

Annika Siira & Johanna Huotari

Muistisairaan asukkaan lääkkeellisen kivunhoidon prosessi tehostetussa palveluasumisessa

Koulutus hoitohenkilökunnalle



Terveystenhoitaja (AMK)
Terveystenhoitajakoulutus
Kevät 2024



KAMK • University
of Applied Sciences

Tiivistelmä

Tekijät: Siira Annika & Huotari Johanna

Työn nimi: Muistisairaahan asukkaan lääkkeellisen kivunhoidon prosessi tehostetussa palveluasumisessa – koulutus hoitohenkilökunnalle

Tutkintonimike: Terveystieteiden (AMK)

Asiasanat: kivunhoidon prosessi, kivunhoito, muistisairas, tehostettu palveluasuminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia ja pitää koulutus muistisairaahan lääkkeellisen kivunhoidon prosessista Puolangalla sijaitsevan Mäntykodin hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli parantaa muistisairaahan elämänlaatua vähentämällä heidän kokemaansa kipua kouluttamalla hoitohenkilökuntaa kivunhoitoon. Tutkimusongelmia olivat: miten toteuttaa hyvää muistisairaahan lääkkeellistä kivunhoitoa tehostetussa palveluasumisessa? Miten koulutus tukee hoitohenkilökunnan osaamista muistisairaahan lääkkeellisessä kivunhoidossa?

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyöprosessiin kuului ongelman ja kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointivaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen ja tuotteen viimeistely Jämsä & Mannisen (2000) tuotteistamisprosessin mukaan. Lähestyttyämme toimeksiantajaa opinnäytetyön tiimoilta selvisi, että muistisairaahan kivunhoidon osaamisessa oli hoitohenkilökunnalla epävarmuutta. Päädyimme yhdessä siihen tulokseen, että koko kivunhoidon prosessin kattava tunnin kestävä koulutus tukisi henkilökunnan osaamista parhaiten. Opinnäytetyössä kokosimme yhtenäisen teoreettisen viitekehityksen muistisairaahan kivunhoidosta näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Lisäksi perehdyimme koulutuksen laatimiseen ja siihen, millainen on hyvä koulutus. Näiden pohjalta teimme koulutusmateriaalit PowerPoint-tiedostoon.

Koulutus järjestettiin 29.2.2024 Puolangalla Mäntykodin tiloissa viidelle lähi- tai sairaanhoitajalle. Painotimme koulutuksessa erityisesti muistisairaahan kivunhoidon prosessia, johon sisällytimme kivun ennakoimisen, tunnistamisen ja lääkehoidon toteuttamisen ja arvioinnin. Osallistujien aktivoimiseksi hyödynsimme tapaus- eli case-opetusta. Case-tapausta pohdittiin koulutuksessa käytyjen asioiden pohjalta. Koulutuksen lopuksi keräsimme osallistujilta palautetta palautekyselyllä. Kaikki viisi osallistujaa vastasivat palautekyselyyn. Palautteen avulla arvioitiin koulutuksen hyötyä henkilökunnalle sekä koulutuksen yleistä onnistumista. Kyselyssä onnistuneiksi teemoiksi nousivat koulutuksen laatu, monipuolisuus, selkeys, case-tapauksen onnistuminen sekä kohderyhmän huomiointi. Osallistajat kokivat oppineensa koulutuksen aikana jotain uutta sekä voivansa hyödyntää saamaansa tietoa työssään. Erityisesti case-tapaus kokosi koulutuksen asiat tiiviisti yhteen. Koulutukseen varatun ajan nähtiin olevan ehkä liian lyhyt, minkä lisäksi ehdotettiin toisen, hieman erilaisen case-tapauksen lisäämistä.

Muistisairaahan henkilön kipua tulisi hoitaa prosessiluontoisesti, sillä se tukee hoidon laatua. Kivunhoidon prosessissa on panostettava erityisesti kivun tunnistamiseen, haitta- ja yhteisvaikutuksiin sekä dokumentointiin. Kipua hoidettaessa korostuu muistisairaahan ihmisen lämmin, empaattinen ja kiireetön kohtaaminen. Koulutus auttaa hoitohenkilökuntaa jäsentämään monivaiheista kokonaisuutta ja muistuttaa erityisesti prosessin jatkuvuudesta. Se antaa työkaluja, joita työntekijät voivat hyödyntää omassa työssään joka päivä. Tulevaisuudessa erityisesti kivunhoidon koko prosessia olisi hyvä tutkia enemmän, sillä tutkimustietoa kivunhoidon kokonaisuudesta oli hyvin vähän. Erityisesti muistisairaiden kivun ennakoimiseen olisi hyvä saada lisää tutkimustietoa. Lisäksi olisi hyvä perehtyä tarkemmin hoitohenkilökunnan todelliseen osaamiseen muistisairaiden kivunhoidosta.

Abstract

Author(s): Siira Annika & Huotari Johanna

Title of the Publication: The Pharmacological Pain Management Process in Individuals with Dementia in High Dependency Sheltered Housing – a training session for nursing staff

Degree Title: Bachelor of Health Care, Public Health Nursing

Keywords: individual with dementia, high dependency sheltered housing, pharmacological pain management, pain management process

The purpose of this thesis was to develop and conduct a training session on the pharmacological pain management process of individuals with dementia for nursing staff. The training session was commissioned by Mäntykoti which is a private high dependency sheltered housing unit in Puolanka, Kainuu. The aim was to improve the quality of life for individuals with dementia by reducing the pain felt by the individual through educating the staff on pain management. The research questions were: How was effective pharmacological pain management for individuals with dementia implemented in high dependency sheltered housing, and how did a training session support the competence of nursing staff in pharmacological pain management for individuals with dementia?

The training session was conducted as a functional thesis, including the identification of a need for development, ideation, drafting, product development, and finalizing according to the product development process as described by Jämsä & Manninen. After discussing with the commissioner, we learned that the nursing staff lacked the expertise in pharmacological pain management of individuals with dementia. It was concluded that an hour-long training session would support this competence the best. A cohesive theoretical framework of evidence-based information and information on developing an effective training session was gathered for the thesis.

The training session took place at Mäntykoti in February 2024 using a PowerPoint presentation. The five attendees were either practical nurses or registered nurses. The training focused on the pain management process including pain prevention, identification of the pain, administration of the medication, and evaluation of the pain management, and a patient case provided an exemplary situation of real-life pain management. The attendees solved the questions related to the case using the information discussed earlier in the training session. Afterward, the attendees filled in a feedback form. The received feedback was used to review the usefulness of the training session and its overall success. The training was received positively and considered successful, for example, in terms of quality, versatility, clarity, successful use of the patient case, and consideration of the needs of the staff. Moreover, the process presented felt directly applicable to real-life situations in the work of the nursing staff. However, the time allocated for the training was considered too short, and another, slightly different case was proposed.

The pain management process should be seen as a continuum, as it supports the quality of care. Special attention should be given to the identification of pain, the adverse effects and interactions of medications, and the documentation of pain management. In pain management, the emphasis should be on warm, empathetic, and unhurried social interaction. The training helps the nursing staff picture the process and gives them tools to use in their day-to-day work. In the future, it would be beneficial to do further research on the entire pharmacological pain management process. The research on this topic is limited. Specifically, further research on pain prevention for individuals with dementia would be valuable in the field of nursing. Further research is proposed regarding the competence of nursing staff in pain management for individuals with dementia.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Muistisairaus ja kipu	3
2.1	Yleisimmät muistisairaudet	3
2.2	Kivun määritelmä	4
2.3	Muistisairauden vaikutus kipuun	5
2.4	Muistisairauksien hoito	6
3	Kipulääkkeet	8
3.1	Parasetamoli.....	8
3.2	Tulehduskipulääkkeet	9
3.3	Hermokipulääkkeet ja opiaatit	9
3.4	Iholta imeytyvät lääkkeet	11
4	Kivunhoidon prosessi.....	13
4.1	Ennakointi ja tunnistaminen	13
4.2	Toteutus	15
4.3	Arviointi	17
5	Tehostettu palveluasuminen	19
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat	20
7	Tuotteistamisprosessi koulutuksen laadinnassa	21
7.1	Ongelman tai tarpeen tunnistamisen vaihe	21
7.2	Ideointivaihe.....	22
7.3	Luonnosteluvaihe	24
7.4	Kehittelyvaihe.....	26
7.5	Viimeistelyvaihe	28
8	Koulutuksen toteutus	30
8.1	Teoriaopetus	30
8.2	Tapausopetus	31
8.3	Palaute.....	32
9	Pohdinta	34

