

Elina Koppinen ja Merja Silakka

**PALLIATIIVISEN POTILAAN KIVUNHOITO, KOKONAISVAL-
TAINEN TUKI SEKÄ HOIDON RAJAUKSET JA LINJAUKSET**

Koulutustilaisuus Kitinkannuksessa

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja (AMK)
Joulukuu 2020**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Joulukuu 2020	Tekijä/tekijät Elina Koppinen & Merja Silakka
Koulutusohjelma Sairaanhoitaja (AMK)		
Työn nimi PALLIATIIVISEN POTILAAN KIVUNHOITO, KOKONAISVALTAINEN TUKI SEKÄ HOIDON RAJAUKSET JA LINJAUKSET. Koulutustilaisuus Kitinkannuksessa		
Työn ohjaaja Hanna-Mari Pesonen, yliopettaja	Sivumäärä 37+ 16	
Työelämäohjaaja Maija Mattila, hoitopäällikkö ja Johanna Oikemus-Määttä, palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja		
<p>Opinnäytetyömme tarkoitus oli järjestää koulutustilaisuus Kitinkannuksessa palliatiivisesta hoidosta. Kitinkannus on ympärivuorokautinen yksikkö, joka panostaa vaativaan lääkinälliseen laitostuntoutukseen, neurologiseen kuntoutukseen, avokuntoutukseen ja asumispalveluihin. Kartoitimme lyhyen kyselyn avulla osaston hoitohenkilökunnalta, millaista uutta osaamista he tarvitsevat palliatiivisesta hoidosta. Tavoitteenamme oli vahvistaa kyseisessä yksikössä hoitohenkilökunnan tietoutta palliatiivisesta hoidosta ja edistää palliatiivisen potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tavoitteenamme oli myös lisätä uutta, ajankohtaista tietoa palliatiivisesta hoidosta Kitinkannuksen hoitohenkilökunnalle.</p> <p>Järjestimme puolentoista tunnin mittaisen koulutustilaisuuden, joka sisälsi tunnin teoriaosuuden. Sen jälkeen syvennymme potilastapauksiin palliatiivisen hoidon näkökulmasta. Lopuksi Soiten Palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja kertoi omasta työnkuvastaan ja poliklinikan toiminnasta. Vallitsevan Covid-19 -tilanteen vuoksi päädyimme pitämään koulutuksen etätilaisuutena.</p> <p>Koulutuksen aiheet valikoituivat Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan osaamistarpeiden mukaan. Teoriaosuudessa käsitelimme seuraavia aiheita palliatiiviseen hoitoon liittyen: palliatiivisen hoidon määritelmä, hoitajien osaamisvaatimukset palliatiivisessa hoidossa ja palliatiivisen potilaan kivunhoito, mikä sisälsi lääkkeellisen sekä lääkkeettömän kivunhoidon. Lisäksi aiheena oli psykososiaalinen tuki, henkinen ja hengellinen tuki sekä hoitosuunnitelma ja hoitolinjaukset.</p> <p>Tilaisuuden lopussa pyysimme palautetta kahdella kysymyksellä: ”Mitä sait koulutuksesta työhösi?” sekä ”Vastasiko koulutus odotuksiasi?” Kaikki kokivat, että koulutus vastasi erittäin hyvin odotuksia ja koulutuksesta saivat uutta tietoa palliatiivisen potilaan hoidosta sekä erityisesti kivunhoidosta. PAINAD-mittari koettiin uudeksi hyväksi työkaluksi. Lähetimme Kitinkannukseen ennakkomateriaalina PowerPoint-esityksen, ja näin ollen se jäi hoitoyksikön omaan käyttöön. Projektimme toteutui aikataulun ja suunnitelman mukaisesti. Huomasimme projektin edetessä itsessämme ammatillista kasvua. Tätä opinnäytetyötä voi hyödyntää jatkossa vastaavanlaisia tilaisuuksia järjestettäessä ja suunniteltaessa.</p>		

Asiasanat Etäopetus, henkilöstökoulutus, palliatiivinen hoito, projekti

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date December 2020	Author Elina Koppinen & Merja Silakka
Degree programme Bachelor of Health Care, Nursing		
Name of thesis PALLIATIVE PATIENT PAIN MANAGEMENT, COMPREHENSIVE SUPPORT AND TREATMENT LIMITATIONS AND GUIDELINES. Training event in Kitinkannus		
Instructor Hanna-Mari Pesonen	Pages 37 + 16	
Supervisor Maija Mattila and Johanna Oikemus-Määttä		
<p>The aim of the thesis was to arrange an educational event about palliative care in Kitinkannus. Kitinkannus is a round-the clock functioning institution unit, that provides neurological rehabilitation, outpatient rehabilitation and accomodating. The authors made a short survey according to what kind of expertise carers would need in the department. The objective of the thesis was to establish knowledge of the people about palliative care in certain this specific institution and also to improve patient overall the treatment. The objective of the thesis was also to teach new updated information about palliative care for the nursing staff in Kitinkannus.</p> <p>The authors arranged one and a half hour long training session, which included one hour of theoretical part. After that delve into patient cases from the perspective of palliative care. Lastly a nurse from the Central Ostrobothnia Association of Social and Health Services palliative polyclinic talked about on his own job description and the activity of the polyclinic. Because of the current circumstances with Covid-19, the session had to be organised online.</p> <p>Subjects in the training session were selected from the competence needs of staff in Kitinkannus. In the theoretical part about palliative care the subjects were: definition the of palliative care, the skill demands of nurses in palliative care, pain management with and without medicine. The Including had subjects about psychosocial support, mental and spiritual support and also treatment plan and policy.</p> <p>At the end of the session asked feedback was gathered about: what participants got for job from training event and whether the session met to participants expectations. Everyone felt that the session met very well for the expectation sand people got new knowledge about palliative patient care and especially about pain management. The PAINAD-indicator was perceived as a good new tool. The PowerPoint sent presentation as a lead material and remained for the treatment unit´s own use. The Project was completed as planned and scheduled. While the project was moving forward the professional growth in the authors as the project progressed. This thesis can be used for arranging and planning similar of events.</p>		

Key words

Distance learning, palliative care, project, staff training

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PALLIATIIVINEN HOITO	3
2.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä	3
2.2 Hoitajien osaamisvaatimukset palliatiivisessa hoidossa	5
2.3 Palliatiivisen potilaan kivunhoito	8
2.3.1 Lääkkeellinen kivunhoito	9
2.3.2 Lääkkeetön kivunhoito	11
2.4 Psykososiaalinen tuki	13
2.5 Henkinen ja hengellinen tuki	14
2.6 Hoitosuunnitelma ja hoitolinjaukset	16
3 OPPIMINEN JA KOULUTUKSEN SUUNNITTELU	19
4 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	22
5.1 Projektin kohderyhmä.....	22
5.2 Projektiryhmä	22
5.3 Projektin vaiheet	23
5.3.1 Projektin ideointi- ja konseptointivaihe.....	23
5.3.2 Kokeilu- ja toteuttamisvaihe	25
5.3.3 Päätämis- ja vaikuttavuuden arviointivaihe	28
6 POHDINTA	29
6.1 Projektin luotettavuus ja eettisyys.....	29
6.2 Ammatillinen kasvu	31
LÄHTEET	34
LIITTEET	
KUVAT	
KUVA 1. Palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportainen malli (mukaillen sosiaali- ja terveysministeriö 2019b, 16)	7
KUVA 2. WHO:n suositus kivun lääkehoidosta (mukaillen Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 101)	11
KUVA 3. Hoitolinjaukset sairauden eri vaiheissa.(mukaillen Lehto, Marjamäki & Saarto 2019)	17
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Opinnäytetyön aikataulu	27

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoitus oli järjestää koulutustilaisuus Kitinkannuksessa palliatiivisesta hoidosta. Kitinkannus on yksikkö, joka on aloittanut toimintansa vuonna 1991. Vuodesta 2010 lähtien Kitinkannus on panostanut vaativaan lääkinnällisen laitostuntoutukseen, neurologiseen kuntoutukseen, avokuntoutukseen ja asumispalveluihin. Kitinkannuksen tavoitteena on hoitaa ja kuntouttaa heidän asiakkaansa näiden elämän loppuun saakka. (Kitinkannus 2019.) Kitinkannus kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön palliatiivisen- ja saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaan perustasoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b).

Kitinkannuksesta hoitopäälliköltä kysyttäessä aiheesta esille tuli, että heillä on ollut koulutusta saattohoidosta. Palliatiivinen hoito käsitteenä oli kuitenkin monelle vieras. Sovimme, että pidämme hoitohenkilökunnalle koulutustilaisuuden palliatiivisesta hoidosta. Kartoitimme lyhyen kyselyn avulla osaston henkilökunnalta, millaista osaamista he tarvitsevat palliatiivisesta hoidosta. Tavoitteenamme oli vahvistaa kyseisessä yksikössä hoitohenkilökunnan tietoutta palliatiivisesta hoidosta ja edistää palliatiivisen potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Pyrimme koulutuksessamme vahvistamaan heidän osaamistaan palliatiivisen potilaan kivunhoidosta ja potilaan ja läheisten tukemisesta. Tavoitteenamme oli myös lisätä uutta, ajankohtaista tietoa palliatiivisesta hoidosta Kitinkannuksen hoitohenkilökunnalle sekä herättää kiinnostusta aiheeseen ja lisätä hoitohenkilökunnan motivaatiota hakeutua lisäkoulutukseen jatkossakin.

Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan henkilön aktiivista oireenmukaista hoitoa. Se tapahtuu siinä vaiheessa, kun sairauden etenemiseen ei enää voida vaikuttaa. Sen tarkoituksena on kärsimysten lievitys ja elämänlaadun vaaliminen, muistaen kuitenkin, että kuolema kuuluu normaaliin elämään. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Palliatiivisen hoidon tavoitteena on lievittää kärsimystä ja parantaa elämänlaatua elämän loppuvaiheessa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja ajoittuu potilaan elämän viimeisiin päiviin tai viikkoihin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Palliatiivisessa hoitotyössä on keskiössä potilas ja perhe, painopiste siirtyy sairaskeskeisyydestä ihmiseen. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 5.) Jokainen potilas, jolla on pitkälle edennyt, etenevä ja aktiivinen sairaus, on oikeutettu palliatiiviseen hoitoon (Erjanti, Anttonen, Grönlund & Kiuru 2014,13). Palliatiivisessa hoitotyössä tärkeintä on hoitaa potilasta turvallisesti, kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti sekä

kunnioittaa avuntarpeessa olevaa ja tukea häntä elämään omannäköistä elämää elämänsä loppuun saakka (Surakka ym. 2015, 8).

Opinnäytetyömme liittyy valtakunnalliseen EduPal-hankkeeseen, joka on palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittämishanke. Hankkeen muodostavat 15 ammattikorkeakoulua ja 5 yliopistoa. Hankkeen tavoitteena on vahvistaa mm. palliatiivisen hoidon osaamista. Hanke on korkeakoulutuksen kärkihanke, joka toteutuu vuosina 2018–2021 ja sen rahoittaa opetus- ja kulttuuriministeriö. Hankkeen tavoitteena on, että palliatiivinen hoitotyö ja lääketieteen koulutus saavuttaa Suomessa kansainvälisen huipputason. Palliatiivisen koulutuksen kehittämiseen tarvitaan pysyviä rakenteita. Monitieteinen verkosto muodostetaan EduPal-hankkeen aikana palliatiivisen koulutuksen ja tutkimuksen kehittämiseksi. Verkosto jatkaa toimintaa myös hankkeen päätyttyä koulutuksen laadun kehittämiseksi ja tutkimustyön edistämiseksi. (EduPal 2020.)

Aiheen valintaan vaikutti yhteinen kiinnostuksemme projektin aiheeseen, ja osaamisen lisäämisen tarve oli tullut tutuksi omassa työssämme. Olemme huomanneet hoitotyössä hoitoon osallistuvien puutteita palliatiivisesta hoidosta, ja käsite saattaa olla monelle vielä vieras. Palliatiivisen hoidon tarve on myös lisääntynyt maailmanlaajuisesti. Palliatiivisen hoidon tarve ei ole koskaan ollut suurempi ja kasvaa nopeasti maailman väestön ikääntymisen, syövän lisääntymisen ja tartuntatautien myötä. Myös Covid-19 ilmaantuminen on lisännyt tarvetta palliatiiviseen hoitoon. On tutkittu, että vuoteen 2060 mennessä tarpeen elämän loppuvaiheen hoidosta odotetaan kaksinkertaistuvan. (World Health Organization 2020.)

Kaikilla hoidon järjestävillä tasoilla tarvitaan palliatiivisen hoidon osaamista. Erikoissairaanhoidossa ja hoivayksiköissä palliatiivisen hoidon osaaminen kuuluu osaksi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten perustaitoja. Suosituksista huolimatta palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon osaamisen kehittäminen on toteutunut heikosti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b.)

2 PALLIATIIVINEN HOITO

Tässä luvussa tulemme käsittelemään palliatiivisen hoidon määritelmää ja palliatiivisen potilaan kivunhoitoa, johon kuuluu lääkkeetön ja lääkkeellinen kivunhoito. Tulemme myös käsittelemään hyvin tärkeitä aiheita palliatiivisen potilaan hoidossa, jotka ovat psykososiaalinen tuki, henkinen ja hengellinen tuki sekä hoitolinjaukset ja hoidon rajaukset.

2.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

Palliatiivinen sana tulee latinan sanasta ”pallium,” se tarkoittaa suomeksi viittaa tai takkia. Se kuvaa potilaan turvassa olemista viimalta, sateelta ja paahteelta, vain kasvot ovat näkyvissä. Terveystieteissä se tarkoittaa oireiden lievittämistä. Jotta moninaisia oireita voidaan lievittää, tulee hoitajan tutustua potilaan elämäntarinaansa. Hoitajilla tulee olla myös tietoa erilaisista oireista, niiden arvioinnista, seurannasta ja oireiden lievittämiskeinoista. Hoitajalta vaaditaan itsetuntemusta ja omien kuolemaa koskevien käsitysten tunnistamista. (Surakka ym. 2015, 5.) Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan henkilön aktiivista oireenmukaista hoitoa. Se tapahtuu siinä vaiheessa, kun sairauden etenemiseen ei enää voida vaikuttaa. Sen tarkoituksena on kärsimysten lievitys ja elämänlaadun vaaliminen, muistaen kuitenkin, että kuolema kuuluu normaaliin elämään. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Palliatiivisessa hoidossa keskiössä on ihminen, joka on parantumattomasti sairas, sekä hänen perheensä. Tärkeää on siirtyä sairaskeskeisyydestä ihmiseen. Palliatiivinen hoito on moniammatillista yhteistyötä. (Surakka ym. 2015, 5.) Palliatiivisessa hoidossa tulee huomioida potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet. WHO:n määritelmien mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta ilman diagnoosirajauksia. Läheisten huomioiminen ja tukeminen on tärkeää kokonaisvaltaisessa palliatiivisessa hoidossa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Palliatiivisessa hoitotyössä autetaan ihmistä, joka on saanut tiedon sairastavansa etenevää tautia, joka vie väijäämättä kohti kuolemaa. Elinaika voi kestää kuukausia mutta myös jopa vuosia. (Surakka ym. 2015, 13.) Palliatiivisen hoidon tarkoitus on kivun ja muun kärsimyksen lievitys sekä mahdollistaa ihmisen hyvän elämänlaatu potilaalle ja hänen läheisilleen. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu myös osana saattohoito. Se kuitenkin ajoittuu ihmisen viimeisille elinpäiville tai viikoille. Suositukset palliatiivisen

ja saattohoidon järjestämisestä on antanut sosiaali- ja terveysministeriö. Sen mukaan oireita lievittävää hoitoa ja saattohoitoa on toteuttava hoivayksiköistä erikoissairaanhoidon. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen perustaitoihin kuuluu oireita lievittävä hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a.)

Kokonaisvaltainen oirearviointi on tärkeä työväline palliativisessa hoidossa. Käypä hoito -suosituksia käytetään työvälineenä kuolevan potilaan oireiden hoidossa. (Surakka ym. 2015, 17.) Suomessa yleisin oirearviointimittari on ESAS-mittari (Edmonton Symptom Assessment System) (Vaasan keskussairaala). Sitä käytetään palliativisissa hoitoyksiköissä ja saattohoitokodeissa. Suomessa on myös muita erilaisia testejä potilaan oirearviointiin, kuten perinteinen VAS-mittari kipuun. (Surakka ym. 2015, 17.)

Palliativinen potilas kohdataan aina mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Se tarkoittaa sitä, että myös perhe otetaan huomioon. Potilaan kohtaamisessa tulee esiin koko olemassaolo ja myös hengellinen elämä. Vaikka oireet näkyvät fyysisinä ja psyykkisinä oireina, on muistettava myös muita ulottuvuuksia kuten sosiaalisuus, hengellisyys ja kulttuuri ja näitä ei tule unohtaa hyvässä oireenmukaisessa hoidossa. (Surakka ym. 2015, 36.)

