

Jani-Matti Ylilehto

KIPULÄÄKEANNOSTELIJAN TURVALLINEN KÄYTTÖ

PCA-kipulääkeannostelijan potilasohje palliatiiviselle potilaalle

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja (AMK)
Syyskuu 2022**



TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Syyskuu 2022	Tekijä/tekijät Jani-Matti Ylilehto
Koulutus Hoitotyön koulutusohjelma		<input checked="" type="checkbox"/> AMK <input type="checkbox"/> YAMK
Työn nimi KIPULÄÄKEANNOSTELIJAN TURVALLINEN KÄYTTÖ. PCA-kipulääkeannostelijan potilasohje palliatiiviselle potilaalle		
Työn ohjaaja Anne Prest, lehtori		Sivumäärä 45 + 2
Työelämäohjaaja Marjo Heikkinen, sairaanhoitaja		
<p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tuottaa potilasohje PCA – kipulääkeannostelijan käytöstä palliatiiviselle potilaalle. Tarve työlleni hahmottui työharjoittelujakson aikana, kun työskentelin palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden parissa. Havaitsin kivunhoitoon liittyvän paljon pelkoja ja epätietoisuutta. Tavoitteenani oli selkeän potilasohjeen avulla antaa potilaille tietoa laitteesta ja rohkeutta käyttää laitetta oikein sekä edistää näin potilasturvallisuutta. Tavoitteena oli luoda selkeä, tiivistetty mutta kaikki potilaan kannalta oleelliset tiedot sisältävä potilasohje. Valmis potilasohje käsittelee CADD-Legacy PCA 6300 -mallin kipulääkeannostelijaa. Kuitenkin yksikössä käytettävän laitteen vaihtuminen on huomioitu valmiissa ohjeessa ja yhteistyöprosessissa.</p> <p>Opinnäytetyöni teoriaosuus sisältää tietoa palliatiivisesta potilaasta ja palliatiivisesta hoitolinjasta sekä kivusta ja kivunhoidosta. Teoriaosuudessa käsitellään myös PCA-kipulääkeannostelijan toimintaa ja käyttöä. Teoriassa on omat osuutensa myös potilasohjeeseen ja potilasturvallisuuteen liittyen. Valmistamisohjeen työstämisessä hyödynsin Jämsä & Manninen (2000) tuotteistamisen prosessin mallia. Tuotteistaminen etenee viidessä vaiheessa: kehittämistarpeen tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, kehittämissuunnitelma sekä viimeistelyvaihe. Tuotekehittelyprojektini eteneminen toteutui näiden viiden vaiheen kautta.</p> <p>Potilasohje toteutettiin työelämäohjaajalta ja ammatilliselta ohjausryhmältä saatujen toiveiden ja ideoiden mukaan. Ennen lopullisen potilasohjeen luovuttamista sitä testattiin testiryhmällä. Tuotekehittelyprojektin lopputuloksena syntynyt PCA-kipulääkeannostelijan potilasohje vastaa palliatiivisen poliklinikan ja sen potilaiden tarpeita sekä noudattaa organisaation graafisia ohjeita.</p> <p>Jatkokehitysideana nousi esiin kipulääkeannostelijaa käyttäville asiakkaille tehtävä kysely käyttökokemuksista. Lisäksi olisi mahdollista järjestää päivitetyn ohjeen avulla käyttökoulutus hoitoyksikössä.</p>		
Asiasanat Kipu, Palliatiivinen potilas, PCA-kipulääkeannostelija, Potilasohje, Potilasturvallisuus		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date September 2022	Author Jani-Matti Ylilehto
Degree programme Bachelor of Health Care, Registered Nurse		
Name of thesis SAFE USAGE OF THE ANALGESIA PUMP. A user manual of the Patient-Controlled Analgesia Pump for palliative patient.		
Centria supervisor Anne Prest, Lecturer		Pages 45 + 2
Instructor representing commissioning institution or company Marjo Heikkinen, Registered Nurse		
<p>The purpose of this thesis was to produce a user manual of the Patient-Controlled Analgesia Pump for palliative patient. Need for this was realized during practical period while working with the patients in palliative care. I noticed a lot of fear and uncertainly related to the pain management. The aim of the thesis was to improve patient security by providing information about the device and give user courage via clear user manual. My aim was to create user manual witch was clear, compact but could still contain all necessary information for the patient. The user manual guides to operate CADD-Legacy PCA 6300 modelled analgesia pump. Still the possibility for equipment chances has been considered both in the manual and on the process.</p> <p>Thesis theory part includes information about palliative patient and palliative care. Pain and pain management is also included in theory. There is information about the Patient-Controlled Analgesia Pump and its usage. Theory also handled user manual for patient and patient safety. Jämsä & Manninen's (2000) model for productization was used in the creation of the visual data sheet. The process includes five different phases: identifying a need for development, idea phase, sketch phase, development phase and finalizing phase. My product development followed these five phases.</p> <p>The user manual was developed with field supervisors and according to medical staff's ideas and wishes. The result was tested with the control group. The final manual of the product development project matches needs and expectations of the unit. The visual appearance also complies with the graphical instructions of the organization.</p> <p>During the project, an idea arose for further development. There could be survey for the users of analgesia pump about user experiences. In addition, a training session could be organized by using the reformed version of the manual</p>		
Key words Pain, Palliativ Patient, Patient-controlled Analgesia Pump, User manual, Patient safety		

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Palliatiivinen potilas	3
2.1. Palliatiivinen potilas ja hoitolinjaukset	3
2.2 Palliatiivisen potilaan oireet	4
3 Kipu	8
3.1 Kipu palliatiivisella potilaalla	8
3.2 Kivun arviointi	9
3.3 Kivunhoito palliatiivisessa hoidossa	10
3.3.1 Kivunhoito lääkkeillä	12
3.3.2 Lääkkeetön kivunhoito	15
4 PCA-kipulääkeannostelija	17
4.1 PCA-kipulääkeannostelija	17
4.2 PCA-kipulääkeannostelija ja potilas	19
4.3 Ongelmatilanteet PCA-kipulääkeannostelijan käytössä	20
5 Potilasohje	22
5.1 Potilasohjeen tarve	22
5.2 Hyvän potilasohjeen vaatimukset	23
5.3 Omaisen ohjaamisen tarve	24
6 Potilasturvallisuus	26
6.1 Potilasturvallisuus	26
6.2 Lääke- ja lääkitysturvallisuus	27
6.3 Laiteturvallisuus	27
7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	30
8 Opinnäytetyön toteuttaminen	31
8.1 Projektin kuvaus	31
8.2 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla	32
8.2.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen	33
8.2.2 Ideavaihe	34
8.2.3. Luonnosteluvaihe	35
8.2.4. Potilasohjeen kehittälyvaihe	36
8.2.4. Viimeistelyvaihe	39
9 Eettiset kysymykset ja luotettavuus	42

9.1. Eettiset kysymykset	42
9.2. Luotettavuus.....	43
10 Pohdintaa.....	45
Lähteet	46
Liitteet	53
Liite 1 Tutkimuslupa	53
Liite 2 Potilasohje	55

1 JOHDANTO

Miten hoitaa, kun parantavaa hoitoa ei enää ole? Palliatiivinen hoito on parantumattoman potilaan hoitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019). Suomessa on arvioitu olevan vuosittain jopa 200 000 palliatiivista hoitoa tarvitsevaa potilasta (Ahtiluoto & Ollila 2018). Usein palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat haluavat olla mahdollisimman pitkään kotonaan (Tarkkanen, Tyynelä-Korhonen, Jyrkkiö 2020, 773). Potilaan kivun poistamisen kulmakivi on riittävä kipulääkitys. Kun potilas luottaa kipulääkitykseen, hänen voimavaransa lisääntyvät (Sailo 2000, 166). Lääkehoidon tavoite palliatiivisessa hoidossa on lievittää kipuoireita ja ylläpitää potilaan toimintakykyä. Keskeistä on lääkityksen säännöllinen seuranta ja siihen tehtävät tarvittavat muutokset. (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1231.) Patient Controlled Analgesia, jatkossa PCA-annostelija on potilaan ohjaama lääkintälaitte. Se on hyvä työkalu silloin, jos suun kautta annettava kipulääkitys ei onnistu (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385-392). PCA-annostelija mahdollistaa vaikeastikin sairaiden potilaiden kotihoidon (Mherekumombe & Collins 2015). Hyvällä potilasohjeella tuetaan potilaan omia voimavaroja ja lisätään tämän itsemääräämisoikeutta. Tällöin potilas voi toimia aktiivisena päätöksentekijänä. (Leino-Kilpi & Kulju 2021, 3-4.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa potilasohje PCA – kipulääkeannostelijan käytöstä palliatiiviselle potilaalle. Tarve työlleni hahmottui työharjoittelujakson aikana, kun työskentelin palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden parissa. Havaitsin kivunhoitoon liittyvän paljon pelkoja ja epä tietoisuutta. Tavoitteenani oli selkeän potilasohjeen avulla antaa potilaille tietoa laitteesta ja rohkeutta käyttää laitetta oikein sekä edistää näin potilasturvallisuutta. Tavoitteena oli luoda selkeä, tiivistetty mutta kaikki potilaan kannalta oleelliset tiedot sisältävä potilasohje. Valmis potilasohje käsittelee CADD-Legacy PCA 6300 -mallin kipulääkeannostelijaa. Kuitenkin käytettävän laitteen vaihtuminen on huomioitu valmiissa ohjeessa ja yhteistyöprosessissa.

Aiheeseen liittyen on tehty muutamia erilaisia opinnäytetöitä. Esimerkiksi Kaskiaho ja Kivinen (2020) ovat tehneet PCA-annostelijasta opetusvideon sairaanhoitajille. Calderón (2011) puolestaan on laatinut PCA-annostelijan käyttöohjeen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin henkilökunnalle. Lähimmäksi aiheitani sijoittuu Mäntyniemen ja Kallion (2017) tekemä opinnäytetyö NEOFUSER Plus kertakäyttöisen PCA-pumpun potilasohje. Nimensä mukaisesti tämä keskittyy lyhytaikaisiin tarpeisiin lähinnä leikkauspotilaiden käytössä.

Potilasohjauksen näkökulma tuottaa uutta tietoa aiheesta palliatiivisen potilaan tarpeisiin. Opinnäytetyönä syntyy opas SOITE:n palliatiivisen poliklinikan käyttöön. Työelämän yhteyshenkilönä toimii

poliklinikan sairaanhoitaja. Ohjeen näkökulma keskittyy palliativisen potilaan ja tämän ohjaamisen tarpeeseen. Laatimani ohje on ammattilaisohjetta tarkemmin kohdistettu juuri annostelijaa käyttävän potilaan tarpeisiin. Valmiissa ohjeessa ei tarvita ammattilaisen työlle tarpeellista tietoa esimerkiksi lääkeka-setin asentamisesta tai lääkkeen annostusnopeuden säätämisestä. Tällaisia toimintoja potilas ei itse suorita annostelijaa käyttäessään. Samankaltainen kohdentaminen näkyy myös työn teoriaosuudessa, jossa on hahmoteltu asiaa nimenomaan potilaan kannalta.

Koska annostelija on henkilökohtainen laite, on ohje suunnattu pelkästään potilaalle. Kuitenkin oman ja prosessissa mukana olleiden ammattilaisten kokemuksen mukaan lääkeannostelijaa käyttävän potilaan rinnalla on omaisten joukko. Myös omaiset hyötyvät potilasohjeen sisällöstä ja myös heihin liittyvää näkökulmaa on otettu huomioon ohjausta käsittelevässä työn osuudessa. Opinnäytetyöni keskeiset käsitteet ovat kipu, palliativinen potilas, PCA-kipulääkeannostelija, potilasohje ja potilasturvallisuus

2 PALLIATIIVINEN POTILAS

Tässä luvussa esittelen palliatiivista hoitoa saavaa potilasta ja tämän hoitolinjan erityispiirteitä. Esitettävät asiat ovat totta erityisesti suomalaisessa kontekstissa. Kerron mitä palliatiivinen hoito on ja miten se eroaa muusta hoitotyöstä. Lisäksi esittelen palliatiivisen potilaan lääkehoitoa ja palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kipua ja sen arviointia.

2.1. Palliatiivinen potilas ja hoitolinjaukset

Palliatiivista hoitoa saava potilas sairastaa parantumattonta ja etenevää sairautta. Yleisimpiä tällaisia sairauksia ovat erilaiset syöpätaudit. Myös muut potilasryhmät kuitenkin tarvitsevat palliatiivista hoitoa. Tällaisia potilaita ovat maksan, munuaisten ja sydämen vajaatoiminnasta kärsivät potilaat, keuhkoah-
taumatautia sairastavat tai etenevän neurologisen sairauden omaavat. Myös dementiaa, verisuonisai-
rauksia ja diabetesta sairastavat hyötyvät palliatiivisesta hoitolinjasta. Viime aikoina on havahduttu sii-
hen, että useat palliatiivista hoitoa tarvitsevat potilaat jäävät hoitolinjauksen ulkopuolelle. (Laakkonen
& Pitkälä 2006, 81. Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 8)

Palliatiivisessa hoidossa hoidetaan potilasta tämän oireiden vaatimalla tavalla. Pyrkimyksenä ei ole sai-
rauden paraneminen vaan potilaan ja tämän läheisten ihmisten elämänlaadun vaaliminen. Lisäksi pal-
liatiivisessa hoidossa lievitetään potilaan kipua ja muita mahdollisia oireita. Potilas huomioidaan fyysi-
senä, psyykkisenä, sosiaalisena ja henkisenä persoonana. Palliatiivinen hoito ei ole suoraan liitoksissa
potilaan oletettuun kuolinhetkeen mutta tarve palliatiiviselle hoidolle yleensä kasvaa kuoleman hetken
lähestyessä. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -
suositus 2019.)

Palliatiivinen hoito eli oireenmukainen hoito on yksi mahdollinen hoitolinja hoitotyössä. Yleensä tutuin
ja odotusarvoisin hoitolinja on Kuratiivinen eli parantava hoito. Silloin hoidon tavoitteena on sairauden
pysyvä paraneminen hoidon tuloksena. Mikäli sairautta ei voida pysyvästi parantaa, siirrytään Jarrutta-
vaan hoitoon. Jarruttavassa hoidossa sairauden etenemistä hidastetaan ja potilaan odotettavissa olevaa
elinaikaa pidennetään aktiivisesti. Palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä tunnustetaan, ettei sairauden kul-
kuun voida enää vaikuttaa eikä elinaikaa pidentää. Samalla on huomatta, että palliatiivista hoitoa voidaan
aktiivisen hoitolinjaa koskevan päätöksen lisäksi antaa koko sairauden ajan. Oireiden mukaista hoitoa,
kärsimysten lievittämistä ja elämänlaadun ylläpitoa voidaan ja sitä tulee tehdä myös parantavan ja jar-
ruttavan hoidon aikana. Kuoleman lähestyessä palliatiivisen hoidon tarve ja osuus kasvaa. Saattohoitoon

siirrytään, kun arvioitu kuolinhetken odotetaan olevan välittömässä läheisyydessä. (Saarto 2015, 12–13. Palliatiivinen talo. Terveyskylä 2021.)

Suurin saattohoitoa tarvitseva potilasryhmä on sama kuin palliatiivisessa hoidossa ylipäättään: syöpäpotilaat. Samanlaista hoitoa tarvitsevat myös muut potilasryhmät, jos he sairastavat eteneviä ja kroonisia sairauksia. Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi sydämen, munuaisten tai maksan vajaatoiminta, keuhkohtaumatauti ja etenevät neurologiset sairaudet. Saattohoidossa olevien potilaiden lääkehoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin muidenkin potilaiden oireenmukaisessa hoidossa. (Hänninen 2015, 256.)

Suomessa on arvioitu olevan vuosittain jopa 200 000 palliatiivista hoitoa tarvitsevaa potilasta (Ahtiluoto & Ollila 2018). Usein palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat haluavat olla mahdollisimman pitkään kotonaan (Tarkkanen, Tyynelä-Korhonen & Jyrkkiö 2020, 773).

2.2 Palliatiivisen potilaan oireet

Kipu on yleinen oire kaikilla palliatiivista hoitoa tarvitsevilla potilailla. Pitkälle kehittynyttä syöpää sairastavilla kipuoireita on 50–90 prosentilla potilaista. Muista palliatiivisista potilaista yli puolet kokee vaikeaa kipua viimeisen elinvuotensa aikana. Huomattava osa kokee vaikeaa tai erittäin vaikeaa kipua. Syöpäsairauksiin liittyy usein niin sanottu sekakipu. Sekakivussa esiintyy kudonsvauriokipua, viskeraalista kipua ja myös hermovauriokipua. Usein kipu ilmenee myös läpilyöntikipuna. Tällöin kiputuntemus tulee kipulääkityksestä huolimatta hetkellisesti voimakkaana. Läpilyöntikipuja voi esiintyä useita kertoja päivässä ja kipukohtauksen kesto voi olla kymmeniä minuutteja. (Vainio & Vuorinen 2015, 45–46. Saarto, ym 2018, 22.)

Kivun lisäksi palliatiivinen potilas voi kärsiä monista muistakin vaikeista oireista. Oireiden voimakkuus on yksilöllistä. Niiden määrä vaihtelee aiheuttavan sairauden, sen keston ja kuoleman oletetun läheisyyden mukaan. Yleisiä oireita ovat hengenahdistus, yskä, pahoinvointi, ummetus, nielemisvaikeudet, nesteen kertyminen vatsaonteloon, kuivuminen, suun kuivuminen ja kipu, kuihtuminen ja ruokahaluttomuus, fatiikki (poikkeava uupumus), masennus ja ahdistuneisuus sekä delirium (äkillinen sekavuustila).

Hengenahdistuksesta kärsivä potilas tuntee, ettei saa riittävästi ilmaa. Tätä voi aiheuttaa keuhkopussiin kertynyt neste ja silloin nesteen poistaminen auttaa. Myös kasvoihin suuntautuva ilmavirta voi auttaa. Samoin happihoidosta voi olla apua. Opioidit auttavat hengenahdistuksessa rentouttamalla hengitystyötä tekeviä lihaksia.

Palliativisella potilaalla yskää aiheuttaa lisääntynyt limaeritys, makuuasennossa mahanesteen virtaaminen kohti nielua ja vaikeutunut syljen nieleminen. Yskänlääkkeistä ei ole yleensä apua, mutta limaneritystä säätelevillä lääkkeillä voidaan tilannetta auttaa. Sumutteet, suihkeet ja pulloon puhallukset helpottavat oloa. (Tarkkanen ym. 2019.)

Pahoinvointi on epämiellyttävä ja kuvottava tunne. Siihen liittyy usein oksentelua tai ainakin oksettava olo. Usein ylävatsatuntemuksiin liittyy autonomisen hermoston säätelemisen ilmiöitä. Oireita tästä ovat taky- ja bradykardia, kylmähikisyys, huimaus, lisääntynyt syljeneritys ja päänsärky. Pahoinvointi laskee merkittävästi palliativisen potilaan elämänlaatua. (Rahko & Koskela 2015, 132–133. Saarto ym. 2018, 52-53)

Ummetus on yksi palliativisen potilaan yleisimmistä vaivoista. Ummetuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa suoli toimii harvemmin kuin kolme kertaa viikossa. Usein uloste on lisäksi kovaa, kuivaa ja papanaista. Ulostaminen saattaa vaatia kovaa ponnistelua. Ummetukseen liittyy usein vatsakipua, turvotusta, pahoinvointia ja peräaukon kipua. Ummetuksen ehkäisyssä on keskeistä antaa potilaalle riittävästi aikaa ja yksityisyyttä ulostamiseen. Ummetusta voidaan auttaa lääkkeillä. (Hillilä 2015, 143–144. Saarto ym. 2018, 55.)

Nielemisvaikeuksia esiintyy useissa sairauksissa elämän loppuvaiheessa. Erityisen yleisiä ne ovat pään ja kaulan alueen syövässä. Parkinsonin taudissa, ALS- potilailla ja MS-tautia sairastavilla nielemisvaikeudet ovat myös yleisiä. Vaikeudet voivat liittyä nielemisen eri vaiheisiin. Palliativiselle potilaalle tyypillinen suun kuivuminen ja limakalvovauriot vaikeuttavat myös nielemistä. Joskus vaikeus liittyy hankaluuteen siirtää ruokaa kohti nielua, esimerkiksi aivoinfarktin seurauksena. Nielemisvaikeutta arvioidessa tulee ottaa huomioon sen täsmällinen syy ja aiheuttaja. (Saarto 2015, 115.)