9.1	Johtopäätökset.....	34
9.2	Eettisyys.....	35
9.3	Luotettavuus.....	36
9.4	Ammatillisen osaamisen kehittyminen	39
9.5	Jatkotutkimusaiheet.....	42

Lähteet	43
---------------	----

Liitteet

1 Johdanto

Noin 14 500 henkilöä sairastuu Suomessa vuosittain muistisairauteen. Ikä on tiedonkäsittelyn heikentymisen, muistioireiden ja dementian tärkein vaaratekijä (Muistisairaudet 2023). Muistisairautta sairastavien ihmisten määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan väestön ikääntyessä (THL 2022). Muistisairauden vaikeammissa vaiheissa selviytymiskyky arkielämässä heikkenee ja ilmaantuu käytöksen muutoksia (Heiskanen & Laakso 2019), mikä voi edellyttää siirtymistä kotoa ympärivuorokautiseen hoitoon. Tehostetun palveluasumisen asukkaista arviolta noin 80 prosenttia sairastaakin jotain etenevää muistisairautta (Heiskanen & Laakso 2019). Kasvavat potilasmäärät edellyttävät, että hoidon laatu pysyy tehostetun palveluasumisen yksiköissä hyvänä.

Muistisairauksista aiheutuu merkittäviä kustannuksia potilaalle itselleen, omaisille sekä yhteiskunnalle. Avun ja palveluiden tarve lisääntyy merkittävästi sairauden edetessä. Noin kahdella kolmasosalla ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevista henkilöistä on todettu muistisairaus. Lisäksi lähes kaikilla on kognitiivisia vaikeuksia. On arvioitu, että muistipotilaan vuosikustannukset vaihtelevat 4600:sta 53000 euroon sairauden vaikeusasteen mukaan. (Ngandu & Kivipelto 2018.) Linnan ym. (2019) mukaan muistisairaiden keskimääräiset kustannukset olivat vuonna 2014 noin 30 000 euroa muistisairasta kohden. Kustannukset tulevat tulevaisuudessa vain kasvamaan väestön ikääntyessä ja muistisairauksien yleistyessä.

Monisairastavuus yleistyy väestön ikääntyessä (Koskela 2020; Yarnall ym. 2017), joten myös iäkkäillä muistisairailta voi olla monia muita eri sairauksia. Näihin erilaisiin sairauksiin voi liittyä pitkäaikaista kipua, jota voidaan lievittää hoitamalla taustalla olevaa syytä, kuten perussairautta. Perussairauden hoidon rinnalla tarvitaan kuitenkin myös hyvää kivun lievitystä lääkkeettömin ja lääkkeellisin hoitokeinoin. Pitkittynyt kipu heikentää elämänlaatua monin eri tavoin, sillä se heikentää toimintakykyä, unen laatua ja mielialaa. (Kivunhallintatalo 2019; Heiskanen 2022.) Heikentynyt toimintakyky edelleen lisää riskiä erilaisille tapaturmille (THL N.d.) ja aiheuttaa lisää kustannuksia. Kipujen ja toimintakyvyn alenemisen myötä kustannukset yhteiskunnalle lisääntyvät entistään.

Tarhonen (2013) tuo tutkimuksessaan esille, että sairaan- ja terveydenhoitajat kokevat geriatriassa osaamisessaan olevan puutteita. Esille nousi erityisesti, että hoitajilla ei ole riittävästi tietoa muistisairauksista, ja erityisesti dementiaa sairastavien kivunhoidossa todettiin olevan haasteita. Muistisairaahan kivun havaitsemista ja tutkimista voidaan verrata salapoliisin työhön. Sairauden edetessä kivun tunnistaminen jää usein hoitajien ja potilaan läheisten vastuulle. (Lyhty 2019.)

Vaikeasti muistisairailta palvelutaloasukkailla oli useammin kipua kuin laitosasukkailla vuonna 2018 tehdyssä tutkimuksessa (Finne-Soveri ym. 2018, 1137–1142). Muistisairaiden kivun hoitamisessa tehostetussa palveluasumisessa on siis paljon parannettavaa. Tulevaisuudessa kasvavalle asiakasjoukolle täytyy pystyä tarjoamaan mahdollisimman hyvää hoitoa. Hoitajien osaamisen tulee siis olla riittävää, jotta hoito olisi mahdollisimman laadukasta.

Opinnäytetyömme tehtävänä oli tuottaa ja toteuttaa koulutus muistisairaana lääkkeellisen kivunhoidon prosessista Puolangan Mäntykodin lähi- ja sairaanhoitajille. Aihe kiinnosti meitä, sillä olemme kokeneet muistisairaiden hoidon haastavaksi hoitotyön alueeksi. Tavoitteenamme oli parantaa muistisairaiden elämänlaatua välillisesti tuottamalla kattava koulutus heitä hoitaville hoitotyön ammattilaisille, ja selkeyttää kivunhoidon toteuttamisen prosessia toimeksiantajan yksikössä. Tarkoituksena oli myös edistää hoitohenkilökunnan ammatillista kasvua antamalla heille selkeä tietopaketti tärkeästä aiheesta. Opinnäytetyöprosessin kannalta meitä kiinnosti vahvistaa asiantuntijuuttamme muistisairaana hoitotyön moniulotteisella osa-alueella sekä parantaa taitojamme opetusosaamisessa. Terveystoimijana tulemme olemaan ammattilaisen roolissa monissa eri ohjaus- ja opetustilanteissa, joten opinnäytetyö oli hyvä mahdollisuus parantaa taitojamme juuri tällä osa-alueella. Sen lisäksi terveydenhoitaja edistää ihmisten terveyttä kaikissa elämänkaaren vaiheissa. Siksi on erityisen tärkeää panostaa myös ikääntyvien terveyteen ja hyvinvointiin.

2 Muistisairaus ja kipu

Muistisairaalla tarkoitetaan ihmistä, joka sairastaa etenevää muistisairautta. Eteneviä muistisairauksia ovat keskeiset dementiaan johtavat tilat kuten Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -dementia ja verisuoniperäiset demenat. Eteneviin syihin lasketaan myös erityisesti otsalohkoja vaurioittavat demenat. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 50.) Muistisairaat kokevat kipua, ja kipu voi olla syy esimerkiksi kliinisen tilan äkilliseen muutokseen (Muistisairaudet 2023).

2.1 Yleisimmät muistisairaudet

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus, jonka perimmäistä syytä ei tiedetä. Taudin yleisyys kasvaa voimakkaasti iän myötä. (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihlakari 2019, 328–333; Srivastava, Ahmad & Khare 2021.) Alzheimerin tauti voi ilmetä eri tavoin. Tällöin puhutaan taudin eri muodoista. Yksi taudin muodoista on muistioireisiin painottuva tyypillinen Alzheimerin tauti, joka alkaa tautiin kuuluvilla oppimisen ja lähimuistin häiriöillä. Alzheimerin tauti -tapauksista noin 85 prosenttia on tätä muotoa. (Hallikainen ym. 2019, 328–333; Rosenvall 2023.) Puolestaan sekatyypistä Alzheimerin tautia sairastavalla on sekä Alzheimerin tauti että muu aivoja rappeuttava sairaus tai aivoverenkierron sairaus. Lisäksi tunnetaan taudin epätyypillinen tyyppi, jonka oireisiin voi lukeutua esimerkiksi nähdyn hahmottamisen vaikeuksia tai kielellisiä oireita. (Hallikainen ym. 2019, 328–333.) Alzheimerin tautiin voi liittyä myös lievää kognitiivista heikentymistä, tiedonkäsittelytoimintojen heikentymistä tai muita muistisairauksien biologisia merkkejä ennen varsinaista kliinistä tautia (Muistisairaudet 2023).

