallissa.

Lautakunnan hyväksynnän jälkeen Saattohoidon malli tullaan esittelemään Vantaan sosterin keskeisissä yksiköissä: terveysasemat, Vanhusten avopalveluiden yksiköt, Hoiva-asumisen yksiköt, Sairaalapalveluiden yksiköt. Tavoitteena on, että saattohoidon ja palliatiivisen hoidon hoitopolku tulee työntekijöille tutuksi. HUS:n erikoissairaanhoidon yksiköitä tiedotetaan saattohoitopotilaan hoitopolusta ja lähetekäytännöistä. Erityisesti HYKS:n palliatiivinen yksikkö, Syöpälinikka, Peijaksen eri yksiköt tarvitsevat tietoa uusista käytännöistä. Terhokotia informoidaan Vantaan käytännöstä. Tätä varten tullaan tekemään tiedote.

Kuntalaisia tullaan myös informoimaan uusista käytännöistä. Sekä kuntalaistiedottaminen että myös yhteistyökumppanien tiedottaminen tehdään sosterin tiedottajan avulla.



Viitteet:

1. Saattohoito HYKS-sairaanhoitoalueella . HYKS-alueen saattohoitotyöryhmän muistio. 2011.
2. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntija kuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.
3. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6.
4. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE. 2003
5. WHO .Global Atlas of Palliative Care and the End of Life. World Palliative Care Alliance. 2014
6. Hyvän saattohoidon suositukset. Esitteitä 2011:3. Sosiaali- ja terveysministeriö.2011
7. Terhokoti. <http://www.terho.fi/Terhokoti>
8. HYKS palliatiivinen yksikkö. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/syopatautien-klinikka/Muut%20yksikot/palliatiivinen_yksikko/Sivut/default.aspx
9. Antikainen R, Konttila T, Virolainen J, Strandberg T. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Lääkärilehti 2013;12. 909-91
10. Palliatiivinen lähestymistapa pitkälle edenneen muistisaira hoidossa. www.hotus.fi
11. The effectiveness and appropriateness of palliative approach to care for people with advanced dementia: a systematic review. The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. Vol9, No26. 2011.<http://joannabriggslibrary.org>



Vantaa

Vantaan kaupunki
Sosiaali- ja terveydenhoidon toimiala