Psyykkisistä, sosiaalisista, fyysisistä ja hengellisistä tarpeista on tärkeä huolehtia elämän loppuvaiheessa. Osa kuolevan hoitoa on oireita lievittävä lääkehoito. Palliativisen potilaan hoidossa tulee huomioida yleisimmät oireet, kuten kipu, hengenahdistus, yskä, pahoinvointi, ummetus ja nielemisvaikeudet. Yleisiä oireita ovat myös elimistön kuivuminen, suun kuivuminen ja kipu, kuihtuminen ja ruokahaluttomuus, poikkeava uupumus, masennus, ahdistuneisuus ja äkillinen sekavuustila (delirium). Delirium on seuraus aivot toiminnan häiriöstä. Siinä ensisijainen hoito on lääkkeetön hoito, mutta tarvittaessa myös psykoosilääkkeet. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Pahoinvointi on yleinen oire. Parantumattomasti sairailta noin kolmasosalla esiintyy oksentelua ja lähes kahdella kolmesta pahoinvointia. Pahoinvoinnin syyt ovat moninaiset, ja siksi hoitokin vaihtelee. Hoitajan tulee pyrkiä selvittämään potilaan pahoinvoinnin syy ja voimakkuus helpottaakseen potilaan oloa ja konsultoida tarvittaessa lääkäriä. Oireenmukaisessa hoitotyössä on aina haasteena potilaan ruokahaluttomuus, koska monelle jo pelkkä ruuan tuoksu voi tuntua vastenmieliseltä ja aiheuttaa pahoinvointia. Ravinnon imeytyminen heikkenee eikä elimistö kykene käyttämään sitä enää hyväkseen. On todettu, ettei loppuvaiheen ravitsemushoito lisää elinaikaa eikä paranna elämänlaatua. (Surakka ym. 2015, 47–48.)

Tarvittaessa voidaan myös joutua suorittamaan potilaan sedaatio. Palliatiivisen potilaan sedaatiolla tarkoitetaan, että kuolevaa potilasta pyritään rauhoittamaan lääkkein niin, että tajunta alenee oireiden lievittämiseksi. Palliatiiviselle potilaalle sedaatiota voidaan käyttää elämän loppuvaiheen oireisiin, joita ei pystytä hoitamaan muilla keinoin. Sedaatio ei kuitenkaan jouduta kuolemaan. On kuitenkin muistettava ennen sedaation aloittamista, että on pyritty hallitsemaan oireita aikaisemmin kaikilla muilla keinoin. Potilaan täytyy itse haluta sedaatiota, sekä hänen läheisensä ja hoitohenkilökunnan ymmärtää hoidon tavoitteet ja toteutus. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

2.2 Hoitajien osaamisvaatimukset palliatiivisessa hoidossa

Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2017 suosituksessa todetaan, että palliatiivisen hoidon osaaminen tulee sisällyttää osaksi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perusosaamista. Sosiaali- ja terveysministeriön 2019 selvityksen mukaan koulutuksen ja osaamisen vahvistamisen tarve tulee selkeästi esille, koska vieläkin osaamisvaje on merkittävä haaste palliatiivisen hoidon järjestämisen kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b.) Palliatiivisen hoidon osaamiseen on kiinnitetty huomiota kansallisesti ja kansainvälisesti. Kansallisesti on käytössä EduPal-hanke (Hökkä 2020) sekä kansainvälisesti Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe PACE-toimintamalli. PACE on kuuden askeleen ohjelma palliatiivisessa hoidosta. Se on suunnattu iäkkäiden palliatiiviseen hoitoon. (Hammar, Leppäaho & Kylänen 2019, 5.)

EduPal-hankkeen tavoitteena on selvittää opetuksen nykytilanne palliatiivisessa hoidossa. Hankkeessa myös laaditaan valtakunnalliset opetussuunnitelmasuositukset palliatiiviseen hoitotyöhön sekä lääketieteeseen. Suositukset varmistavat hoitohenkilökunnan työelämä valmiudet palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoidossa perus- ja A-tasolla. Suosituksessa painotetaan, että koulutusorganisaatioiden tulee varmistaa koulutuksessaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusosaaminen kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen. Hankkeessa on myös tarkoitus kehittää lääketieteen koulutusta. Valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä on kartoitettu palliatiivisen hoidon koulutuksesta ja sen kehittämistarpeista. Näkemystä osaamisesta on kysytty myös liitoilta, järjestöiltä sekä potilailta ja omaisilta. Työelämän asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä on laadittu osaamiskuvaus, joka kuvaa ne asiat mitä jokaisen sairaanhoitajan tulee osata palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Opetussuunnitelmasuositukset on laatinut EduPal-hankkeen moniammatillinen asiantuntijaryhmä. Suositus

pohjautuu hankkeen kyselyihin sekä esiselvityksiin. Suosituksessa on myös huomioitu Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) suositukset. Asiantuntijaryhmän lisäksi mukana on ollut hoitotyön opiskelijoita. (Hökkä 2020.)

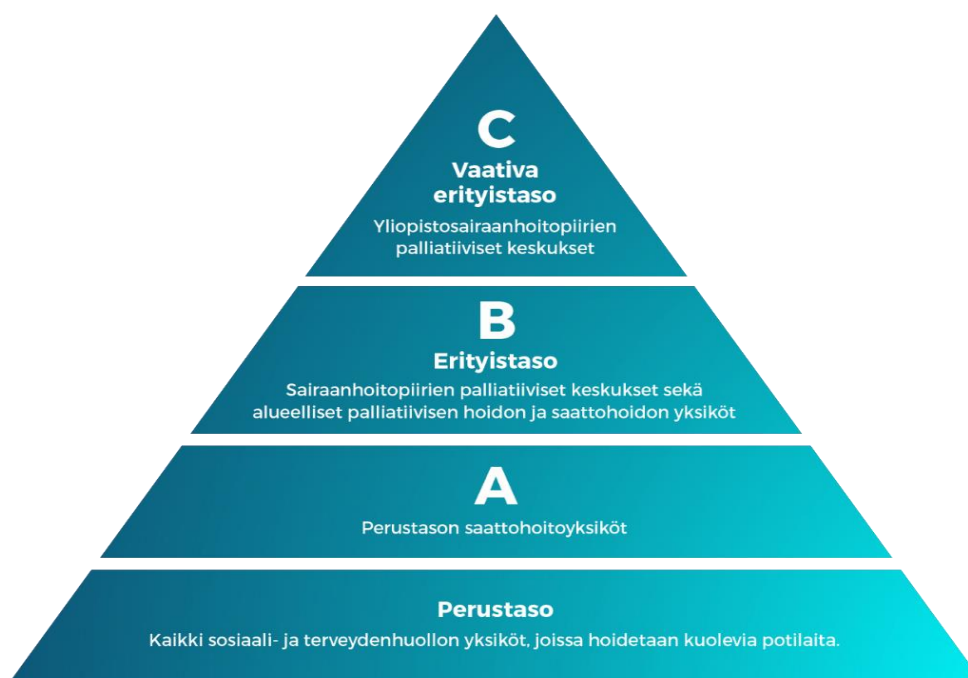
PACE-toimintamalli korostaa sitä, kuinka tärkeää on palliatiivisessa hoidossa tehdä oikeita asioita oikeaan aikaan. Se tarjoaa selkeät viitekehykset, jonka puitteissa on mahdollista toteuttaa laadukasta palliatiivisen ja saattohoitopotilaan loppuvaiheen hoitoa. PACE-toimintamalli on jaettu kuuteen askeleeseen. Jokainen askel antaa valmiudet parantaa hoitoa. Ensimmäinen askel sisältää hoidon suunnittelun, ja siinä keskustellaan potilaan kanssa nykyisestä ja tulevasta hoidosta sekä huomioidaan läheiset. Toinen askel sisältää potilaan voinnin seurannan ja arvioinnin. Kolmannella askeleella keskitytään hoidon koordinointiin ja moniammatilliseen tiimityöhön. Neljäs askel sisältää kivun laadukkaan hoidon ja sen arvioinnin elämän loppuvaiheessa. Viides askel sisältää potilaan hoivan ja hoidon viimeisinä elinviikkoina ja päivinä. Kuudes askel sisältää kuoleman jälkeiset toimenpiteet. (Hammar ym. 2019, 5.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos oli mukana kansainvälisessä hankkeessa, PACE, missä tutkittiin palliatiivisen hoidon osaamista henkilökunnan keskuudessa. Tutkimus tehtiin kuudessa Euroopan maassa: Belgiassa, Englannissa, Hollannissa, Italiassa, Suomessa ja Puolassa. Suomi sijoittui vertailun keskitasolle. Tutkimuksessa selvitettiin tietoutta hoitajilta iäkkäiden palliatiivisesta hoidosta. Tutkimuksen tuloksen mukaan perustiedoissa oli merkittävästi parannettavaa kaikissa maissa, vaikka yli puolella oli aikaisempaa koulutusta palliatiivisesta hoidosta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020a.)

Työyhteisössä ja omaa ammattityötä tekemällä opitaan jokaiselle ammattikunnalle kuuluvat omat eettiset ja moraaliset säännöt. Kukaan ei synny asiantuntijaksi vaan siihen kehitytään. Se vaatii elinikäistä oppimisen hyväksymistä. Palliatiivisessa hoitotyössä tämän asian ymmärtäminen on olennaista. Ainutkertaisuuden vaaliminen edellyttää yksilöllisen ja perhekeskeisen työotteen. Myös herkkyys ihmisen ainutkertaisuudelle luo palliatiivisen potilaan tunteen kunnioittamisesta ja itsemääräämisestä. Hänen tulee olla oman elämänsä asiantuntija, eikä häntä tule kyseenalaistaa missään hoitamisen vaiheessa. (Surakka ym. 2015, 10.) Hoitajan tulee olla riittävän lähellä potilasta, jotta voi osoittaa aitoa välittämistä, kuulla potilaan huolia ja toiveita ja tuntea myötätuntoa. Sen takia on tärkeää, että hoitaja kestää ja ymmärtää omia tunteitaan. Hoitajan tulee kuitenkin ymmärtää säilyttää riittävä etäisyys potilaan elämäntilanteeseen. Myötäelämisestä huolimatta hoitaja ymmärtää, että kukin on oman elämänsä päähenkilö kunnioittaen potilasta. (Surakka ym. 2015, 94.)

Sosiaali- ja terveysministeriön väliraportissa on kuvattu palliatiivisen hoidon kolmiportainen järjestämis malli (KUVIO 1) ja laatu kriteerit. Näiden tarkoituksena on turvata palliatiivisen hoidon tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen hoitoon pääsy joka puolella maassa. Lähtökohtana on, että jokaisella palliatiivisella potilaalla on yhdenvertainen oikeus saada hoitoa tarpeen edellyttämässä paikassa mm. kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Järjestämis mallissa palliatiivinen hoito ja saattohoito on jaettu kolmeen eri tasoon. A-tasolla hoidetaan valtaosa potilaista, mutta noin kolmannes tarvitsee erityistason (B) tai vaativan erityistason (C) hoitoa. Kaikilla palliatiivisilla potilailla tulee olla asuinpaikasta riippumatta mahdollisuus näihin erityistason hoitoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b.)

Perustasoon kuuluu kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jotka eivät kuulu ABC-tasolle, niissä hoidetaan kuolevia potilaita. Niitä ovat mm. terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, vanhainkodit, kotihoidon yksiköt, sekä paikat, joissa hoidetaan potilasta hänen elämänsä loppuun saakka. Perustasolla tulee osata perusteet palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä osata laatia elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b.)



KUVIO 1 Palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportainen malli (mukaillen sosiaali- ja terveysministeriö 2019b, 16)

2.3 Palliativisen potilaan kivunhoito

Kivun hoito on oireenmukaisen hoidon keskeisin tavoite. Potilaan näkökulmasta:

Kipu on sitä, mitä potilas sanoo sen olevan, ja kipu on olemassa juuri silloin, kun potilas sanoo sen tuntuvan. (Hänninen & Luomala, 66.)

Kuolemaan johtavien vakavien sairauksien oireista kipu on yleisimpiä ja pelätyimpiä (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 22). Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys (International Association for the Study of Pain, IASP) määrittelee kivun sensoriseksi tai emotionaaliseksi epämiellyttäväksi kokemukseksi, johon liittyy selvä tai mahdollinen kudosaaurio. Määritelmää on myöhemmin täydennetty niin, että vaikka henkilöllä ei olisi kykyä ilmaista kipua se ei tarkoita, etteikö hän voisi sitä kokea. (Saarto ym. 2015, 47.) Kipu heikentää potilaan elämänlaatua merkittävästi, minkä vuoksi tulee potilaan kipua hoitaa aina tehokkaasti. Kivun tehokkaalla hoidolla pystytään estämään kivun kroonistumista. Kivun hoidon hyvällä seurannalla lisätään hoidon turvallisuutta ja pienennetään haittavaikutus riskiä. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 569.) Liikkumattomuus voi johtaa kipuun, ja se voi olla psykosomaattinen oire. Myös läheinen voi tuntea kipua ja heijastaa sitä potilaaseen. On tärkeä muistaa hoitaa kipua kuuntelemalla läheistä hänen peloistaan. (Surakka ym. 2015, 37.)

Kipu on elimistön suojausmekanismi, joka jaetaan aiheuttajansa mukaan kolmeen ryhmään. Nosiseptinen kipu, joka johtuu kudosauriosta esim. vammasta, kasvaimesta tai tulehduksesta on tylppää, jomottavaa tai jatkuvaa. Neuropaattisessa kivussa kivunvälitykseen osallistuvat hermoradat ovat vaurioituneet. Kipu tuntuu hermosärkynä. Idiopaattisen kivun syntymekanismia ei ole pystytty selvästi osoittamaan. Kipuun liittyy levottomuutta ja ahdistuneisuutta. (Saano ym. 2018, 569.) Kivuntutkijat jakavat kivun neljään osaan lisäten viskeraalisen kivun, mikä johtuu sileän lihaksen ja onttojen elinten venytyksestä. Se tuntuu viiltävänä, pistelevänä ja polttavana, sekä joskus se voi olla vaikeasti paikannettavissa. (Hänninen. 2001, 90.) Kipu voi myös kroonistua. Silloin kipuratojen aktivaatio jatkuu ilman varsinaista syytä. (Saano ym. 2018, 569.)

Kivun hoidossa on oleellista kivun arviointi, kipulääkkeen vasteen sekä mahdollisten haittavaikutusten seuranta. Kipulääkityksen seurannassa arvioidaan kipulääkkeen vastetta, kivun voimakkuutta, kestoja, tyyppiä ja sijaintia, sekä kipulääkkeen vaikutusta. Siihen käytetään erilaisia kipumittareita. Hoitaja arvioi myös potilaan kipua havainnoimalla sekä tarvittaessa erilaisilla valvontalaitteilla. (Saano ym. 2019, 570.) Muistisairaana kohdalla kipua arvioidaan käyttäytymistä havainnoimalla. Siihen on käytössä PAI-

NAD-mittari. Siinä pisteytetään kivuttomuudesta voimakkaaseen kipuun (0-10). Se perustuu henkilökunnan havaintoihin potilaan hengitystä, ilmeitä, ääntelyä, kehonkieltä ja lohduttamisen tarvetta seurattaessa. (Tasmuth 2019.)

2.3.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Oikein toteutettu, turvallinen, tehokas, tarkoituksen mukainen ja taloudellinen lääkehoito on keskeisessä osassa hoidon laadussa ja potilasturvallisuudessa. Edellytykset onnistuneelle lääkeshoidolle ovat yhteistyö ammattiryhmien kesken sekä hoitoa saavan potilaan kanssa. Lääkehoito perustuu aina potilaan yksilöllisten tarpeiden arviointiin. Lääkehoitoa ohjaa aina työyksikössä laadittu lääkehoitosuunnitelma. Se kattaa lääkeshoidon kokonaisuuden suunnittelun ja toteutuksen sekä poikkeamien seurannan ja raportoinnin. Turvallisen lääkehoito-oppaan tarkoituksena on yhtenäistää laadukkaan lääkeshoidon toteuttamisen periaatteet ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joita tulee noudattaa kaikki lääkehoitoa toteuttavat yksiköt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Lääkärin, joka hoitaa palliatiivista potilasta, tulee tavata potilasta säännöllisesti ja tehdä arvio lääketieteellisin perustein onko, lääkkeen teho riittävä ja onko tullut haittavaikutuksia. Hyödytön ja tarpeeton lääkitys on aina lopetettava. (Valvira 2015b.) On huolehdittava, ettei parantumattomasti sairaan hoidossa monilääkitys eli polyfarmasia lisää haitallisten yhteisvaikutusten ja haittavaikutusten määrää. Palliatiivisessa hoitotyössä monilääkityksen ymmärtäminen on yhtä tärkeä lääkeosaamisen alue kuin tunnistaa parantumattomasti sairaan yli- tai alilääkitykset. (Surakka ym. 2015, 65.) Potilaan toiveet ja hänen elämäntapansa tulee ottaa huomioon mahdollisimman hyvin lääkehoitoa koskevissa päätöksissä. (Saano ym. 2018, 615).