Tyypillisen taudin kliininen oirekuva voidaan jakaa Hallikaisen ym. (2019, 330) mukaan neljään vaiheeseen. Nämä ovat varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti. Varhaisen vaiheen Alzheimerin taudin kuvaan kuuluu muun muassa oppimisen ja toiminnanohjauksen heikkenemistä sekä ärtyneisyyttä ja ahdistuneisuutta. Taudin kuva hankaloituu mitä vaikeampi vaihe on kyseessä. Esimerkiksi vaikeassa taudinkuvassa puheentuotto voi olla jo rajoittunutta, ja lisäksi voi esiintyä poikkeavaa motorista käytöstä ja keskittymiskyvyttömyyttä. (Hallikainen ym. 2019, 330–332.) Erkinjuntti ja Huovinen (2003, 64–65) puolestaan jaottelevat Alzheimerin taudin alkuvaiheeseen, keskivaiheeseen ja loppuvaiheeseen. Näiden arvioidut kestot vaihtelevat, mikä kertoo taudin yksilöllisyydestä oireistoltaan ja kestoiltaan.

Lewyn kappale -dementian osuus kaikista muistisairaustapauksista on noin 10–15 prosenttia. Tautia sairastavat ovat Alzheimer-potilaita nuorempia, sillä tauti alkaa usein 60–65 vuoden iässä. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 88.) Taudin tyypilliseen kuvaan kuuluu toiminnanohjauksen häiriöt sekä näköharhat ja keskittymisen häiriöt. Alkuvaiheessa voi myös esiintyä parkinsonismioireita, kuten jäykkyyttä ja vapinaa. Muistin ja toimintakyvyn heikentymiä ilmenee vasta taudin myöhäisemmässä vaiheessa. Parantavaa hoitoa Lewyn kappale -dementiaan ei ole. (Hallikainen ym. 2019, 344–345.)

Aivoverenkiertosairauden aiheuttamat muistisairaudet syntyvät aivoverenkiertosairauden aiheuttaessa muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymää. Se on toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy. (Hallikainen ym. 2019, 339.) Verisuoniperäiset demeniat voidaan jakaa aivokuorenalaiseen ja aivokuorella sijaitsevaan muotoon (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 73). Taudin muodot eroavat toisistaan niin, että aivokuorenalaisessa muodossa yleisempää on toimintojen hitaus ja käyttäytymisen muutokset. Aivokuorella sijaitsevassa muodossa puolestaan korostuvat neurologiset oireet. Tämän lisäksi yksi tunnusomaisista piirteistä on toiminnanohjauksen häiriö. Oireet kuitenkin riippuvat siitä, missä kohdassa aivoja verenkiertohäiriö on. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 74–75; Hallikainen ym. 2019, 340–341.)

Otsa- ja ohimolohkoja vaurioittavat demenciasairaudet ovat ryhmä dementoivia sairauksia, jotka vaurioittavat erityisesti aivojen ohimo- ja otsalohkoja (Hallikainen ym. 2019, 341). Oireet jakautuvat potilailla sen mukaan kumpaan lohkoon tauti on painottunut. Otsalohkoon liittyvä oire on sosiaalisen käyttäytymisen ongelmat, kun taas ohimolohkojen sairaus aiheuttaa puheen ongelmia. (Käypä hoito -työryhmä 2016.) Verrattuna muihin muistisairauksiin otsa- tai ohimolohkon rappeumaa sairastavalla henkilöllä muistitoiminnot ja hahmotuskyvyt ovat säilyneet paremmin (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 91). Ensioireina otsaohimolohkorappeumassa ovatkin persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset sekä etenevät kielelliset ongelmat. Itse dementian oirekuva ilmaantuu usein vuosia ensioireiden jälkeen. (Hallikainen ym. 2019, 343).

2.2 Kivun määritelmä

Kipu on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka syntyy todellisesta tai mahdollisesta kudosaivuriosta tai muistuttaa sitä. Se on aina yksilöllinen kokemus, johon voivat vaikuttaa biologiset, sosiaaliset ja fysiologiset tekijät. Kivulla voi olla laajoja vaikutuksia henkilön toimintakykyyn sekä

sosiaaliseen ja psykologiseen hyvinvointiin. Henkilön kokemusta omasta kivustaan tulisi aina kunnioittaa. (IASP 2011.)

Kipu voidaan jaotella kestonsa mukaan eri luokkiin. Akuutti kipu on lyhytaikaista kipua, joka on kestänyt alle kuukauden. (Kipu 2017.) Syynä tällaiselle kivulle voi olla esimerkiksi vamma tai sairaus, ja kipu on yleensä sijainniltaan sekä ajoitukseltaan tarkkaa (Hallikainen ym. 2019, 298). Subakuutiksi kipu muuttuu kestätyään 1–3 kuukautta. Kroonisella eli pitkäkestoisella kivulla puolestaan tarkoitetaan yli kolmen kuukauden ajan kestänyttä kipua. (Kipu 2017.) Pitkäkestoisen kivun syynä ovat usein krooniset sairaudet, kuten fibromyalgia, nivelreuma ja syövät. Iän myötä ja kehon kuluessa voi syntyä tällaista kipua (Kivunhallintatalo 2021). Luonteeltaan krooninen kipu on epämääräisempää ja ajoitukseltaan kohtauksittain esiintyvää ja toisinaan myös oireetonta. (Hallikainen ym. 2019, 298.)

Kipua voidaan ajallisten määreiden lisäksi luokitella erilaisiin kiputyyppeihin, jotka eroavat toisistaan. Nosiseptiivisen eli kudosaivuriokivun syynä on kipureseptoreiden aktivoituminen silloin, kun kudosaivurio uhkaa tai se on jo tapahtunut. (Kipu 2017). Kipu on siis liitännäinen kudosaivuriin. Kipu voi olla myös hermoperäistä eli neuropaattista, jolloin kipu johtuu kipua välittävän hermojärjestelmän vauriosta tai sen sairaudesta (Kipu 2017). Tällaisia kipua aiheuttavia kiputiloja ovat esimerkiksi välilevytyrän jälkeiset hermojuurivauriot ja kivuliaat polyneuropatit (Haanpää 2004).

2.3 Muistisairauden vaikutus kipuun

Etenevät muistisairaudet johtavat usein muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Tätä kautta sairaudella on monenlaisia vaikutuksia ihmiseen. Muistisairaus heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Muistisairaahan päätöksentekokyky heikentyy ja toiminnot vaikeutuvat. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 52.) Usein myös muistisairaahan ihmisen käyttäytyminen voi muuttua sairauden myötä haitalliseksi. Ihmisellä voi esiintyä esimerkiksi aggressiota, harhaluuloja, itsensä vahingoittamista, kuljeskelua ja karkailua. (Hallikainen ym. 2019, 54.) Neuropsykiatrisia oireita eli käytösoireita esiintyy eri muistisairauksissa ainakin jossain vaiheessa jopa 90 prosentilla potilaista. Termiä neuropsykiatrisen oire suositellaan käytettäväksi käytösoire-termin sijaan, sillä sitä käytetään kirjallisuudessa useimmiten. (Muistisairaudet 2023.)

Osaksi näiden muistisairauden aiheuttamien oireiden takia myös muistisairaiden kivun tunnistaminen hankaloituu. Muistisairauden edetessä potilaan kyky tunnistaa, ilmaista ja eritellä kipua

vaikeutuu (Löppönen 2023). Kipua ei osatakaan välttämättä ilmaista sanoin, vaan se voi ilmetä erilaisin epämääräisin oirein. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi käytösoireet, ärtyisyys, sekavuus, yleinen toimintakyvyn lasku, ääntely, huuto ja itku. (Kivelä & Rähä 2007, 74.) Koska oireet ovat samankaltaisia itse muistisairauden aiheuttamien oireiden kanssa, voi ne helposti tulkita väärin ja tällöin kipu jää hoitamatta. Kivun Käypä hoito -suosituksen mukaan (2017) syynmukainen kivun hoito tulisi toteuttaa viipymättä. Tämä ei kuitenkaan toteudu, ellei kipua tunnisteta. Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksen mukaan (2023) esimerkiksi neuropsykiatristen oireiden ilmaantua tulisi selvittää laukaisevien tekijöiden, kuten kivun, osuus. Iäkkäiden ihmisten monet muut pitkäaikaissairaudet ja niiden lääkehoidot suurentavat myös haitta- ja yhteisvaikutusten todennäköisyyttä (Kipu 2017). Tällöin on mahdollista, että kipuoireilu sekoitetaan lääkkeiden aiheuttamiin vaikutuksiin.