Nesteen kertyminen vatsaonteloon tunnetaan termillä askites. Kaikkein yleisintä askites-nesteen kertyminen on maksapotilailla mutta myös kasvainten kohdalla ja sydämen vajaatoimintaa sairastavilla sitä esiintyy. Usein tilaan liittyvät syövän etäpesäkkeet vatsakalvolla. Vatsakalvon kapillaarien läpäisevyys lisääntyy ja siksi runsas proteiinista nestettä pääsee siirtymään vatsaonteloon. Samaan aikaan imuteiden toiminnassa on yleensä häiriö, eikä neste pääse poistumaan imuteitä pitkin. Oireina ovat vatsan kasvu ja pinkeys, täyttymisen tunne, närästys ja kivuliaisuus, suolisto-ongelmat, ruokahaluttomuus ja hengenahdistus. Oiretta voidaan helpottaa dreenaamalla nestettä pois. Joissain tapauksissa diureeteista on apua. (Saarto 2015, 148–149.)

Kuivumista eli dehydraatiota esiintyy ajoittain varsin usein. Kuivuminen on tavallisinta monisairailta, vanhuksilla ja edenneissä maha-suolikanavan syövässä. Kuivuminen johtaa vakaviin seurauksiin.

Näinhän on jo terveelläkin ihmisellä. Kuivumisen oireita ovat seimerkiksi huimaus, heikkous, ruokahaluttomuus, kuivat limakalvot, sydämen vajaatoiminta, vatsakrampit, oksentelu, sekavuus ja kouristelu. Pelkkään janon tunteeseen ei voi luottaa, koska sen kynnyks on yksilöllinen. Virtsan väkevöityminen tai virtsan erityksen loppuminen on selkein merkki nestevajauksesta. (Pöyhiä & Hänninen 2015, 159–160.)

Suun kuivuminen ja suun alueen kipu on yleinen oire palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla. Voimakkaat kipulääkkeet häiritsevät elimistön luontaista syljentuotantoa ja tämä suun kuivuminen altistaa limakalvot ja hampaat kipua aiheuttaville tulehdustiloille. Joskus syljeneritys vähenee myös varsinaisen sairauden vuoksi. Syljen eritystä voidaan parantaa stimuloimalla parentalihaksia. Siksi pureskelua vaativia ruoka-aineita tulee pyrkiä säilyttämään potilaan ruokavaliossa. Myös purukumituotteilla voidaan auttaa asiaa. Suuta voidaan myös erikseen kostuttaa siihen sopivilla suihkeilla ja nesteillä. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015, 119.)

Ruokahaluttomuus johtaa helposti aliravitsemukseen ja sitä myötä painon laskuun, luurankoli hasten katoon, rasvakudoksen vähenemiseen, yhä pahenevaan ruokahaluttomuuteen ja laajoihin muutoksiin elimistön aineenvaihduntajärjestelmässä. Syöpäpotilailla aliravitsemus on merkittävä kuoleman mekanismi. Aliravitsemus eli kakeksia voidaan todeta, jos potilas potilaan paino on viimeiden puolen vuoden aikana tahattomasti pudonnut viisi prosenttia. Aliravitsemustilaan liittyy ymsö merkittävää lihasheikkoutta ja psykososiaalisen toimintakyvyn aleneminen. Kakeksiaan ei ole hoitoa. On pyrittävä hoitamaan primääristä sairautta. Lisäksi tulee kiinnittää huomiota potilaan ravitsemukseen ja liikuntaan. (Pöyhiä 2015, 163–164.)

Primäärinen sairaus aiheuttaa palliatiivisilla potilailla uupumusta, joka ei helpota lepäämällä. Tällöin puhutaan poikkeavasta uupumuksesta eli fatiikista. Tähän tilaan liittyy suorituskyvyn heikkenemistä, energiavajetta, heikkoutta, väsymystä, uneliaisuutta, motivaation puutetta, kyllästyneisyyttä ja apatiaa. Uupumistilaa voidaan lievittää sopivan tasoisella liikunnalla ja ulkoilulla. Myös unirytmistä huolehtiminen voi auttaa oireisiin. (Tarkkanen ym. 2019.)

Useat palliatiivisen hoidon piirissä olevat potilaat kärsivät masennusoireista. Tätä voidaan joskus pitää sairauden ja mahdollisen kuoleman läheisyyteen liittyvänä normaalina itkuisuutena ja vetäytymisenä. Masennusta ja surua onkin usein vaikea erottaa toisistaan. Masennuslääkkeitä käytetään vain harvoin, vaikka masennusoireet ovat yleisiä. Usein pelätään puuttua potilaan emotionaaliselle alueelle elämän loppuvaiheessa. (Hänninen 2015, 33.)

Lähestyvä kuolema, siihen liittyvä minuuden häviäminen ja sairautteen liittyvät oireet aiheuttavat usein potilailla ahdistusta. Toimintakyvyn heikkeneminen altistaa myös ahdistukselle ja pelolle. Usein

ahdistukseen auttaa hyvä kivunhoito. Erityisesti iäkkään potilaan kohdalla myös elämänhistorian läpikäynti ja mahdollisten ristiriitojen käsitteleminen voi rauhoittaa ahdistusta. (Hiltunen 2015, 226.)

Merkittävälle osalle edennyttä syöpää sairastaville kehittyy vakava neuropsykiatrinen oireyhtymä, delirium. Kyseessä on aivotoiminnan häiriö, jota voisi kuvailla orgaaniseksi sekavuudeksi. Tällainen potilas ei kykene orientoitumaan aikaan tai paikkaan. Potilas ei ole oma itsensä. Tyypillistä on deliriumoireiden nopea. Oireet saattavat alkaa tunneissa hyvin voimakkaina. Deliriumtilaan liittyy usein illuusioita ja myös kosketusharhoja. Potilas saattaa vaellella tai voimakkaasti näprätä ulottuvillaan olevia esineitä, esimerkiksi infuusioletkustoa tai vaippaa. Deliriumin hoidossa keskeisiä ovat tilan havainnointi, turvallinen hoitoympäristö ja altistavien tekijöiden, kuten infektioiden, hoitaminen. Myös lääkehoito on usein tarpeen. Potilaalle on tärkeä pitää aktiivisesti rauhoittelevaa seuraa. (Janes 2015, 170–171.)

Opinnäytetyöni osalta palliatiivinen potilas on keskeinen käsite. Tämä on parantumatonta sairautta sairastava henkilö, jonka kanssa toteutetaan oireenmukaista hoitolinjausta. Parantavat hoidot on lopetettu ja hoidossa keskitytään kivun ja oireiden helpottamiseen sekä elämänlaadun parantamiseen. Työni kontekstissa Soiten alueella palliatiivisen poliklinikan PCA-annostelijaa käyttävä potilas on yleensä syöpäpotilas. Työelämäohjaajan mukaan tarvetta muidenkin potilasryhmien parissa olisi mutta tällä hetkellä resurssit eivät mahdollista työn laajentumista (Henkilökohtainen tiedonanto 31.9.2021) Työn osana valmistuva tuote on suunnattu palliatiiviselle potilaalle ja vastaamaan hänen tarpeisiinsa. Otsikon lisäksi käsite ei valmiissa ohjeessa näy mutta palliatiivinen potilas on ollut keskiössä sen sisällön tarpeita mietittäessä.

3 KIPU

Tässä luvussa käyn lävitse kivun määritelmää ja esittelen, minkälaista kipua yleensä esiintyy palliativisella potilaalla. Käyn lävitse kivun arvioinnin eri menetelmiä potilaskäytössä. Samoin tutkin kivunhoitoa sekä lääkkeiden että lääkkeettömän hoidon keinoin.

3.1 Kipu palliativisella potilaalla

Monikansallinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun olevan: ”epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy olemassa olevaan tai mahdolliseen kudosaivurioon tai sitä kuvataan kudosaivurioon liittyvin käsittein (IASP 1994). Hoitotyössä määritellään myös kivun olevan ”*mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy aina, kun potilas sanoo sitä olevan*”. Tämä auttaa muistamaan, että potilas on aina paras asiantuntija oman kipunsa suhteen. (Salanterä 2006, 7.)

Kipu on elimistön luontainen suojamekanismi. Kipuoireet jaetaan aiheuttajiensa mukaan kolmeen ryhmään. Nosiseptinen kipu on tylppää, jomottavaa ja jatkuvaa. Se johtuu elimistössä olevasta kudosaivuriosta. Tällaisen vaurion voi aiheuttaa esimerkiksi vamma, kasvain tai tulehdus. Neuropaattisessa kivussa kyse on hermoratoja koskevasta vauriosta. Koska hermoradat kuljettavat kipuaistimusta, on kivun luonne voimakkaasti säteilevä hermosärky. Idiopaattinen kipu on kokonaisvaltainen tila. Siinä kivun syntymekanismia ei pystytä selkeästi osoittamaan. Kipuun liittyy ahdistusta ja levottomuutta. (Saano ym. 2018, 569.)

Erityisesti syöpätaudeissa kudostuhot ja etäpesäkkeet vaurioittavat luustoa ja hermostoa. Siksi potilaan kudosaivuriokipuun yhdistyy usein myös hermokipu. Usein myös koko kivunvälitysjärjestelmä herkistyy. Silloin nekin ärsykkeet, jotka eivät normaalisti tunnu kipuna, muuttuvat kipua tuottaviksi. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 49–50.)

Tilanteeseen liittyvä ahdistus pahentaa usein potilaan kipua. Kuitenkin tuo kipu voidaan tulkita väärin sairauden aiheuttamaksi somaattiseksi kivuksi. Potilaiden on myös usein helpompi kertoa somaattisesta kivusta kuin ahdistukseen liittyvästä tunteesta. Varsinkin hoitosuhteen alussa myös hoitohenkilöstöllä on tapana keskittyä enemmän somaattisten oireiden kartoittamiseen. Tällöin ahdistuksen aiheuttavan kivun huomioiminen on vaikeaa. On tärkeää, että osataan tulkita oikein potilaan tuntemuksia. (Vainio & Vuorinen 2015, 45.)

Palliatiivista hoitoa saavan potilaan elämä käy läpi suuria ja kokonaisvaltaisia asioita. Siksi fyysisen kivun ja sen aiheuttamien tunteiden erottaminen voi olla vaikeaa. Kipu vaikuttaa elimistöä ja huonontaa toimintakykyä. Sairauteen liittyvä kärsimys muodostuu mahdollisuuksien ja tavoitteiden välisestä ristiriidasta. Sairaana elämä rajoittuu monella tavalla. Mitä lähempänä oletettu kuoleman hetki on, sitä vaikeampaa on mitata potilaan kipua ja kärsimystä. Kivun ja kärsimyksen yhdistelmästä puhutaan Total pain-käsitettä. Usein kuoleman lähestyessä potilaan omasta kehosta tulee rajoitusten ja jopa nöyryytyksen lähde. Tämä aiheuttaa osaltaan kipua ja sen kanssa sekoittuvaa kärsimystä. (Hänninen 2015, 50.)

3.2 Kivun arviointi

Potilas on oman kipunsa paras arvioija. Kivun määrän mittaamiseen voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä, jotka auttavat hahmottamaan kivun tuntemuksien muutoksia. Näitä apuvälineitä ovat numeerinen arviointi, arviointi janalla sekä kasvokuvat. Näiden avulla kipua voidaan mitata eri tilanteissa kuten liikkuessa, yskiessä, eri vuorokauden aikoihin tai lääkkeen ottamisen jälkeen. Potilaan valitsemaa mittaria käytetään koko hoitajakson ajan. Valittu mittari merkitään myös potilaan tietoihin. On tärkeää, että lääkähoidon tuloksia verrataan ainoastaan potilaan omiin aiempiin tuloksiin. (Heiskanen ym. 2015, 52–53.)

Numeerista asteikkoa käytettäessä potilasta pyydetään valitsemaan kipuaan kuvaava luku. Asteikot voivat olla 0–5, 0–10 tai 0–100. Potilaalle kerrotaan asteikon suurimman luvun olevan hänen pahin kuviteltavissa olevansa kipu ja vastaavasti nolllalla tarkoitetaan tilannetta, jossa kipua ei ole. Potilaan oppiessa hahmottamaan kipuaan, on numeerisella arvioinnilla mahdollista saada verrattain luotettavaa tietoa kiputilanteesta. (Kalso 2018, 90.)

VAS (visual analog scale) on janan muotoon puettu kipuasteikko. Sitä käytettäessä potilas valitsee tietyn mittaiselta janalta kohdan, jolla arvioi kivun olevan. Janan ääripäätkä merkitsevät pahinta mahdollista kipua ja kivutonta tilaa. Janaa käyttäessä ei saada täsmällistä arvoa mutta kuitenkin kipun määrää on sen avulla varsin helppo hahmottaa. VAS-jana on testattu kansainvälisesti ja todettu sopivaksi sekä potilaan kanssa toimimiseen että myöskin tutkimuskäyttöön. (Kalso 2018, 90.)

Sanallista kipuarviointia kutsutaan termillä VRS (verbal rating scale). Siinä kivun hahmottamiseen käytetään etukäteen sovittuja ja vakioituja sanamuotoja. Muuttuvina määreinä toimivat termit; ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, voimakas kipu ja sietämätön kipu. Näihin termeihin voidaan liittää vielä numeerista arviointia, jolloin käytettävä skaala kasvaa. Samoin sanalliseen arvioon liitetään usein luokittelua ajan, sijainnin, paineen, jännityksen ja pelon mukaan. (Kalso 2018, 90.)

Erityisesti lapsipotilaan kanssa voidaan käyttää kipuasteikkona kasvokuvia. Tällöin käytettävä asteikko muodostuu erilaisesta kasvokuvasta. Ilmeet muuttuvat hymyilevästä itkevään. Näistä kasvoista, valitsemalla potilas voi viestittää sen hetkistä kipua ja sen voimakkuutta. Lapsen kanssa voidaan käyttää myös väriasteikkoa tai palapeliä. Lasta pyydetään valitsemaan kipuaan kuvaava väri tai nostamaan vaikkapa laatikosta kipuaan kuvaava määrä paloja. (Kalso 2018, 105.)

Määrittäessä kivun paikkaa, voidaan käyttää apuna kipupiirrosta. Tällöin potilas piirtää kivun paikan valmiiseen ihmishahmoon, jossa on kuvattuna mies- tai naishahmo edestä ja takaa. Erityyppisiä ja -voimakkuuksisia kipuja voidaan merkitä erilaisilla merkeillä. Kipupiirrosta käytettäessä on hyvä huomioida potilaiden yksilöllinen lähestymistapa. Osa haluaa enemmän aikaa ja hahmottelee kipua esimerkiksi yön ylitse. Toisille piirroksen käyttäminen voi olla hankalaa. Piirroksen avulla voidaan saada selville kivun lisäksi myös potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyviä seikkoja. Tarkkuus tai vastaavasti sotkuisuus sekä käytetyt värit kertovat potilaan ajatusmaailmasta ja mielikuvista. (Sailo & Vartti 2000, 100–101.)

Kaikki potilaat eivät voi itse ilmaista kipunsa voimakkuutta. Silloinkin kuitenkin toinen ihminen voi tehdä havaintoja hänen kivustaan. Arviointi perustuu silloin potilaan käytökseen ja kasvojen ilmeisiin. Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että esimerkiksi kasvojen ilmeiden perusteella tehty tulkinta kivusta saattaa vaihdella paljonkin tarkkailijan mukaan. Yleensä ulkopuolinen arvioi potilaan kivun helposti todellisuutta heikommaksi. Tämä on ongelmallista myös kivunhoidon näkökulmasta. (Kalso 2018, 93)

Kuten sanottu, kasvojen lisäksi voidaan tarkkailla potilaan käytöstä ja eleitä. Tarkkailukohteita voivat olla hengitys, ääntely ja kehonkieli. Hengityksessä voidaan tarkkailla sen rytmiä, äänekkyyttä ja vaikeutta. Ääntelyn määrä voi vaihdella hiljaisuudesta äänekkääksi voiikkeeksi ja itkuseksi vaikerrukseksi. Kasvojen ilme voi muuttua kivun mukaan iloisesta, tuimaksi ja pahimmillaan irvistäväksi. Kehonkielistä voidaan huomioida liikkeen levollisuutta, jäykkyyttä ja rajuja liikkeitä. Nämä tarkkailumenetelmät on koottu PAINAD-mittaristoon. Tämän mittariston avulla poikkeaville havainnoille voidaan antaa numeerisia arvoja ja niiden avulla laskea kivulle seurattava kokonaislukema. Myös potilaan lohduttamisen tarvetta voidaan havainnoida. Mitä pahempi kipu on, sitä huonommin lohduttaminen ja huomion poiskääntäminen toimii tilanteessa. (Kalso 2018, 538.)

3.3 Kivunhoito palliatiivisessa hoidossa

Palliativiset potilaat pelkäävät paljon kipua. Usein kivun määrä myös lisääntyy kuoleman lähestyessä. Ei kuitenkaan aina. Sairauteen liittyvä ahdistus myös lisää kipua. Samoin masennus ja kuolemanpelko voimistavat kipuoireita. Tämä on tärkeä huomioida kivunhoitoa suunniteltaessa. Kipuun voidaan vaikuttaa myös lääkkeettömin keinoin. (Vainio & Vuorinen 2015, 45.)

Palliativisessa hoitotyössä lääkehoidon tavoitteena on oireiden lievittäminen ja toimintakyvyn tukeminen. Käytössä olevan lääkityksen toimivuutta on seurattava säännöllisesti. Näin lääkitystä voidaan tarvittaessa muuttaa nopeasti. Usein käytettävä monilääkitys ja samaan aikaan elimistössä tapahtuvat muutokset; elintoimintojen hiipuminen ja kehon kuivumien, lisäävät riskiä lääkkeiden haittavaikutuksille. Lääkitys tulee arvioida säännöllisesti ja hoidon tavoitteiden kannalta turhat lääkkeet tulee karsia pois. (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1231; Rimpiläinen & Akural 2007.)

Portaaton malli on yleensä onnistunein tapa lähestyä kivunhoitoa. Portaittaisessa mallissa kipulääkitystä tehostetaan kivun voimakkuuden kasvaessa viivyttämättä. Tavoitteena on löytää kaikille potilaille riittävä lääkitys, yleensä opioideilla. Samalla pyritään pitämään lääkkeiden haittavaikutukset hallinnassa. Jotta tämä onnistuu, on kipua arvioitava jatkuvasti ja potilasta seurattava riittävän tiiviisti. Jos potilaan kipua ei saada hallintaan, on konsultoitava kivunhoitoon perehtynyttä lääkäriä. (Heiskanen ym. 2013.)

Läákehoidon suunnittelu ja sen vaikuttavuuden arviointi kuuluu aina potilasta hoitavalle lääkäriä. Lääkehoidon toteutus ja vaikutusten arviointi hoitotyön ammattilaiselle yksikössä sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa. Palliativisen hoitotyön piirteenä on sairaan ja omaisen rohkaiseminen osallistua määrätyn lääkehoidon toteutukseen ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin. Palliativisessa hoidossa kivun hoidon tulisikin olla potilaan omaan kokemukseen sidottua. Pelkkä kellonaikojen mukaan annettava lääkitys johtaa helposti kiputiloihin. Potilaan tulee aina saada tarvitsemansa määrä kipulääkettä. Tämä on osa palliativisen hoidon ihmislähtöistä periaatetta. (Surakka ym. 2015, 64–66.)

Vuonna 2018 julkaistussa tutkimuksessa PCA-lääkeannostelija todettiin tärkeäksi osaksi elämän loppuvaiheen hoitoa. (Liimatainen, Rahko & Liisanantti) Tutkimuksessa havaittiin jopa joka kymmenennen seurannassa olleen potilaan joutuneen hakeutumaan päivystysvastaanotolle kipujen vuoksi. Loppupäätelmissä todetaankin, ettei päivystys ole sopiva paikka parantumattomasti sairaan potilaan kivunhoitoa varten. Kolmen vuoden tutkimusjakson aikana PCA-laitteen käyttö lisääntyi, kun suun kautta saatu lääkitys havaittiin riittämättömäksi. PCA-laitteen havaittiin auttavan erityisen hyvin läpilyöntikipuihin. (Liimatainen ym. 2018.)