Kivunhoidon toteutus onnistuu yleensä hyvin, kun noudatetaan kipulääkityksen portaittaista mallia ja kipulääkkeen tehostaminen tapahtuu kivun voimakkuuden mukaan eikä siinä viivytellä. Myös vahvan opioidiannoksen aloittaminen tulee huomioida. Tavoitteena onkin löytää kaikille potilaille riittävän tehokas opioidiannos ja pitää potilaan lääkkeen haittavaikutukset hallinnassa. Tämän saavuttamiseksi tulee potilaan kipua arvioida jatkuvasti ja seurata potilasta tiiviisti. Jos potilaan kipua ei saada hallintaan, on syytä konsultoida kivunhoitoon perehtynyttä lääkäriä. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.)

Lääkitys valitaan kivun mekanismin ja voimakkuuden mukaan (KUVIO 2) ja annos tulee määritellä yksilöllisesti (Laukkala ym. 2019). Lievän kivun peruslääkkeeksi käy parasetamoli tai ibuprofeeni normaalein annoksin (Heiskanen ym. 2013). Pitkäkestoisessa kivussa lääkitystä tulee antaa säännöllisesti. Tehokkain lääke syövän hoidon kipuun on opioidit eli morfiinin kaltaisesti vaikuttavat lääkkeet. Niitä voidaan antaa suun kautta, nestemäisenä tai tabletteina. Käytössä on myös laastarivalmisteita. Tarvittaessa nielemisen vaikeutuessa opioideja voidaan myös antaa ihon alle tai suoneen. (Laukkala ym. 2019.) Lääkehoidossa olisi pyrittävä käyttämään kerran tai kaksi kertaa päivässä annettavia lääkkeitä (Saano ym. 2018, 615).

Tulehduskipulääkkeiden käyttö Suomessa on yleisempää muihin Pohjoismaihin verrattuna. Suomessa käytetään vähemmän parasetamolia ja opioideja. Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita oikein käytettynä mutta niiden haittavaikutuksena on mm. maha- ja suolikanavan vuotoja. Niiden tärkeimpiä indikaatioita ovat leikkauksen jälkeiset ja vammoihin liittyvät kivut sekä luusto-lihasperäiset kipu- ja tulehdustilat. Neuropaattiseen kipuun näistä kipulääkkeistä ei kuitenkaan yleensä ole hyötyä. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 181.) Kahden eri tulehduskipulääkkeen yhtäaikainen käyttö ei paranna kivunlievitystä, mutta se lisää haittavaikutusten riskiä (Heiskanen ym. 2013).

1980-luvun jälkeen Suomessa akuutin kivun hoidossa käytettävät opioidit siirtyivät myös kroonisen syöpäkivun hoitoon. Syöpäkivuista suurin osa lievittyy opioideilla mutta muihin kroonisiin kipuihin opioidien teho ei välttämättä auta. Akuuteissa kiputiloissa opioidit ovat tehokkaampia esim. kudospainoissa ja tulehduksesta johtuvissa kivuissa. Säännöllisesti käytettynä opioidilääkitystä ei tule lopettaa yhtäkkiä. Jos se todetaan tarpeettomaksi, voidaan se lopettaa, mutta asteittain. Yhtäkin lopettaminen aiheuttaa aina vieroitusoireita, mm. ahdistusta, lihaskrampeja, kipua ja särkyä, palelua ja sydämen tykytystä. Opioiditoleranssi saattaa kehittyä kipupotilailla, jotka käyttävät pitkään opioideja. Toleranssilla tarkoitetaan sitä, että annostusta joudutaan lisäämään tehon säilyttämiseksi. Opioidien haittavaikutuksia ovat väsymys, pahoinvointi, ummetus, oksentelu, suun kuivuminen sekä myös hengityslama. Haittavaikutuksia voidaan lievittää pienellä annoksella naloksonia, mutta annosta nostettaessa kumoutuu myös opioidin vaikutus. (Kalso ym. 2009, 192–196.)

Palliativisessa hoidossa heikkojen opioidien merkitys on vähäinen. Heikon opioidin käyttäminen voi turhaan viivästyttää vahvemman opioidin aloittamista ja samalla viivästyttää paremman kivun lievityksen saavuttamista. (Heiskanen ym. 2013.) Opioidien kanssa yhdessä annettavat tulehduskipulääkkeet saattavat lievittää kipua tehokkaammin kuin pelkät opioidit. Läpilyöntikipuun annetaan lisäannos nopea vaikutteisessa muodossa olevaa opioideja. Neuropaattisiin eli hermosärkyihin käytetään epilepsia-

tai masennuslääkkeitä. (Laukkala ym. 2019.) Masennuslääkkeillä on keskeinen asema erityisesti hermovaurio kivun ja kroonisen kivun hoidossa. Kliinisisä tutkimuksissa on niiden todettu olevan tehokkaita monissa eri kiputiloissa. Hermovauriosta aiheutuvaan kipuun on osoitettu olevan tehoa epilepsia lääkkeellä. Ne vähentävät spontaanien hermoimpulssien syntymistä vaurioituneissa hermoissa. (Kalso ym. 2009, 205–206). Tarvittaessa syöpää sairastava potilas saa luustopesäkkeiden aiheuttamaan kipuun sädehoitoa. Se auttaa tehokkaasti 80 % potilaista. (Laukkala ym. 2019.) Solunsalpaajia voidaan antaa oireita lievittämään. Silloin tavoitteena on myös kivun hoito ja elämänlaadun parantaminen. Niitä voidaan antaa laskimoon infuusiona myös tabletteina tai erityistekniikoin elimistön nestetilaan tai valtimon verenkiertoon. (Saano ym. 2018, 604).



KUVIO 2 WHO:n suositus kivun lääkehoidosta (mukaiillen Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 101)

2.3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Perinteisistä lääkehoidoista on enemmän tietoa kuin lääkkeettömästä hoidosta kivun hoidossa. Maailmalla on onneksi herätty tutkimaan lääkkeetöntä kivunhoitoa. Yhdysvalloissa on perustettu oma julkinen tutkimuslaitos täydentäville hoitomuodoille National Institutes of Health (NIH). Sen tavoitteena on lisätä täydentävien hoitomuotojen tutkimuksen laatua ja määrää. Lääkkeettömistä hoitomuodoista mikään ei tule yksin ratkaisemaan kivunhoidon ongelmia, sitä eivät myöskään lääkkeet pysty tekemään. Kivunhoito on monipuolista ja ihmisen yksilöllisyyden huomioivaa. (Miranda 2016, 48–49.)

Jos potilas ei kykene itse kertomaan kivustaan, sitä arvioidaan havainnoimalla hänen ilmeitään, eleitä, ääntelyä sekä asentoa. Kivun hoidon perusta on lääkkeettömät hoidot ja niitä tulee käyttää aina kun se on mahdollista (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Hyviä lääkkeettömiä hoitoja on esim. asento- ja liikehoito, rentoutus tai muut vastaavat lääkkeettömät keinot (Laukkala ym. 2019). Yksi luonnollisimmista kivunhoitokeinoista on koskettaminen. Kosketus ja hieronta vähentää stressihormoni kortisolin eritystä ja näin ollen rauhoittaa elimistöä, laskee verenpainetta ja parantaa stressin hallintaa. Kosketus myös lievittää kipuun liittyvää hätäännystä, ahdistusta ja pelkoa. (Miranda 2016, 73.)

Maailmalla on tehty lukuisia tutkimuksia vesihoidojen vaikutuksesta kivunhoitoon. Lämmin vesi rentouttaa lihaksia ja parantaa verenkiertoa. Sen aiheuttama paine iholla toimii kivunlievityksessä samalla lailla kuin kosketus. Se estää kipusignaalin kulkeutumista aivoihin. Myös yksi kivunhoitomenetelmä on mielikuvaharjoittelu. Esimerkiksi kun istut tai makaat vain paikoillasi, suljet silmäsi ja ajattelet lempipaikkaasi, jossa keho ja sielu lepää, siellä olet turvassa ja suojassa kivulta. Rentoutusharjoitukset ovat kuitenkin haastavia tapauksissa, joissa ihminen ei pysty rentoutumaan, koska hänellä on kipuun liittyviä huolia ja pelkoja. Tästä syystä huolia pitäisi hälventää ennen rentoutumisharjoitusten tekemistä. Rentoutumisharjoituksista on huomattu olevan apua myös unettomuuteen, ahdistuneisuuteen ja alakuloisuuteen. (Miranda 2016, 85–119.)

Yksi käytetyistä hoitomuodoista erilaisiin kiputiloihin on akupunktio. Monet kipua potevat ovat saaneet siitä apua, ja sillä on hyvin vähän haittavaikutuksia. Hoidon jälkeen potilaat ovat kertoneet nauttineensa hetken aikaa euforisesta olotilasta. Hoidot auttavat myös unettomuuteen. 4–8 hoitokertaa auttavat antamaan pidemmäksikin aikaa avun. (Miranda 2016, 199–201.) Luonnonvalon on osoitettu helpottavan kipua, vähentävän masennusta ja parantavan unen laatua mikä on myös hyvä ottaa huomioon hoitoympäristössä (Surakka ym. 2015, 148).

Lääkkeettömiin hoitoihin kuuluvat myös terapeuttiset harjoittelut, liikunta, fysikaaliset hoidot kuten kylmä- ja lämpöhoidot ja ihon kautta tapahtuva sähköinen hermoärsytys TNS (Kipu: Käypä hoito-suositus, 2017). Kylmähoitoa on käytetty pitkään kivun ja turvotuksen hoidossa. Kylmähoito perustuu kudosten lämpötilan alenemiseen, mikä johtaa yhdessä hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutukseen. (Kalso 2009, 238). Saunahoito on tieteellisesti vähän tutkittu hoitomuoto mutta kokemustiedon perusteella se on vaikuttavaa. Saunahoidolla on mahdollisuus löytää liikeratoja uudelleen tai jopa palauttaa toimintakykyä. Jäykkyyden ja liikkumattomuuden ennaltaehkäisy on tehokasta kivunlievitystä. (Surakka ym. 2015, 38.)

Syöpäkivun hoitoa täydentää rentoutumisen ja tietoisien läsnäolon harjoittelu. Kivun kanssa on helppompaa olla, kun kehon jännitys vähenee ja tuntemus kehon kivuttomista alueista lisääntyy. Keinoja kivun hallintaan on saada huomio kiinnittymään muihin positiivisiin virikkeisiin, kuten musiikin kuunteleluun tai lukemiseen. (Terveyskylä. Lääkkeetön kivunhoito 2018.) Tutkimusnäytön mukaan lempimusiikin päivittäinen kuuntelu vähentää kroonista kipua 20–25 % kun kipulääkkeen vaikutus on keskimäärin 30 %. Se on edullinen kivunhoidon menetelmä eikä koidu sivuvaikutuksia. Tämä on helppo myös toteuttaa, kun voimat eivät riitä muihin hoitomuotoihin. Myös erilaisilla taideterapioilla on saatu lievitettyä potilaiden kipuoireita. (Miranda 2016, 208–210.) Lääkkeettömään hoitoon liitetään aina tarvittaessa kipulääkitys (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017).

2.4 Psykososiaalinen tuki

Psykososiaalinen tuki on keskeistä palliatiivisessa hoidossa. Psykoterapeuttista koulutusta se ei vaadi, mutta haastavimmissa tapauksissa voidaan konsultoida psykiatrista hoitoyksikköä. (Saarto ym. 2018, 104.) Kuolemanpelko ja sen mukana tuoma ahdistus ovat jokaisessa ihmisessä läsnä. Suurin pelko kuitenkin monella on se, että on kuolleessaan yksin. (Saarto ym. 2015, 223.) Tärkeä osa palliatiivista hoitoa on myös läheisten tukeminen heidän surussaan ja huomioiminen, sillä potilaan sairastuminen vakavasti ja menehtyminen koskettaa syvästi myös läheisiä (Laukkala ym. 2019; Saarto ym. 2018, 8).

Vakavaan somaattiseen sairauteen liittyvät tavallisimmat psyykkiset oireet ovat mm. ahdistus, masennus, muutokset vireystilassa ja unihäiriöt. Akuutit kriisireaktiot ovat tavallisimpia heti diagnoosin jälkeen. Kun sairaus on pidempiaikainen voi kyseeseen tulla sairauden aiheuttama psyykkinen kuormittavuus. Auttamiskeinoja ovat kuunteleminen, keskustelut, ja hyvä hoitosuhde sekä somaattisten oireiden hoito. (Saarto ym. 2018, 104.)

Palliatiiviselle potilaalle elämän rajallisuuden ja lähestyvän kuoleman hyväksyminen on pitkä ja vaativa prosessi. Onnelliset muistot ja kokemukset edesauttavat viimeiseen elämänvaiheeseen sopeutumista ja siirtymistä lähestyvään kuolemaan. Psyykkinen kehitys jatkuu koko elämän ajan. Elämän loppuvaiheessa laitetaan omia arvoja ja keskeisiä asioita uuteen järjestykseen. Palliatiiviset potilaat voivat elämän loppuvaiheessa hyväksyä kuoleman ja elää kuoleman lähestyessä levollista elämää. Kuitenkaan juuri kukaan meistä, vaikean sairauden alkuvaiheessa, ei voi hyväksyä sairautta eikä kuolemaa

omalle kohdalle. Kuolemaa kuvataan kirkkaaksi valoksi, jota voimme katsoa vain hetken. Sitten meidän on käännettävä katseemme sivuun tai siristettävä silmiämme. Elämän merkityksellisyys on usein tavallisissa asioissa ja arjessa. (Terveyskylä. Psykkinen tuki 2018.)

Kaikilla tunteilla on ihmisen elämässä paikkansa. Ilman tunteita tunnemme ulkopuolisuutta ja elämämme jää meille vieraaksi. Tunteet antavat merkityksen sanoillemme ja auttavat ymmärretyksi tulemisessa. Ne auttavat meitä myös muistamaan ja ymmärtämään itseämme. Kielteisten tunteiden avulla kohtaamme muita tunteita ja löydämme lohtua ja rohkeutta. Vaikeasti sairas sekä hänen omaisensa eivät voi tulla kuulluksi tai ymmärretyksi kuin omien ja henkilökohtaisten tunteiden avulla. Elämän loppuvaiheeseen, kuten myös elämän alkuvaiheeseen, kuuluu rakkaus ja välttävä huolenpito. (Terveyskylä. Psykkinen tuki 2018.)

Kun kohtaamme suuren tunnejärkytyksen ja omat voimavaramme eivät riitä, syntyy traumaattinen kriisi. Sairastuminen vakavaan sairauteen on aina uhka kriisille. Se voi myös uusiutua ja sairaus etenee hoidoista huolimatta, jolloin potilas on tilanteessa, jossa parantavaa hoitoa ei ole. Kuolemaan johtava sairaus tuo eteen kriisioireita, kun tunnemme olevamme yksin ja kohtaamme meille tuntematonta ja uutta. (Terveyskylä. Psykkinen tuki 2018.)

Niin kauan kun on vielä elämää, on psykososiaalisen tuen tavoite tukea palliativista potilasta ja hänen omaisiaan. Ihmissuhteiden säilyttäminen elämän loppuun saakka on tärkeää. Sosiaaliset sidokset katkaisee kuolema mikä aiheuttaa surua, sitä tulee kunnioittaa. On muistettava, ettei ole oikeaa tai väärää tapaa surra. Omaiset tarvitsevat vielä tukea potilaan kuoltua. Heillä pitää olla mahdollisuus vainajan hyvästelyyn, ja he tarvitsevat myös neuvoja hautajaisten järjestämisestä sekä tarvittaessa lainopillista neuvontaa virastoasioissa. (Surakka ym. 2015, 226.) Palliativista sairautta sairastavat potilaat ovat usein oikeutettuja erilaisiin sosiaalitukiin, joiden tarkoitus on auttaa sairaudesta ja sen hoidosta koituvien kustannusten hoitamisessa. Tarvittaessa sosiaalityöntekijä voi auttaa hakemusten täyttämisestä. (Terveyskylä. Henkinen ja hengellinen tuki 2018.)