Muistisairaudet rappeuttavat monia keskeisiä kivun säätelyyn liittyviä aivorakenteita. Esimerkiksi Alzheimerin taudissa aivoista rappeutuu erityisesti osa, jonka toimintaan liittyy kivun emotionaalinen kokeminen ja kipumuisti. Tästä syystä Alzheimer-potilailla on havaittu piittaamattomuutta kipua kohtaan ja kipukynnyksen nousua taudin edetessä. Iän myötä myös kipua vaimentavat mekanismit heikentyvät ja sietokyky voimakkaalle kivulle heikkenee. (Löppönen 2023.)

2.4 Muistisairauksien hoito

Eteneviin muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa. Toimintakyvyn säilyttämiseksi tärkeitä asioita ovat varhainen diagnostiikka, tuki ja hoito. (Hallikainen, Ngandu & Remes 2022.) Muistisairaahan hyvällä hoidolla tarkoitetaan muistisairaahan kokonaisvaltaista, toimintakykyä tukevaa hoitoa. Se tavoittelee sekä muistisairaahan että hänen läheistensä hyvinvointia, oireiden etenemisen hidastumista, toimintakyvyn ylläpitämistä ja mielekästä elämää. On tärkeää ylläpitää tavallista arkielämää, joka perustuu jäljellä olevien voimavarojen käyttöönottoon ja käyttämättä jääneiden taitojen herättelemiseen. (Hallikainen ym. 2019, 14, 18.) Jokaiselle muistipotilaalle laaditaan yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jonka nojalla yksilöllisiä kuntoutustoimia toteutetaan moniammatillisesti ja laaja-alaisesti. (Muistisairaudet 2023.)

Muistisairaiden päivittäistä suoriutumista voidaan tukea hyvin lääkkeettömillä hoitomenetelmillä. Niitä voidaan hyödyntää yksilöllisen arvion perusteella lääkehoidon rinnalla osana muistisairaahan kokonaisvaltaista hoitoa, hoivaa ja kuntoutusta. Yksi lääkkeetön hoitomenetelmä on esimerkiksi muistisairasta huomioiva vuorovaikutus, jossa painotetaan läsnäoloa ja ohjausta sekä

musiikin hyödyntämistä. Tämän lisäksi lääkkeettömiä menetelmiä ovat ohjatut aktiviteetit, kuten liikunta-aktiviteetit ja muistelu sekä asuinympäristöä koskevat ratkaisut, kuten aistihuoneiden hyödyntäminen ja erilaiset apuvälineet. Kaikki nämä menetelmät tukevat muistisairaahan toimintakykyä ja siten täyttävät heidän hoitonsa tavoitteen. (Hotus 2020.)

Muistisairauksia voidaan myös hoitaa tietyllä lääkehoidolla. Ne parantavat potilaan arkiselviytymistä ja vähentävät käytösoireita (neuropsykiatrisia oireita). (Rosenvall, Hallikainen & Strandberg 2018.) Muistisairauslääkkeitä ovat asetyylikoliiniesteraasin estäjät eli AKE:n estäjät ja memantiini. AKE:n estäjiin kuuluvat donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini. Lääkkeet auttavat Alzheimerin taudin lisäksi ainakin osittain myös vaskulaarisen demencian ja Lewyn kappale -taudin oireiden hoidossa. (Muistisairaudet 2023.)

3 Kipulääkkeet

Kivun lääkehoidon tavoitteena on lievittää kipua, kohentaa elämänlaatua, parantaa toimintakykyä ja lievittää oheisoireita (Kipu 2017). Tarkoituksenmukainen lääkehoito tukee muistisairaana toimintakykyä ja elämänlaatua. Tulee muistaa, että lääkehoitoa käytetään vasta, jos lääkkeettömistä hoitomenetelmistä ei ole riittävästi apua. (Hallikainen ym. 2019, 268.) Lääkkeettömät hoidot ovat kivunhoidon perusta ja niitä tulee käyttää aina kun mahdollista. Siihen voidaan liittää tarvittaessa kipulääkitys. (Kipu 2017.)

Kuten muidenkin potilaiden, myös muistisairaana potilaan lääkehoito vaatii yksilöllistä harkintaa ja kokonaisvaltaisuutta. Heillä on keskimäärin kolmesta viiteen muuta toimintakykyyn vaikuttavaa pitkäaikaissairautta. Näihin muistisairaana puolestaan käyttävät useita eri lääkeryhmien lääkkeitä ja siten riski haitta- ja yhteisvaikutuksille suurenee. (Hallikainen ym. 2019, 268.) Lääkehoidon riskit on arvioitava muistisairaiden tapauksessa huolellisesti, mutta kokonaisuudessaan muistisairaana kipua voidaan hoitaa kipulääkkeillä samalla tavalla kuin muidenkin ikääntyneiden kipua (Kankkunen 2011, 23). Eniten haittoja muistisairaille aiheutuu lääkkeitä, jotka heikentävät keskushermoston toimintaa, aiheuttavat keskushermostohaittoja kuten deliriumia tai lisäävät muiden merkittävien haittojen riskiä. Esimerkiksi kaatumisen riski kognitiivisista ongelmista kärsivillä iäkkäillä on kaksinkertainen terveisiin verrattuna. (Hartikainen, Tiihonen & Lampela 2023.) Käsittelemme tässä luvussa toimeksiantajan yksikössä käytettäviä lääkkeitä. Käymme siis läpi ainoastaan heidän lääkevalikoimastaan löytyviä lääkkeitä, mikä rajaa pois tiettyjä lääkkeitä, kuten esimerkiksi suonensisäiset lääkkeet.

3.1 Parasetamoli

Kudosvauriokivun hoidossa ensisijaisesti lääkkeeksi valitaan parasetamoli (Hallikainen ym. 2019, 301). Kauppanimeltään parasetamolia löytyy esimerkiksi nimellä Panadol® (500 mg) (Lääke75+ -tietokanta 2023c). Parasetamoli lievittää hyvin kuumetta (Hallikainen ym. 2019, 301). Sitä on kauan suositeltu ensisijaiseksi lääkkeeksi lähes minkä tahansa kroonisen tai akuutin kivun hoitoon. Parasetamolien etuja ovat maha- ja munuaishaittojen vähäisyys, edullinen hinta ja haitallisten yhteisvaikutusten puuttuminen (Paakkari & Kalso 2018). Tästä syystä parasetamolia käytetään paljon iäkkäillä.

Parasetamolien käytössä on huomioitava annoskatko, jolloin säännöllisessä käytössä annos saa olla korkeintaan 3 grammaa vuorokaudessa (Hallikainen ym. 2019, 301). Parasetamolien käytössä tulee huomioida lääkkeen kapea terapeuttinen leveys (Tilvis ym. 2016, 343). Parasetamoli poistuu pääasiassa maksametabolian kautta, jolloin käytössä on noudatettava varovaisuutta, jos iäkkäällä on maksan vajaatoiminta. Iäkkään sairastaessa keskivaikeaa munuaisten vajaatoimintaa, parasetamolien annos ei saisi olla yli kahta grammaa vuorokaudessa. Parasetamolien yliannostusriskin välttämiseksi tulisi käyttää vain yhtä parasetamolivalmistetta kerrallaan. (Paulamäki 2022, 372–375.)

3.2 Tulehduskipulääkkeet

Kudosvauriokivun hoitoon voidaan myös käyttää tulehduskipulääkkeitä. Tulehduskipulääkkeet soveltuvat lyhytaikaisena hoitona sellaiseen kudosvaurioon, jossa on mukana tulehdusta. Tällaisia ovat esimerkiksi vammojen ja infektioiden hoito. Muistisairaus ei vaikuta tulehduskipulääkkeiden annosteluun. Tulehduskipulääkkeet ärsyttävät usein mahan limakalvoa ja pitkäaikaisesti käytettynä lisäävät verenvuotoriskiä maha-suolikanavan alueella. Täten mahansuojalääkkeiden käyttö on välttämätöntä. (Hallikainen ym. 2019, 301.) Tulehduskipulääkkeet voivat aikaan saada kivuttoman mahahaavan, jonka ensioire voi olla äkillinen anemisoituminen (Tilvis ym. 2016, 343). Tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa natriumin kertymistä elimistöön, mikä johtaa turvotuksiin, verenpaineen nousuun ja sydämen vajaatoimintaan. Tulehduskipulääkkeillä voi olla myös munuaisten toimintaa heikentävä vaikutus. (Hallikainen ym. 2019, 301.) Joissain tapauksissa tavantomaiset tulehduskipulääkkeet voivat vaikeuttaa astmapotilaan astmaa (Fanta, Backman & Kalso 2022, 709).