Psykososiaalinen tuki on keskeinen osa palliatiivista hoitoa. Sitä voi toteuttaa jossain määrin kuka tahansa. Erityisesti hoitoalan ammattilaisten tulee tuntea psykososiaalisen tuen perusteet. haastavissa tilanteissa voidaan konsultoida myös psykiatrista hoitoyksikköä. (Saarto ym. 2018, 104) Tärkeintä on, ettei potilas joudu kokemaan pelkoa yksin jäämisestä. Tämä on usein kuolemaakin suurempi pelko. (Hiltunen 2015, 223.)

3.3.1 Kivunhoito lääkkeillä

Kivunhoidon tavoite hoidossa on lievittää kipuoireita ja ylläpitää potilaan toimintakykyä. Keskeistä on lääkityksen säännöllinen seuranta ja siihen tehtävät mahdolliset muutokset tarvittaessa. (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1231.) Lääkehoidon suunnittelu ja hoidon vaikuttavuuden arviointi kuuluvat aina lääkärille. Hoitotyön asiantuntija voi sen sijaan ohjata potilasta ja tämän läheisiä osallistumaan lääkehoidon toteutukseen ja arviointiin. Kotihoidossa potilas tai tämän omainen voi olla lääkehoidon käytännön toteuttajana pitkäänkin. (Vainio, Hietanen & Hellberg. 1998. 64–65.) Potilaan kivun poistamisen kulmakivi on riittävä kipulääkitys. Kun potilas luottaa kipulääkitykseen, hänen voimavaransa lisääntyvät. Siksi on tärkeää torjua potilaan mahdollisia pelkoja ja epäluuloja kipulääkitystä kohtaan. (Sailo 2000, 166.)

Onnistunut lääkehoito vaatii moniammatillista yhteistyötä sekä hoitoa saavan potilaan huomioimista. Lääkehoitoa ohjaa aina työyksikössä laadittu lääkehoitosuunnitelma. Siihen sisältyy lääkehoidon kokonaisvaltainen suunnittelu, hoidon toteutus sekä poikkeustilanteiden seuranta ja raportointi. Turvallisen lääkehoito-oppaan tarkoituksena on laadukkaalla tavalla yhtenäistää lääkehoidon suunnittelun ja toteutuksen periaatteet. Se myös määrittää ne vähimmäisvaatimukset, joita kaikkien lääkehoitoa toteuttavien työyksiköiden tulee seurata. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Sopiva lääkitys tulee valita kulloisenkin kivun mekanismin ja voimakkuuden mukaan. Annos pitää määrittellä yksilöllisesti. Käytettävä lääkitys valitaan kivun voimakkuuden ja aiheuttajamekanismin mukaan. Lievän kivun pohjalääkkeeksi käy parasetamoli tai ibuprofeeni normaalein annoksina. Pitkäaikaisessa kivussa lääkitystä tulee antaa säännöllisesti. Tehokkain lääke kipua vastaan ovat opioidit. Ne ovat morfiinin kaltaisesti vaikuttavia lääkkeitä. Niiden antoreittinä on useita eri vaihtoehtoja. Ne voidaan antaa suun kautta nestemäisenä tai tabletteina. Käytössä on olemassa myös laastari, joka sisältää lääkeaineen. Opioidit voidaan antaa myös ihon alle tai suonensisäisesti. Tämä helpottaa nielemisvaikeuksista kärsivien lääkitsemistä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Vaikeaa kipua

lääkitessä olisi hyvä käyttää lääkevalmistetta joka omaa pitkän vaikutusajan ja voidaan ottaa vain 1–2 kertaa päivässä (Saano ym. 2018, 615).

Suomessa käytetään tulehduskipulääkkeitä enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Vastaavasti parasetamolien ja opioidien käyttö on vähäisempää. Tulehduskipulääkkeet ovat oikein käytettyinä tehokkaita. Kuitenkin niihin liittyy haittavaikutuksia. Niitä ovat esimerkiksi maha- ja suolikanavan vuotoalttius. Tulehduskipulääkkeet ovat parhaassa käytössä leikkausten jälkeisissä kiputiloissa ja myös luusta- ja lihasperäisissä kipu- ja tulehdustiloissa. Neuropaattiseen kipuun näillä ei kuitenkaan ole juuri ole hyötyä. (Kalso ym. 2018, 181.)

1990-luvulta alkaen Suomessa ryhdyttiin siirtymään opioidien käyttöön myös kroonisissa kiputiloissa. Aiemmin ne olivat löytyneet lähinnä akuutin kivunhoidon välineistöstä. Syöpäkipuissa opioidit tehoavat yleensä hyvin mutta muissa kiputiloissa ne eivät välttämättä tuo helpotusta. Jos opioidilääkitystä käytetään säännöllisesti, ei sitä tule lopettaa äkkiä. Tarvittaessa tarpeeton lääkitys lopetetaan asteittain. Nopea lopettaminen aiheuttaa aina vieroitusoireita. Tämä on merkki lääkkeen aiheuttamasta riippuvuudesta. Näitä oireita voivat olla ahdistus, lihaskrampit, kipu, särky, palelu ja sydämen tykytys. Pitkäaikaisessa käytössä kiputilaalle saattaa kehittyä toleranssi lääkeainetta vastaan ja annostusta joudutaan kasvattamaan samankaltaisen vaikutuksen saavuttamiseksi. Opioidien mahdollisia haittavaikutuksia ovat väsymys, pahoinvointi, ummetus, oksentelu, suun kuivuminen sekä suurilla annoksilla vaara hengityslamasta. (Kalso 2018, 187–192. Saarto ym. 2018, 25-26.)

Opioidit voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Jako tapahtuu lääkkeiden tehon perusteella. Heikkoja opioideja ovat kodeiini ja tramadoli. Keskivahvaksi opioidiksi luokitellaan buprenorfiini. Vahvoja opioideja ovat fentalyyni, hydromorfoli, morfiini, metadoni ja oksikodoni. (Kalso ym. 193.) Vahvojen opioidien käytön edellytyksenä on potilaan selvä diagnoosi. Lisäksi tämän kiputilan on oltava vaikea. Potilaan on myös oltava yhteistyökykyinen ja motivoitunut omaan hoitoonsa. Potilaan aiempi päihdeongelma on vasta-aihe vahvojen opioidien käytölle. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 582.)

Neuropaattisen kivun hoidossa masennuslääkkeillä on keskeinen rooli. Sopivat masennuslääkkeet lievittävät jatkuvaa hermokipua ja auttavat myös sähköiskumaiseen tuikkauskipuun. Kivunhoitoon tarvittavat annosmäärät ovat pienempiä kuin masennukseen hoidossa tarvittavat annokset. Näin myös lääkehaitat ovat hallittavampia. Masennuslääkkeiden käytön ensimmäinen hyöty on hermokipujen rauhoittuminen öiseen aikaan ja potilaan mahdollisuus lepoon ja uneen. Samankaltaisia vaikutuksia on havaittu myös epilepsian hoitoon käytetyillä lääkkeillä. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 582.)

Keskeisimmät opioidit ovat morfiini ja oksikodoni. Ne ovat PCA-annostelijan kanssa käytettäviä vahvoja opioideja, jotka soveltuvat hyvin palliatiivisen potilaan kivunhoitoon kuten myös saattohoitopotilaalle. (Marjamäki 2015, 314–315.)

Morfiini on huumaava ja rauhoittava lääke. Sitä voidaan antaa suun kautta, lihakseen, laskimoon tai spinaalitiilaan. Nieltyinä lääkeaineen vaikutus alkaa 30–60 minuutin kuluessa ja kestää noin neljä tuntia. Hitaasti lääkeainetta vapauttavissa valmisteissa vaikutus voi kestää jopa 12 tuntia. Pitkään käytettynä ja suurilla annoksilla potilaalle muodostuu riippuvuus lääkeaineeseen. Morfiinin haittavaikutukset ovat opioideille tyypillisiä: ummetus, sappiteiden supistuminen, väsymys, pahoinvointi, hikoilu ja mahdollisesti harhat. Lisäksi morfiinin käyttö voi aiheuttaa kutinaa, koska morfiini vapauttaa kehossa histamiinia. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 578-579.) Joskus morfiini voi aiheuttaa potilaalle kosketuskipua. Kuitenkin sen käyttö on helppoa, koska morfiinin kohdalla ei tunneta interaktioita muiden lääkeaineiden kanssa (Kalso 2009, 22–23). Muiden opioidien tavoin Morfiini aiheuttaa potilaalle psyykkistä ja fyysistä riippuvuutta. Kuitenkin Eija Kalso (2016) kirjoittaa artikkelissaan, että syöpäpotilaalle opioidit aiheuttavat hyvin harvoin psyykkistä riippuvuutta. Tällöinkin kivunhoidossa täytyy huomioida lääkeaineen aiheuttama fyysiset riippuvuustekijät. Sen vuoksi esimerkiksi morfiinilääkitystä ei voida lopettaa yhtäkkiä. (Kalso 2016)

Oksikodoni on vaikeissa kiputiloissa käytetty lääkeaine. Se on tyypillinen lääke myös leikkauspotilaille. Sitä voidaan morfiinin tavoin antaa tabletteina, pistoksenavällekin ihmiselle lihakseen tai laskimoon. Vaikutusajat ovat morfiinin kaltaisia. Oksikodonin etu morfiiniin nähden on harhojen vähäisempi määrä sekä vähäisempi kutina. Tämä johtuu pienemmästä vapautuvan histamiinin määrästä. Muuten lääkeaineiden haittavaikutukset ovat samankaltaiset. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 578-579.)

Joissakin tapauksissa näiden opioidien annostusta voidaan suurentaa ilman ylärajaa, jos se johtaa parempaan vasteeseen kivun suhteen. Kuitenkin muissa kuin syövän aiheuttamissa kivuissa suositellaan pysymään yleisesti tehokkaiksi todetuissa vuorokausiannoksissa. (Kalso 2009, 14.)

Vaikeissa kipu- tai sekavuustiloissa voidaan käyttää myös palliatiivista sedaatiota. Kyse on tajunnan tason tahallista, lääkkeellisestä, alentamisesta. Sedaation syvyys riippuu niistä potilaan oireista, joita halutaan lievittää. Kaikissa tilanteissa potilaan tajunta pidetään kuitenkin tasolla, jossa hän ei tarvitse ulkopuolista elintoimintojen tukea. Sedaatio ei jouduta potilaan kuolemaa. (Hamulainen 2012, 471-472) Käypähoitosuosituksen mukaan ennen sedaatiota on pyrittävä käyttämään kaikkia muita käytettävissä olevia keinoja ja neuvoteltava tilanteesta asianomaisten kanssa (Kuolevan potilaiden oireiden hoito. Käypähoito. 2019).

3.3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Kivunhoidossa on pitkään keskitytty kivunhoitoon lääkkeillä. Hiljalleen lääkkeettömien tukihoidojen tutkiminen ja käyttö on lisääntynyt lääkehoidon rinnalla. Lääkkeettömällä hoidoilla voidaan harvoin ratkaista kokonaan potilaan kivunhoidollisia ongelmia. Kuitenkaan myöskään yksinomaan lääkkeillä ei saavuteta täydellisiä tuloksia kivunhoidossa. Näiden kahden hoitomuodon monipuolinen yhdistelmä yhdessä potilaan yksilöllisen huomioimisen kanssa tuottaa yleensä parhaat tulokset. (Miranda & Kyytsönen 2019, 48–49.) Lääkkeetön hoito on kivunhoidon perusta. Kivun oireenmukaisen hoidon lisäksi on pyrittävä potilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun aktiiviseen parantamiseen. Tämä edellyttää potilaan ottamista aktiivisesti mukaan omaan hoitoonsa. Lääkkeettömään hoitoon liitetään aina tarvittava kipulääkitys. (Kipu: Käypä hoito 2017.)

Yleisiä lääkkeettömiä hoitoja ovat erilaiset asento-, liike- ja rentoutushoidot. Hieronta on tehokas keino sekä akuutissa että kroonisessa kivussa. Ihoalueen stimulointi aktivoi koko kehon aluetta vähentäen turvotusta. Hieronta lisää potilaan hyvinolon kokemusta ja lievittää kokonaisvaltaisesti tämän oloa. Koettu hoitajan läsnäolo vähentää myös kipukokemusta. (Mann ym. 2009, 126–127.)

Lääkkeettömien hoitojen yhtenä perustoimintona onkin yleensä kosketus. Fyysinen kosketus vähentää kortisolin eritystä. Kortisoli on stressihormoni ja sen väheneminen rauhoittaa elimistöä, laskee verenpainetta ja parantaa stressin hallintaa. Kosketus helpottaa myös kipuun liittyvää hätäännystä, ahdistusta ja pelkotiloja. (Miranda & Kyytsönen 2019, 73.)

Lämpö- ja kylmähoito vähentää alueellisesti potilaan kipua. Tähän hoitoon voidaan käyttää erilaisia kääreitä tai vaikkapa kylmäpussia. (Pouttu 2018, 529.) Yksi lämpöhoidon muoto voi olla vesihoito. Lämmin vesi toimii lihasten rentouttajana ja parantaa kudosten verenkiertoa. Veden aiheuttama paine iholla toimii kosketuksen tavoin kipua lievittäen. Kehon oma kivunsäätelymekanismi aktivoituu ja potilaan olo helpottuu. (Miranda 2019, 85.)

Asentohoito on eräs merkittävimmistä lääkkeettömistä keinoista lievittää kipua. Asentomuutokset lieventävät kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Veren virtauksen heiketessä kudoksissa, seuraa hapenpuutetta. Kivun kannalta mekanismi on käänteinen monille kivunlievityksessä käytetyille muille keinoille, joilla pyritään nimenomaan stimuloimaan verenkiertoa. Potilas autetaan mukavaan asentoon. Apukeinoina voidaan käyttää tyynyjä ja muita pehmusteita. (Blonqvist 2000, 135.)

Lääkkeettömiin kivunhoitokeinoihin kuuluvat myös terapeuttiset harjoitukset, liikunta ja ihon kautta tapahtuva sähköinen hermoärsytys TNS (Kipu: Käypähoito 2017). Myös akupunktiota käyteään

kivunhoidossa. Sen vaikutusmekanismia ei tarkkaan tunneta mutta vaikutusten arvellaan liittyvän kehon omien endorfiinien ja serotoniinien aktivoitumisessa. (Mann ym. 2009, 127.)

Kivunhoitoa voi täydentää rentoutumis- ja läsnäoloharjoituksin. Kivun kanssa selviää paremmin, jos kehon jännitys laskee ja tietoisuus kivuttomista kehon osista kasvaa. Myös keskittyminen positiivisiin virikkeisiin, kuten musiikin kuunteluun tai lukemiseen auttaa. (Terveyskylä. Lääkkeetön kivunhoito 2018.) On todettu, että potilaan kuunnellessa lempimusiikkiaan kipu vähenee jopa 20–25%. Kipulääkkeiden vaikutus on yleensä 30%. Tämänkaltainen hoito kannattaakin yhdistää muihin hoitomuotoihin. Se ei aiheita sivuvaikutuksia ja on helppo järjestää ilman erityisvälineitä. Tämänkaltaiset hoitomuodot onnistuvat myös silloin kun potilaan voimavarat eivät riitä muihin hoitoihin. (Miranda 2019, 208–210.)

Elämän rajallisuuden ja lähestyvän kuoleman hyväksyminen on vaikea ja aikaa vaativa prosessi. Aiemman elämän onnelliset muistot auttavat sopeutumista tilanteeseen. Ihmisen psyykkinen kehitys jatkuu elämän loppuun asti. Elämän loppuvaiheessa arvoja laitetaan uuteen järjestykseen. Näin potilas voi hyväksyä tilanteen ja elää kuoleman lähestyessä levollisesti. Yleensä tämä ei olisi mahdollista sairauden alkuvaiheessa. (Terveyskylä. Psyykkinen tuki 2018.)

Opinnäyteprojektini kannalta kipu on keskeinen käsite. Edellä olen kuvannut kivun tyyppejä ja sen erilaisia hoitomuotoja. Valmiissa tuotteessa terminä kipu ja kipulääkitys toistuu muutamia kertoja. Koska potilasohje käsittelee kivun hoitoa lääkinnällisen laitteen kautta, ei ohjeessa puhuta lääkkeettömästä kivunhoidosta, vaikka se on tärkeä osa kivunhoitoa ja sen ymmärtämistä. Ohjeessa ei myöskään ohjata potilasta arvioimaan kipuaan edellä mainituilla tavoilla. Annostelijaa käyttäessään hän arvioi kipua omien tuntemustensa ja tarpeensa mukaan. Tämä välittyy ohjeesta.

4 PCA-KIPULÄÄKEANNOSTELIJA

Tässä luvussa esittelen PCA-kipulääkeannostelijan toimintaa ja käyttötarkoitusta. Perehdyn laitteen etuihin verrattuna muihin lääkitysmuotoihin ja lisäksi käyn läpi mahdollisia laitteen kanssa ilmeneviä ongelmatilanteista. Tarkastelen myös potilasta laitteen käyttäjänä ja esittelen muutamia käyttöön liittyviä ongelmakohтия.

4.1 PCA-kipulääkeannostelija

Palliatiivisten potilaiden kivunhoidossa voidaan käyttää PCA-laitetta. Laitetta kutsutaan myös pumpuksi tai lääkeannostelijaksi. Kyseessä on potilaan itsensä kontrolloima laite. Lääkeannostelija ohjelmoidaan lääkärin ohjeen mukaan. Mahdollisuuksina ovat jatkuva lääkeaineen virtaus, lääkeaineen kerta-annos eli bolus potilaan niin halutessa tai näiden kahden käyttötavan yhdistelmä. Potilaat ovat yleensä hyvin tyytyväisiä päästessään itse osallistumaan aktiivisesti kipunsa hoitoon. On havaittu, että ihmisten tarvitsemien kipulääkkeiden määrät vaihtelevat hyvin yksilöllisesti. Joustavan annostelun merkitys korostuu pitkäaikaisessa kivunhoidossa. PCA-laitteen avulla yksilöllinen annostelu on helppoa. Samalla on kuitenkin hyvä huomata, etteivät kaikki potilasryhmät välttämättä pidä itsellään olevaa hallintaa vain hyvänä asiana. Esimerkiksi iäkkäät potilaat saattavat haluta tulla mieluummin itse hoidetuiksi kuin toimia laitteenkäyttäjinä itsenäisesti. Kuitenkin yleisesti annostelijan käyttöön ollaan hyvin tyytyväisiä. (Salomäki & Kalliomäki 2021, 988., Papa, Maguire, Bender, Boyd, Patel & Samcam 2021.) Muistisairaiden potilaiden voi olla mahdotonta omaksua laitteen käyttöä ja heidän kohdallaan muistisairaus voi olla vasta-aihe käytölle (Terveyskylä.). Kuitenkin laite on todettu helppokäyttöisyytensä vuoksi toimivaksi myös lapsipotilaiden käytössä. Yli viisivuotiaiden lasten on huomattu selviävän hyvin annostelijan käytöstä. (Pöyhiä, Teiriä, & Kalso, 1996.)