2.5 Henkinen ja hengellinen tuki

Henkisessä tuessa keskiössä on hoitajan eli toisen ihmisen asettautuminen sairastuneen tai hänen läheistensä vierelle. Vierelle asettautuminen vaatii, että hoitaja kestää sairastuneen elämäntilanteen kysymykset, pohdinnan ja tuskan. Potilaan ja hoitajan on luotava suhde, jossa tärkein on luottamus siihen,

että hoitaja pysyy rinnalla. Hänen on saatava kokea, että hänen ajatuksensa, tunteensa ja kysymyksensä otetaan tosissaan. (Terveyskylä. Henkinen ja hengellinen tuki 2018). Sairastuneen on kuitenkin aina koettava, että hän tulee kuulluksi (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019). Tosiasioiden kieltämiselle tai tyhjille lohdun sanoille ei ole sijaa, sillä sellaista lääkettä, puhetta tai terapiaa ei ole, mikä muuttaisi tosiasiat toisiksi. Tärkeintä on kuitenkin puhua juuri niistä asioista, mitä sairastunut kokee tärkeäksi. Potilas voi kokea kuolemasta puhumisen läheisten kanssa vaikeaksi. On kuitenkin tärkeä ymmärtää, että ihminen, joka on tottunut ratkomaan vaikeita asioita muuten kun puhumalla, ei välttämättä pysty muuttumaan avoimeksi puhujaksi. Jokaisen toiveita tulee tässäkin kunnioittaa. Tukea myös voi saada mm. seurakunnan työntekijältä, psykoterapeutilta ja psykologilta. Myös potilasjärjestöt ja vapaaehtoiset työntekijät antavat tukea tarvitseville. (Terveyskylä. Henkinen ja hengellinen tuki 2018).

Palliatiivisilla potilailla on kaikilla erilaisia hengellisiä tarpeita ja heidän yksityisyyttään hengellisissä asioissa tulee aina kunnioittaa. Hengellisyden tarpeiden huomioiminen hoitotyössä vahvistaa potilaan oman elämän eheyden ja viisauden löytämisessä. Sen tarkoitus on auttaa ihmistä pohtimaan kysymyksiä, jotka ovat hänelle merkityksellisiä, ja myös tarkoituksena on pohtia suhdetta elämäntarkoitukseen, ihmissuhteisiin ja uskonnollisten ihmisten kohdalla Jumalaan. Arjessa henkinen tukeminen on ihmisen rinnalla kulkemista. Hengellisen tuen tarkoitus on antaa potilaalle kaivattua tasapainoa ja sisäistä rauhaa. Se auttaa myös pääsemään sovintoon oman itsensä, omaisten kuin Jumalankin kanssa. Armon kokeminen ja hyväksytyksi tuleminen voivat vapauttaa sairastuneen syyllisyydestä ja taakoista. Arvostavassa kohtaamisessa on aina tärkeää hoitajan nöyryys. Siihen kuuluu myötätunto, jakamisen valmius ja kiitollisuus. Hoitajan tärkein tehtävä on lievittää potilaan sekä omaisten henkistä hätää. Myös toivon luominen on tärkeää. Hengellinen tuki voi olla mm. kädestä pitämistä, läsnäoloa, keskustelua, kuuntelemista, yhdessä rukoilemista, laulamista, lukemista ja muistelua. (Rautava-Nurmi ym. 2019.) Toivon vahvistaminen on tärkeä osa potilaan ja hänen läheistensä hoitotyötä. Palliatiivisessa hoidossa toivon merkitys kasvaa, se tukee ihmistä, edistää hyvinvointia sekä lievittää kärsimystä. (Surakka ym. 2015, 111.)

Eksistentiaalinen kärsimys on jotain, mitä ei voi liittää yksinomaan ruumiiseen, sieluun tai mieleen. Se on määritelty vaikeaksi epämukavuudeksi, johon liittyy uhkana persoonan koostuneisuuden hajoaminen. Vasta kun hoitajat tietävät, mitä inhimillinen kärsimys on, on auttaminen mahdollista. Kun tulevaisuus on ennustamaton ja kontrolloimaton, on usein pelkoa siitä, että kärsimys jatkuu. Palliatiiviselle potilaalle kuoleman uhka vaatii ihmiseltä emotionaalista sopeutumista. Lähestyvä kuolema herättää

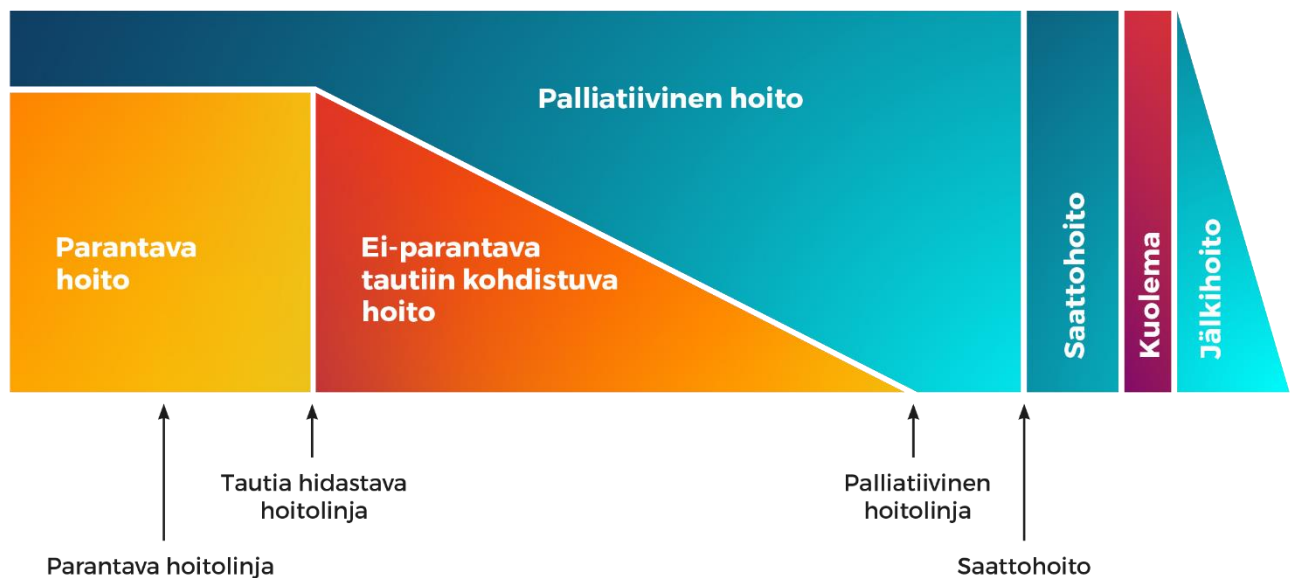
monenlaisia tunteita, kuten katkeruutta, pelkoa, pettymystä, kateutta, vihaa menetetyistä elämästä ja ahdistusta tulevasta. Toivon luonnetta muuttaa elämän loppumisen synnyttämä ahdistus. Kun kuolema on jo lähitulevaisuutta, ei toivon kohteena ole enää sama kuin terveenä. Silloin ei tule kiinnittää potilaan toivoa johonkin sellaiseen toivoon, mikä ei ole enää mahdollista esim. paraneminen. Eksistentiaaliset pelot liittyvät aikaan kuoleman jälkeen tai aikaan, jota ei ole. Kuoleman lähestyessä ahdistus väistämättä lisääntyy. Sitä on vaikea hyväksyä. Kuolemassa ahdistaa kaiken olemassa olevan loppuminen. Uskonnollinen vakaumus tekee luopumisesta toisinaan helpompaa. Silloin on jotain, mitä odottaa kuoleman jälkeen. Toisaalta joskus sairastamiseen väsyä ja kuolema voi tuntua silloin helpotukselta. (Saarto ym. 2015, 306.)

2.6 Hoitosuunnitelma ja hoitolinjaukset

Potilaalle, joka sairastaa henkeä uhkaavaa sairautta, tulee hänen sekä läheisten kanssa yhdessä laatia hoitosuunnitelma (KUVIO 3) (Valvira 2015a). Käypä hoito -suosituksen mukaan elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma tulee tehdä silloin, kun potilasta hoitava lääkäri ei yllättyisi, jos potilas voisi menettää 6–12 kuukauden aikana (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019). Hoitoneuvottelussa tehty suunnitelma sisältää keskustelut ja kirjaukset sairauden eri vaiheista, hoitomenetelmien tavoitteista, eri hoitolinjauksista, hoidon mahdollisista rajoituksista, hoidosta vastaava taho, sekä sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä potilaan peloista ja toiveista. Jos potilas on laatinut hoitotahdon, se tulee olla osana hoitosuunnitelmaa. (Valvira 2015a.)

Potilasta hoitavan lääkärin ja muiden, jotka osallistuvat potilaan hoitoon, tehtävänä on puhua palliativisesta hoitolinjauksesta ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta. Terveystieteiden tulisi toimia niin, että kun tapaa potilaan, jonka sairaus on edennyt niin pitkälle, että hänen elinikänsä arvioidaan vuosiksi, tulee hänen ja terveydenhuollon työntekijällä olla suunnitelma siitä, miten tulee toimia elämän loppuvaiheen hoidossa. Hoitava lääkäri tarvitsee hoitolinjauksen tekemiseen taitoa ja empaattista rohkeutta ristiriitaisten toiveiden ja lääketieteellisten paineiden alla. Ihmiset, jotka sairastavat parantumattomia sairauksia, voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään. Syöpää sairastavien loppuvaihe on usein hyvin nopea. Keuhkohtaumatauti sairastavan loppuvaihe voi edetä sykäyksittäin pahenemisvaiheiden kautta. Kolmatta ryhmää voisi kutsua pitkäksi hiipumiseksi, esim. muistisairauspotilaiden kohdalla. (Ahlblad 2019, 26–28.) Hoidon ensisijaisen tavoitteen määrittelee hoitolinjaus. Sen tulee noudattaa potilaan toiveita ja arvoja, mutta olla myös perusteltu lääketieteellisesti. Hoidon kokonaistilannetta määriteltäessä on apua pohdittaessa, miten potilas hyötyy jostakin yksittäisestä tutkimuksesta

tai hoidosta. Aina täytyy miettiä, edistääkö suunniteltu hoito tai tutkimus hoidontavoitteita. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Hoitolinjaukset määrittelevät hoidon tavoitteet ja hoidonrajauksella määritellään ne hoitomuodot, mistä on päätetty pidättäytyä. Osa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa on hoidon rajaukset. Niitä on hyvä tehdä sairauden edetessä asteittain. (Lehto ym. 2019.) Hoidon rajaukset perustuvat lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Sen tekeminen kuuluu normaaliin hoitokäytäntöön. Potilas ja lääkäri tekevät päätökset keskustellen ja yhteisymmärryksessä. Jos potilas ei kykene päättämään itse hoidostaan, hoitorajaukset tehdään hänen laillisen edustajansa tai läheistensä kanssa. Hoidon rajaus sisältää mm. DNR-päätöksen, jossa pidättäydytään elvytyksestä. Muita hoidonrajauksia on mm. antibioottilääkityksen tarpeellisuus, hengityksen tukeminen, tehohoidosta pidättäytyminen, nesteytys ja ravitsemushoito, verituotteiden käyttö, erilaisista tutkimuksista ja toimenpiteistä kieltäytyminen ja pyrkiminen välttää turhia sairaalasiirtoja. (Ahlblad 2019, 26–28.)



KUVIO 3 Hoitolinjaukset sairauden eri vaiheissa.(mukaillen Lehto, Marjamäki & Saarto 2019)

Hoitosuunnitelmassa on tärkeä ottaa kantaa hoitopaikkasiirtoihin. Tämä on tärkeää erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa asuvien muistisairaiden kohdalla, koska heidän tarpeettomia siirtojaan tulee pyrkiä välttämään. Paikan vaihtaminen aiheuttaa potilaalle toimintakyvyn heikkenemistä, sekavuutta sekä tarpeettomia tutkimuksia ja hoitoja. Kun tehdään päätös välttää sairaalasiirtoja, se edellyttää, että omassa hoitoyksikössä on suunnitelma hoidon toteuttamiseksi. Siihen kuuluu oirehoidon osaaminen, yksikön varautuminen oirelääkkein, lääkärin konsultaatiomahdollisuus ja kotisairaalan tuki. (Lehto ym. 2019.)

Itsemääräämisoikeus ei lakkaa olemasta, vaikka ihminen sairastuu vakavasti. Hänen tahtoaan on kunnioitettava (Grönlund & Huhtinen 2011, 21). Hoitotahto on tahdon ilmaus, jossa käsitellään hoitoa koskevia asioita siltä varalta, että potilas ei kykene osallistumaan häntä koskeviin hoitopäätöksiin sairauden, tajuttomuuden, vanhuuden tai muun seikan vuoksi. Hoitotahtoon kirjoitetaan potilaan hoitoa koskevia ohjeita ja toiveita. Hoitotahdon tekeminen auttaa hoitoon osallistuvien ja läheisten toimintaa. Tulee kuitenkin huomioida, että hoidolla tulee aina olla lääketieteellinen peruste. Hoitotahto tulee laatia kirjallisesti. Hoitotahdosta on hyvä kertoa ja myös sen sijainnista läheisilleen. Sen voi laatia Omakantaan tai vapaamuotoiselle lomakkeelle. (Valvira 2015a.) Valmis lomakepohja löytyy Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisemassa internetosoitteessa hoitotestamenttilomakkeet, ja voidaan sieltä tarvittaessa tulostaa ja täyttää asianmukaisesti (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Myös lääkärille potilas voi ilmaista hoitotahtonsa, jolloin tämän kuuluu kirjata se asianmukaisesti. Tieto täytyy löytyä myös potilastietojärjestelmästä. (Valvira 2015a.)

3 OPPIMINEN JA KOULUTUKSEN SUUNNITTELU

Aikuinen oppijana eroaa nuoresta ja lapsesta siinä, että hänellä on paljon jo elämäkokemusta. Hänellä on aikaisempien kokemusten pohjalta näkemystä siitä, mitä oppiminen on ja mitä se vaatii. Työssä tapahtuvien muutoksien takia luovutaan vanhoista ja totutuista toimintatavoista. Tällöin keskeinen haaste on aiemmin opitun reflektointi eli kriittinen arviointi. Kun kyseenalaistaa omia itseä koskevia ennako-oletuksia, voi se myös merkitä minäkuvan liittyvien uskomusten romuttumista ja silloin oppiminen voi olla aikuiselle vaikeaa. (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2009, 17.)

Tärkeintä on tunnistaa yksilölliset erot ihmisen oppimisessa, niin voimme tarjota oppimiskokemuksia, jotka sopivat parhaiten oppijoiden oppimistyyliin ja jotka parantavat oppimistuloksia. Aina kun suunnitellaan oppimiskokemusta, on tärkeää, että selkeät tavoitteet on määritelty. Yksi niistä asioista, joita tulee ottaa huomioon, on oppijoiden taitotaso. Sen lisäksi että tiedetään, mitä oppijat haluavat, halutaan myös tietää, mitä opitaan. (Dirksen 2012, 35-59.)

Opettajan tulee suunnitella opiskelutilaisuus niin että jokainen oppia pääsee kehittymään oppimisen taidoissa sekä myös edistyy opiskelu-työskentelytaidoissaan. Nämä taidot ovat avainasemassa työelämässä. Oppimislähtöisen opetuksen idea siis on, että opettajan tulee pyrkiä eri keinoin edistämään jokaisen oppimista. (Koli 2016, 12.) Visuaalinen ihminen katsoo maailmaa silmillään ja oppii parhaiten katsomalla. Hänelle oppimisen kannalta tärkeintä ovat kirjat, monisteet, kuvat, kaaviot sekä kalvot. Visuaalinen ihminen tekee usein muistiinpanoja, se myös auttaa häntä kuuntelemaan. (Laine ym. 2009, 19.) Hyvin motivoituneet oppijat oppivat laadusta huolimatta. Haasteena ovat motivoitumattomat oppijat, jotka eivät opi hyvälläkään opetuksella. (Dirksen 2012, 28.)

Käsitteiden käsittäminen ja oppiminen on vaativa prosessi. Niitä on vaikea opettaa toisille, sillä jokaisen tulee prosessoida ne itselle opittavaksi ja käsitettäväksi. Koulutuksen suunnittelussa tulee muistaa kaikki olennaiset käsitteet ja pyrkiä avaamaan niitä, koska jos peruskäsitteitä ei avata, voi oppimisprosessista jäädä heikoksi. (Koli 2016, 17.) Reflektoinnilla on merkitystä oppimiseen. Sen avulla oppija tulee tietoiseksi omasta oppimisestaan. Reflektiota voidaan tehdä oppimisprosessin eri vaiheissa. Reflektoinnilla tarkoitetaan asioiden peilaamista eli oman toiminnan havainnointia, tarkastelua, itsearviointia ja oppimisprosessin arviointia eri vaiheissa. (Koli 2016, 64.) Reflektio on oppimisen kannalta välttämättömän vaihe. Reflektointi on erityisen tärkeää silloin, kun tavoitteena on syvä oppiminen. Se

edellyttää teorian ja käytännön yhdistämistä. Siinä pyritään tietoiseen ymmärtämiseen. Se vaatii opiskelijalta taitoa ja ymmärrystä eritellä oppimistaan, tunteitaan ja käyttäytymistään. (Saaranen, Koivula, Ruotsalainen, Wärnå-Furu & Salminen 2018, 191.)