3.3 Hermokipulääkkeet ja opiaatit

Hermovauriokipuun käytettävillä lääkkeillä on kipukynnystä nostava vaikutus. Muistisairailta eniten käytetty hermokipulääke on pregabaliini. (Kalso, Lilius, Heiskanen & Hamunen 2018.) Kaupanimeltään pregabaliinia on saatavilla esimerkiksi nimellä Lyrica® (100 mg) (Lääke75+ -tietokanta 2024a). Hermokivun hoitoon voidaan käyttää myös gabapentiinia (Kalso ym. 2018). Gabapentiinia löytyy esimerkiksi kauppanimellä Gabrion® (300 mg) (Lääke75+ -tietokanta 2023b). Molemmat näistä sopivat varauksin iäkkäille, ja muistisairaiden kohdalla tulee ottaa huomioon erityisesti keskushermostoon kohdistuvat vaikutukset (Hartikainen ym. 2023). Esimerkiksi

gabapentiinin tavallisimpia haittavaikutuksia ovat väsymys ja huimaus (Haanpää 2004). Osa hermokipulääkeistä voi aiheuttaa herkästi haittavaikutuksia ja mahdollisuus lääkeinteraktioille on suuri. (Kalso ym. 2018.) Pregabaliinin ja gabapentiinin lisäksi ensisijaisia hermokipulääkkeitä ovat trisykliset masennuslääkkeet, kuten amitriptyliini ja kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet kuten venlafaksiini. Amitriptyliinin ja muiden trisyklisten masennuslääkkeiden käyttöä tulisi kuitenkin välttää niiden antikolinergisten haittavaikutusten vuoksi, sillä ne lisäävät esimerkiksi muistisairaiden kaatumisriskiä. (Hallikainen ym. 2019, 301–302; Hartikainen ym. 2023).

Muistisairaana vaikeissa kiputiloissa, joissa miedommista lääkkeistä ei ole apua ja kivulla on tunnettu syy, voidaan käyttää opioideja. Lieviä opioideja ovat parasetamolin ja kodeiinin yhdistelmä, tramadoli sekä buprenorfiini. (Hallikainen ym. 2019, 302.) Parasetamolin ja kodeiinin yhdistelmää on saatavilla kauppanimellä Panacod©, ja tramadolia löytyy kauppanimellä Tramal© (50 mg) (Lääke75+ -tietokanta 2022b; Lääke75+ -tietokanta 2021). Vahvoja opioideja ovat morfiini ja oksikodoni sekä fentanyl (Hallikainen ym. 2019, 302). Oksikodonia on saatavilla esimerkiksi kauppanimillä Oxycontin Depot© (10 mg) ja Oxynorm© (10 mg/ml) (Lääke75+ -tietokanta 2024b; Lääke75+ -tietokanta 2024c). Finne-Soverin ym. (2018, 1137–1142) mukaan miedoista opiaateista suosituin on buprenorfiini. Buprenorfiinilla on kuitenkin antikolinergisia haittoja ja väsyttävä vaikutus. Buprenorfiini tehoaa kudosvauriokivun lisäksi myös neuropaattiseen kipuun. Buprenorfiinin on kipulääkkeenä turvallinen ja hengityslaman vaara on pieni. Munuaisten vajaatoiminnassa buprenorfiini on myös hyvin siedetty. (Finne-Soveri ym. 2018, 1137–1142.) Opioidivalmisteiden yleisiä haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi, huimaus, väsymys ja sekavuus (Hallikainen ym. 2019, 302). Erityisesti muistisairailta opioidien käyttö lisää sekavuustilan eli deliriumin ja kaatumisen riskiä (Hartikainen ym. 2023).

Suun kautta otettavia opiaatteja ovat esimerkiksi oksikodoni. Niellyn oksikodonin vaikutus kestää neljästä viiteen tuntiin. Depotvalmisteilla saadaan noin 12 tunnin kivunlievitys. (Saano ym. 2021, 490.) Opioidit pyritään antamaan niin, että pitoisuudet kohde-elimessä vaihtelevat mahdollisimman vähän. Paras tulos saadaan, kun annostellaan opioidit suun kautta hitaasti ja tasaisesti vapauttavina lääkevalmisteina. (Kalso, Paakkari & Forsell 2009, 14.)

3.4 Iholta imeytyvät lääkkeet

Kipulaastarilla tarkoitetaan laastaria, jonka avulla vahvaa kipulääkettä, kuten fentanyyliä ja buprenorfiinia, annostellaan ihon kautta transdermaalisesti. Ne vaikuttavat systeemisesti eli verenkierron kautta. Buprenorfiinilla ja fentanyylillä on huono biologinen hyötysuhde peroraalisesti annosteltuna. Tämän vuoksi niitä ei voi antaa suun kautta. (Kalso & Paakkari 2011; Saano & Taam-Ukkonen 2021, 115, 135). Kipulaastarit ovat depotlaastareita, joista lääkeaine imeytyy pitkän ajan kuluessa suoraan verenkiertoon. (Sainio & Seppänen 2022.)

Fentanyylilaastarin ensisijainen käyttöaihe on syöpään liittyvä kipu sellaisilla potilailta, jotka eivät voi ottaa opioideja peroraalisesti tai joille suun kautta otettavista opioideista aiheutuu huomattavia haittavaikutuksia (Kalso & Paakkari 2011). Fentanyylilaastaria on saatavilla kauppanimellä Duragesic® (12mikrog/tunti) (Lääke75+ -tietokanta 2023a). Fentanyylilaastaria voidaan käyttää sellaisten potilaiden hoidossa ketkä ovat aiemmin saaneet opioideja. Fentanyylilaastarin vaikutus alkaa noin 12 tunnin kuluttua sen kiinnittämisestä. (Saano ym. 2021, 490.) Käytettäessä transdermaalista fentanyyliä syöpäkipujen hoitoon, kipuhuiput lievitetään nopeasti vaikuttavalla opioidilla. Fentanyylilaastarin käyttö muistisairailta on ongelmallista, koska fentanyylillä on pitkä puoliintumisaika, jolloin laastarin poistamisen jälkeen lääkkeen pitoisuus vähenee hitaasti. Fentanyylin aiheuttamat haittavaikutukset, kuten delirium ja sedaatio voivat sekoittaa muistisairauteen liittyviin käytösoireisiin. (Ritari ym. 2016, 2657–2662.)

Transdermaalisella buprenorfiinilaastarilla on todettu olevan useita etuja esimerkiksi kroonisen syöpäkipun hoidossa (Finne-Soveri 2018, 1137–1142). Buprenorfiinilaastarin löytää esimerkiksi kauppanimellä Norspan® (10 mikrog/t) (Lääke75+ -tietokanta 2022a). Buprenorfiinilaastarin käyttöaihe on opioidilääkitystä vaativa pitkäaikainen kipu, joka ei kuitenkaan ole syövästä johtuvaa. Vaikutus alkaa noin 17 tunnin kuluttua laastarin kiinnityksestä ja laastarin poistamisen jälkeen buprenorfiinin vaikutus voi kestää vielä noin vuorokauden ajan. Opioidilaastareihin liittyviä yleisiä haittavaikutuksia ovat kiinnityskohdan kutina ja punoitus sekä opioidien tyypilliset haittavaikutukset. (Kalso & Paakkari 2011.) Laastariin tulee aina merkitä sen kiinnittämisäika (Saano ym. 2021, 490).

Lihaskivun ja nivelkivun lyhytaikaiseen paikallishoitoon voidaan käyttää myös tulehduskipugeeliä, kuten Voltaren Fortea® (23,2 mg/g) (Lääke75+ -tietokanta 2024d). Paikallisesti käytettävät lääkkeet kulkeutuvat jatkuvassa käytössä ihonalaiseen kudokseen, lihakseen ja rustoon saakka. Etenkin esimerkiksi pehmytkudoskipuissa paikallinen hoito vähentää kipua ja turvotusta yhtä tehokkaasti kuin suun kautta otettu lääkitys. (Paakkari 2004.) Tulehduskipugeeli soveltuu iäkkäiden käyttöön

ja systeeminen vaikutus iholta on pieni, kun geeliä käytetään ohjeen mukaisesti. Lääkeainepitoisuudet jäävät pienemmiksi ja siten haittoja, erityisesti maha-suolikanavaan ja munuasiin kohdistuvia haittoja ilmenee vähemmän kuin systeemisessä käytössä. (Lääke75+ -tietokanta 2024d; Paakkari 2004.) Kuitenkin myös paikallisella valmisteella on haittansa, sillä Paakkarin (2004) mukaan Moore ym. (1998) ja Heyneman ym. (2000) sanovat paikallisten tulehduskipulääkkeiden voivan aiheuttaa ihon lievää ärtymistä ja ihottumia.