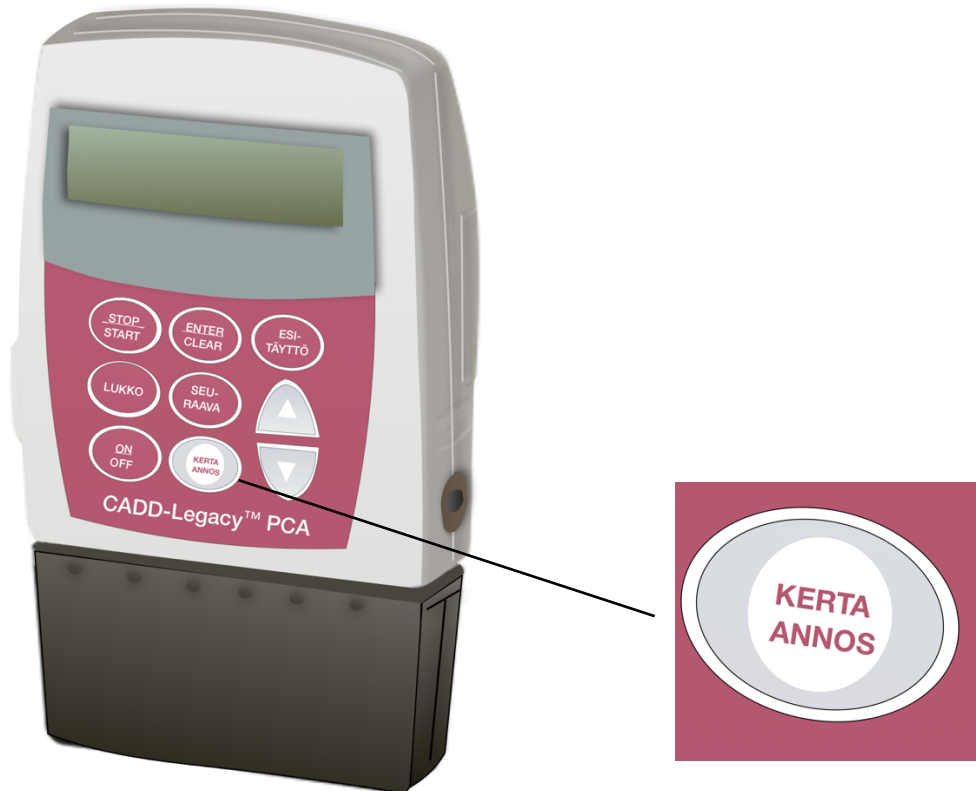
PCA-annostelija on erinomainen väline erityisesti silloin, jos suun kautta annettava kipulääkitys ei ole potilaalle riittävä tai mahdollinen. Lääkeannostelija yhdistetään katetrilla potilaan ihonalaiskudokseen tai laskimoon. Näin voidaan välttää lihakseen tehtävät injektiot. Ne ovatkin säännöllisinä potilaalle kivuliaita ja vaativat hoitajan läsnäoloa. (Heiskanen, Hamunen, & Hirvonen 2013, 385-92.) PCA-annostelija mahdollistaa vaikeastikin sairaiden potilaiden kotihoidon tehokkaasti (Mherekumombe, & Collins 2015). PCA-annostelija on paristokäyttöinen laite. Sitä voidaan siis käyttää sairaalassa, hoitolaitoksissa

ja myös kotona. Laite mahdollistaa potilaan vapaan liikkumisen myös sitä käytettäessä. (Marjamäki 2015.)

Lääkeannostelijalla voidaan antaa monipuolisesti erilaisia lääkkeitä esimerkiksi pahoinvoinnin, ruuan-sulatuskanavan eritteiden, pahoinvoinnin tai levottomuuden hoitoon. Tyypillisintä on kuitenkin kivunhoito voimakkailla opioideilla. Kuten aiemmin todettu, näitä ovat morfiini ja oksikodoni. (Marjamäki 2015, 314–315, Terveyskylä.)

Käyttäessä PCA-annostelijaa, lääkeaineiden sivuvaikutuksia esiintyy saman verran kuin muutenkin annetussa vastaavassa lääkehoidossa. Kuitenkin kivunlievitys toimii tehokkaammin. Jos annostelijan antonopeus ja kerta-annoksen suuruus on asetettu sopivaksi, voivat haittavaikutukset olla pienempiä. Tämä johtuu veren lääkeainepitoisuuden jäämisestä pienemmäksi kuin suuria kerta-annoksia käytettäessä. Myös hengityslaman riski on samasta syystä pienempi. (Salomäki & Laurila 2014, 872–873.)

PCA-annostelijan osat ovat lääkekasetti, lääkepumppu, letkusto ja siipineula. Annostelijaa käytettäessä lääkekasettiin annostellaan 1–3 vuorokauden tarvetta vastaava lääkemäärä. Lääkekasetti lukitaan avaimella kiinni pumppuun. Letkusto kiinnitetään sille varattuun paikkaan. Siipineula asetetaan eleensä potilaan rintakehälle solisluun alapuolelle. Muita pistopaikkoja ovat vatsa tai olkavarsi. Levottomalle tai sekavalle potilaalle voidaan harkita selän puolta. Silloin neula pistetään lapaluun viereen. Tuolloin on tärkeä varmistaa, ettei neula paina potilaan käyttämässä asennossa. (Marjamäki 2015. Saarto ym. 2018, 149.) Seuraavalla sivulla havainnekuvana PCA-kipulääkeannostelija ja kerta-annospainike.(KUVIO1)



KUVIO 1. PCA-lääkeannostelija ja kerta-annospainike. (Ylilehto, J-M, 2022)

Pistopaikkaa valittaessa on varmistettava ihonalaisen rasvan riittävyys. Luuprominenssin tai nivelen seudulle kanyylia ei saa laittaa. Pistettävä iho ei saa olla turvonnut, rikki tai ärtynyt. Myöskään vasta sädehoidettua ihoaluetta ei saa valita pistopaikaksi. Ei myöskään aluetta, jossa on kasvain. Jotta mahdolliset ihoärsytykset on myöhemmin helppo huomata, on pistopaikan ympäriltä tarvittaessa ajeltava ihokarvat pois riittävän suurelta alueelta. (Marjamäki 2015.)

4.2 PCA-kipulääkeannostelija ja potilas

PCA-annostelijaa käytettäessä ja käyttöä suunniteltaessa on hyvä huomioida potilaan lisäksi myös hänen omaisensa. Ennen laitteen ottamista käyttöön tulisi aiheesta keskustella kattavasti, avoimessa ja hyväksyvässä ilmapiirissä. Potilailla ja hänen läheisillään voi olla pelkoja ja negatiivisia käsityksiä lääkeannostelijasta: se saatetaan helposti rinnastaa huonoon ennusteeseen ja lähestyvään kuolemaan. Hoitohenkilökunnan tulee tehdä aloite tällaisen keskustelun suhteen, sillä potilas ja omaiset eivät usein tätä uskalla tai kykene tekemään aloitetta itse. (Marjamäki 2015.)

Potilaalle tulee kertoa PCA-annostelijan toimintaperiaatteet ja informoida tätä käytettävästä lääkeaineesta lääkeannostelijaan ohjelmoiduista annostuksista sekä lääkärin määräämistä annosteluväleistä. Lisäksi kerrotaan, että laitteessa käytettäviä asetuksia voidaan myös myöhemmin muuttaa, jos lääkäri näkee siihen tarvetta (Terveyskylä. Kivunhallintatalo. Kipu leikkauksen jälkeen. Kipulääkitys leikkauksen jälkeen. Kipulääkeannostelija). Jos potilas on kotonaan, on lääkeannostelijan käyttöä aina opetettava sen käyttöönoton yhteydessä. Lisäksi on kerrottava selkeästi, miten mahdollisissa ongelmatilanteissa ollaan yhteydessä. Yhteydenottokanavan on oltava auki vuorokauden ympäri. (Marjamäki 2015.) Myöhemmin luvussa kuusi käsittelen enemmän potilasohjauksen tarvetta ja sen toteutusta.

Potilasta voidaan rohkaista ottamaan bolus-nappia käyttämällä lääkkeen lisäannos aina kun hän kokee sitä tarvitsevansa. Hänelle voidaan kertoa, ettei hän voi saada lääkettä yli laitteesen ohjelmoidun määrän vaan kerta-annoksia käytettäessä on voimassa niin sanottu lukko-aika, jolloin uutta annosta ei voi ottaa ennen kuin turvallinen aika on kulunut. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 271.)

4.3 Ongelmatilanteet PCA-kipulääkeannostelijan käytössä

Vikatilanteessa PCA-annostelijan käyttö voi olla pahimmillaan henkeä uhkaavaa. Sen vuoksi annostelijaa käyttävää potilasta ja itse laitteen toimintaa on tarkkailtava säännöllisesti. Kuten muidenkin opioidilääkkeiden kanssa, myös PCA-annostelijan kanssa käytettynä niihin liittyy hengityslaman riski. Siksi potilaan vireystilaa ja hengitystä on seurattava säännöllisesti. (Salomäki & Kalliomäki 2021, 988.) Samoin on seurattava potilaan verenpainetta, syketaajuutta, happisaturaatiota, tajunnantasoja, mahdollista kutinaa, pahoinvointia ja kivun määrää. Sairaanhoidajan on myös tarkistettava samalla pumpun tiedoista potilaan ottamien annosten määrä ja ottoyhteykset. (Ahonen, ym. 2016, 119.)

Lisäksi sairaanhoidajan on säännöllisesti tarkkailtava laitteen mekaanista toimintaa. Siipineulan pistopaikka tarkastetaan kudoksesta irtoamisen, ihoärsytyksen, turvotuksen tai vuodon varalta. Samoin letkuston kiinnitys ja kunto tarkastetaan. Letkuston sisällä olevaa lääkeainetta tutkitaan silmämääräisesti sakan tai värimuutosten varalta. Laitteen lääkesäiliössä oleva lääkemäärä tarkistetaan, samoin paristojen tilanne ja laitteen käynnissä oleminen. Suositeltavaa on, että kotihoidossa olevan potilaan kohdalla tämän tarkistus tehdään päivittäin sairaanhoidajan toimesta. (Marjamäki 2015.)

Terveystieteiden laitteen ja tarvikkeiden säädellään lainsäädännössä (L 629/2010). Näin myös PCA-annostelija on tuon lainsäädännön alainen. Jos laite aiheuttaa vaaratilanteen, joka johtuu kyseisen laitteen ominaisuuksista, suorituskyvyn poikkeamasta tai esimerkiksi virheellisestä käyttöohjeesta, tulee

asiasta ilmoittaa sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviranomaisille sekä valmistajalle tai laitetta välittävän tahon valtuutetulle edustajalle.

PCA-annostelijaa ei tule käyttää, jos potilaalla on huomattavaa ylipainoa, uniapneaa, huumeiden käyttöä, epävakaata hemodynamiikkaa, munuaisten tai maksan vajaatoimintaa tai keuhkohtaumatauti (Ahonen, ym. 2016, 119).

PCA-kipulääkeannostelija on työni teoriaosuuden otsikoissa sekä valmiin tuotteen otsikossa. Kyseessä on hyvin keskeinen käsite työssäni. Suurin osa valmiin tuotteen sisällöstä liittyy välittömästi annostelijan toimintaan, ominaisuuksiin tai sen kanssa ilmeneviin ongelmatilanteisiin. Valmiin potilasohjeen aiheet kuvataan muodostuvat annostelijan kuvista.

5 POTILASOHJE

Tässä luvussa käsittelen kirjallista potilasohjetta. Kerron, miksi kirjalliselle potilasohjeelle on tarvetta ja mitä ominaisuuksia kirjallinen potilasohje tarvitsee ollakseen toimiva. Lisäksi pohdin kirjallisen ohjeen tarvetta hoitoon osallistuvan omaisen tarpeesta käsin.

5.1 Potilasohjeen tarve

Potilaiden ohjaaminen on osa hoitotyön keskeisintä sisältöä. Hyvällä ohjaamisella tuetaan potilaan omia voimavaroja ja lisätään tämän itsemääräämisoikeutta. osana ohjausta potilaan tulee saada aina oikeaa ja oikeanaikaista tietoa terveyteensä ja hoitoonsa liittyvistä asioista. Tällöin potilas voi toimia aktiivisena ongelmanratkaisijana ja päätöksentekijänä. (Leino-Kilpi & Kulju 2021, 3–4.)

Terveydenhoidossa tarve viestiä ymmärrettävästi on nykyään, miten viestiä selvemmin potilaille ja asiakkaille. Hyvät kirjalliset ohjeet ovat osa tätä hyvää viestintää. Potilaat haluavat tietää paljon sairauksistaan ja niiden hoidosta. Samaan aikaan heiltä itseltään myös odotetaan aktiivista osallistumista itsensä hoitoon. Hoitokäytännöt ovat muutoksessa ja laitoshoidossa vietetty aika vähenee jatkuvasti. Tämän vuoksi suulliselle ohjaukselle jää entistä vähemmän aikaa ja mahdollisuuksia. Kirjallisen ohjauksen tarve korostuu. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen. 2002, 7–8.) Haaste on suuri. Eeva Töyryn väitöskirjatutkimuksen mukaan potilaat ovat usein tyytymättömiä sairaudestaan saamansa tiedon määrään (Töyry 2001, 46).

Kirjalliset ohjeet auttavat potilasta valmistautumaan tuleviin tilanteisiin silloinkin, kun hoitohenkilökunta ei ole paikalla. Joskus riittää ohje aivan tietyssä tilanteessa toimimiseen. Ohjeet toimivat myös potilaan muistilistana. Muistin varaan jääminen on usein epävarmaa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen. 2002, 24–25.)

Salminen-Tuomaala ym. ovat tutkineet potilasohjeiden vaikutusta (2010). Heidän mukaansa huomiota tulee kiinnittää kotihoito-ohjeista keskustelemiseen potilaan ja tämän omaisten kanssa. Tutkimuksessa selvisi, että kirjallisia ohjeita saaneet potilaat olivat pelkkiä suullisia ohjeita saaneita tyytyväisempiä. Potilaat kokivat kirjallisten ohjeiden auttavan jatkohoidon toteutumista kotona. Kirjallisten ohjeiden koettiin mahdollistavan asioiden tarkistamisen ja kertaamisen. (Salminen-Tuomaala, Kaappola, Kurikka, Leikkola, Vanninen & Paavilainen ym 2010, 21, 26.)

5.2 Hyvän potilasohjeen vaatimukset

Kirjalliset potilasohjeet ovat usein hyvin kohdistettua viestintää. Kukin ohje on kirjoitettu tarkkaan määritellylle potilas- tai asiakasryhmälle. Vaikka potilasohjeet voivat nykyään olla yleisesti saatavilla, ei niiden ole tarkoitus palvella laajoja ihmisjoukkoja. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 22–23.)

Potilasohjetta laadittaessa on mietittävä, ketä ohjataan ja mitkä ovat käytännön tarpeet ja pulmat käytännössä. Tarkoituksena on ohjata potilasta toimimaan oikein ja toisaalta antaa potilaalle tarvittavaa tietoa. Lisäksi hyvä ohje antaa ymmärtää olevansa tarkoitettu juuri potilaan tiettyyn tarpeeseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35–36.)

Potilasohjeet eivät ole pelkästään tiedon välitystä potilaille ja asiakkaille. Sisällön lisäksi keskeistä on se, miten tuo sisältö esitetään. Potilaat eivät välttämättä omaksu ohjeen sisältöä sen laatijan tarkoittamalla tavalla. Potilaan oma esiymmärrys vaikkapa hoitotyön käyttämästä sanastosta saattaa vaikuttaa voimakkaasti omaksuttavaan viestiin. Tietty sana voi esimerkiksi laukaista huolestumista ja pelkoja, vaikka se ei olisi ohjeen laatijan mielestä aiheellista. Kipujen ja väsymyksen kanssa kamppaileva ei myöskään kykene sisäistämään ohjeita samalla tavalla kuin niiden terve laatija. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 16-18.) Potilasohje ei saakaan olla pelkkä listaus käskyjä ja määräyksiä vaan sen pitää pyrkiä tukemaan lukijansa itsemääräämisoikeutta ja omatoimisuutta (Alaperä ym 2006, 66). Ohjeen lukijalta ei saa edellyttää liikaa ennakkotietoja laitteesta. Laatijan mielessä olevat itsestäänselvytykset paljastuvat yleensä ohjeen testauksessa ja siksi tätä mahdollisuutta on syytä käyttää. (Kauppinen ym. 2004, 135.)

Potilasohjeesta on käytävä ilmi, kenelle se on kirjoitettu ja kuka sen on laatinut. Lukijaa tulee puhutella suoraan mutta käskemättä. Ohjeessa on edettävä tärkeimmistä asioista vähemmän tärkeisiin. Näin nekin, jotka lukevat ohjeesta vain osan, voivat saada keskeisimmät tiedot. Kuvien käyttö tukee ymmärrystä ja havainnollistaa kirjallista viestiä. Ohjeen hyvällä taitolla tuetaan luettavuutta. Välttämättä ohjeen liiallista täyttämistä tiedolla luodaan rauhoittava ja selkeä vaikutelma. Värien käytössä on hyvä pyrkiä hillittyyn vaikutelmaan. Kuitenkin väreillä samaan aikaan korostetaan tärkeimpiä asioita. Valitsemalla selkeitä kirjasimia, tuetaan luettavuutta. Ohjetta laatiessa on hyvä muistaa lukijan mahdolliset näköhaasteet. (Alaperä ym 2006, 67-68.)

Ohjeen kieli on hyvä tehdä niin sanotulla yleiskielellä. Tämä parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä ja lisää sen uskottavuutta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita erityisryhmille pelkistettyä selkokieltä. Sillekin voi olla joskus tarpeensa, esimerkiksi kehitysvammaisten tai muiden lukemishaasteiden kanssa toimivien kanssa. Yleiskieli on hyvin ymmärrettyä eri ikäisten, ammattiryhmien tai murrealueiden asukkaiden kesken koska se käyttää tunnettua sanastoa. (Virtanen 2012, 11, 17.) Opinnäytetyöni lopputuotteena valmistunut potilasohje on laadittu SOITE:n graafisten ohjeiden, väri- ja tekstistandardien mukaan. Ohjeessa on huomioitu selkokielisyys.

5.3 Omaisen ohjaamisen tarve

Potilaan lisäksi myös omaisen tarvitsee apua. Geriatrian dosentti Finne-Soveri (2017) kirjoittaa havainneensa, että omaiselle läheisen tilanne voi usein olla vaikeampi kuin sairaalle itselleen. Näin erityisesti usein kuolevien potilaiden kanssa. (Finne-Soveri 2017, 29.)

Omaiselle läheisen sairaus on kriisi. Yleensä omaisen on oman perheen jäsen tai lähisukulainen. Tilanteessa myös omaisen tarvitsee apua ja tukea. Omaisen ohjausta käsitellyt työryhmä toteaa tämän selvästi. (Anttila ym 2006.) Työryhmän mukaan omaisen on tärkeää saada tietoa omaisensa voinnista ja myös meneillään olevista hoidoista. Niin myös tiedollinen ohjaus tukee omaisen emotionaalista jaksamista. Tiedon saaminen auttaa omaisia käsittelemään tilanteen aiheuttamaa stressiä. Omaisen saama tieto vaikuttaa osaltaan myös potilaan kokemukseen tilanteesta. Näin riittävä tieto voi vähentää sekä omaisen että potilaan ahdistusta. (Anttila ym 2006, 44-45.)

Omaisia vaivaa usein pelko, ettei sairasta hoideta hyvin. Omaiset voivat kokea luottamuspulaa ja epävarmuutta hoitopäätösten, hoitovälineiden ja koko hoidon suhteen. Omaiselle on hyvä selvittää inhimillisen hoidon olevan mahdollista silloinkin, kun parantavaa hoitoa ei ole. (Juhela 2015, 281.) Itse ajattelisin, että kotiin jätettävä hyvä potilasohje ei ainakaan vähennä omaisen luottamusta läheisensä saamaan hoitoon.

Omaista on tärkeä rohkaista osallistumaan läheisensä hoitoon. Omaisen osallistuminen lisää myös potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Potilaan omaiselta saama tuki vaikuttaa potilaan hyvinvointiin monella tapaa. Se vähentää hänen eristyneisyytensä ja avuttomuuden tunnettaan, kohottaa hänen itsetuntoaan ja lisää tunnetta siitä, että hänestä välitetään. (Anttila ym 2006, 47.)

Opinnäytetyöni osana valmistuva potilasohje on tarkoitettu potilaan itsensä avuksi. Kuitenkin se tulee väistämättä olemaan myös potilaan omaisen käytössä. Potilasohjeesta omainen saa itselleen tietoa ja voi välittää sitä myös potilaalle. Näin potilasohje auttaa omaista olemaan toimijana ja vähentää tämän mahdollisia pelkoja lääkehoidon suhteen. Näin omainen motivoituu läheisensä hoitoon.