Ammatillisen verkkopedagogiikan perustan muodostavat kehollisuus, vuorovaikutus ja verkostot. Kehollisuudella tarkoitetaan havaitsemista ja toimintaa erilaisissa toimintaympäristöissä. Se on myös kehon laajentumista verkkovälineiden avulla. Myös kehon rajat hämärtyvät verkon myötä, mutta kehollisuus on rajoittuneenakin samaistumisen ja ymmärtämisen perusta. Vuorovaikutukseen kuuluu kehollinen viestintä, kuunteleminen ja puhuminen, joita tukevat erilaiset materiaalit. Verkossa vuorovaikutus voi tapahtua kuvien, videoiden ja tekstien välityksellä. Ilman vuorovaikutusta on oppiminen verkossa tehottomaa. Verkkopedagogiikan kolmas perustekijä on verkostot. Tuloksellisen oppimisen ja opetuksen kannalta on ensiarvoisen tärkeää verkostoitunut yhteistoiminta. Verkostoissa voi hyödyntää ja jakaa omaa oppimistaan. (Ihanainen 2010, 34.)

4 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoitus oli suunnitella ja toteuttaa koulutustilaisuus Kitinkannuksessa palliatiivisesta hoidosta. Koulutustilaisuus perustui hoitohenkilökunnalle tehtyyn kyselyyn heidän oppimistarpeistaan. Aiheen valintaa tuki hoitohenkilökunnalta tulleet osaamistarpeet. Esille nousi mm. kivunhoito, sairastuneen ja läheisten tukeminen sekä hoitotahto. Vastausten perusteella hoitohenkilökunnalla oli tarvetta kyseiseen koulutukseen ja palliatiivisen hoidon osaamisen syventämiseen.

Tavoitteenamme oli vahvistaa kyseisessä yksikössä hoitohenkilökunnan tietoutta palliatiivisesta hoidosta ja edistää palliatiivisen potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Pyrimme koulutuksessamme vahvistamaan heidän osaamistaan palliatiivisen potilaan kivunhoidosta ja potilaan ja läheisten tukemisesta. Tavoitteenamme oli myös lisätä uutta, ajankohtaista tietoa palliatiivisesta hoidosta Kitinkannuksen hoitohenkilökunnalle sekä herättää kiinnostusta aiheeseen ja lisätä hoitohenkilökunnan motivaatiota hakeutua lisäkoulutukseen jatkossakin.

5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projekti sanana tarkoittaa suunnitelmaa tai ehdotusta, se on peräisin latinasta. Projekti voidaan toteuttaa, kun kyseessä on laaja ja monimutkainen työkokonaisuus, jonka tekeminen edellyttää perusorganisaation ylittämistä. Projektiin voi kuulua henkilöitä eri yksiköistä ja eri organisaatioista. Suomeksi projekti sana tarkoittaa hanketta. Hanke voi kuitenkin koostua useista projekteista. Projektilla on aina tarve, se perustuu asiakkaan toivomukseen. Projektilla on aina selkeät tavoitteet ja rajaukset, ne perustuvat asiakkaan tilaukseen. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää aina eri asiantuntijoiden välistä yhteistoimintaa. Projektiryhmä muodostuu nimetyistä asiantuntijoista, joilla kaikilla on oma roolinsa ja tehtävänsä. Projektin toimivuuden kannalta on tärkeää, että vastuut ja valtuudet on selvästi määritelty ja että asiantuntemusta on riittävästi käytettävissä. Projekti ei ole koskaan jatkuvaa toimintaa, vaan tehtäväkokonaisuus, jolla on aina etukäteen määritelty alkamis- ja päättymisajankohta, jota kutsutaan elinkaareksi. (Ruuska 2006, 21–27.)

5.1 Projektin kohderyhmä

Projektimme oli suunnattu Kitinkannuksen hoitohenkilökunnalle. Kohderyhmä valikoitui heidän tarpeestaan saada lisää tietoa aiheesta. Kitinkannus on kuntoutumista tukeva ympäristö, joka tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Kitinkannus on aloittanut toimintansa vuonna 1991. Vuoteen 2012 asti Kitinkannus on toiminut Kannuksen Veljeskodin nimellä. Silloin ensisijaisesti on ollut asiakkaana sotiemme invalidit, veteraanit, lotat (Lotta Svärd -järjestö) ja heidän puolisonsa. Kitinkannuksen tavoitteena on hoitaa ja kuntouttaa nämä kunniakansalaiset heidän elämänsä loppuun saakka. Vuodesta 2010 lähtien Kitinkannus on panostanut vaativaan lääkinällisen laitospääntötyöhön, neurologiseen kuntoutukseen, avokuntoutukseen ja asumispalveluihin. (Kitinkannus 2019.) Kitinkannus kuuluu STM:n palliatiivisen- ja saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaan perustasoon (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2019b).

5.2 Projektiryhmä

Projektiryhmämme koostui meistä projektipäälliköistä. Meidän tehtävänä oli varmistaa projektin toteutus ja onnistuminen. Projektiryhmäämme kuului myös Kitinkannuksen hoitopäällikkö, joka mahdollisti koulutuksen järjestämisen ja ennakkokyselyn toteutuksen hoitoyksikössä. Soiten palliatiivisen

poliklinikan hoitaja, jolta saimme ohjausta toteutukseen sekä hän osallistui koulutustilaisuuteen kertomalla Soiten palliatiivisen poliklinikan toiminnasta ja hoidon järjestämisestä. Hän toi asiantuntijuutta meidän koulutustilaisuuteemme. Projektiryhmään kuului myös ohjaava opettaja, jolta saimme ohjausta kirjallisen opinnäytetyön tekemiseen ja koulutustilaisuuden toteuttamiseen. Visuaalista näkemystä koulutustilaisuuteen saimme paikalliselta valokuvaajalta. Covid-19-tilanteen vuoksi pyrimme välttämään turhia kontakteja, minkä vuoksi suurin osa yhteydenpidosta tapahtui sähköpostitse, puhelimitse sekä Teamsin ja Zoomin kautta. Olimme yhteydessä työelämäedustajan kanssa säännöllisesti työemme edetessä. Suunnitelman pohjalta haimme tutkimusluvan Kitinkannuksen toimitusjohtajalta. Projektiryhmämme tarkoitus oli pitää osastotunti Kitinkannuksessa, jossa lisäämme hoitohenkilökunnan tietoutta palliatiivisesta hoidosta ja tavoitteenamme oli edistää palliatiivisen potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Kohderyhmämme oli hoitohenkilökuntaa, joilla oli jo perustietoa kyseisestä aiheesta. Tarkoituksenamme oli toteuttaa vuorovaikutteinen ja ajatuksia herättävä koulutustilaisuus.

5.3 Projektin vaiheet

Etenimme työssämme kirjan Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa mukaan (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011, 81). Projektimme vaiheet olivat ideointi- ja konseptointivaihe, kokeilu- ja toteutusvaihe, päättämis- ja vaikuttavuudenarviointivaihe ja käyttöönottovaihe. Työssämme käytimme myös muita projektikirjallisuutta apuna. mm. kirjailijoiden Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen kirjan Tutkimus hoitotieteessä (2013) sekä kirjailijoiden Paasivaara, Suhonen & Nikkilä teosta Innostavat projektit (2008).

5.3.1 Projektin ideointi- ja konseptointivaihe

Suunnittelu on aina keskeisellä sijalla projektin edetessä. Projektin suunnitteluvaiheessa luodaan hahmo, johon tukeutumalla projektin toteutus aloitetaan. Ideointi on aina luovaa työtä. Se voi kypsyä pitkään tai löytyä lyhyessäkin ajassa. Projektin suunnitelman aikana kannattaa jättää myös aikaa uusien ideoiden syntymiselle. Perinteisesti suunnittelussa keskitytään aikataulun ja resurssien suunnitteluun. Käytännössä projekteja suunnitellaan eri tavoin. Projektissa on olennaista, että tavoite tulee täytettyä. Tässä on tarkoitus vastata kysymyksiin, mitä ja miksi? Mihin projekti liittyy ja millaisia vaikutuksia sillä on? On myös tärkeä nimetä projektiryhmä ja tehdä toteutussuunnitelma, miettiä budjettia ja tehdä ohjaussuunnitelma. Projektin suunnittelussa on hyvä tunnistaa uhat ja riskit. Niitä tulee pohtia ja

suunnitella, miten niiltä voisi välttyä. Projektin suunnitteluvaiheessa otetaan huomioon jo, miten projektin tulokset hyödynnetään käytännössä. Tämä motivoi myös projektiryhmän edustajia. (Paasivaara ym. 2011, 83–88.)

Projektimme aihe valikoitui oman kiinnostuksemme mukaan marraskuussa 2019. Varsinainen projektin ideointivaihe käynnistyi tammikuussa 2020 saatuaamme opettajan hyväksynnän aiheelle, minkä jälkeen kartoitimme hoitoyksiköiden tarvetta kyseisestä aiheesta. Tapasimme työelämän edustajan, jonka kanssa sovimme projektin etenemisestä ja aikataulusta. Aikataulutimme työemme etenemisen jo projektin alussa, tämä ohjasi meitä projektin etenemisessä. (TAULUKKO 1). Otimme yhteyttä myös Soiten palliatiivisen poliklinikan hoitajaan, jonka kanssa sovimme yhteistyöstä. Olimme yhteydessä myös paikalliseen valokuvaajaan, jonka luvalla saimme käyttää hänen kuviaan koulutuksessa. Suunnitelimme pitävämme koulutustilaisuuden aiheesta marraskuussa 2020. Budjetti koostui oman ajan käytöstä. Uhkana ja riskinä projektissamme oli Covid-19 -tilanteen paheneminen tai siihen liittyvät rajoitukset. Varauduimme siihen, että koulutustilaisuus joudutaan toteuttamaan etänä verkossa. Myös aikataulutuksen yhteen sovittaminen toi haasteita. Tähän varauduimme joustavalla suunnitelmalla

Suunniteltaessa koulutustilaisuutta mietimme sen tavoitetta. Tavoitteenamme oli vahvistaa hoitohenkilökunnan tietoutta palliatiivisesta hoidosta sekä herättää hoitohenkilökunnan kiinnostusta palliatiivisesta hoidosta ja innostaa heitä lisäkoulutukseen. Kartoitimme pienellä kyselyllä heidän osaamistarpeitaan ja niihin vastasimme koulutustilaisuuden aikana. (LIITE 1). Veimme Kitinkannukseen heinäkuussa kahdeksi viikoksi kyselylomakkeet, joihin vastattiin nimettömänä, ja vastaukset laitettiin suljettuihin kirjekuoriin. Kysymykset olivat: ”Millaista uutta osaamista tarvitset kuolevan potilaan hoitotyössä?” ja ”Millaisia asioita haluaisit koulutuksessa käsiteltävän läpi?” Vastauksista esille nousi palliatiivisen potilaan kivun hoito, johon kuului lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito. Hoitohenkilökunta koki myös tarvitsevansa apua potilaan ja läheisen kohtaamiseen. Hoidon rajaukset ja linjaukset tulivat myös esille ennakkokyselyn perusteella.

Avasimme käsitteitä koulutustilaisuuden aikana. Jo herätteenä avasimme palliatiivisen ja saattohoidon käsitteitä kyselyssä, joka toteutettiin ennen koulutustilaisuutta. Peruskäsitteet, joita osastotunnin aikana käsitellään, ovat kuitenkin jo monelle hoitajalle tuttuja. Koulutus oli suunnattu aikuisille, motivoituille ihmisille. Koulutusta ennen osallistujat reflektoivat oppimistarpeitaan ja koulutuksen jälkeen reflektoivat onko heidän tarpeisiinsa vastattu (Koli 2016, 64).

5.3.2 Kokeilu- ja toteuttamisvaihe

Projektin ohjaaminen liittyy tärkeänä osana projektin toteuttamiseen. Ilman täsmällistä ohjausta projekti ei pääse päämääränsä. Siksi ohjaaminen on projektin onnistumisen kannalta välttämätöntä. Projektiohjaus on koko projektin jatkuvaa materiaalisten ja inhimillisten resurssien johtamista saavuttaakseen tavoitteet. Joustavassa ohjauksessa projektisuunnitelmaa päivitetään tarpeen tullen, ollaan analyyttisiä sekä kriittisiä ja projektisuunnitelmaa hyödynnetään täsmennettäessä projektin tavoitteita. Kun panostetaan ohjaukseen, se merkitsee panostamista projektin laatuun ja onnistumiseen. Projektipäällikkö on henkilö, joka pitää kaikki narut käsissä koko projektin ajan. Ohjauksessa tärkeintä on pysyä tavoitteissa, jotka on projektille yhdessä asetettu. Mahdollisiin ongelmakohtiin pyritään puuttumaan jo varhaisessa vaiheessa projektin edetessä. Projektiryhmän yhteistyö on välttämätöntä, että saavutetaan projektin päämäärä. Ammattitaitoihin panostamisella on suora yhteys projektin onnistumiseen. Kun projektissa on kokeneita henkilöitä ja alan asiantuntijoita, on toiminta laadukkaampaa ja tehokkaampaa. (Paasivaara ym. 2011, 88–93.)

Olimme säännöllisesti yhteydessä projektimme työelämän yhteyshenkilöihin sekä ohjaavaan opettajaan. Käytimme tietoperustassa ja koulutustilaisuuden toteuttamisessa vain tutkittua tietoa, sekä uusia mahdollista saatavilla olevaa. Olimme projektipäällikköinä vastuussa sovituista aikatauluista ja siitä että projekti tulee onnistumaan annetussa ajassa (TAULUKKO 1). Projektissa oli mukana alan ammattilaisia. Olimme motivoituneita ja innokkaita yhteistyöhön projektiryhmän jäsenten kanssa ja tavoitteenamme oli saada projekti päätökseen suunnitellussa ajassa. Mahdollisiin ongelmakohtiin pyrimme puuttumaan varhaisessa vaiheessa. Asiantuntijan sairastuessa tai muuten estyessä osallistumaan kyseiseen luentoimme olimme varautuneet ottamaan selvää esille nousseisiin kysymyksiin.

Opinnäytetyön tarkoituksen täyttymiseksi järjestimme koulutustilaisuuden palliatiivisesta hoidosta. Vallitsevan Covid-19 -tilanteen vuoksi päädyimme pitämään koulutuksen etänä verkossa. Koulutustilaisuus toteutettiin Zoomin välityksellä 11.11.2020. Koulutustilaisuus alkoi klo 13 ja päättyi suunnitelman mukaisesti klo 14.30. Lähetimme koulutusmateriaalin ennakoon projektiryhmän jäsenille sekä linkin koulutustilaisuuteen. Testasimme ennakoon etäyhteyksien toimivuutta sekä harjoittelimme ja kellotimme koulutustilaisuuden materiaalin esittämiseen kuluvaa aikaa. Koulutustilaisuuden aluksi esittelimme itsemme ja kerroimme lyhyesti taustoistamme. Alustavien kyselykaavakkeiden ja tutkitun tiedon perusteella teimme teoriapohjan, jonka kävimme vuorovaikutteisesti läpi koulutustilaisuudessa. Pohjana oli PowerPoint, jonka me projektipäällikköinä olimme tehneet ja esitimme sen koulutustilaisuuden kohderyhmälle. PowerPoint -sivut sisälsivät paikallisen valokuvaajan luontokuvia. (LIITE 2).

Teoriaosuus sisälsi palliatiivisen hoidon määritelmän, lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon, potilaan ja läheisten psykososiaalisen tuen, potilaan henkisen sekä hengellisen tuen, hoitotahdon ja lopuksi potilasesimerkit herätteenä palliatiivisen potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, mistä tulikin hyvin keskustelua ja vuorovaikutteisuutta koulutustilaisuuteen. Teoriaosuus oli tunnin mittainen, minkä jälkeen asiantuntija, joka on palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja, kertoi palliatiivisen poliklinikan toiminnasta ja lopuksi vastasi kysymyksiin, joita koulutustilaisuuden aikana heräsi. Mielestämme hänen läsnäolonsa toi koulutustilaisuuteen tarvittavan asiantuntijuuden. Koulutustilaisuuden kulut olivat hyvin pieniä, lähinnä paperin tulostamisesta johtuvaa. Pyrimme siihen, että tulostaminen tapahtui Kintannuksessa, jolloin yksikölle jäävä materiaali oli heidän kustannettava.