4 Kivunhoidon prosessi

Liljamo, Kinnunen ja Ensio (2012) kuvaavat FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöoppaassa hoitotyön prosessin. Prosessin vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Hoitotyön kirjaamisen tulisi tapahtua tämän prosessimallin mukaisesti. Jotta kaikki nämä vaiheet voidaan kirjata oikein, on tärkeää tietää mitä prosessin vaihetta toteuttaa jo itse hoitotyötä tehtäessä. Hoitotyön prosessia toteutetaan jo siis ennen kirjaamista ja sen eri vaiheet tulisi olla asiakasta hoitavien henkilöiden tiedossa.

Tarkastelimme muistisairaana lääkkeellistä kivunhoitoa hoitotyön prosessin vaiheita mukaillen. Toimeksiantajan toiveiden mukaisesti käsitelimme kivunhoidon prosessia keskittyen kivunhoidon ennakointiin, kivun tunnistamiseen, kivunhoidon toteuttamiseen ja arviointiin.

4.1 Ennakointi ja tunnistaminen

Muistisairaana kivunhoidossa lähtökohta on ennaltaehkäisy. Kipulääkityksen tulisi olla säännöllistä, ympärivuorokautista ja tasaista. Näin ehkäistään kivun muuttumista voimakkaaksi ja hallitsemattomaksi sekä lääkeannosten kasvamista suhteettomiksi. Tämä tulisi huomioida etenkin hoitojen ja toimenpiteiden yhteydessä. (Kankkunen 2011, 24.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) todetaan, että terveyden- tai sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava hoitoa koskeva suunnitelma. Voidaan siis katsoa, että kivun hoitamisen kohdalla tulisi myös tehdä tällainen suunnitelma jo ennen kivun muuttumista pitkäaikaiseksi. Muistisairautta sairastavan potilaan kohdalla olisi tärkeää tehdä myös elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma ja hoitotahto riittävän varhain, jotta hän pystyy ilmaisemaan kantansa hoitoon ja sen rajauksiin. Elämän loppuvaiheessa puhutaan saattohoidosta. Kokonaisvaltainen saattohoito käsittää elämän loppuvaiheessa olevan potilaan yksilöllisesti suunnitellun hoidon, jonka tavoite on lievittää potilaan fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai eksistentiaalista kärsimystä ja huomioida hoidossa potilaan läheiset. (Tasmuth 2019, 540–544.)

Kivun hoitaminen alkaa kivun tunnistamisesta ja kivun sijainnin, luonteen ja voimakkuuden arvioinnista. Toisinaan vanhukset sietävät ja hyväksyvät kivun paremmin kuin nuoremmat. Alzheimerin tauti voi esimerkiksi nostaa kipukynnystä. (Tasmuth 2019, 540–544.) Kivun tunnistaminen on haasteellista silloin, kun potilaalla on muistisairaus. On oletettu, että tästä johtuu myös muistisai-

raiden vähäisempi kipulääkkeiden käyttö muihin verrattuna. Alzheimerin taudin edetessä kognitiiviset kyvyt heikentyvät, jolloin kivun ilmaiseminen erityisesti sanallisesti vaikeutuu. (Ritari, Ahonen, Hartikainen, Taipale & Koponen 2016, 2657–2662.)

Muistisairaahan kivun tunnistaminen voi taudin varhaisvaiheessa perustua kivun itsearviointiin. Myöhemmin taudin edetessä se perustuu lisääntyvässä määrin läheisen tai hoitohenkilökunnan havainnointiin. (Hallikainen ym. 2019, 289.) Mikäli hoitohenkilökunta vaihtuu nopeaan tahtiin, voi kipu jäädä tunnistamatta ja hoitamatta. Uudet hoitajat ja sijaiset eivät välttämättä tunne asukkaan tapoja. He eivät myöskään välttämättä osaa käyttää asianmukaisia kivun arviointimenetelmiä. (Finne-Soveri ym. 2018, 1137–1142.) Itsearviointia voidaan hyödyntää kysymällä muistisairaalta hänen kivuistaan. Kysymyksen ei tulisi olla johdatteleva. Kysymys voidaan esittää niin, että siihen voi vastata kyllä tai ei. Kysymyksen muotoilussa voidaan käyttää verbejä: koskeeko, kolottaako tai särkeekö. Muistisairaahan asiakkaan kivun itsearvioinnissa tulee huomioida, että vaihteleva ja ajoittainen kipu voi jäädä epäselväksi ja unohtua. (Hallikainen ym. 2019, 299.)

Kivun havainnoinnin tulisi olla järjestelmällistä ja vakioitua. Havainnointi tapahtuu säännöllisesti sovittuna aikana päivittäisten toimintojen yhteydessä. Havainnoitavia asioita on useita, kuten muun muassa muistisairaahan asento, ilmeet ja eleet. Käyttäytymistä tulee myös seurata. Kipuun viittaavia käytöksessä tapahtuvia muutoksia ovat sekavuus, kiihtyneisyys, aggressio, ääntely, vetäytyminen ja vastustelu. Voinnin tarkastelussa kiinnitetään huomiota toimintakyvyn laskuun, kuten väsymykseen sekä autonomisen hermoston muutoksiin, kuten hikoiluun sekä sydämen tiheälyöntisyyteen. (Hallikainen ym. 2019, 299.) Tulee myös muistaa, että käyttäytymismuutosten taustalla voi kivun sijasta olla myös muita syitä, kuten jano, virtsaamis- tai ulostamistarve, alisti- mullaatio, ylistimullaatio, depressio, psykoosi tai epämukava vaatetus. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2016, 342.)

Muistisairaahan kivun tunnistamisessa ja havainnoinnissa voidaan myös hyödyntää arviointimittareita. PAINAD (Pain assessment in advanced dementia) -mittari (liite 2) on helppokäyttöinen kipumittari, joka perustuu käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin. Kipumittari sisältää viisi erilaista olemukseen ja käytökseen liittyvää arviota. (Hallikainen ym. 2019, 299.) Mittari arvioi hengitystä, ääntelyä, ilmeitä, kehonkieltä ja lohdutettavuutta. Pisteitä kustakin kohdasta tulee nollasta kahteen. (Tilvis ym. 2016, 342.) Suurin mahdollinen pistemäärä on kymmenen pistettä. Pisteet välillä 7–10 kuvastavat voimakasta kipua, pisteet 4–6 kohtalaista kipua ja pisteet 1–3 lievää kipua. Kivunhoidon lisäämistä tulisi harkita, mikäli pisteitä tulee kaksi tai enemmän. (Lamppu ym. 2021, 7.) 0 pistettä vastaa kivutonta tilaa (Löppönen 2023). Muokattuna mittari so-

veltuu myös muistisairaana läheisten käyttöön. PAINAD-kipumittarin käyttäminen hoitotoimenpiteissä auttaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan ja raportoimaan oireita sekä tunnistamaan kipulääkkeiden tarvetta. (Hallikainen ym. 2019, 299.)