Potilasohje on työni keskeinen käsite. Se mainitaan otsikossa ja valmis tuote on potilasohje. Valmiissa tuotteessa on otettu huomioon edellä kuvattuja tarpeita potilasohjeelle ja pyritty noudattamaan hyvän potilasohjeen ilmaisuja ja muotoja. Ulkomuodolle raamit on antanut sairaanhoitopiirissä voimassa oleva ohjeistus potilasohjeen suhteen.

6 POTILASTURVALLISUUS

Tässä luvussa määrittelen potilasturvallisuuden käsitteen. Lisäksi käsittelen potilasturvallisuuden merkitystä ja toteutumisen edellytyksiä eri näkökulmista. Hoitotyössä potilasturvallisuutta voidaan lähestyä myös lääketurvallisuudesta ja laiteturvallisuudesta käsin.

6.1 Potilasturvallisuus

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee potilasturvallisuuden olevan keskinen osa hoidon laatua. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. (STM 2017.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemässä selvityksessä (2011) todetaan monia potilasturvallisuuden haasteita. Näitä ovat uusien hoitojen, lääkkeiden ja laitteiden korkeammat osaamisvaatimukset, hoidon pirstaloituminen ja siitä johtuva vastuun hajautuminen ja tietokatkosten riski. Yhdeksi riskitekijäksi listataan myös tiukentuneet henkilöstöresurssit. Potilasturvallisuus on osa hoidon laadukasta toteuttamista, jossa hoitoon liittyvien riskien määrä on pyritty minimoimaan.

(Helavuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13, 15)

Hoitotyössä mahdollisia turvallisuusriskejä pyritään välttämään sekä kehittyneitä hoitomenetelmiä että teknologioita käyttämällä. Myös hoitohenkilöstön koulutus ja osaaminen vähentää riskitekijöitä. Erilaisilla tarkistusmenetelmillä ja -käytänteillä voidaan edistää hoidon turvallisuutta. Hoitotyöntekijän on osattava käyttää kaikkia hoitoon käytettäviä laitteita ja pyydettyä niiden käyttöön tarvittavaa koulutusta. (Lukkari, Kinnunen & Korte. 2013, 17.)

Potilasturvallisuuden vaarantuminen jaetaan kahteen eri vaiheeseen: vaara- ja haittatapahtumiin. Vaaratapahtumassa potilasturvallisuus on jostakin syystä vaarantunut, mutta potilaalle ei ole päässyt tapahtumaan haittaa. Joskus puhutaan myös läheltä piti -tilanteista. Tällaiset tilanteet eivät aina paljastu. Vastaavasti haittatapahtumassa potilaalle on seurannut jotakin haittaa potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Haitta on potilaalle aiheutuva vamma, joka ei johdu hänen sairaudestaan. Haittatapahtuma voi johtaa sairaalahoidon tarpeeseen, pitkittyneeseen haittaan tai molempiin. Vaara- ja haittatapahtumat johtuvat harvoin yhdestä ainoasta syystä. (Helavuo ym. 2011, 16-17, 20)

6.2 Lääke- ja lääkitysturvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus jaetaan lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan käytettävissä olevan valmisteenominaisuuksia ja siihen itseensä liittyvää turvallisuutta. Tähän kuuluu lääkkeen laadukas valmistusprosessi, oikeat merkinnät lääkkeessä ja sen pakkauksessa. Lääketurvallisuutta ohjaa lainsäädäntö ja sitä toteuttavat viranomaiset ja valmistajat. (Saano & Saam-Ukkonen 2018, 325) Lääkelain (395/1987 1:1 §) tarkoituksena ” on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Lain tarkoituksena on myös varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus maassa.”

Lääkitysturvallisuus keskittyy lääkkeen varsinaiseen käyttöön. Se kattaa turvalliset toimintatavat terveydenhuollon organisaatiossa ja samoin eri yksiköiden periaatteet ja toiminnot. Lääkitysturvallisuuteen sisältyvät toimenpiteet, joilla mahdollistetaan lääkehoidon haittatapahtumien ehkäiseminen, välttäminen ja korjaaminen. (Saano & Saam-Ukkonen 2018, 326.)

Jos pienikin poikkeama lääkkeen käytössä aiheuttaa vakavia haittoja, kutsutaan lääkettä riskilääkkeeksi. Tällaisen lääkkeen käyttö vaatii erityistä tarkkaavaisuutta sekä hoitajalta, että potilaalta. Riskilääkkeiden kohdalla myös varastoinnissa, merkitsemisessä, lääkkeen käyttökuntoon valmistamisessa ja antamisessa tulee noudattaa korostettua huolellisuutta. Riskilääkkeitä ovat esimerkiksi varfariini, litium, solunsalpaajat, rytmihäiriölääkkeet, digoksiinit ja tämän työn kannalta merkittävästi myös opiaatit. Riskilääkkeet annostellaan yleensä suoraan laskimoon, eikä annetun lääkkeen imeytymistä voida enää estää. (Saano & Saam-Ukkonen 2018, 333.)

6.3 Laiteturvallisuus

Lääkehoidossa apuna käytettävien laitteiden päämääränä on vähentää terveydenhuollon ammattihenkilöiden työkuormaa, estää lääkepoikkeamia ja osaltaan edistää potilasturvallisuutta. Lisäksi terveysteknologialla voidaan pelastaa ja ylläpitää elämää, lievittää kipua ja oireita, ehkäisemään terveysongelmia ja sairauksia sekä kompensoimaan toimintakyvyn vajetta. Lääkehoidossa käytettävät laitteet voivat olla esimerkiksi infuusioautomaatit ja muut lääkeaineiden annostelemisessa käytettävät laitteet. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 62-63. Etene-julkaisuja 2010, 7.)

Terveysteknologiset laitteet ovat CE-merkittyjä laitteita. Ilman tätä merkintää olevien laitteiden käytölle on haettava poikkeuslupa Valviralta. Ennen käyttöönottoa laitteet on osoitettava turvallisiksi,

suorituskykyisiksi ja käyttöönsä sopiviksi. Teknologian käyttäjät ovat yksilöllisiä. Aina teknologian käytön seurauksia ei myöskään voida aina myöskään huomioida etukäteen. On mahdollista, että osa seurauksista on haluttujen tavoitteiden näkökulmasta kielteisiä. Siksi suunnittelu ja seuranta on välttämätön osa laitteiden käyttöönottoa ja käyttöä. Terveysteknologia ja käytettävät laitteet ei saa korvata kokonaan terveydenhuollon ammattilaista. (Fimea, CE-merkintä. Etene-julkaisuja 2010, 7–8.)

Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista on säädetty lainsäädännössä (629/210). Lain tarkoitus on edistää omalta osaltaan potilasturvallisuutta. Lain kautta edistetään ja ylläpidetään laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käyttämiseen liittyvää turvallisuutta. Laki vaikuttaa laitteiden ja lisälaitteiden suunnitteluun ja valmistukseen. Samoin se vaikuttaa valmiiden toimenpidepakkausten kokoamiseen ja käytettävissä oleviin järjestelmiin. Myös laitteiden sterilointi, asennus, huolto, käyttö ja jopa niiden markkinoille on omat määräyksensä laissa. Jos laitteen ominaisuuksista johtuen siihen voidaan soveltaa myös lääkelakia, on se ensisijainen. (Inkinen ym. 2016, 62.) Sosiaali- ja terveystieteiden tuleekin käyttää laiterokisteriä, joka sisältää kaikki sähköiset terveydenhuollon laitteet. (Vainiola 2016.)

Teknologiset ratkaisut ja erilaiset laitteet lisääntyvät terveysalalla jatkuvasti. Työyksiköiden tulee varmistaa oman henkilöstönsä pätevyys laitteiden käyttöön. Työnantajan ja työntekijän on lain nojalla aina tarkistettava, että laitetta käyttävällä henkilöllä on käyttöön riittävä koulutus ja kokemus. Samoin on tarkistettava, että laitteeseen kuuluvat merkinnät ja ohjeet ovat ajan tasalla. Mitään laitetta ei myöskään saa käyttää sen käyttötarkoituksesta poikkeavalla tavalla. Samoin tulee varmistaa, että kunkin laitteen välittömässä läheisyydessä olevat muut laitteet, esineet tai rakenteet eivät vaaranna käytössä olevan laitteen suorituskykyä, potilaan käyttäjän tai muun henkilön turvallisuutta. (Inkinen ym. 2016, 63. Etene-julkaisuja 2010, 7–8.)

Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä tulee olla nimettynä vastuuhenkilö lääkinnällisiä laitteita varten. Vastuuhenkilö varmistaa, että työyksikössä noudatetaan laitteita ja tarvikkeita koskevaa lainsäädäntöä ja sen nojalla annettuja määräyksiä. Laitteita varten on oltava myös seurantajärjestelmä, jonka avulla niiden turvallista käyttöä seurataan ja valvotaan. (Inkinen ym. 2016, 63.) Osana laiteturvallisuutta on tekninen turvallisuus. Käytännössä tämä on laitteiden kunnon ja toiminnan tarkistamista ja tarkkailemista. Puute laitteiston toiminnassa voi aiheuttaa riskin potilaan turvallisuudelle. (Salminen-Tuomaala, Leikkola, Paavilainen. 2014)

Kaikkien terveydenhuollon organisaatioiden täytyy dokumentoida kaikkien laitteittensa huoltotoimet. Sen lisäksi laitteiden käyttöohjeet täytyy tallentaa. Myös eri käyttöpaikkojen soveltuvuutta sekä laitteita

käyttävän henkilön ammattitaidon riittävyttä täytyy seurata. Myös laitekoulutuksen tarvetta täytyy arvioida. Keskeistä on seurata laitteisiin liittyviä läheltä -piti tilanteita. Näitä hyödyntäen voidaan tunnistaa tilanteita ja laitteita, joiden suhteen laiteturvallisuutta ja sitä myötä potilasturvallisuutta voidaan edistää. (Vainiola 2016.)

Valvira vastaa osaltaan terveydenhuollossa käytettyjen laitteiden ja tarvikkeiden valvonnasta ja niiden turvallisen käytön edistämisestä. Vaaratilanteista tulee tehdä aina ilmoitus Valviraan. (Inkinen ym. 2016, 63.) Vuodesta 2020 eteenpäin kuitenkin osa valvonnan vastuista on siirtynyt fimeaan(Valvira 2019).

Valmiin tuotteeni kannalta potilasturvallisuus ja sen osana lääke- ja laiteturvallisuus ovat keskeisiä käsitteitä. Suorina termeinä sanoja ei mainita ohjeessa kertaakaan. Sana turvallisuus esiintyy ohjeessa. Termien merkitys on kuitenkin sisällytetty ohjeen teksteihin, jotta turvallisuus voisi toteutua sitä käytettäessä.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

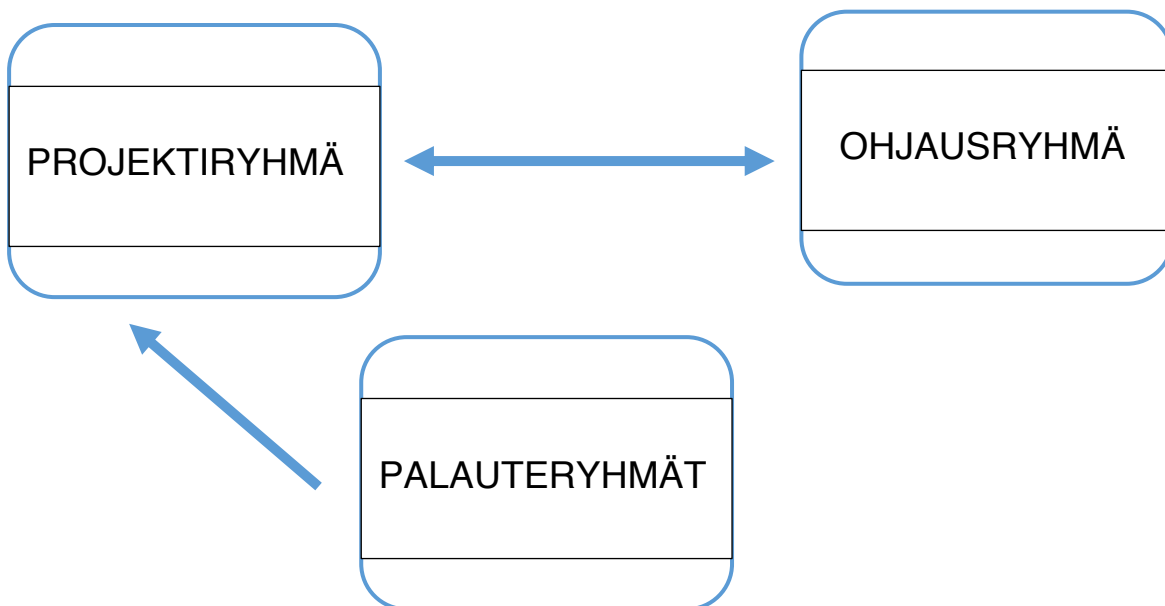
Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa potilasohje PCA – kipulääkeannostelijan käytöstä palliatiiviselle potilaalle. Tarve työlleni hahmottui työharjoittelujakson aikana, kun työskentelin palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden parissa. Havaitsin kivunhoitoon liittyvän paljon pelkoja ja epätietoisuutta. Tavoitteenani oli selkeän potilasohjeen avulla antaa potilaille tietoa laitteesta ja rohkeutta käyttää laitetta oikein sekä edistää näin potilasturvallisuutta. Tavoitteena oli luoda selkeä, tiivistetty mutta kaikki potilaan kannalta oleelliset tiedot sisältävä potilasohje. Valmis potilasohje käsittelee CADD-Legacy PCA 6300 -mallin kipulääkeannostelijaa. Kuitenkin käytettävän laitteen mahdollinen vaihtuminen tulevaisuudessa on huomioitu valmiissa ohjeessa ja yhteistyöprosessissa.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa käsittelen opinnäytetyöni menetelmää ja työn toteuttamista. Esittelen projektina toteutettavan opinnäytetyön teoriaa ja oman projektini kulun sekä projektiorganisaation. Potilasohjeen valmistamisessa on hyödynnetty Jämsä & Manninen (2000) kuvaamaa tuotteistamisen prosessin mallia. Alaluvut kuvaavat prosessin etenemisestä aikajärjestyksessä ja niin kuvaavat eri työskentelyvaiheet.

8.1 Projektin kuvaus

Opinnäytetyöni projektia varten luotiin projektiorganisaatio. (KUVIO 2) Tämä organisaatio koostui projektiryhmästä, ohjausryhmästä ja palauteryhmistä. Projektissa projektiryhmän tehtävänä on toteuttaa itse projekti. Ohjausryhmä on käytettävissä projektin tukena, keskusteluapuna ja neuvonantajana. (Lind 2001, 68.)



KUVIO 2. Projektiorganisaatio.

Projektiryhmän muodosti tässä työssä yksin sairaanhoitajaopiskelija Jani-Matti Ylilehto eli allekirjoittanut. Ohjausryhmän muodosti Centria ammattikorkeakoulun työtä ohjaava opettaja ja palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja. Ohjausryhmälle raportoitiin työn etenemisestä tarpeen mukaan. Heiltä saatu palaute vaikutti myös lopullisen tuotteen sisältöön.

Palauteryhmiä oli kaksi. Toinen palauteryhmä oli ammatillinen ryhmä, joka oli koottu SOITE:n alueen kotisairaanhoidon kolmen yksikön sairaanhoitajien keskuudesta. Jokaisesta yksiköstä palauteryhmään osallistui yksi sairaanhoitaja. Näin ammatillisen palauteryhmän koko oli kolme henkilöä. Toinen

palauteryhmä oli koottu kolmesta, ei hoitoalalla työskentelevästä aikuisesta. Ammatillisen palauteryhmän kanssa yhteydenpito tapahtui sähköpostitse tuotteen luonnosteluvaiheen aikana. Tältä ryhmältä tuli kehitysehdotuksia sanamuotoihin ja muutamiin sisällöllisiin asioihin. Toinen palauteryhmä kohdatiin kasvotusten jo valmiin prototyypin kanssa. Ryhmien kanssa työskentelyä kuvataan tuonnempana luvuissa 8.2.3 ja 8.2.4.

Projektiorganisaatio muodostettiin syksyllä 2021. tavoitteeksi otettiin potilasohjeen käyttöön saaminen syksyllä 2022. Organisaatio purettiin syksyllä 2022. Projektia varten ei tehty budjettia sillä kustannuksia sen aikana ei aiheutunut. Projektin aikaiset luonnokset toteutettiin oppilaitoksen tarjoaman tulostuskiintiön puitteissa. Ohjausryhmän kanssa projektia vietiin eteenpäin sähköpostitse, Teams-yhteyksin ja kasvotusten pidetyin palaverein. Ammatillisen palauteryhmän kanssa yhteydenpito hoidettiin sähköpostin välityksellä. Toisen palauteryhmän kanssa kontakti tapahtui kasvotusten.

Projektin tuloksena syntynyt potilasohje tuli SOITE:n palliativisen poliklinikan käyttöön, mutta sitä voidaan käyttää myös kotisairaanhoidon yksiköissä. Opinnäytetyöraportti julkaistaan Theseuksessa. Potilasohjeen käyttö- ja muokkausoikeus luovutetaan projektin päätteeksi SOITE:n palliativiselle poliklinikalle. Tarvittaessa poliklinikka myös kääntää potilasohjeen muille kielille.

8.2 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla

Ammattikorkeakoulussa toteutettu lopputyö voidaan tehdä tutkimuksellisena tai toiminnallisena. Toiminnallisessa työssä teoriaosaan yhdistyy käytännöllinen toteutus. Se voi olla järjestettyä toimintaa, ohjausta tai opastusta. Myös eri tavoin toteutettu perehdyttämisopas on mahdollinen käytännön sovellus. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu toiminnallisesta osuudesta raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Toiminnallisen opinnäytetyön käytännön sovellusta kutsutaan tuotteeksi. Vanhastaan tuote käsitetään materiaaliksi tai tavaraksi. Tuotteella voidaan kuitenkin tarkoittaa myös palvelua tai palvelun ja materiaalin yhdistelmää. Toiminnallista opinnäytetyötä voidaan kutsua myös tuotekehitysprojektiksi. (Jämsä & Manninen 2000, 13.)

Sosiaali- ja terveysalalla kehitettyjen tuotteiden lähtökohtana on aina asiakas. Tuotteen tarkoituksena on terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistäminen. Ominaista on tuotteen valmistuminen moniammatillisessa yhteistyössä. Tuotteet syntyvät asiakkaiden terveystarpeista, yhteiskunnallisista muutoksista, uuden tiedon löytymisestä sekä uudenlaisten tavoitteiden ja lähtökohtien hahmottumisesta. (Jämsä & Manninen 2000, 24–25, 32.)

Sosiaali- ja terveysalalla yleisimmin valmistuvat tuotteet ovat informaation välittämistä varten. Tällaisia ovat esimerkiksi videot, painotuotteet, internetsivut sekä ohjaus- ja neuvontatilanteiden järjestäminen. Tuotteen sisältö koostuu tosiasioista, jotka kerrotaan mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Muita mahdollisia tuotteita voivat olla hoitovälineiden, hoitoympäristön tai palvelukokonaisuuden suunnittelu. (Jämsä & Manninen 2000, 54,75.)

Tuotekehitysprojekti voidaan jakaa viiteen toisiaan seuraavaan vaiheeseen. Toteutuksessa vaiheet limityvät ja seuraavaan voidaan siirtyä ilman, että edellinen on tullut kokonaan valmiiksi. Ensimmäinen vaihe on ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen. Sen jälkeen seuraa ratkaisun ideointi. Tämän jälkeen on tuotteen valmistamine. Valmistamisen vaiheet ovat luonnostelu, kehittäminen ja viimeistely. (Jämsä & Manninen 2000, 28.) Koska työskentelyvaiheet saattavat limittyä toisiinsa, on myös tulevien lukujen kuvauksessa tunnistettavissa limittymistä lukujen työskentelyä kuvaavien vaiheiden välillä.