Pyrimme koulutustilaisuuden aikana ottamaan kaikki osallistujat huomioon ja vuorovaikutteiseen opetukseen. Pyrimme edistämään jokaisen oppimista. Otimme huomioon myös visuaalisesti oppivat henkilöt (Laine ym. 2009, 19). Koulutustilaisuuden aikana näytimme videoita sekä kuvia, jotka tukivat visuaalista oppimista. Toivoimme, että koulutukseen osallistujat olivat motivoituneita ja he saivat työkaluja palliatiivisen potilaan hoidosta sekä läheisten tukemisesta. Tarjosimme erilaisia oppimismenetelmiä koulutuksessamme, mm. visuaalista kuvien, kaavioiden ja videon käyttöä sekä vuorovaikutteista oppimista. Avasimme myös koulutuksen aikana käsitteitä, jotka tukivat oppijaa oppimisessa. Lopuksi reflektoimme oppimista palautekyselyllä, mikä tukee oppijan omaa tietoisuutta oppimisestaan. (Laine ym. 2009, 19; Koli 2016, 17–64.)

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön aikataulu

Tammikuu 2020	-Aiheen prosessointi -Päätös tehdä yhdessä opinnäytetyö
Helmikuu 2020	-Aiheesta keskustelu Kitinkannuksessa -Päätös opinnäytetyön tekemisestä
Helmikuu-huhtikuu 2020	-Tietoperustan kerääminen ja suunnitelman kirjaaminen -Projektiryhmän nimeäminen ja ideointi sähköpostitse ja puhelimitse
Toukokuu 2020	-Opinnäytetyön suunnitelman hyväksyminen
Kesäkuu 2020	-Ohjaavan opettajan kanssa aloitus keskustelu Teamsin kautta
Heinäkuu 2020	-Tutkimuslupa hyväksyttiin -Tapaaminen palliatiivisen poliklinikan hoitajan kanssa -Opinnäytetyön kirjoittamista ja koulutustilaisuuden ideointia -Kyselylomakkeiden suunnittelu ja viimeistely
Elokuu 2020	-Osaamistavoitteiden kartoitus kyselylomakkeella Kitinkannuksessa -Teoriaosion työstäminen
Syyskuu 2020	-Valokuvat valokuvaajalta koulutustilaisuuteen -Koulutusmateriaalin tekeminen
Lokakuu 2020	-Opinnäytetyön tekeminen -Ohjaavan opettajan tapaaminen Teamsin kautta -Opinnäytesopimus sähköisesti lähetetty
Marraskuu 2020	-Koulutusmateriaalin tekeminen - Koulutustilaisuuden pitäminen Zoomin välityksellä -Opinnäytetyön viimeistely
Joulukuu 2020	-Opinnäytetyön viimeistely -Opinnäytetyön palauttaminen

5.3.3 Päätämisen- ja vaikuttavuuden arviointivaihe

Projektipäällikön tehtävä on varmistaa ennen hankkeen päättymistä, että projektilla on pystytty tavoittamaan projektille määritelty tulos. Tämän vaiheen toinen tehtävä on henkilöiden mukana olo projektin edetessä se, että hanke saadaan kunnialla päätökseen. Projektin johtaminen on keskeisessä asemassa. Päätämisenvaiheessa projektin toiminta lopetetaan. Toinen päätehtävä päätämisenvaiheessa on projektin tulosten käyttöönotto. Tavoitteena on, että tuloksista hyötyvät monet. Tähän liittyy myös suunnittelu ja pohdinta, miten tuloksia aiotaan hyödyntää? Miten varmistetaan se, että ne otetaan käyttöön ja mitä tuloksille tapahtuu jatkossa. (Paasivaara ym. 2011, 93–94.)

Varmistimme, että projektillamme oli ennen projektin päättymistä paras mahdollinen tulos eli hoitajien tieto palliatiivisesta hoidosta lisääntyi. Kartoitimme koulutustilaisuuden tuloksen palautekyselyn avulla. Koulutustilaisuus pysyi suunnitellussa aikataulussa. Koulutustilaisuuden järjestäminen verkossa vaati hyvää ja tarkkaa suunnitelmaa esim. aikataulun suhteen ja etukäteisvalmisteluin kokeilemalla verkkoyhteyksien toimivuutta. Kaikki kuitenkin sujui suunnitelmien mukaisesti. Pyysimme hoitohenkilökunnalta palautetta koulutustilaisuuden jälkeen sähköisellä palautekyselyllä Mentimeterin avulla. Pyysimme vastaamaan avoimella kysymyksellä: ”Mitä sait koulutuksesta työhösi?” Sekä kysymykseen missä valmiit vastausvaihtoehdot: ”Vastasiko koulutus odotuksiasi?” Kokosimme vastaukset sanapilvenä. Kaikki kokivat, että koulutus vastasi erittäin hyvin odotuksia ja hoitohenkilökunta koki myös saaneensa uutta tietoa palliatiivisen potilaan hoidosta sekä erityisesti kivunhoidosta. PAINAD-mittari koettiin uudeksi hyväksi työkaluksi työyksikköön. Pyrimme siihen, että projektin tuloksista olisi todellista hyötyä työyhteisöön ja he voisivat myös tulevaisuudessa päivittää palliatiivisen hoidon osaamista. Saimme myös suullista palautetta projektiryhmän jäseniltä. He kokivat, että olimme tehneet hyvää työtä ja arvostivat antamaamme panosta projektiimme. Koulutuspäivämme onnistui hyvin pedagogisesta näkökulmasta. Koimme, että aikaa olisi saanut olla enemmän että vapaalle keskustelulle olisi ollut riittävästi aikaa. Olisimme voineet projektipäällikköinä herättää keskustelua enemmän kaikista osa-alueista. Koska aika oli rajallinen, ei tätä pystytty toteuttamaan. Suunnittelemamme aikaraja kuitenkin toteutui täsmällisesti. Etäehtyes toimi hyvin, mutta alku hieman viivästyi etäyhteyden ääniongelmien vuoksi. Haasteena koimme koulutustilaisuuden pitämisen etänä, koska koimme että koulutustilaisuus olisi ollut vuorovaikutteisempaa paikan päällä pidettynä. Koimme myös itse projektipäällikköinä ammatillista kasvua projektin edetessä.

6 POHDINTA

Tässä luvussa tulemme käsittelemään projektin luotettavuutta ja eettisyyttä ja pohdimme myös omaa ammatillista kasvua. Tulemme myös käsittelemään sitä, kuinka tätä työtä voidaan jatkossa hyödyntää ja onko herännyt uusia tutkimustarpeita mm. lääkkeettömästä kivunhoidosta.

6.1 Projektin luotettavuus ja eettisyys

Hoitotyön ja terveydenhuollon päämääränä on sairauksien ehkäisy ja hoito, terveyden edistäminen sekä kärsimysten lieventäminen. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöstöistä (559/1994) tarkoituksena on potilasturvallisuuden, järjestelmän toimivuuden ja palvelujen laadun edistäminen. Hoitohenkilökunnan tulee toimia eettisten periaatteiden mukaan ja hyväksytyjen toimintatapojen mukaisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 14–19.)

Koemme, että työmme aihe on itsessään jo hyvin eettinen. Hoitohenkilökunnan kouluttaminen aiheesta lisää potilasturvallisuutta ja turvaa hyvän ja arvokkaan loppuelämän potilaalle. Projektiryhmämme jäseniä tiedotimme säännöllisin väliajoin työmme etenemisestä ja reagoimme esille nousseisiin ongelma-kohtiin kuten vallitseva Covid-19 -tilanne, joka muutti suunnitelman toteutuksen.

Terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä käsittelee Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa myös Helsingin julistus sekä American Nurses Association (ANA), joka on julkaissut 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217.) Seuraavaksi tulemme käsittelemään työssämme opinnäytetyön luotettavuutta ja etiikkaa Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013) mukaan. Lisäksi käytämme ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset on julkaistu toukokuussa 2018. Siihen on päivitetty henkilötietojen suoja koskeva lainsäädäntö sekä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimat eettiset suositukset ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa. Suositukset sisältävät opiskelijoille muistilistan eettisistä ohjeista, mm. perehtyminen opinnäytetyön aiheeseen, resurssit, tutkimuseettiset ohjeet, henkilötietojen käsittely ja tietosuoja, tutkimuslupa ja muut sopimukset. Lisäksi siinä on aineistojen säilyttämisestä, rahoituksesta ja opiskelijan tietoisuus siitä, että opinnäytetyö tarkistetaan plagiaattitunnistusjärjestelmässä sekä opinnäytetyö on julkinen asiakirja. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineu-

vosto Arene ry. 2020, 3–14.) Anonymiteetti on sitä, ettei aineistoa luovuteta kenellekään ulkopuoliselle ja se tulee säilyttää lukitussa paikassa ja tietokoneessa salasanalta suojattuna. Tutkimusta varten tulee olla lupa. Se haetaan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2013, 218–223.)

Perehdyimme opinnäytetyön aiheeseen tutkimalla kirjallisuutta luotettavista lähteistä. Aikataulutimme opinnäytetyön tekemisen vuoden 2020 ajalle, jota kohti etenimme johdonmukaisesti. Opinnäytetyön suunnitelman valmistuttua haimme tutkimuslupaa Kitinkannuksen toimitusjohtajalta ja teimme opinnäytetyösopimuksen projektiryhmän jäsenten kanssa. Projektimme alussa selvitimme hoitoyksikön osaamistarpeita ja toiveita koulutustilaisuudessa käsiteltävistä asioista pienimuotoisella kyselyllä, johon vastaaminen on täysin vapaaehtoista. (LIITE 1). Kyselyyn vastattiin nimettömänä. Säilytimme kyselyn tulokset lukitussa kaapissa emmekä luovuttaneet niitä ulkopuolisille tahoille. Tuhoamme aineiston polttamalla opinnäytetyön valmistuttua. Sovimme projektin alussa tulevista kuluista, jotka olivat lähinnä tulostamisesta koostuvia, ja tarvittavat materiaalit tulostettiin Kitinkannuksessa.

Yksi työn tärkein lähtökohta on osallistujien itsemääräämisoikeus. Osallistumisen täytyy olla aidosti vapaaehtoista ja siitä pitää pystyä kieltäytymään kaikissa eri vaiheissa. Osallistujien tulee myös tietää mikä on työn luonne. Hänelle on kuvattava tarkasti hänen eettinen vastuunsa ja annettava tieto mahdollisista haitoista ja eduista. Projektiin osallistujalle on myös annettava tietoa aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Plagiointi tarkoittaa toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä. Tekijän tulee muistaa käyttää lähdeviittemerkintöjä ja lähdeviittauksia asiasisältöihin viitatessa. Tulosten sepittäminen tarkoittaa, että saadut tulokset ovat tekaistuja. Tällöin tekijällä ei ole aineistoa tulosten perusteeksi tai hän on voinut kaunistella tai muuttaa saamiaan tuloksia. Siksi onkin tärkeää, että raportissa kuvataan tarkasti tutkimuksen kaikki eri vaiheet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224–225.)

Projektiryhmämme koostui motivoituneista ja ammattitaitoisista ihmisistä. He olivat sitoutuneita projektiimme. Pidimme tärkeänä, että osallistuminen opinnäytetyöhömmä oli vapaaehtoista ja tulemme turvaamaan kaikkien anonymiteetin toteutumisen. Heillä oli myös oikeus kieltäytyä projektistamme missä vaiheessa tahansa. Pyrimme huomioimaan työssämme kohderyhmän tarpeet sekä hyödynsimme tutkittua tietoa projektissämme. Lähestymistapamme oli työelämälähtöinen, koulutustilaisuus toteutettiin vuorovaikutteisesti. He, jotka eivät olleet konkreettisesti paikalla, saivat tietoa hoitoyksikköön jätetystä kirjallisesta materiaalista. Valitsimme teorian tarkoituksen mukaisesti ja käytimme luotettavia lähteitä. Vältimme toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä ja käytimme lähdeviittauksia Centrian opinnäytetyön kirjoitus ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyömme tulee käymään plagiaatintunnistusjärjestelmän

kautta opettajien hyväksynnän jälkeen. Olemme tietoisia opinnäytetyön olevan julkinen emmekä käytäneet siinä mitään mistä selviää asianomaisten tietoja.

6.2 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajatutkintoa säätelee lainsäädännön ohella EU-direktiivit. Suomalaisen sairaanhoitajatutkinnon aikana on saavutettava 180 op:n osaamisvaatimuksen. Osaamisvaatimusten sisältöä ohjaa ammatillisuus ja eettisyys, johon sisältyy erilaisia hoitotyön arvoja, periaatteita ja eettisiä ohjeita sekä terveydenhuoltoa ohjaava ajankohtainen lainsäädäntö. Yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluu johtaminen ja työntekijyysosaaminen. Se pitää sisällään toiminnan organisoinnin ja priorisoinnin sekä itsensä ja tilanteen johtamisen, palautteen antamisen ja vastaanottamisen. Yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluu myös palliatiivisen potilaan hoidon keskeisimpien käsitteiden, arvojen ja periaatteiden tunnistaminen. Sairaanhoitajan työskentely perustuu näyttöön, ja siihen on sitouduttava. On osattava etsiä ja lukea kriittisesti tieteellisiä julkaisuja. Yleissairaanhoitajan vaatimukseen kuuluu, että kykenee osallistumaan tutkimus-, kehittämis- ja innovaatioprosesseihin ryhmän jäsenenä. (Savonia 2020.)

Opinnäytetyön aihe valikoitui yhteisestä kiinnostuksesta ja ajankohtaisuudesta palliatiiviseen hoitoon. Aihe on ajankohtainen, koska tällä hetkellä on menossa valtakunnallisen palliatiivisen hoidon koulutuksen kehittämishanke EduPal (EduPal 2020). Haluamme omalta osaltamme tulevina sairaanhoitajina lisätä tietoutta palliatiivisesta hoidosta ja viedä sitä myös eteenpäin. Opinnäytetyötä varten keräsimme oppimistarpeita hoitoyksiköstä, jonka pohjalta järjestimme koulutustilaisuuden. Opinnäytetyömme teoriaosuus sisälsi esille nousseita palliatiivisen potilaan hoidon keskeisiä käsitteitä. Halusimme haastaa myös itseämme ammatillisessa kasvussa. Käytimme vain tutkittua tietoa ja päävastuun koulutustilaisuudesta otimme itse jolloin haastamme itseämme ammatillisesti. Se kehitti meidän organisointikykyämme. Opimme ottamaan palautetta vastaan ja miettimään omiakin ratkaisuja kriittisesti. Opimme myös työn edetessä lähdekriittiseksi. Huomasimme myös työn edetessä, kuinka tärkeää on motivoitunut ja innostunut projektiryhmä. Koulutustilaisuuden onnistuminen toi meille varmuutta ja rohkeutta myös tulevaisuudessa samankaltaisten projektien järjestämiseen.

Tämän opinnäytetyön kirjoittaminen ja osastotunnin valmisteleminen on ollut työläs projekti. Haasteita on tuonut myös Covid-19, jonka takia suurin osa opiskelusta on siirtynyt verkkoon. Sen vuoksi haasteeksi muodostuikin perheen, työn, muiden opintojen ja opinnäytetyön yhteensovittaminen. Olemme kuitenkin saaneet muutkin kurssit ajallaan suoritettua ja olemme pysyneet aikataulussa. Se

kuitenkin on vaatinut viikolla paneutumaan ja käyttämään paljon vapaa-ajasta opinnäyteyöhön. Suunnittelimme aikataulun, jonka mukaan etenimme johdonmukaisesti. Teimme tehtävämme vastuullisesti ja tiedotimme projektiryhmän jäseniä säännöllisesti työmme etenemisestä. Alkuvuodesta tapasimme ideointipalavereissa mutta vallitsevan tilanteen vuoksi siirryimme etäpalavereihin. Siinä vaiheessa tuli uutena haasteena verkkoyhteyksien luominen ja niiden oppiminen.

Projektin sujuvuutta auttoi hyvä yhteistyö projektin jäsenten kesken. Heihin oli helppo olla yhteydessä, ja heidän kiinnostuksensa aiheitamme kohtaan oli aitoa. Koimme myös, että heillä oli aidosti halua auttaa projektimme päätösvaiheen saavuttamiseksi haastavassa tilanteessa. Pyrimme kuitenkin siihen, että työmme on laadultaan hyvä. Ohjaavalta opettajalta saimme aina tarvittaessa hyvin tukea. Tapasimme ohjaavan opettajan Teamsin kautta kaksi kertaa, sekä olimme työn loppuvaiheessa useasti yhteydessä sähköpostitse. Ohjaava opettaja antoi hyviä vinkkejä sisällön jäsentämiseen ja kirjoitusasuun. Hänen kannustava asenteensa loi meihin uskoa, että opinnäytetyömme valmistuu ajoissa ja että onnistumme siinä hyvin. Ohjaava opettaja osallistui myös etänä koulutustilaisuuteen.