Kipua voidaan myös mitata esimerkiksi kasvoasteikon avulla. Suositeltavaa olisi käyttää aikuisten kasvojen ilmeisiin perustuvaa mittaria lapsille tarkoitettujen asteikkojen sijaan. Kipumittarien käytöllä on todettu olevan tehostava vaikutus muistisairaiden kivun arviointiin. Muistisairailla on tutkimustulosten mukaan oppineet käyttämään etenkin sanallista mittaria ja kasvoasteikkoa. Muistisairailla on myös kertonut kivusta aikaisemmin, jos kipua on arvioitu kipumittarilla. (Kankkunen 2011, 22.) Pitkäaikaisessa laitoshoidossa huonokuntoisen vanhuspotilaan kivusta voidaan myös saada karkea kuva RAI-kipumittarin avulla, joka perustuu hoitohenkilökunnan havaintoihin (Tasmuth 2019, 540–544). RAI-järjestelmää tulisi kuitenkin kehittää paremmin muistisairaiden potilaiden arviointiin. Vuonna 2007 tehdyssä tutkimuksessa RAI-järjestelmässä kivuttomiksi tulkituilla potilailla 31–72 prosentilla havaittiin kipuja PAINAD-mittauksessa. RAI-järjestelmän tulosten tulkintaa vaikeuttaa muistisairaiden objektiivisen kivun arvioinnin puuttuminen. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007.) Yksi lupaavimmista kipumittareista muistisairaiden potilaiden kivun systemaattiseen arvioon on PAIC15 (Pain assessment in impaired cognition) -mittari. Mittari on kehitetty eri kansainvälisten kipumittareiden pohjalta yhdeksi mittariksi. Se on saatavilla useilla eri kielillä, mutta ei toistaiseksi suomeksi. (Löppönen 2023; Kunz ym. 2020.)

4.2 Toteutus

Kivunhoidossa lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat hoidon perusta. Keskeisiä lääkkeettömiä menetelmiä ovat liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kognitiivisbehavioraalinen terapia, kylmä- ja lämpöhoito sekä TNS. Lääkkeettömään kivunhoitoon voidaan tarvittaessa liittää lääkkeellinen hoito. (Kipu 2017.) Myös asentohoitoa voidaan toteuttaa osana lääkkeetöntä kivunhoitoa patjojen ja tyynyjen avulla. Lisäksi ilmanraikastus voi myös lievittää kipuja, ikkuna voidaan esimerkiksi avata tai raikastaa ilmaa tuoksujen avulla. (Rahko & Rajala 2020, 1606.)

Muistisairaana kivunhoidon tavoitteena on kivuttomuus levossa ja liikkuesssa. Kivunhoito perustuu säännöllisesti ja järjestelmällisesti tehtävään kivun arviointiin. (Hallikainen ym. 2019, 300.) Kipujen poistaminen kokonaan ei ole useimmissa tapauksissa realistinen kivunhoidon tavoite. Kipujen lievittäminen tasolle, joka parantaa toimintakykyä sekä antaa mahdollisuuksia elää lähes normaalia elämää on realistinen tavoite ja usein saavutettavissa. (Tilvis ym. 2016, 342.)

Muistisairaahan kivunhoidossa huomioitavaa on, että ikääntyneen muistisairaahan mahalaukun pH-arvo sekä verenkierto voivat olla heikentyneet. Tämän takia kipulääkkeiden imeytyminen voi heikentyä. Ikääntymiseen liittyvät muutokset elimistön lihas- ja rasvaosuuksissa, elimistön vähentynyt vesipitoisuus ja ravitsemustila tulee ottaa huomioon kivun lääkehoidossa. Kipulääkitys olisi hyvä aloittaa pienellä annoksella ja lisätä annostusta hitaasti seuraten vastetta mahdollisten sivuvaikutusten ilmentymisen vuoksi. (Kankkunen 2011, 23; Hartikainen ym. 2023.) Sopimaton ja sivuvaikutuksia tuottava lääkitys voi vaikuttaa muistisairaahan tilaan lamaannuttavasti (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 52).

Muistisairaus heikentää tiedonkäsittelytoimintojen lisäksi sairastuneen omaa oiretiedostusta ja sairaudentuntoa. Usein siis muistisairas voi kokea, ettei hän tarvitse lääkkeitä koska hän ei ole sairas. Jos hoidon tarvetta yritetään perustella muistisairaudella, huolella tai avun tarjoamisella voi muistisairas loukkaantua tästä. Tässä tilanteessa luottamuksellinen suhde muistisairaaseen sekä tämän hienotunteinen ohjaus voivat olla avuksi. Usein tällaiset haasteet lääkehoidossa ja lääkekielteisyys ovat ohimeneviä ongelmia. (Hallikainen ym. 2019, 273.) Muistisairailla voi esiintyä myös harhaluuloja (Hallikainen ym. 2019, 54), joiden vuoksi muistisairas voi olla varma, että hänet yritetään esimerkiksi myrkyttää (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 191).

Kuten muussakin muistisairaahan hoidossa, myös lääkehoidon toteutuksessa korostuu kohtaaminen ja ohjaaminen. Perustana kohtaamiselle ovat muistisairaahan kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saaminen. Nämä toteutuvat esimerkiksi kuuntelemalla muistisairasta, asettumalla tämän rinnalle, kuuntelemalla sairastuneen toiveita ja mielipiteitä ja mukautumalla tämän vointiin. Kohtaamisessa korostuu etenkin nonverbaalinen viestintä, sillä muistisairaajat tavoittavat äänensävyt, eleet ja tunnelmat paremmin kuin sanat. (Hallikainen ym. 2019, 114–115.) Kohtaamisen kulmakivinä ovat kiireettömyys, aito läsnäolo ja myönteisyys. Tärkeää olisi olla kärsivällinen ja mukauttaa oma ilmaisu muistisairaahan tarpeiden mukaisesti. (Burakoff & Haapala 2013.)

Suurin osa ikääntyneiden käyttämistä lääkkeistä on suun kautta otettavia lääkkeitä. Lääkkeiden murskaaminen ja kapselien avaaminen ovat yleisiä toimintatapoja muistisairaahan hoitotyössä mahdollisten nielemisvaikeuksien vuoksi. Lääkettä hitaasti vapauttavien depotvalmisteiden murskaamista ei tulisi tehdä kipua hoidettaessa, sillä depotvalmisteen murskaaminen voi saada aikaan moninkertaisen lääkemannoksen saamisen. Ongelmia aiheuttaa myös lääkevalmisteiden puolittaminen käsin ilman puolittajaa. Käsin puolittaminen voi aiheuttaa poikkeavuuksia lääkemäärissä, koska katkaisulinja on epätasainen. Edellä mainittujen haitallisten toimintatapojen välttämiseksi tulisi huomioida vaihtoehtoiset ratkaisut, kuten erilaiset lääkemuuodot tai lääkkeiden annostelu eri antotavalla. (Karttunen 2019, 74.)

Lääkkeiden antamiseen liittyy olennaisesti oikea antoaika sekä se, pureskeleeko muistisairas lääkkeen. Hoitajan tulisi seurata, että lääkkeitä tai kapseleita ei pureskella, koska osa lääkeaineista voi olla haitallisia hampaille ja suun limakalvolle. Lääkkeitä annetaan usein epätasaisesti päivän aikana. Aamu-, päivä- ja iltalääkkeen väliin voi jäädä liian lyhyt antoväli tai ilta- ja aamulääkkeen väliin tulla puolestaan liian pitkä antoväli. Epätasaiset antoajat voivat vaikuttaa hoidon tasapainoon. Erityisesti muistisairaana potilaan kivunhoidossa tämä on merkityksellistä. (Karttunen 2019.)

Kivunhoidossa yhteisvaikutuksista tulisi huomioida ibuprofeenin yhteisvaikutus veren hyytymiseen vaikuttavien aineiden kanssa. Yhteiskäytöstä voi seurata suolistoverenvuotoja. Lisäksi parasetamolin ja varfariinin yhteiskäyttöä sekä parasetamolin karbamatsepiinin yhteiskäyttöä tulisi välttää. Parasetamolin ja varfariinin yhtäaikainen käyttö lisää verenvuototaipumusta. Parasetamolin ja varfariinin jatkuvassa yhteiskäytössä parasetamolin turvallinen päiväannos on 2 grammaa. (Ojala & Pennanen 2022, 403–406.) Parasetamolin ja karbamatsepiinin yhteiskäyttö puolestaan lisää maksatoksisuutta.

4.3 Arviointi

Kivun hoitotyön prosessiin kuuluu kivun tunnistamisen ja sen hoitamisen lisäksi hoidon vaikuttavuuden arviointi ja hoitotyön prosessin dokumentointi. Hoidon ja sen vaikuttavuuden dokumentointi takaavat hoidon jatkuvuuden sekä laadukkaan hoidon. Kipua tulisi arvioida ennen kipulääkkeen antamista sekä kipulääkkeen antamisen jälkeen, jotta havaitaan sen vaikuttavuus. Käytetty kivun arviointimenetelmä dokumentoidaan, kuten myös kivun arvioitu voimakkuus. Jokaisella arviointikerralla tulisi käyttää samaa mittaria. (Kankkunen 2011, 22–23.)