8.2.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Tuotekehitysprojekti vaatii jonkin parantamista vaativan ongelman tai tarpeen tunnistamista. Tarve voi nousta työntekijän, työyhteisön tai uuden tutkimuksen kautta. Uusia kehittämishaasteita tulee usein esiin toimintaympäristön muuttuessa. Myös uudenlaiset palvelukokonaisuudet avaavat useita kehitystarpeita. Kehittämistyössä yritetään löytää ratkaisuja käytännön työssä esiin tulleisiin ongelmiin ja tarpeisiin. (Heikkilä ym. 2008, 26, 60.) Kehitystyön tavoitteena voi olla olemassa olevan tuotteen parantaminen tai kokonaan uuden synnyttäminen. Kehittämistarvetta tunnistettaessa on tärkeää havaita ongelman laajuus. Tämä tarkoittaa sen tarkkaa miettimistä, minkälaista asiakas- tai toimijaryhmää asia koskee ja kuinka yleinen se on. (Jämsä & Manninen 2000, 29-31.)

Palveluiden ja tuotteiden kehittämisessä käytetään apuna erilaisia arviointitiedon keräämismenetelmiä. Tällaisia menetelmiä voivat olla asiakas- ja potilaskyselyt, henkilöstön haastattelut tai jokin muu vastaava keino. (Heikkilä ym. 2008, 60.) Kehittämistarpeen tunnistamiseen voidaan käyttää myös tiedon kerääminen virheistä tai toiminnallisista epäkohdista. Samoin kustannuslaskelmat ja tilastotiedot palveluiden käytöstä ovat mahdollisia tietolähteitä. (Jämsä & Manninen 2000, 29.)

Keväällä 2021 olin yhteydessä Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä SOITE:n palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitajaan. Olin ollut aiemmin työharjoittelujaksolla viereisellä perusterveydenhoidon osastolla. Osastolle oli keskitetty paljon alueen palliatiivista hoitoa. Harjoittelun yhteydessä tutustuin myös poliklinikan toimintaan. PCA-kipulääkeannostelija oli usein käytetty laite harjoitteluni aikana. Mieleeni jäi, että potilaille ja heidän läheisilleen voimakasta kipulääkettä sisältävä laite oli

usein vieras. Hoitajat joutuivat usein muistuttamaan riittävästä kipulääkkeen käytöstä. Usein laitteen toimivuuteen liittyi myös huolta. Kirjalliset ohjeet laitteen käytöstä puuttuivat. Tämä jäi mieleeni mahdollisena kehitystehtävänä. Ottaessani yhteyttä poliklinikalla olevaan sairaanhoitajaan, käsitykseni vahvistui. Myös lähiesihenkilö tunnisti kehitystarpeen kyseisen potilasohjeen puuttuessa kokonaan. Potilaille haluttiin tarjota kotiin vietävä potilasohje.

8.2.2 Ideavaihe

Kehittämistarpeen varmistuttua alkaa ideointiprosessi. Jos kyseessä on olemassa olevan tuotteen edelleen kehittäminen, voi ideavaihe olla lyhyt. Uuden tuotteen kehittämiseen tarvitaan enemmän lähestymistapoja, jotta oikeanlainen ratkaisu tarpeeseen löydetään. Erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja voidaan käyttää palautteen keräämisen keinoja. Sosiaali- ja terveysalalla usein käytetty keino on niin sanottu aivoriihi. Aivoriihen kautta pyritään löytämään mahdollisimman monta ideaa, joiden pohjalta voidaan valita ja edelleen kehittää toimivin vaihtoehto. (Jämsä & Manninen, 35-36.)

Ideavaiheen aikana on tarkoitus täydentää projektille ennalta asetettuja tavoitteita ja toiveita. Tällä tavoin voidaan varmistaa kaikkien osallisten tahdon mukainen lopputulos. Ideavaiheessa kannattaa tehdä suunnitelma projektin eteenpäin viemiseksi. Suunnitelma voi kuitenkin muuttua. (Kettunen 2009, 54–55.)

Oleellinen osa ideavaihetta oli työelämäohjaajani tapaaminen. Tämä asetti pohjan lopullisen tuotteen syntymiselle. Ensimmäisen tapaamisen tarkoitus oli hahmotella ja suunnitella, millaisia toiveita palliativisen poliklinikan puolelta olisi valmiille tuotteelle. Meillä molemmilla oli kokemusta potilasohjeista ja osasimme sen kautta hahmotella alustavasti ohjeen tarpeita. Tunsimme myös kohderyhmän olevan palliativisen potilaan tarpeet ja huomasimme olevamme niistä samaa mieltä. Halusimme tiivistää ohjeen sisällön tarkkaan mutta samalla tarjota riittävän laajan tietopaketin. Näiden molempien asioiden yhtäaikaista toteutumisen totesimme olevan haaste lopullisessa potilasohjeessa.

Halusimme luoda tuotteen, joka voisi olla potilaan käytettävissä pitkiä aikoja. Ulkoasun osalta keskustelimme tarpeesta tehdä lopullisesta tuotteesta niin pienikokoinen, että se voisi luontevasti jäädä esille esimerkiksi potilaan vuoteen vieressä olevalle pöydälle. Totesimme, että liian suuri ohje joutuisi helposti laatikkoon tai peittyisi monenlaisten tavaroiden alle. Alustavasti päädyimme kokeilemaan avautuvaa vihkoa potilasohjeen mallipohjana. Tiesimme, että tällaisia potilasohjeita SOITE:ssa oli tehty ennenkin ja niin ideoimamme tuote olisi helppo sovittaa voimassa olevien vaatimusten mukaiseksi.

Potilasohjeen sisällön kannalta pidimme tärkeänä toisaalta motivoida käyttämään lääkeannostelijan lisäannos mahdollisuutta kivun vaatimusten mukaan ja toisaalta vakuuttaa laitteen olevan turvallinen käyttäjälleen. Keskustelimme myös tarpeesta lisätä potilasohjeeseen tila yhteydenottotarvetta ja tarvittavia yhteystietoja varten.

Ideavaiheemme limittyi oikeastaan jo hyvin vahvasti luonnosteluvaiheen kanssa. Luonnosteluvaihetta käsittelen varsinaisesti seuraavassa luvussa.

8.2.3. Luonnosteluvaihe

Projekti siirtyy luonnosteluvaiheeseen sen jälkeen, kun on ratkaistu, millainen tuote on tarkoitus suunnitella ja valmistaa. Luonnosteluvaiheen aikana selvitetään erilaisten tekijöiden ja näkökohtien merkitys tuotteen suunnitteluun ja valmistukseen. Tärkeä osa on tuotteen omistajan, tässä tilanteessa palliatiivisen poliklinikan, toiveiden ja mielipiteiden selvittäminen. Samalla otetaan huomioon kohderyhmän tarpeet tuotteen suhteen. Molemmat vaikuttavat tuotteen laatuun. Tämä laatu syntyy eri näkökulmien yhdistymisestä, ja siitä kun ne tukevat toisiaan. (Jämsä & Manninen 2000, 43, 51.)

Ensitapaamisella kartoitin tarkasti millaisia toiveita palliatiivisella poliklinikalla olisi ohjeen suhteen. Lisäksi keskustelimme niistä palliatiivisista potilaista, jotka ohjetta voisivat käyttää. Poliklinikan sairaanhoitajan asiantuntemuksen avulla pystyimme keksimään monia tärkeitä näkökulmia potilasohjeen käyttäjien tarpeista. Toisaalta sairaanhoitaja osasi kertoa peloista, joita potilailla joskus esiintyy voimakkaita kipulääkkeitä kohtaan. Häneltä saamillani yhteystiedoilla olin myös yhteydessä SOITEn viestintäpuoleen ja sain käyttööni potilasohjeen mallipohjan, joka sisälsi tarvittavat värit ja tyyli. Tätä pohjaa käyttäen saatoimme luonnostella tarpeelliseksi arvioimaamme informaatiota käytettävissä olevaan tilaan. Tässä yhteydessä tutkin myös muita eri sairaalan yksiköiden käytössä olleita potilasohjeita. Näiden tutkiminen paransi valmiin tuotteeni laatua.

Sairaanhoitajan asiantuntemus oli korvaamatonta poliklinikan asiakkaiden tuntemisen kautta. Toiminnallisen opinnäytetyön ja tuotteen suunnittelussa asiakasprofiilin tunteminen on yksi keskeisimmistä asioista. On oleellista täsmentää ketkä ovat tuotteen esisijaiset käyttäjät ja millaisia he ovat tuotteen käyttäjinä. Näin kohderyhmän tarpeista käsin saadaan määriteltyä tuotteen sisällöllisiä tarpeita. Tärkeää onkin eläytyä tuotetta käyttävien rooliin, jotta tieto olisi mahdollisimman hyvin vastaanottajien ymmärryksen ja tarpeiden mukaista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38, 40. & Jämsä & Manninen 2000, 54- 55) Luonnosteluvaiheessa hahmotin, että selkeyteen tuotteessa on panostettava. Käytännössä tämä tarkoitti sisällön karsimista lyhyiksi lauseiksi ja reiluiksi riviväleiksi. Näin pyrittiin välttämään tekstin

puuroutumista ja edistää ymmärrettävyyttä. Tämä tiiviyn vaatimus myös pakotti puntaroimaan potilasohjeeseen laitettavan informaation määrää. Tulostin potilasohjeesta säännöllisesti paperisia luonnoksia. Näin pystyin mielestäni hahmottamaan asettelua parhaiten.

Jämsän ja Mannisen teoksessa painotetaan, miten tuotteen keskeinen sisältö muodostuu aina näyttöön perustuvista tosiasioista. Ne kuitenkin pyritään kertomaan mahdollisimman selkeästi, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tarpeiden mukaan. Tällaisten tuotteiden ongelmana on saatavilla olevan asiasisällön määrä ja mahdollisuus tiedon vanhenemiseen uutta tietoa saataessa. Vaikeuksia voi tulla myös siitä, jos tuotetta käyttää monipuolinen ja erilaisia tarpeita omaava joukko. Silloin informaation muokkaaminen kaikkia hyödyttäväksi on haastavaa. (Jämsä & Manninen 2000, 54- 55.) Potilasohjetta luonnostellessa oli selvää, että se on kohdennettu suppealle kohderyhmälle, koska se ohjeistaa aivan tiettyyn tarpeeseen. Ohjausryhmän kanssa tiedostimme, että tähänkin ryhmään voi liittyä eri ikäisiä tai eri tavalla asioita hahmottavia ihmisiä. Tiedon vanhentumisen ongelman ratkaisimme sopimalla, että luovutan potilasohjeen palliativisen poliklinikan käyttöön vapaasti käytettäväksi. Näin sitä voidaan tarpeen mukaan muokata myöhemmin.

Työelämäohjaana toimineen sairaanhoitajan avulla kartoitin myös mahdollisuuden lääkekielteisyyteen tai lääkepelkoon. Sen vuoksi sisältöihin valittiin turvallisuutta painottavia muotoiluja. Pyrittiin välttämään pelkkää tiedon välittämistä. Kaikki ohjeet antavat tiedon lisäksi myös merkityksiä. Nämä merkitykset ovat mielikuvia ja käsityksiä, jotka ohjaavat käyttäjän asennetta ohjeita kohtaan. (Torkkola ym. 2002, 11.) Luonnosteluvaiheessa pyrimme luomaan muotoiluja, joiden avulla ohjeen käyttäjä voisi luotavaisin mielin ottaa ohjeesta tietoa vastaan.

Tärkeänä osana luonnosteluvaihetta lisäsin ohjeeseen yhteydenottokohdan. Ohjeessa nämä ovat tyhjiä viivoja, joiden viereen on merkitty aika yö tai päivä. Tarkoituksena on, että jokainen työyksikkö voi kynällä lisätä oikeat numerot ohjeeseen. Näin samaa ohjetta voi käyttää mahdollisimman moni yksikkö sairaanhoitopiirin alueella.

8.2.4. Potilasohjeen kehittäminen

Tuotteen valmistus alkaa, kun siihen sisällytettävät ominaisuudet on selvitetty ja ratkaisut hyvään toimintapaan on tehty. Tuotteen valmistamisen menetelmät ja vaiheet voivat vaihdella kunkin tuotteen tarpeiden mukaan. (Jämsä & Manninen 2000, 54.) Jo ensitapaamisella keskustelin työelämäohjaajan kanssa, millainen PCA-kipulääkeannostelijan potilasohjeen tulisi olla. Suunnittelu ja

luonnosteluvaiheessa otin huomioon näitä toiveita. Näin oli mahdollista tehdä mahdollisimman hyvin tarpeita vastaava tuote.

Jo alussa oli selvää, että lopputuote olisi paperinen tuote. Näin se voisi olla saatavilla helposti ja ikääntyneelle kohderyhmälle luontevasti tavoitettavana. Jo luonnostelun aikana hahmottelimme tarvittavan informaation määrää ja laatua. Päädyimme A4 kokoiseen ohjeeseen, joka olisi kaksipuolinen. Jo luonnosteluvaiheessa totesimme, että tällainen potilasohje olisi tarkoitukseen kuitenkin liian kookas. Tavoitteena oli valmistaa ohje, jota voitaisiin säilyttää yö- tai potilaspöydällä. Siksi päädyin esittämään kolmeen osaan taittuvaa lehtistä potilasohjeen pohjaratkaisuna. Työkaluna käytin PAGES -tekstiohjelmaa jolla yksinkertainen graafinen muotoilu onnistuu myös luontevasti. Fonteissa, fonttikoossa ja värimaailmassa päätin seurata suoraan SOITEn potilasohjeen vaatimuksia. Myös edellä kuvattu potilasohjeen lehtismuoto noudattaa olemassa olevien potilasohjeiden mahdollista muotoilua.

Kehittelyvaiheessa luonnostellut informaatiot jäsenyivät lopulliseen muotoonsa, ja niille alkoi löytyä lopullinen paikka ohjeessa. Hahmottelin, miten lopullinen ohje tulisi taittumaan ja mitä tietoa millekin sivulle jäisi. Tarkoituksenmukaista oli, että samankaltainen tai samaan aiheeseen liittyvä tieto löytyisi samalta sivulta. Näitä sivuja taittuvassa lehtisessä tuli siis olemaan yhteensä kuusi. Sivut jakautuivat työtermeiksi: kansisivu, ongelmasivu, ulkoiset asiat, turvallisuus, lisäannoksen ottaminen ja motivointi. Kaikkein tärkeimpänä pidin takalehteä. Avaamattomassa ohjeessa tämä muodostaa takakannen. Koska kansilehti ei voinut sisältää informaatiota itse kipulääkeannostelijan käytöstä, oli kaikkein tärkeimmäksi koettu tieto sijoitettava mielestäni takakanteen. Näin potilaan ei tarvitsisi ohjetta käyttäessään aina avata sitä. Takakanteen valikoitui tieto lisäannoksen ottamisesta.

Ohjeen kieli on kohteliasta ja yksilölle kohdennettua. Lauseet on tarkoituksella rakennettu lyhyiksi. Ammattikielisiä termejä ja ilmauksia on pyritty välttämään. Ohjeen kieli pyrkii esittämään asian ihmiselle kuin tämä olisi ensimmäistä kertaa tekemisissä laitteen kanssa.

Kehittelyvaiheessa aloin etsimään myös potilasohjeessa käytettäviä kuvia. Jo ideointivaiheessa pidimme kuvia tärkeänä osana valmista tuotetta. Saatavilla oli runsaasti kuvia mutta ei vapaasti käytettäväksi. Lähestyin useaan otteeseen CADD-Legacy PCA 6300 -mallin kipulääkeannostelijan maahantuojaan. Esittelin projektini ja kysyin mahdollisuutta saada heiltä tuotekuvien käyttöoikeus tähän käyttötarkoitukseen. Kun vastaus viipyi, liitin potilasohjeen luonnokseen mallikuvat internetistä. Merkitsin kuitenkin selvästi niiden olevan luonnoksia ja ettei niitä saa käyttää lopullisessa tuotteessa.

Kehittelyvaiheessa käytin hyväkseni ammatilliselta palauteryhmältä saamaani palautetta. Lähetin luonnoksen kolmelle kotisairaalassa työskentelevälle sairaanhoitajalle. Sairaanhoitopiirin alueella kotisairaala hoitaa usein käytännössä PCA-kipulääkeannostelijoihin liittyvän valvonnan ja hoidon asiakkaiden kodeissa. Tätä palauteryhmää voi luonnehtia asiantuntevaksi. Yksi palauteryhmän jäsen kysyi palautetta koko oman työyksikkönsä henkilökunnalta. Kysyin: mitä tietoja lisäisit ohjeeseen, mitä tietoja poistaisit ohjeesta, miten kuvailisit ohjeen ulkoasua, mitä muuta haluaisit sanoa ja voisitko kuvitella käyttäväsi ohjetta työssäsi. Palaute oli kokonaisuudessaan hyvää ja ohje koettiin hyödylliseksi työkaluksi. Palauteryhmän kautta tuli noin kymmenen erilaista ehdotusta ohjeen parantamiseksi. Nämä olivat lähinnä ohjeessa käytetyn kielen tarkentamista tai yksinkertaistamista koskevia. Myös muutamia lisäysohjeita tuli. Alla muutama esimerkki saaduista kehitysehdotuksista.

Muuttaisimme lausetta "Muista kertoa kipulääkityksen tarpeesta..." näin: Muista kertoa mikäli lääkitys ei tunnu riittävältä.

PCA-annostelija on turvallinen-kohdassa "Laitteen kautta saat..." poistaisimme sanan elimistöön.

Mainitse hälytyksäänistä. Ongelmatilanteissa yleensä pumpun hälytyksääni ilmoittaa, että jotain on vialla. Silloin olisi otettava hoitajaan yhteyttä.

Saatuani palautetta kaikilta palauteryhmän jäseniltä, arvioin palautetta ja tein tarpeelliset muutokset luonnokseen. Pääosin ohjeen sisältöön oltiin tyytyväisiä. Samoin sen ulkoasuun ja muotoiluun. Tosin on mainittava, että tämä palauteryhmä sai luonnoksen sähköisenä, eikä niin saanut lopullista tuotetta vastaavaa kokemusta. Käytyäni muutokset läpi työelämäohjaajan ja ohjaavan opettajan kanssa oli prototyypin tekstisisältö valmis. Tässä vaiheessa työelämäohjaaja kysyi ohjeelle hyväksyntää myös työyksikön lääkäriltä. Tämä ei löytänyt siitä huomautettavaa.

Kuvaongelman ratkaisin ottamalla härkää niin sanotusti sarvista. Kävin kotisairaalassa ottamassa valokuvia siellä käytössä olevasta kipulääkeannostelijasta. Kuitenkaan en ollut kuvien laatuun ja omaan muokkausjälkeen tyytyväinen. Kuitenkin näiden mallien avulla päädyin luonnostelevaan kuvan graafisesti PAGES-ohjelman avulla. Näin sain kuvien rajauksen ja valituksen toimivaksi. Kuvat liitin prototyypiohjeeseen. Näin potilasohjeessa ei tullut olemaan valokuvia vaan graafisia piirroksia. Mielestäni lopputulos on erittäin selkeä. Näin toimimalla sain ohjeeseen kuvat, joiden käyttöoikeuden voisin vapaasti luovuttaa tuotteen vastaanottajalle. Kuvat ovat tyyliltään niin yksinkertaisia, että potilasohje toimii tarvittaessa myös mustavalkoisena.

Työelämäohjaajan kanssa otimme huomioon mahdollisuuden, jossa käytössä oleva kipulääkeannostelija vaihtuu. Pääasiallinen tapa vastata tähän on luovuttaa ohjeen käyttö ja muokkausoikeus palliatiiviselle poliklinikalle, joka sitten muokkaa ohjetta tarpeen mukaan. Yhdessä tiedostimme kuitenkin tilanteen, jossa käytössä on yhtä aikaa useampia laitteita tai ohjeen muokkaustyö jää jälkeen laitteistossa tapahtuvista muutoksista. Siksi päätimme lisätä takasivulle muotoilun, joka hämmäntävyystään huolimatta tuntui perustellulta. (KUVA 1)

Laitteesi ulkonäkö saattaa poiketa ohjeen kuvasta. Hoitaja varmistaa, että tiedät laitteesi kerta-annos -painikkeen.