Opinnäytetyön tekeminen parin kanssa, jolla oli samanlainen kiinnostus aihetta kohtaan, sujui hyvin ja mutkattomasti. Meitä auttoi myös se, että asuimme samalla paikkakunnalla ja matkoihin ei mennyt juurikaan aikaa. Suurin osa työskentelystä tapahtui yhdessä, mutta käytimme myös apuna verkkotyöskentelyä. Koimme vahvuudeksi sen, että olimme hyvä tiimi ja kunnianhimo työtämme kohtaan oli hyvä koko projektin ajan. Olemme samanaikaisesti käyneet koululla palliatiivisesta hoidosta kahden opintopisteen kurssin, josta koimme saavamme paljon apua tähän projektiin. Opinnäytetyön edistyessä huomasimme, että tiedonhaku verkossa kehittyi työtä tehdessä. Pedagogiikka käsitteenä oli meille uutta, ja siihen haimme paljon teoria tietoa, jolloin huomasimme itsessämmeikin ammatillista kasvua.

Olemme projektin edetessä syventäneet aikaisempaa oppia palliatiivisen potilaan kivun hoidosta, joka sisältää lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon. Lääkkeellisestä hoidosta löytyi hyvin tutkittua tietoa, mutta haastavaksi koimme tutkitun tiedon löytämistä lääkkeettömistä hoitomenetelmistä. Psykososiaalisen tuen tärkeys korostuu tässä työssämme, mutta se oli tullut meille tutuksi työmme kautta sekä aikaisemmista tiedoista sairaanhoitajaopinnoissa. Halusimme työssämme myös korostaa henkisen ja hengellisen tuen tärkeyttä palliatiivisen potilaan hoidossa ja läheisten huomioimisen koko hoidon aikana. Haasteena palliatiivisella potilaalla koimme hoidon linjaukset ja rajaukset. Koemme että hoitajan tärkein työkalu on puhe ja läsnäolo. Saimme paljon omaan työhömmme ammatillisesti tästä projektista, mutta tiedon nälkä kasvoi edelleen ja olemme kiinnostuneita tulevista tutkimuksista ja koulutuksista

kyseiseen aiheeseen. Työtämme voi myös hyödyntää tulevaisuudessa aihetta käsiteltäessä erilaisissa tilaisuuksissa.

LÄHTEET

Ahlblad, J. 2019. Miten kohdata kuolema. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Saatavissa: <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>. Viitattu 5.11.2020

Dirksen, J. 2012. Design for how people learn. Berkeley: New Riders.

EduPal. 2020. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen. Saatavissa: <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/sample-page/>. Viitattu 2.10.2020.

Erjanti, H., Anttonen, M., Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoidon nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy.

Eurooppalainen iäkkäiden elämän loppuvaiheen tutkimus- ja kehittämishanke PACE. 2018. PACE-toimintamalli: Kuusi askelta palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Saatavissa: <https://thl.fi/documents/10531/2018104/PACE-toimintamalli+Kuusi+askelta+palliatiivisen+hoidon+kehitt%C3%A4miseen.pdf/ace7b20c-c35b-4ef7-94f1-ebba332ae8d6>. Viitattu 25.11.2020

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu: Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

Hökkä, M. 2020. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen sairaanhoitajan tutkinnossa: Suositus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetussuunnitelmasta. Kajaanin Ammattikorkeakoulu Oy. Kajaani. Julkaisusarja B 140. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7219-56-0>. Viitattu 3.11.2020

Ihanainen, P. 2010. Ammatillinen verkkopedagogiikka: Teoreettisia ja käytännöllisiä lähtökohtia. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Vantaa. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015061113150>. Viitattu 5.11.2020

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kipu. Käypä hoito -suositus.2017. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>. Viitattu 21.2020.

Kitinkannus. 2019. Saatavissa: <https://kitinkannus.fi/kitinkannus.html>. Viitattu 21.2.2020.

- Koli, H. 2017. Innoita oppimaan: Miten luoda oppimiselle mahdollisuuksia ja tehdä oppimisesta mu-
kaansatempaavaa. Pihtipudas: House of leading & learning Oy.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2009. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveys-
alalla. 8., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääke-
tieteellinen aikakausikirja Duodecim. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 335-341. Saata-
vissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>. Viitattu 1.10.2020.
- Leino-Kilpiö, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma
Pro Oy.
- Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Toinen painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitaja-
liitto Ry.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki:
Tietosanoma Oy.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Duodecimin Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäri-seu-
ran Duodecimin ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suo-
malainen lääkäri-seura Duodecim. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>. Viitattu 30.6.2020.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2019. Hoitotyön taidot
ja toiminnot.
- Ruuska, K. 2006. Terveystenhuollon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum
media Oy.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2018. Lääkehoidon käsikirja. 7., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma
Pro Oy.
- Saaranen, T., Koivula, M., Ruotsalainen, H., Wärnå-Furu, C. & Salminen, L. 2018. Terveysten opet-
tajan käsikirja. 2., uudistettu laitos. Helsinki: Tietosanoma.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt.
1.Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos.
Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Savonia. 2020. Yleissairaanhoitajan (180op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Blogit Savonia. Saata-
vissa: [https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimus-
lauseet-ja-sisallot-julkaistu/](https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimus-lauseet-ja-sisallot-julkaistu/). Viitattu 5.11.2020.
- Sosiaali- ja terveysten lupa- ja valvontavirasto. 2015a. Elämän loppuvaiheen hoito. Valvira, Helsinki.
Saatavissa: [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvai-
heen_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvai-
heen_hoito). Viitattu 21.2.2020.

- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2015b. Kivun hoito. Valvira, Helsinki. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>. Viitattu 21.2.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019a. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Saatavissa: <https://stm.fi/saattohoito>. Viitattu 21.2.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019b. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 20.10.2020.
- Surakka, T., Mattila, K-T., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.
- Tamunth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Potilaan lääkärilehti, 2019,9, 540-544. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>. Viitattu 15.9.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hoitotahto. 2015. Helsinki. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotahto>. Viitattu 21.2.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Elämän loppuvaiheen tutkimus- ja kehittämishanke PACE. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/elaman-loppuvaiheen-tutkimus-ja-kehittamishanke>. Viitattu 20.2.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6>. Viitattu. 7.7.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Tutkimus elämän loppuvaiheen hoidosta: koulutusta tarvitaan lisää suomen ohella monessa maassa. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/-/tutkimus-elaman-loppuvaiheen-hoidosta-koulutusta-tarvitaan-lisaa-suomen-ohella-monessa-maassa>. Viitattu 20.2.2020.
- Terveyskylä. Henkinen ja hengellinen tuki. 2018. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/henkinen-ja-hengellinen-tuki>. Viitattu. 18.9.2020.
- Terveyskylä. Lääkkeetön kivunhoito. 2018. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/sy%C3%B6p%C3%A4kivunhoito/1%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n-kivunhoito>. Viitattu. 23.4.2020.
- Terveyskylä. Psykkinen tuki. 2018. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/psykkinen-tuki>. Viitattu. 20.10.2020.
- Vaasan keskussairaala. Esas-oirekysely potilaan oireenmukaiseen hoitoon. Saatavissa: https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/palliativ-verksamhetsmodell/finska-bilagor/9_esas_oirekysely-potilaan-oireenmukaiseen-arviointiin.pdf. Viitattu 8.3.2020.
- World Health Organization. 2020. Global Atlas of Palliative care: 2nd Edition. Saatavissa: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Viitattu 20.10.2020.

Valokuvat: Ari Kungas

Hyvä Kitinkannuksen hoitohenkilökunta!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Centria-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Palliativisesta hoidosta. Opinnäytetyönä toteutamme yksikköönne osastotunnin palliativisesta hoidosta. Siinä pyrimme vahvistamaan teidän osaamistanne palliativisesta hoidosta. Osastotunti pyritään järjestämään 10/2020. Kyselyn tarkoituksena on selvittää mitä osaamistarpeita henkilökunnalla on ja mitä asioita haluatte osastotunnilla käsitellä. Kysely tehdään vain teidän työyksikköön.

Pyydämme sinua vastaamaan tähän kyselyyn 9.8. 2020 mennessä. Palauta lomake suljetussa kirjekuoressa ja jätä se sille tarkoitettuun isompaan kirjekuoreen. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti ja tietoturvalisesti ja ne voi antaa nimettömänä. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Aineisto säilytetään lukitussa kaapissa ja tuhotaan polttamalla, kun opinnäytetyö on valmistunut.

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa. Sen tarkoituksena on kuolemaan johtavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa. Sillä pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä sekä vaalimaan potilaan elämänlaatua. Saattohoito on osa palliativista hoitoa. Se kuitenkin ajoittuu potilaan viimeisiin päiviin.

1. Millaista uutta osaamista tarvitset kuolevan potilaan hoitotyössä?

2. Millaisia asioita haluaisit koulutuksessa käsiteltävän läpi?

Kiitos etukäteen vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin,

Elina Koppinen elina.koppinen@centria.fi

Merja Silakka merja.silakka@centria.fi



11.11.2020
Sairaanhoitajaopiskelijat (AMK)
Centria-ammattikorkeakoulu

Palliatiivinen hoito

Merja Silakka & Elina Koppinen



Osastotunnin sisältö:

- Palliatiivisen hoidon määritelmä
- Lääkkeellinen kivunhoito
- Lääkkeetön kivunhoito
- Potilaan ja läheisten psykososiaalinen tuki
- Potilaan henkinen ja hengellinen tuki
- Hoitotahto
- Potilasesimerkit

PALLIATIIVISEN HOIDON MÄÄRITELMÄ

Palliatiivinen sana tulee latinan sanasta "pallium," se tarkoittaa suomeksi viittaa tai takkia. Se kuvaa potilaan turvassa olemista viimalta, sateelta ja paahteelta. Vain kasvot ovat näkyvissä. Terveystieteissä se tarkoittaa oireiden lievittämistä. Jotta potilaan moninaisia oireita voidaan lievittää, tulee hoitajan tutustua hänen elämän tarinaansa. Hoitajilla tulee olla myös tietoa erilaisista oireista, niiden arvioinnista, seurannasta ja oireiden lievittämiskeinoista. Hoitajalta vaaditaan itsetuntemusta ja omien kuolemaa koskevien käsitysten tunnistamista. Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan henkilön aktiivista oireen mukaista hoitoa. Se tapahtuu siinä vaiheessa, kun sairauden etenemiseen ei voida enää vaikuttaa. Sen tarkoituksena on kärsimysten lievitys ja elämänlaadun vaaliminen, muistaen kuitenkin, että kuolema kuuluu normaaliin elämään.

Palliatiivisessa hoidossa keskiössä on ihminen, joka on parantumattomasti sairas sekä hänen perheensä. WHO:n mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta ilman diagnoosirajauksia. Palliatiivisessa hoidossa autetaan ihmistä joka on saanut tiedon sairastavansa etenevää tautia ja joka vie väijäämättä kohti kuolemaa. Elinennuste on kuukausista jopa vuosiin.

Palliatiiviseen hoitoon kuuluu myös saattohoito, se kuitenkin ajoittuu viimeisille elinpäiville tai viikoille.

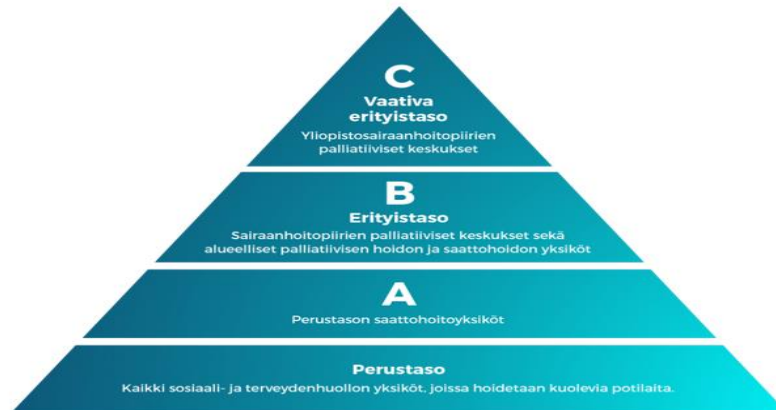
<https://www.youtube.com/watch?v=xFP1P8GAUmw>

HOITAJIEN OSAAMISVAATIMUKSIA PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön vuoden 2017 suosituksessa todetaan, että palliatiivisen hoidon osaaminen tulee sisällyttää osaksi kaikkien Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perusosaamista. STM:n 2019 selvityksen mukaan koulutuksen ja osaamisen vahvistamisen tarve tulee selkeästi esille, koska vieläkin osaamisvajetta on merkittävä haaste palliatiivisen hoidon järjestämisen kannalta.

STM on antanut suositukset palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä Suomessa. Sen mukaan oireita lievittävää hoitoa ja saattohoitoa on toteutettava hoivayksiköistä erikoissairaanhoidon.

Perustasolla hoitohenkilökunnan tulee osata perusteet palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä osata laatia elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös.



PALLIATIIVINEN HOITO

Palliativinen potilas kohdetaan aina mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Oireenmukaiseen hoitoon kuuluu fyysisesti ja psyykkisesti näkyvät oireet mutta on syytä muistaa myös muita ulottuvuuksia, kuten sosiaalisuus, hengellisyys ja kulttuuri.

Kokonaisvaltainen oirearviointi on tärkeä työväline palliativisessa hoidossa. Potilaan erilaisia oireita voidaan arvioida esim. [ESAS](#) oirearviointimittarilla. Sitä käytetään palliativisissa hoitoyksiköissä ja saattohoitokodeissa. Erilaisia muitakin testejä oirearviointiin on mm. VAS-mittari kipuun ja PAINAD mittari muistihäiriöisen kivun tunnistamiseen.

• PALLIATIIVISEN POTILAAN HOIDOSSA HUOMIOITAVAT YLEISIMMÄT OIREET

- Kipu
- Hengenahdistus
- Yskä
- Pahoinvointi
- Ummetus
- Nielemisvaikeudet
- Kuivuminen
- Suun kuivuminen ja kipu
- Kuihtuminen ja ruokahaluttomuus
- Poikkeava uupumus
- Masennus
- Ahdistuneisuus
- Äkillinen sekavuustila eli delirium

"Kipu on sitä, mitä potilas sanoo sen olevan, ja kipu on olemassa juuri silloin, kun potilas sanoo sen tuntuwan." (Hänninen & Luomala.)

KIPU

Kuolemaan johtavissa sairauksissa kipu on yleisin ja pelätyn.
Kipua aiheuttaa mm.: liikkumattomuus ja pelot.

Lääkärin tulee tavata potilasta säännöllisesti ja tehdä arvio onko lääkehoito riittävä ja onko tullut haittavaikutusta.

Hyödytön ja tarpeeton lääke on aina lopetettava.

On muistettava aina polyfarmasian (monilääkitys) riskit ja estettävä lääkityksen yhteis- ja haittavaikutuksia.

Kipua seurataan säännöllisesti ja kirjataan tulokset ylös.

KIVUN LUOKITTELU:

- Nosiseptinen, johtuu kudonvauriosta esim. vammasta, kasvaimesta tai tulehduksesta. Se on tylppää, jomottavaa tai jatkuvaa.
- Neuropaattinen, siinä kivunvälitykseen osallistuvat hermoradat ovat vaurioituneet. Kipu tuntuu hermosärkynä.
- Idiopaattinen, sen syntymekanismia ei ole pystytty selvästi osoittamaan. Kipuun liittyy levottomuutta ja ahdistusta.
- Viskeraalinen, se johtuu sileän lihaksen ja onttojen elinten venytyksestä. Se tuntuu viiltävänä, pistelevänä ja polttavana sekä joskus se voi olla vaikeasti paikannettavissa.

-Kipu voi myös kroonistua, jolloin kipu jatkuu ilman varsinaista syytä.





- ❖ Kivunhoidossa on oleellista kivun arviointi, kipulääkkeen vasteen, sekä mahdollisten haittavaikutusten seuranta. Siihen käytetään erilaisia kipumittareita.
- ❖ Hoitaja arvio myös potilaan kipua havannoimalla, sekä tarvittaessa erilaisilla valvontalaitteilla.
- ❖ Muistisaira potilaan kohdalla kipua arvioidaan käyttäytymistä havannoimalla. Siihen on käytössä PAINAD-mittari.

MUISTIHÄIRIÖISEN KIVUN ARVIOINTI PAINAD-MITTARILLA

- Pisteytys 0-10, 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)			
Havaintokategoria	Pisteluuokka		
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittainen vaivalloista Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne-Stokes -tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä Tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikerointia tai voihketta Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä Levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu

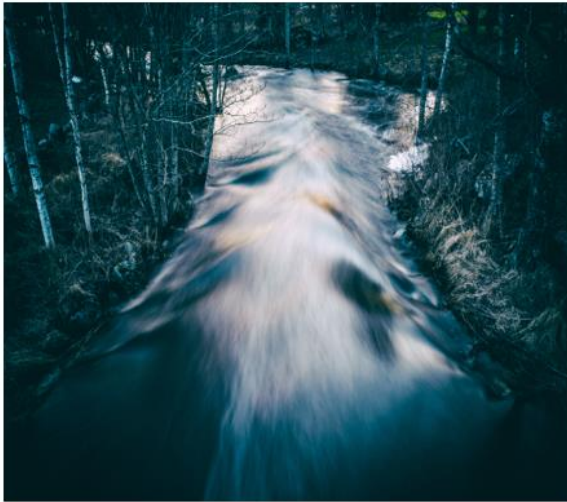
LÄÄKKEELLINEN KIVUNHOITO

- Lääkehoito perustuu aina potilaan yksilöllisten tarpeiden arviointiin.
- Lääkehoitoa ohjaa aina työyksikössä laadittu lääkehoitosuunnitelma.
- Edellytykset onnistuneelle lääkehoidolle ovat yhteistyö ammattiryhmien kesken sekä hoitoa saavan potilaan kanssa.
- Lääkärin, joka hoitaa palliatiivista potilasta tulee tavata potilasta säännöllisesti ja tehdä arvio lääkehoidon riittävydestä.
- Hyödytön ja tarpeeton lääke on aina lopetettava.
- Palliatiivisessa hoitotyössä monilääkityksen ymmärtäminen on yhtä tärkeää lääkeosaamisen alue, kun tunnistaa parantumattomasti sairaan yli- tai alilääkityksen.



WHO:n suositus kivun lääkehoidosta

SEDAATIO



Sillä tarkoitetaan, että kuolevaa potilasta rauhoitetaan lääkkein niin että tajunta alenee oireiden lievittämiseksi. Sitä voidaan käyttää elämän loppuvaiheen oireisiin, joita ei pystytä hoitamaan muilla keinoin. Sedaatio ei kuitenkaan jouduta kuolemaa.

On muistettava ennen sedaation aloittamista, että oireita on pyritty hallitsemaan kaikilla muilla keinoin. Sedaatiota täytyy potilaan itse haluta, sekä hänen läheisten ja hoitohenkilökunnan ymmärtää hoidon tavoitteet ja toteutuksen.

LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Kivunhoidon perusta on lääkkeettömät hoidot ja niitä tulee käyttää aina kun se on mahdollista.

Hyviä lääkkeettömiä hoitoja on esim.

- Asento- ja liikehoito
- Kosketus
- Hieronta
- Vesihoito
- Mielikuva ja rentoutusharjoittelu
- Akupunktio
- Luonnon valo
- Kylmä- ja lämpöhoidot
- Ihon kautta tapahtuva sähköinen hermoärsytys TNS
- Musiikki



PSYKOSOSIAALINEN TUKI

- Psykososiaalinen tuki on keskeistä palliatiivisessa hoidossa. Olennaista on potilaan yksilöllinen kohtaaminen ja ymmärtäminen muuttuvassa elämäntilanteessa.
- Vakavaan somaattiseen sairauteen liittyvät tavallisimmat psyykkiset oireet ovat mm. ahdistus, masennus, muutokset vireystilassa ja unihäiriöt. Akuutit kriisireaktiot ovat tavallisimpia heti diagnoosin jälkeen. Kun sairaus on pidempiaikainen voi kyseseen tulla sairauden aiheuttama psyykkinen kuormittavuus. Auttamiskeinoja on kuunteleminen, keskustelut ja hyvä hoitosuhde sekä somaattisten oireiden hoito.
- Tärkeä osa hoitoa on myös läheisten tukeminen heidän surussaan ja huomioiminen, sillä potilaan sairastuminen vakavasti ja menehtyminen koskettaa syvästi myös läheisiä.
- Palliatiiviselle potilaalle elämän rajallisuuden ja lähestyvän kuoleman hyväksyminen on pitkä ja vaativa prosessi.
- Kuoleman pelko ja sen mukana tuoma ahdistus on jokaisessa ihmisessä läsnä. Suurin pelko kuitenkin monella on se, että on kuollessaan yksin.
- Palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat ovat usein oikeutettuja erilaisiin sosiaalitukiin, niiden tarkoitus on auttaa sairaudesta ja sen hoidosta koituvien kustannuksien kattamisessa.

HENKINEN JA HENGELLINEN TUKI

- Henkisessä tuessa on keskiössä hoitaja eli toisen ihmisen asettautuminen sairastuneen tai hänen läheistensä vierelle. Se vaatii että hoitaja kestää sairastuneen elämäntilanteen, kysymykset, pohdinnan ja tuskan.
- Potilaan ja hoitajan on luotava suhde, jossa tärkein on luottamus, että hoitaja pysyy rinnalla. Hänen on saatettava kokea, että hänen ajatuksensa, tunteensa ja kysymyksensä otetaan tosissaan. Sillä sellaista lääkettä, puhetta tai terapiaa ei ole mikä muuttaisi tosiasiat toisiksi. Tosiasioiden kieltämiselle tai tyhjille lohdun sanoille ei ole sijaa. Tärkeää on puhua juuri niistä asioista mitä sairastunut kokee tärkeäksi. Potilas voi kokea kuolemasta puhumisen läheisten kanssa vaikeaksi.
- Toivon vahvistaminen on tärkeä osa potilaan ja hänen läheistensä hoitotyötä. Toivon merkitys kasvaa palliatiivisessa hoidossa, se tukee ihmistä, edistää hyvinvointia sekä lievittää kärsimystä.
- Palliatiivisilla potilailla on kaikilla erilaisia hengellisiä tarpeita ja heidän yksityisyyttään hengellisissä asioissa tulee aina kunnioittaa. Hengellisyyden tarpeiden huomioiminen hoitotyössä vahvistaa potilaan oman elämän eheyden ja viisauden löytämisessä.
- Hengellinen tuki voi olla mm. kädestä pitämistä, läsnäoloa, keskustelua, kuuntelemista, yhdessä rukoilemista, laulamista, lukemista ja muistelua. Tarvittaessa tukea voi saada myös mm. seurakunnan työntekijöiltä, psykoterapeutilta ja psykologilta, myös potilasjärjestöiltä sekä vapaaehtoisilta.

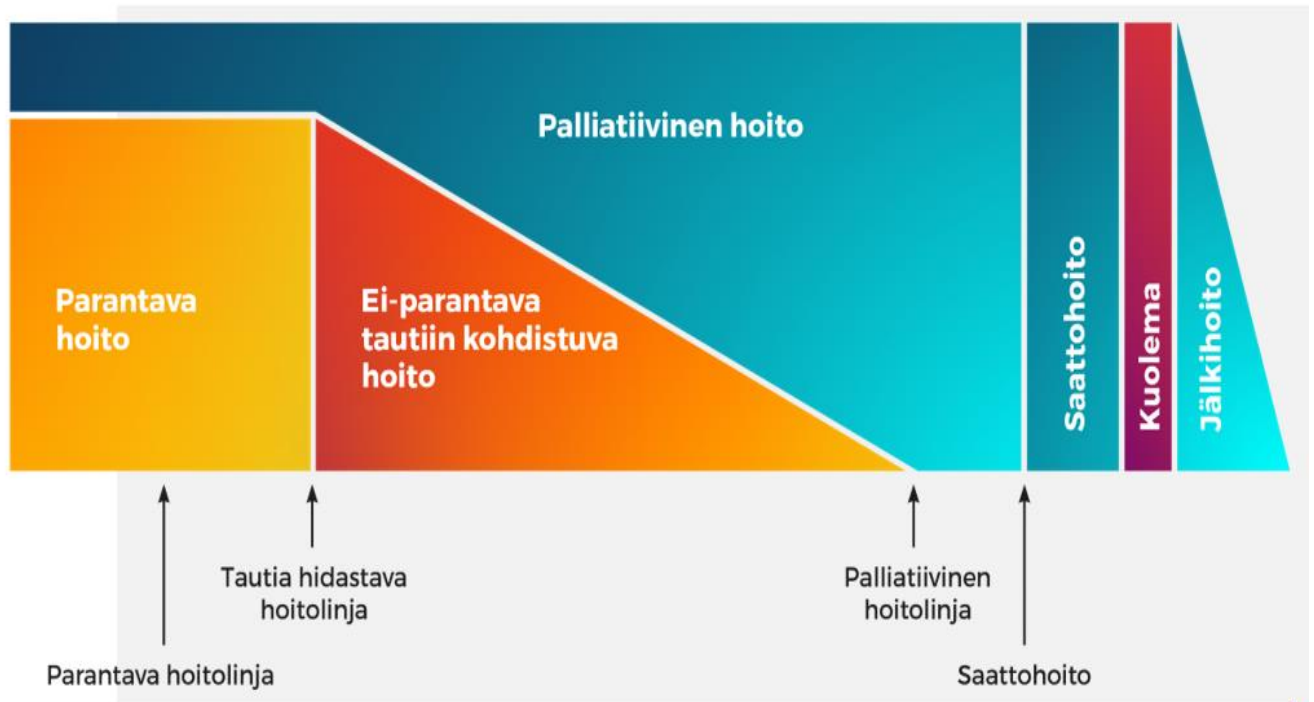
- Eksistentiaalinen kärsimys on jotain mitä ei voi liittää yksinomaan ruumiseen, sieluun tai mieleen. Se on määritelty vaikeaksi epämukavuudeksi, johon liittyy uhkana persoonan koostuneisuuden hajoaminen. Vasta kun hoitajat tietää mitä inhimillinen kärsimys on, on auttaminen mahdollista.
- Kun tulevaisuus on ennustamaton ja kontrolloimaton, on usein pelko siitä, että kärsimys jatkuu.
- Lähestyvä kuolema herättää monenlaisia tunteita kuten katkeruutta, pelkoa, pettymystä, kateutta, vihaa menetetyistä elämästä ja ahdistusta tulevasta.
- Silloin ei tule kiinnittää potilaan toivoa johonkin sellaiseen toivoon, mikä ei ole enää mahdollista esim. paraneminen.
- Eksistentiaaliset pelot liittyvät aikaan kuoleman jälkeen tai aikaan, jota ei ole.
- Kuoleman lähestyessä ahdistus väistämättä lisääntyy.
- Uskonnollinen vakaumus tekee luopumisesta toisinaan helpompaa, silloin on jotain mitä odottaa kuoleman jälkeen.

HOITOSUUNNITELMA JA HOITOLINJAUKSET

Potilasta hoitavan lääkärin ja muiden jotka hoitavat potilasta kuuluu ottaa esille palliativinen hoitolinjaus ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Kun terveydenhuollon ammattilainen tapaa potilaan, jonka sairaus on edennyt niin pitkälle että hänen elinikänsä voidaan arvioida vuosiksi, tulee hänelle tehdä suunnitelma miten toimitaan elämän loppuvaiheen hoidossa.

Hoitoneuvottelussa tehty suunnitelma sisältää keskustelut ja kirjaukset sairauden eri vaiheista, hoitomenetelmien tavoitteista, eri hoitolinjauksista, hoidon mahdollisista rajauksista, hoidosta vastaavasta tahosta sekä sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä potilaan peloista ja toiveista. Jos potilas on laatinut hoitotahdon se tulee olla osana hoitosuunnitelmaa.

Hoitolinjaus määrittelee hoidon tavoitteet ja hoidon rajauksella määritellään ne hoidot mistä on päätetty pidättäytyä. Osaa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa on hoidonrajaukset. Niitä on hyvä tehdä sairauden edetessä asteittain. Hoitavalle lääkärille tarvitaan hoitolinjauksen tekoon taitoa ja empaattista rohkeutta ristiriitaisten ja lääketieteellisten toiveiden alla.



HOIDON RAJAUS

Hoidonrajaukset perustuvat lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Sen tekeminen kuuluu normaaliin hoitokäytäntöön. Se tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja lääkärin kanssa keskustellen. Jos potilas ei kykene itse päättämään hoidostaan, hoidonrajaukset tehdään hänen laillisen edustajan tai läheisten kanssa.

Hoidonrajaus sisältää mm.

- DNR-päätös
- Antibioottihoito
- Hengityksen tukeminen
- Tehohoidosta pidättäytyminen
- Nesteytys
- Ravitsemushoito
- Verituotteiden käyttö
- Erilaisista tutkimuksista ja toimenpiteistä kieltäytyminen
- Turhien sairaalasiirtojen välttäminen

HOITOTAHTO

Itsemääräämisoikeus ei lakkaa olemasta, vaikka ihminen sairastuu vakavasti. Hänen tahtoaan tulee kunnioittaa. Hoitotahto on tahdonilmaus jossa käsitellään hoitoa koskevia asioita siltä varalta että asiakas ei kykene osallistumaan häntä koskeviin hoitopäätöksiin sairauden, tajuttomuuden, vanhuuden tai muun seikan vuoksi.

Hoitotahtoon kirjoitetaan potilaan hoitoa koskevia ohjeita ja toiveita. Sen tekeminen auttaa hoitoon osallistuvia ja läheisten toimintaa, kuitenkin huomioiden että hoidolla tulee aina olla lääketieteellinen peruste.

Hoitotahto tulee laatia kirjallisesti. Sen voi laatia omakantaan tai vapaamuotoiselle lomakkeelle. Sen sijainnista on hyvä kertoa omaisille. Myös lääkärille potilas voi ilmaista hoitotahtonsa, jolloin hänen kuuluu kirjata se asianmukaisesti. Tieto täytyy myös löytyä potilastietojärjestelmästä.



Eino on 89-vuotias mies, joka sairastaa keuhkohtaumatautia. Hän on tupakoinut nuoruusiän. Hänellä on happirikastin käytössä. Muina sairauksina hänellä on sepelvaltimotauti, aivoinfarktin jälkitila ja diabetes.

Sairauden pahenemisvaiheen vuoksi Eino on tarvinnut sairaalajaksoja. Einon kunto on jäänyt heikentyneeksi ja hän pystyy kävelemään alle 100 metriä tasamaata. Hän kokee elämänlaatunsa heikoksi ja pahenemisvaiheet raskaaksi. Vaimo on kuollut ja 3 lasta asuvat kaukana. Eino on tullut nyt Kitinkannukseen asumaan.

Sylvi on 82-vuotias entinen opettaja jolla on todettu Alzheimerin tauti 8-vuotta aiemmin. Muutama vuosi sitten hänen kuntonsa heikkeni nopeasti. Aluksi hänen muistinsa ja myöhemmin myös liikuntakyky heikkenivät.

Sylvillä oli sairaalajaksoja keuhkokuumeen vuoksi pari kertaa. Sairaalahoitoon liittyi sekavuutta ja Sylvin kotihoito vaikeutui ja puoliso ei enää pärjännyt Sylvin kanssa. Ruokailu vei entistä enemmän aikaa ja unikin oli katkonaista kotona. Sylvin paino kuitenkin oli laskenut. Aikuinen tytär asuu Kuopiossa. Sylvi oli hyvin pelokas eikä hän tunnistanut enää omaisia. Hän tarvitsi ympärivuorokautista hoitoa ja siksi hän muutti Kitinkannukseen.



WWW.menti.com

Koodi: 106131

LÄHTEET

- Ahlblad, J. 2019. Miten kohdata kuolema. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- EduPal 2018-2021. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen sairaanhoitajan tutkinnossa: Suositus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetussuunnitelmasta. Kajaanin Ammattikorkeakoulu Oy. Kajaani. Julkaisusarja B 140. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7219-56-0> Viitattu 3.11.2020
- Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. 1. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu: Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>. Viitattu 3.11.2020.
- Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Toinen painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Duodecimin Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2019. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M & Vuorinen, S. 2019. Hoitotyön taidot ja toiminnot.
- Saano, S & Taam-Ukkonen, M. 2018. Lääkehoidon käsikirja. 7., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1.Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2015. Elämän loppuvaiheen hoito. Valvira, Helsinki. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito. Viitattu 3.11.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 3.11.2020.
- Surakka, T., Mattila, K-T., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.

Tamunth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Potilaan lääkärilehti, 2019,9, 540-544. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/> Viitattu 3.11.2020.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2016. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6> Viitattu 3.11.2020.2020.

Terveyskylä. Henkinen ja hengellinen tuki.2018. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/henkinen-ja-hengellinen-tuki> Viitattu 3.11.2020.

Terveyskylä. Lääkkeetön kivunhoito. 2018. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/sy%C3%B6p%C3%A4kivun-hoito/l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n-kivunhoito> Viitattu 3.11.2020.

Valokuvat: Ari Kungas