KUVA 1 (Ylilehto, JM, 2022)

8.2.4. Viimeistelyvaihe

Kirjassa Potilasohjeet ymmärrettäviksi tähdennetään kirjallisten potilas- ja valmistautumisohjeiden olevan valmiita vasta kun ohjeen lukijat ymmärtävät niiden sisällön. Asiat, jotka ovat hoitohenkilökunnalle selviä ja yksinkertaisia, voivat olla potilaille ja asiakkaille uusia ja pelottavia. Siksi ohjeissa tulisi aina hyödyntää myös asiakkaan näkökulmaa. Ohjeiden toimivuus ymmärretäänkin usein vasta käytännössä. Siksi ne olisi hyvä testata ennen käyttöönottoa. (Torkkola ym. 2002, 14.)

Potilasohjetta viimeisteltäessä halusin saada käyttäjäpalautetta. Jo ideointivaiheessa olimme päättäneet työelämäohjaajan kanssa, etten tulisi käyttämään palauteryhmänä potilasohjeen todellisia käyttäjiä. Katsoimme, ettei ole mielekäästä rasittaa heitä projektin puitteissa. Alkuperäisenä ajatuksena oli kerätä palautetta ainoastaan kotisairaaloiden työntekijöitä sekä työelämäohjaajalta ja ohjaavalta opettajalta. Halusin kuitenkin saada palautteen myös muilta kuin hoitoalan ammattilaisilta.

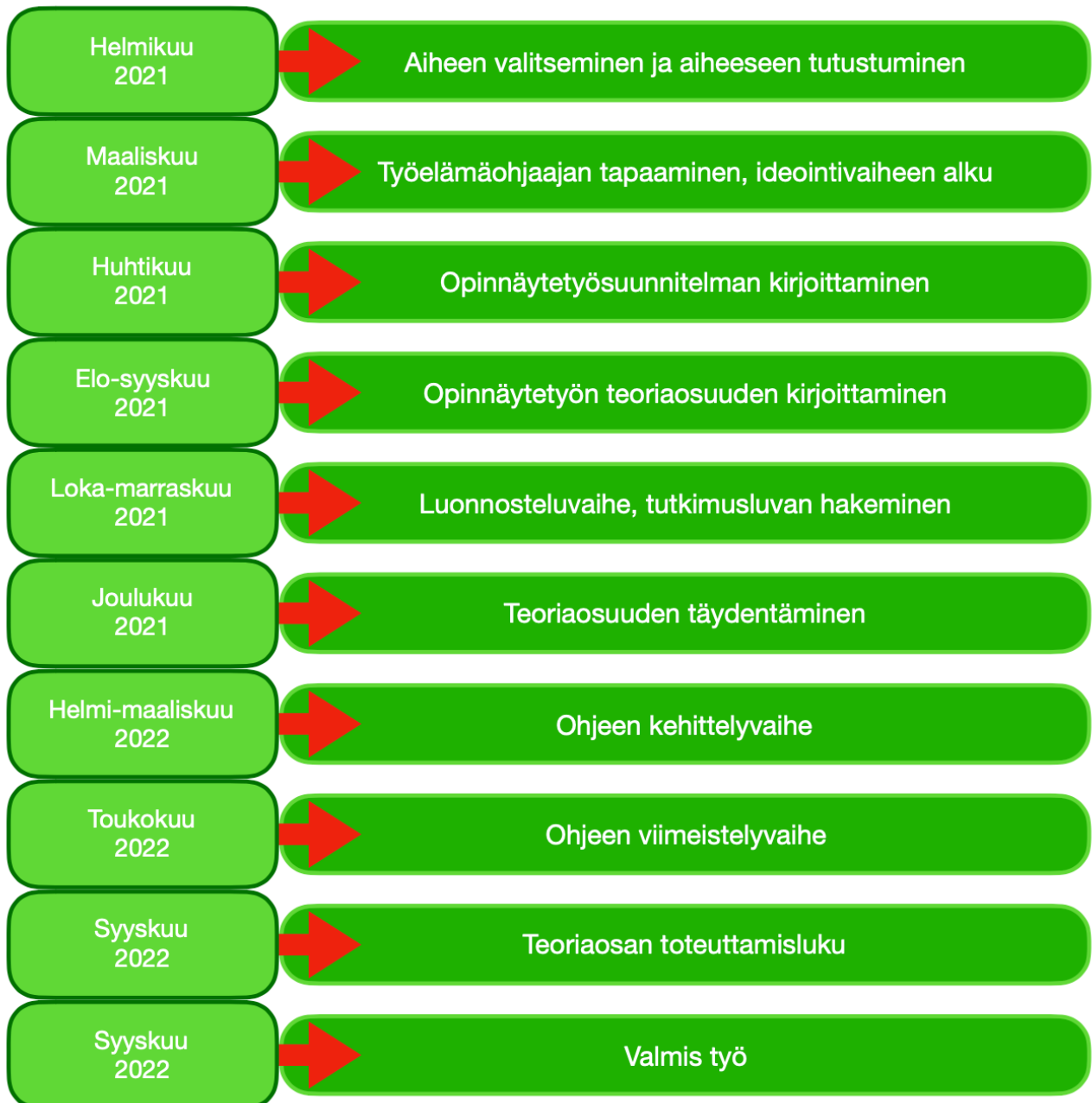
Keräsin tuttavapiiristäni kolmen henkilön palauteryhmän. Kukaan heistä ei ole työskennellyt hoitoalalla. Kaksi ryhmään kuuluvaa oli testaushetkellä eläkkeellä ja yksi työelämässä. Tapasin jokaisen yksitellen

paperinen ja lopulliseen muotoonsa taiteltu potilasohjeen prototyyppi mukana. Kuvailin jokaiselle lyhyesti, mikä laite on kyseessä ja minkälaisissa tilanteissa sitä käytetään hoidon tukena. Sen jälkeen esitin kysymykset: vaikuttaa laite ohjeen perusteella turvalliselta, mistä löytyvät mielestäsi ohjeen tärkeimmät asiat, osaisitko käyttää annostelijaa tämän ohjeen avulla ja tietäisitkö miten toimia ongelmatilanteessa.

Tämän ei ammatillisen palauteryhmän perusteella ohje on varsin onnistunut. Tärkeimmäksi tiedoksi tunnustettiin takakannen tieto lisäannoksesta ja laitetta arveltiin osattavan käyttää. Ohjeet koettiin selkeiksi ja turvallisen tuntuiksi. Myöskään toiminta ongelmatilanteissa ei jäänyt epäselväksi. Vaikkakin ensimmäisellä käyttäjällä hämmennystä herätti se, etten ollut lisännyt mitään puhelinnumeroa sille tarkoitetulle kohdalle. Tämä palauteryhmä ei antanut tuotteeseen liittyvää kehittämispalautetta.

Tämän testatun tuotteen palautin työelämäohjaajalle PDF- ja Word-tiedostomuodoissa. Word muodon tarkoituksena on helpottaa tuotteen jatkomuokkaamista poliklinikan tarpeiden mukaan. Tämä muutostyö vaati tiettyä tietoteknistä osaamista, sillä olin valmistanut ohjeen eri ohjelmalla. Viimeisenä toimena ennen potilasohjeen palautusta jouduin huomioimaan ammattikorkeakoulun graafisen ilmeen muutoksen ja tekemään vaaditut muutokset potilasohjeeseen.

Toimintayksikön arvojen ja periaatteiden huomioon ottaminen on tärkeää tuotteen asiasisällön ja ulkoasun valinnassa. Toimintayksiköllä, johon tuote kehitetään, voi olla tarkkoja linjauksia siitä, millainen tuotteen ulkoasun ja sisällön kuuluu olla. Nämä linjaukset liittyvät yksikön julkikuvaan ja ovat osa palvelujen markkinointia. (Jämsä & Manninen 2000, 49.) Kuten todettu, potilasohjeeni noudattaa SOITE:n potilasohjeille asettamia vaatimuksia. Kokonaisuudessaan työelämäohjaaja oli tyytyväinen viimeistelyyn ohjeeseen asetettujen tavoitteiden ja toiveiden valossa. Seuraavalla sivulla havainnekuviona opinnäytetyön aikataulu. (Kuvio 3)



KUVIO 3. Opinnäytetyön aikataulu.

9 EETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS

Tässä luvussa tulen käsittelemään opinnäytetyöni eettisiä kysymyksiä. Tämä ansaitsee huomiota, koska projektin valmis tuote on tulossa sairaiden ja kuolevien potilaiden sekä heidän omaistensa käyttöön. Yleisten opinnäytetyöhön liittyvien eettisten kysymysten lisäksi esittelen työni kanssa heränneitä erityiskysymyksiä. Lisäksi arvioin, millä tavalla edistän luotettavuutta työn eri vaiheissa peilaten sitä opinnäytetyöprosessiin liitettyihin luotettavuuden määritelmiin.

9.1. Eettiset kysymykset

Opinnäytetyöprosessiin sisältyy työn luotettavuuden ja eettisyyden arvioiminen. Ammattikorkeakouluille on laadittu suositukset eettisestä ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesta opinnäytetyöprosessista. Suositukset perustuvat lainsäädäntöön sekä kansallisiin ja kansainvälisiin periaatteisiin tiedeyhteisöissä. (Arene 2020, 3.)

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Pelkkä tutkimusaiheen valinta on opinnäytetyötä pähkäilevän eettinen valinta. Tutkijan tulee pohtia aiheen merkitystä sekä, miten tutkimus vaikuttaa siihen liittyviin henkilöihin. Hyödyllisyys on tutkimusetiikan periaatteena ja lähtökohtana tutkimuksen oikeutukselle. Hyöty voi olla tutkittavaan henkilöön kohdistuva tai tutkimustulokset voi hyödyntää tulevaisuudessa uusiin potilaisiin tai asiakkaisiin (Kankkunen, P., ja Vehviläinen-Julkunen, K. 2009, 172, 176- 177). Tämän kaltaisessa opinnäytetyössä potilaat ja heidän omaisensa hyötyvät lopullisesta tuotteesta, joka tulee heidän käyttöönsä.

Arja Kuula listaa tieteen etiikan vastaisiksi toimiksi esimerkiksi piittaamattomuus viittaustekniikassa tai muussa merkitsemisessä, vilppi eli väärin tulosten esittäminen ja sepittäminen eli väärin tulosten esittäminen tai väärän tiedon keksiminen. Myös toisen tutkimuksen esittäminen omanaan plagioinnin tai anastamisen keinoin on yleisesti tuomittavaa. (Kuula 2011, 37–38.) Työssäni olen noudattanut hyvän tieteellisen etiikan periaatteita ja tietoisesti välttänyt edellä mainittuja huonoja työtapoja.

Lopullisen tuotteen valmistuessa jouduin käymään lävitse käytännöllisen eettisen pulman. Kuten aiemmin todettu, on valmistuva potilasohje myös omaisen käytettävissä ja tälle hyödyllinen. Oli ratkaista, ohjataanko omaista ohjeen kautta myös käyttämään kipulääkeannostelijaa. Tiedossa oli, että hoidon loppuvaiheissa potilas on usein tilanteessa, jossa omainen käytännössä hoitaa kivun arvioinnin ja lääkeannosten antamisen. Kuitenkin ohjeen kannalta päädyttiin noudattamaan periaatetta, että annostelija on

potilaan henkilökohtainen ja siksi ohjaus potilasohjeessa annetaan ensisijaisesti potilaalle itselleen. Ohjeesta voi löytää tämän pohdinnan synnyttämän lauseen, jossa todetaan potilaan voivan ”pyytää omaista painamaan lisäannoksen nappia.” Tällöin päätäntävalta ja harkinta säilyy ohjeen näkökulmasta potilaalla itsellään. Toisenlainen päätös olisi voinut myös olla mahdollinen mutta se olisi ollut vaikeammin perusteltavissa juuri potilaan itsemääräämisoikeuden kannalta.

Toinen käytännön eettinen kysymys liittyi potilasohjeen arviointiin. Kuten edellä todettua, on potilasohje kulkenut kahden arviointiryhmän ja parin muun asiantuntijan kautta. Käyttäjän kannalta aidoin palaute olisi ollut mahdollista kerätä palliatiivisilta potilailta itseltään kipulääkepumpun ja potilasohjeen käyttäjinä. Kuitenkaan heitä ei haluttu tämän työn puitteissa häiritä ja tunkeutua sensitiivisen elämäntilanteen keskelle. Opinnäytetyö ei pidä sisällän haastatteluita tai muuta yksityisiin henkilöihin liittyvää materiaalia. Siksi henkilönsuojasta ja siihen liittyvistä eettisistä kysymyksistä ei tarvinnut työn toteutuksen aikana olla huolissaan. Opinnäytetyön valmistui Centria-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeen mukaisesti.

9.2. Luotettavuus

Hyvän opinnäytetyön vaatimuksena on löytää rajattu aihe työlle. Vain tämän kautta aiheen syvälinen käsitteleminen on mahdollista. Tarvittaessa rajaamista tehdään työn edistyessä. Opinnäytetyötä tehdessä aihetta voidaan tarkastella eri näkökulmista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 109-110.) Työn eettisyyden vuoksi tietoperustan tulee olla kriittisesti ja harkitusti rakennettu. Mikä tahansa ei kelpaa lähteeksi, vaikka vaihtelevuuttakin voi olla. Lähdekritiikissä lähteen huomioitavia seikkoja ovat kirjoittajan tunnettavuus ja arvovaltaisuus, tiedon alkuperä sekä lähteen ikä. Mahdollisuuksien mukaan on päästävä myös lähteiden lähteille. (Haapajoki & Heinonen 2009, 32.) Opinnäytetyöprosessin aikana pyrin löytämään ja käyttämään tuoreimpia saatavilla olevia lähteitä. Tilaisuuden tullen hylkäsin tai täydensin iäkäästä lähteestä saatua tietoa uudemmallalla materiaalilla opinnäytetyössäni. Tarkka lukija huomaa, että eettisyyttä ja luotettavuutta käsittelevissä luvuissa on käytetty hieman vanhempia lähteitä. Uskon, että näiden vaatimusten suhteen ei lähteiden julkaisemisen jälkeen ole paljo tapahtunut. Toisin on muiden työni lukujen suhteen. Siksi niissä on käytetty keskimäärin huomattavasti tuoreempaa lähdemateriaalia.

Opinnäytetyöni luotettavuutta lisää se, etten ole luonut opasta yksin, käytän prosessissa asiantuntijaa, joka työskentelee säännöllisesti laitteen kanssa ja ohjaa potilaita sen käytössä. Hän on tarkastanut myös valmiin oppaan. Samoin suuntaviivoina toimivat jo olemassa olevat, samankaltaiset, ohjeet sekä teoriaosuudessa kerätty tieto. Lisäksi luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyöni käytetty materiaali ovat tarkistettavissa lähteistään. Vilka ja Airaksinen painottavat yleisen ja erityisen tiedon välillä tehtävää

erottelua. (Vilkkä, Airaksinen 2003, 78). Tämän ohjeen mukaisesti pyrin arvioimaan teoriaosuudessa keräämääni tietoa ja valikoimaan siitä oppaan kannalta keskeiset tiedot. Työn prosessin aikana olen pyrkinyt vaihtamaan käytettyjä lähteitä tuoreempiin, mikäli niitä on ollut saatavilla.

Olen saanut opinnäytetyöhön luvan Soiten palvelualuejohtajalta ja palliatiivisesta poliklinikasta vastaavalta osastohoitajalta. Suunnitelmavaiheen jälkeen hain myös johtajaylihoitajalta käyttäen siihen tarkoitettua lomaketta. Ohjaava opettaja valvoi työn etenemistä ja antoi palautetta matkan varrella. Näin varmistettiin osaltaan prosessin luotettavuutta.

10 POHDINTAA

Opinnäytetyöni aiheenvalinnan ratkaisi verrattain tuore harjoittelukokemus ja sen yhteydessä havaittu kehittämistarpeen tunnistaminen. Halusin valmistaa konkreettisen tuotteen, joka voisin valmistaa oman aikatauluni puitteissa. Aikataulujen vuoksi valitsin myös toteuttaa opinnäytetyön yksin. Huomattava osa työstä onkin valmistunut jalkapallokenttien reunoilla lasten kускаamisen väliajoilla.

Työtä tehdessäni pääsin tutustumaan tuotekehitysprojektiin ja sen vaatimiin vaiheisiin. Pääsin tutustumaan ammatilliseen yhteistyöhön tämänkaltaisessa yhteydessä. Opin myös pyytämään ja saamaan palautetta. Harjoittelin myös arvioimaan saatua palautetta ja tekemään muutoksia ohjeeseen arvioinnin perusteella. Koen tietojenhakutaitojeni kehittyneen huomattavasti. Hyödynsin laajasti ammattikorkeakoulun kirjastoa ja alan sähköisiä julkaisuja. uskon tästä olevan hyötyä tulevaa ammatillista kasvua ajatellen.

Opinnäytetyöni on mielestäni onnistunut tarkoituksessaan ja tavoitteissaan. Myös valmis tuote täyttää ideointivaiheessa sille työyksikössä annetut vaatimukset. Olisi ollut kenties mielekäästä kuitenkin laajentaa prototyypin testausta laajemmalle joukolla. Nyt saatu palaute muilta kuin ammattilaisilta jäi ohueksi. Kenties olisi ollut perusteltua laajentaa testausta myös palliativisen poliklinikan asiakkaisiin. Työelämäohjaajan avulla olisi luultavasti ollut mahdollista löytää sellaisia testajia, joiden voimavarat olisivat tähän riittäneet.

Kaiken kaikkiaan yhteistyö työelämäohjaajan, ohjaavan opettajan ja palauteryhmien kanssa on ollut sujuvaa ja antoisaa. Aiheen äärellä työskentely on lisännyt suuresti tietoani. Erityisesti kivun ja sen hoidon ymmärtäminen on hyödyllinen taito kaikkialla hoitotyön kentällä. Myös potilasohje ja potilasturvallisuus ovat asioita, joista oppiminen on hyödyksi laajasti. PCA-kipulääkeannostelijan ja palliativisen potilaasta sekä tämän hoidosta oppiminen on ollut hyödyllistä ja myös työyksiköissä tarpeeseen tullutta osaamista.

Opinnäytetyöni äärellä jatkokehittelyideaksi nousee tuotteen käyttäjille tehtävä käyttökysely, jossa karotetaan ohjeen toimivuutta ja ymmärrettävyyttä oikeiden käyttäjien kesken. Tämä olisi mahdollista toteuttaa kyselytutkimuksena. Jatkokehittelyyn kuuluisi tuotteen muokkaaminen arvioitujen tulosten mukaan. Toinen mahdollinen jatko projekti olisi valmiin tuotteen avulla järjestetty koulutus työyksikössä.

LÄHTEET

Ahonen, Outi, Mari Blek-Vehkaluoto, Sirkka Ekola, Sanna Partamies, Virpi Sulosaari, ja Tuija Uski-Tallqvist. *Kliininen Hoitotyö: Sisätauteja, Kirurgisia Sairauksia Ja Syöpätauteja Sairastavan Hoito*. 6., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 2016.

Ahtiluoto, S. & Ollila, M. 2018. Kotisaattohoidon tarve ja laatu. Teoksessa R. Pöyhiä, E. Güldogan & A. Vanhanen (toim.), *Kotisairaala*. Saatavilla 29.4.2021 https://www.oppiportti.fi/op/kts00018/do?p_haku=ahti-luoto#q=ahtiluoto

Alaperä ym. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa: Lipponen, Kaija, Helvi Kyngäs, ja Maria Kääriäinen. 2006 *Potilasohjauksen Haasteet: Käytännön Hoitotyöhön Soveltuvat Ohjausmallit*. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala : Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Anttila, M. ym. Omaisten ohjaus. Teoksessa: Lipponen, Kaija, Helvi Kyngäs, ja Maria Kääriäinen. 2006. *Potilasohjauksen Haasteet: Käytännön Hoitotyöhön Soveltuvat Ohjausmallit*. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala : Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Anttila, P. 2000. *Tutkimisen taito ja tiedon hankinta: Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet* 3. Painos. Hamina: Akatiimi.

Anttila, P. 2006. *Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen* 2. Painos. Hamina: Akatiimi.

Arene 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammatti- korkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Saatavilla 1.5.4.2022 <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKOR-KEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTI-SET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Björkman, M., Sorva, A. ja Tilvis R. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi: kahden kipumittarin vertailu 2007. Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning vol. 62 no. 26 s. 2547-2553. Saatavilla 25.8.2021 <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/iakkaiden-dementiapotilaiden-kivun-arviointi-kahden-kipumittarin-vertailu/>

Blonqvist, C. Aikuisen tehohoitopotilaan kivunhoito. Teoksessa: Sailo, Eriikka, ja Anne-Marie Vartti. 2000. *Kivunhoito*. Helsinki: Tammi.

Etene-julkaisuja 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Saatavilla 22.4.2022: <https://etene.fi/documents/66861912/66865172/ETENE-julkaisuja+30+Teknologia+ja+etiikka+sosiaali-+ja+terveysalan+hoidossa+ja+hoivassa.pdf/fb6eee4a-38e5-4c11-9254-74b138d1935a/ETENE-julkaisuja+30+Teknologia+ja+etiikka+sosiaali-+ja+terveysalan+hoidossa+ja+hoivassa.pdf?t=1439805466000>

Finne-Soveri, H. 2017. Helsingin yliopisto; Helsinki: Yleislääkäri - Allmänläkaren vol. 32 no. 5 s. 29-32

Fimea. 2019. CE-merkintä. Saatavilla 28.4.2022: https://www.fimea.fi/laakinnalliset_laitteet/laakinnallisen-laitteen-markkinoille-saattaminen/ce-merkinta

Haapajoki, K. & Heinonen, M. 2009. Kirjallinen ohje vuodeosaston MRSA- potilaille ja heidän omaisilleen. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hagelberg, N. & Heiskanen, T. Kipujärjestelmän toiminta. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hamulainen, K. 2012. Palliativinen sedaatio. *Finnanest*. 45. 470-473. Saatavilla 26.4.2022: http://www.finnanest.fi/files/hamunen_palliativinen.pdf

Hiltunen, P. Psykososiaalinen tuki vanhuspotilaalle. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Heikkilä, A., Jokinen, P., & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heiskanen, T., Haakana, S. & Koivusalo, A. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015 *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013 Kipu palliativisessa hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 129(4):385-92 Saatavilla 3.9.2021: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10822>

Helovuori, Arto. *Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden Keskeisiä Kysymyksiä Havainnollisesti Ja Käytännönläheisesti*. 2011 Helsinki: Fioca,

Hillilä, Markku. Ummetus. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hiltunen, P. Psykiatristen oireiden hoito vanhuspotilailla. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hänninen, J. Oireiden esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. Total pain -käsite. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

- Hänninen, J. Saattohotoa kenelle, milloin ja missä? Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Janes, R. Delirium. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 2015.
- Juhela, P. Sairauden vaikutus ihmissuhteisiin. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 2015.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- IASP. Education. Terminology. Pain. IASP. Education. Terminology. Pain. Saatavilla 23.4.2020 <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. Painos. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Laakkonen, M. & Pitkälä, K. Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen hoitotoiveita. Teoksessa: Hänninen, Juha. 2006 *Elämän Loppu Vai Kuoleman Alku: Hoitopäätökset Kuoleman Lähestyessä*. Helsinki: Duodecim.
- Leino-Kilpi, H., & Kluja, K. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa: Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet: 2. Turun yliopisto.
- Liimatainen, N., Rahko, E. & Liisanantti, J. 2018. Syöpäkivun hoitoa kehittämällä voidaan vähentää päi-vystyskäyntejä. *Lääkärilehti* 73(22), 1428–1434. Saatavissa 14.9.2021 <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/syopakivun-hoitoa-kehittamalla-voidaan-vahentaa-paivystyskaynteja/>
- Lind, O. 2001. Näin tehdään onnistunut projekti. Näin toteutetaan luottamus-, osaamis- ja taloudellisen pääoman prosessointi, luova suunnitteluprosessi, projektin ja kokousten oikea johtaminen ja etsitään suuri idea. Tampere: Ruottukka Oy
- L 395/1987. Lääkelaki. Saatavilla 25.8.2021 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>
- L 629/2010. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Saatavilla 23.8.2021 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. painos. 2013. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kalso, E. Kivun lääkehoito. Aho, Heli, Eija Kalso, Maija Haanpää, Katri Hamunen, Vesa Kontinen, ja Anneli Vainio. 2018. *Kipu*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Kalso, E. Käytännön opioidihoito. Teoksessa: Kalso, Eija, Pirkko Paakkari, ja Marja Forsell. 2009 *Opioidit Pitkäkestoisessa Kivussa*. 2. uud. p. [Helsinki]: Lääkelaitos.
- Kalso, E. Voiko kipua mitata. Teoksessa: Aho, Heli, Eija Kalso, Maija Haanpää, Katri Hamunen, Vesa Kontinen, ja Anneli Vainio. 2018. *Kipu*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kalso, E. opioidivalmisteet. Teoksessa: Kalso, Eija, Pirkko Paakkari, ja Marja Forsell. 2009 *Opioidit Pitkäkestoisessa Kivussa*. 2. uud. p. [Helsinki]: Lääkelaitos.
- Kalso, E. Syöpäkivun lääkehoito. 2016. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 132(22):2125-8 Saatavilla 3.9.2021: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13419>
- Kauppinen, A., Nummi, J. & Savola, T. Tekniikan viestintä. 2004. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOYpro.
- Kiljunen, M. & Marjamäki, E. 2017. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. *Lääkärilehti* (72)19. 1231–1235. Saatavissa 24.8.2021: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/13/92/270/sll192017-1231.pdf>
- Kipu. Käypä Hoito. 22.8.2017. Duodecim. Saatavissa 10.9.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s15>
- Kuula, A. 2011. *Tutkimuseetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys* 2. Painos. Tampere: Vastapaino.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypähoito. 4.10.2019. Duodecim. Saatavilla 27.4.2022. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>
- Mann, Eileen M., ja Eloise C. J. Carr. 2009. *Pain: Creative Approaches to Effective Management*. 2. ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Marjamäki, E. (30.11.2015). Lääkeannostelija (PCA). Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito*. Saatavilla 20.8.2021 <https://www.oppoportti.fi/op/pli00246/do>
- Miranda, H, & Kyytsönen, E. 2019. *Ota Kipu Haltuun*. [Uusi painos]. Helsingissä: Kustannusosakeyhtiö Otava,
- Mherekumombe, M. F. & Collins, J. J. 2015. Patient-Controlled Analgesia for Children at Home. *Journal of pain and symptom management*, 49(5), 923-927. Saataville 29.4.2021: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.10.007>
- Nousiainen, A & Nivala-Huhtaniska, N. Suun kuivuus. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus (4.10.2019). Helsinki: Suomalainen Lääkäreisseura Duodecim. Saatavilla 28.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Palliativinen talo. terveyskylä. 1.11.2021. Saatavilla 12.5.2022: <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/mita-palliativinen-hoito-on>

Linda Papa, Lindsay Maguire, Mark Bender, Michael Boyd, Sagar Patel & Ivan Samcam. Patient controlled analgesia for the management of acute pain in the emergency department: A systematic review. 2021. American Journal of Emergency Medicine. Saatavilla 7.12.2021

Pouttu, J. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät. Teoksessa: Aho, Heli, Eija Kalso, Maija Haanpää, Katri Hamunen, Vesa Kontinen, ja Anneli Vainio. 2018. *Kipu*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pöyhiä, R. Kakeksia ja ruokahaluttomuus. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Pöyhiä, R. & Hänninen, J. Kuivumisen oireet ja mekanismit. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Pöyhiä, R., Teiriä H. & Kalso, E. Kivun itsehoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 1996;112(8):704-. Saatavilla 26.4.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo60158>

Rahko, E. & Koskela, R. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Rimpiläinen, R. & Akural, E. (2007). Palliativinen hoito elämän loppuvaiheessa. *Finnanest* (40)4, 324–329. Saatavilla 24.8.2020 http://www.finnanest.fi/fi-les/rimpilainen_palliativinen.pdf

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2018. *Lääkehoidon käsikirja*. 7., Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saarto, T. Askites. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, T. Nielemisvaikeudet. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, T. Syövän hoitolinjat. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Anneli Vainio, Riitta Antikainen, Tiina Ripatti, ja Helena Schmidt. *Palliativisen Hoidon Hyvät Käytännöt*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 2018.

Sailo, E. Kivun kirjaaminen. Sailo, Katja. Kuolevan potilaan kivunhoito. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A. 2000. *Kivunhoito*. Helsinki: Tammi.

Sailo, Katja. Kuolevan potilaan kivunhoito. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A. 2000. *Kivunhoito*. Helsinki: Tammi.

Salanterä, S. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Salminen-Tuomaala, M. 2019. Toiminnallinen opinnäytetyö sairaanhoitajan ammatillisen kasvun tukena. Saatavilla 27.4.2021 <https://lehti.seamk.fi/hyvinvointi-ja-luovuus/toiminnallinen-opinnaytetyo-sairaanhoitajan-ammattillisen-kasvun-tukena/>

Salminen - Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S. Leikkola, P. Vanninen, J. Paavilainen, E. 4/2010. Tutkiva hoitotyö. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. 21-28. Helsinki. Fioca Oy.

Salminen-Tuomaala, M., Leikkola, P. & Paavilainen, E. 2014. Patient and Staff Safety Incidents and Near Misses in Out-Of-Hospital. *Emergency Medicine* 4(6), 1 – 5. Saatavilla 28.4.2022: <https://pdfs.semanticscholar.org/5796/1cca0bf9ac5cc36bf47354476741fbc3313a.pdf?ga=2.191284778.1468844255.1651218328-1260621285.1651218328>

Salomäki, T., Kalliomäki, M. Opioidit akuutin kivun hoidossa. Teoksessa: Aaltonen, P., Olkkola, K., Kiviluoma, K., Saari, T., Tallgren, M., Uusaro, A. & Yli-Hankala, A. 2021. *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito* 4., Uudistettu painos. Duodecim.

Salomäki, T., Kalliomäki, M. Sentraalinen kivunhoito. Teoksessa Aaltonen, Petri, Per Rosenberg, ja Seppo Alahuhta. 2014 *Anestesiologia Ja Tehohoito*. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Surakka, T., Pupita-Mattila K., Åstedt-Kurki P. & Kaunonen M. 2015 *Palliativinen Hoitotyö: Parantumattomasti Sairas Ja Hänen Perheensä*. Helsinki: Fioca.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilasturvallisuus. 2017. Saatavissa 22.11.2021. <https://stm.fi/potilasturvallisuus>

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä Hoito. Duodecim.

Tarkkanen, M., Tyynelä-Korhonen, K., & Jyrkkiö, S. Parantumattoman syövän lääkehoito elämän loppuvaiheessa. *Duodecim* 2020 vol. 136 no. 7 s. 768-774

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Saatavissa 3.9.2021 https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Lääkehoito-opas_KP_2.pdf/e46a04d4-d24f-473a-8c46-a363774794d4

Terveyskylä. Lääkkeetön kivunhoito. 2018. Saatavissa 10.9.2021. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/syöpäkipu/syöpäkivun-hoito/lääkkeetön-kivunhoito>

Terveyskylä. Kipulääkeannostelija. Saatavissa 7.12.2021. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-jälkeen/kipulääkitys-leikkauksen-jälkeen/kipulääkeannostelija>

Terveyskylä. Kivunhallintatalo. Kipu leikkauksen jälkeen. Kipulääkitys leikkauksen jälkeen. Kipulääkeannostelija. Saatavilla 20.8.2021 <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-j%C3%A4lkeen/kipul%C3%A4%C3%A4kitys-leikkauksen-j%C3%A4lkeen/kipul%C3%A4%C3%A4keannostelija#>

Terveyskylä. Psyykinen tuki. 2018. <https://www.terveyskyla.fi/palliativientalo/tukea/psyykinen-tuki/psyykinen-hyvinvointi>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäväksi: Opas potilasohjeiden tekijöille*. Kirjayhtymä.

Töyry, Eeva. *Hoidon Ihmisläheisyys Erikoissairaanhoidossa: Mittarin Kehittäminen Ja Käyttö*. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2001.

Vainio, A., Hietanen, P. & Hellberg, G. Palliativinen hoito. Duodecim 1998

Vainio, A. & Vuorinen, E. Kivun esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa: Saarto, Tiina, Juha Hänninen, Riitta Antikainen, Anneli Vainio, ja Mari Aaltonen. 2015. *Palliativinen Hoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Vainiola, T. 2016. Terveystuollon laitteiden ja tarvikkeiden seuranta-järjestelmä kuntoon kattavasti. [Verkköjulkaisu]. Valvira: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavilla 28.4.2022: <https://www.valvira.fi/-/terveydenhuollon-laitteiden-ja-tarvikkeiden-seurantajarjestelma-kuntoon-kattavasti>

Valvira. 19.2.2019. Lääkinnällisten laitteiden valvonta siirtyy Valvirasta Fimeaan. Saatavissa 28.4.2022: <https://www.valvira.fi/-/laakinnallisten-laitteiden-valvonta-siiryy-valvirasta-fimeaan>

Vilka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, H. 2012. Selkokielen käsikirja. 2. uudistettu painos. Helsinki: Opiker

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuslupa

Sivu 1 / 2


Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveys-
palvelukuntayhtymä
Hoito ja hoiva

Viranhaltija ja virka-asema
Kurikkala Piia
Johtajaylihoitaja

Päätös

Tutkimuslupapäätös

Päivämäärä / pykälä
10.11.2021 / § 41/2021

Asia, jota päätös koskee	Tutkimuslupa, Ylilehto Jani-Matti. Lääkeannostelijan turvallinen käyttö. PCA-lääkeannostelijan potilasohje palliatiiviselle potilaalle.	
Asianosaiset		
Selostus asiasta		
Perustelu/ esittelijä		
Päätös	Hyväksyn anotun tutkimusluvan seuraavin lisäyksin: Potilasohjeen ulkoasun osalta noudatetaan Soiten viestinnän ohjeistusta ja Soitella on käyttö- ja muokkaus oikeudet tuotteeseen.	
Allekirjoitus	 Kurikkala Piia Johtajaylihoitaja	
Oikaisuvaati- musohjeet/	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Myös sähköinen asiakirja täyttää vaatimuksen kirjallisesta muodosta. Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava: 1) päätös, johon haetaan oikaisua, 2) miten päätöstä halutaan oikaistavaksi ja 3) millä perusteella oikaisua vaaditaan. Lisäksi oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava tekijän nimi, kotikunta, postiosoite ja puhelinnumero. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.	
Oikaisuvaati- musohjeet/ Valitusosoitus/ Muutosvaati- musositus	<input type="checkbox"/> Tähän päätökseen ei saa hakea muutosta Kiellon peruste <input type="checkbox"/> Valitusosoitus - Hallintovalitus	
Liitteet	<input type="checkbox"/> Oikaisuvaatimusohjeet <input type="checkbox"/> Valitusosoitus - Hallintovalitus <input type="checkbox"/> Muutosvaatimusositus	

Viranomainen
Hoito ja hoiva

Oikaisuvaatimusohjeet
Kunnallisasiat

Päivämäärä 10.11.2021 Pykälä § 41/2021

Oikaisu-vaatimus-oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
--------------------------------	--

Oikaisu-vaatimus- viranomainen	Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite Hallitus Mariankatu 16-20 67200 KOKKOLA fax 06-826 4650 kirjaamo@soite.fi
Oikaisu-vaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kuntalain 140 §:n mukaisesti 7 päivän kuluttua kun pöytäkirja on nähtävänä yleisessä tietoverkossa. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana (hallintolaki 59 § ja 60 §). Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kolmantena päivänä viestin lähettämisestä, jollei muuta näytetä (laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa 19 §). Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arklauantai, saa oikaisuvaatimuksen tehdä ensimmäisenä arkipäivänä sen jälkeen.

Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen Tiedoksianto asianosaiselle 1)	Pvm Asianosainen <input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (KuntaL 139§). Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja Asianosainen <input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus Vastaanottajan allekirjoitus <input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten: Sähköisesti pvm / tiedoksiantaja
--	---

Oikaisu-vaatimuksen sisältö ja toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä viraston aukioloaikana. Oikaisuvaatimuksen voi toimittaa myös telekopiona tai sähköpostitse.
Lisätietoja	

Liitetään päätökseen/otteeseen

- 1) Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 137 § 1 momentissa tarkoitettulle asianosaiselle. Tummennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen.

Postiosoite / Postadress:
Mariankatu/Mariegatan 16-20
67200 KOKKOLA / KARLEBY

Käyntiosoite / Besöksadress:
Keskussairaala/Centralsjukh.
Mariankatu/Mariegatan 16-20

Puhelin / Telefon:
(06) 826 4111
Fax: (06) 826 4650

S-posti / E-post:
etunimi.sukunimi@soite.fi
förnamn.efternamn@soite.fi

Internet:
www.soite.fi

Ongelmatilanteet

Annostelija toimii paristolla ja toimitetaan kantopussin kanssa. Voit siis olla liikkeellä laite mukanaasi.

Vältä laitteen pudottamista ja kolhimista.

Suihkuun mennessä suojaa laite ja pistopaikka esimerkiksi muovipussilla.

Ethän yritä itse irrottaa mitään laitteen osia toisistaan.



Lääkityksen turvallisuudesta vastaa lääkäri. Hoitaja myös tarkistaa laitteen toiminnan päivittäin. Kerro huolistasi rohkeasti hoitajalle.

Jos lääkitys ei yllättäen tunnu auttavan tai laite hälyttää äänimerkillä:

Tarkista, onko laitteesta neulaan menevä letku jyrkällä mutkalla, solmussa tai painon alla. —> Vapauta letku.

Tarkista. Onko letku irti laitteesta, selvästi rikki tai irti neulasta. —> Ota yhteyttä.

Jos kipu lisääntyy nopeasti, eikä lisäannoksen ottamisella ole vaikutusta. —> Ota yhteyttä!

Tarvittaessa voit ottaa yhteyttä:

Päivällä _____

Yöllä _____



PGA -

KIPULÄÄKEANNOSTELIJA

POTILASOHJE

Laatinut opinnäytetyönä sairaanhoitajaopiskelija Jani-Matti Ylliehto yhdessä Kokkolan palliativisen poliklinikan kanssa. Kuvat © Jani-Matti Ylliehto 2022

CENTRIA
ammattikorkeakoulu

www.soite.fi

PCA-annostelija on turvallinen käyttää

PCA-annostelija on lääkärin sinulle määräämä lääkinnällinen laite pitkäaikaiseen kivunhoitoon.

Laitteen avulla saat lääkärin määräämän, turvallisen, annoksen kipulääkettä jatkuvana virtauksena. Annostusta voidaan tarvittaessa muuttaa lääkärin määräyksellä. Käytähän laitetta saamiesi ohjeiden mukaan

Hoitaja tarkistaa päivittäin laitteen toiminnan, lääkeaineen ja pariston riittävyyden sekä pistopaikan keholla.

Laitteen painikkeet ovat lukossa. Vahingossa niihin koskemalla et voi aiheuttaa vaaraa itsellesi.

Tarvittaessa voit ottaa lääkärin määräämän lisäannoksen kipulääkettä.

Lisäannoksen ottaminen

Kerta-annos -painikkeella on mahdollista ottaa lääkärin määräämä lisäannos kipulääkettä.

Jokaisen lisäannoksen jälkeen painike lukittuu määrätyn ajaksi. Uuden annoksen ottaminen on mahdollista vasta lukitusajan jälkeen. Näin yliannoksen vaaraa ei ole.

Voit pyytää myös omaista painamaan painiketta puolestasi.

Laitteesi ulkonäkö saattaa poiketa ohjeen kuvasta. Hoitaja varmistaa, että tiedät laitteesi kerta-annos -painikkeen.



Kipulääkityksen mahdollisia sivuvaikutuksia ovat äkkiä alkava:

VÄSYMYS
HUTMAUS
PAHOINVOINTI
IHON KUTTINA
UMMETUS

PISTOKOHHDAN KIPU TAI PUNOITUS

Samankaltaiset oireet pitkäkestoisina ovat usein myös perussairauden aiheuttamia. Keskustele oireista hoitajan kanssa. Niitä voidaan helpottaa.

Älä epäröi ottaa lisäannosta kun koet tarvitsevasi sitä kivun vuoksi.

Muista myös kertoa, jos lääkitys ei tunnu riittävältä.

On tärkeää hoitaa kipua hyvin. Silloin muidenkin oireiden kanssa selviää helpommin!

www.soite.fi