Muistisairaana kipua voidaan arvioida antamalla muistisairaalle potilaalle kipulääkitys. Mikäli potilas rauhoittuu ja kipua kuvastavat käyttäytymismuutokset katoavat, voidaan olettaa, että potilas on kärsinyt kivuista. (Kankkunen 2011, 23.) Kipulääkkeet vaikuttavat eri yksilöille eri tavalla, joten kivun arvioinnin on oltava jatkuvaa samalla, kun seurataan mahdollisten haittavaikutusten ilmentymistä (Karttunen 2019, 78). Muistisairaille potilaille olisi tehtävä myös tutkimukseen perustuva lääkehoidon arviointi vähintään puolen vuoden välein (Hartikainen ym. 2023). Tässä tulisi tarkastella muistisairaana kipulääkitystä ja sen vaikuttavuutta. Hoitajana olisi tärkeää pitää huolta, että lääkearvio tulisi todellisuudessa tehtyä erityisesti kaikille muistisairaille.

Muistisairaana kivunhoito tulee dokumentoida tarkasti. Dokumentointi helpottaa hoidon jatkuvuutta sekä parantaa moniammatillista yhteistyötä. Dokumentoinnin tulisi sisältää potilaan kivun

arviointitapa, arvioijan nimi, kivun voimakkuus, käytetyt kivunhoidon menetelmät sekä niiden vaikuttavuuden arviointi. Tehokkaimmat todetut kivunhoitomenetelmät kirjataan potilasdokumentteihin, koska sillä on parantava vaikutus hoidon laatuun. (Kankkunen 2011, 24.) Lisäksi on muistettava, että lääkkeiden vaikutusten kirjaaminen kuuluu keskeiseksi osaksi lääkehoitoa, koska lääkkeet vaikuttavat eri tavalla eri ikääntyneille. Tarkka vaikutusten kirjaaminen on apuna sopivan lääkkeen valinnassa ja oikeassa annoskoon määrittämisessä. Huolellisen kirjaamisen avulla voidaan myös selvittää ei-toivottuja vaikutuksia. (Karttunen 2019, 79–80.)

5 Tehostettu palveluasuminen

Palveluasumisella tarkoitetaan hoitojärjestelyä palvelu- tai hoivakodeissa, joissa vanhukset tarvitsevat runsaasti hoitoa, huolenpitoa ja valvontaa. Asiakkailla on omat huoneet, jotka on mahdollista sisustaa osittain omilla huonekaluilla sekä muistoesineillä. Palveluasuminen tulee ajankohtaiseksi siinä vaiheessa, kun asiakas on vaikeasti muistisairas ja/tai monisairas. (Tavi & Lahtonen 2019, 140.) Asiakas asuu palveluasumiseen tarkoitettussa asunnossa ympäri vuorokauden. Hän voi saada palveluja ympärivuorokautisesti tai ei-ympärivuorokautisesti. Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan ympärivuorokautista asumispalvelua, joka on suunnattu ikääntyneille. Ympärivuorokautisessa asumispalvelussa henkilökuntaa on paikalla läpi vuorokauden. (Mielikäinen & Kuronen 2021, 21.)

Tehostettu palveluasuminen on yleistynyt viime vuosina, samalla kun vanhainkotihoito ja pitkäaikaishoito terveyskeskuksessa ovat vähentyneet. Ihmiset kuolevat yhä vanhempina. Samalla ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon tarve elämän loppuvaiheessa yleistyy, jos toimintakyky tai muut tarvetekijät eivät muutu. (Forma 2018, 2086–2098.) Tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä on ollut nousussa 2000-luvulla. Asiakkaiden määrä tehostetussa palveluasumisessa vuoden 2021 lopussa oli 44 485. (Mielikäinen & Kuronen 2021, 6.)

Ympärivuorokautinen palveluasuminen määritellään sosiaalihuoltolaissa (L 1301/2014). Ympärivuorokautista palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa tai vaativaa ammatillista hoitoa päivittäin vuorokauden ajasta riippumatta. Tällöin hoidon ja huolenpidon järjestäminen kotihoitona, omaishoitona, perhehoitona tai muulla tavalla ei ole mahdollista tai asiakkaan edun mukaista. Ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikössä asiakas saa asumisyksikön henkilöstöltä hoitoa ja huolenpitoa äkilliseen tarpeeseensa viipymättä ja ympärivuorokautisesti. Ympärivuorokautisessa palveluasumisessa huomioidaan asiakkaan tarpeet. Palveluasuminen voi olla lyhytaikaista tai pitkäaikaista, ja sitä toteuttaessa on huomioitava, että asiakkaan yksityisyyttä kunnioitetaan ja osallisuutta tuetaan. Asiakkaan on myös saatava tarpeitaan vastaavat kuntoutus- ja terveydenhuoltopalvelut palveluasumisessa asuessaan.

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää hoitohenkilökunnan osaamista muistisairaana lääkkeellisen kivunhoidon koko prosessista. Tähän lukeutuivat kivun ennakointi ja tunnistaminen, kivunhoidon toteuttaminen sekä sen arviointi. Opinnäytetyön tavoitteena oli välillisesti parantaa muistisairaana elämänlaatua vähentämällä heidän kokemaansa kipua. Tavoitteeseen pääsimme kouluttamalla henkilökuntaa toteuttamaan oikeaoppista ja tehokasta lääkehoitoa muistisairaana voimavarat huomioiden. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi koulutus toimeksiantajan hoitohenkilökunnalle. Koulutus tehtiin tuotteistamisprosessin mukaisesti.

Tutkimusongelmamme olivat:

1. Miten toteuttaa hyvää muistisairaana lääkkeellistä kivunhoitoa tehostetussa palveluasumisessa?
2. Miten koulutus tukee hoitohenkilökunnan osaamista muistisairaana lääkkeellisessä kivunhoidossa?

7 Tuotteistamisprosessi koulutuksen laadinnassa

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Se tavoittelee esimerkiksi käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista tai toiminnan järjestämistä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Tällaista opinnäytetyötä tehtäessä on tärkeää pohtia myös kohderyhmää, sillä ilman sitä opinnäytetyön teko on hankalaa. Lisäksi aihetta tulee muistaa tarkastella teoreettisen viitekehyksen valossa, joka koostuu tärkeistä teoriaan perustuvista käsitteistä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–43.)

Opinnäytetyössä kävimme läpi tuotteen luomisen Jämsä & Mannisen (2000) kuvaaman tuotteistamisprosessin mukaisesti. Prosessin ensimmäinen vaihe on ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen ja toinen vaihe on ideointivaihe. Ideointivaihetta seuraa luonnosteluvaihe ja sen jälkeen kehittelyvaihe. Tuotteistamisprosessi päättyy viimeistelyvaiheeseen. (Jämsä & Manninen 2000, 28.)

7.1 Ongelman tai tarpeen tunnistamisen vaihe

Ongelman tai tarpeen tunnistamisen vaihe käynnistää tuotteistamisprosessin. Sen jälkeen tavoite voi olla täysin uuden materiaallisen tuotteen, palvelutuotteen tai niiden yhdistelmän kehittäminen. Tuotteen tulee vastata nykyisen tai uuden asiakaskunnan tarpeita. Ongelmien ja kehittämistarpeen kohdentamisessa on tärkeää selvittää ongelman laajuus. Siihen kuuluu asiakasryhmien täsmentäminen, eli keitä asiakasryhmiä ongelma koskettaa ja kuinka yleinen ongelma on. Ongelmatilanteiden esiintymisen olosuhteet ja mahdollinen kausiluonteisuus on syytä huomioida ongelman ja tarpeen tunnistamisen vaiheessa. (Jämsä & Manninen 2000, 29–32.)

Pohtiessamme aihetta opinnäytetyöllemme tammikuussa 2023 yksi idea oli ikääntyneiden hoitotyöhön liittyvä aihe. Koimme ikääntyneiden hoitotyön olevan hyvin monipuolinen ja laaja hoitotyön osa-alue, jonka osaamista vaaditaan tulevaisuudessa sekä sairaan- että terveydenhoitajilta. Tästä syystä meitä kiinnosti tehdä aiheeseen liittyvä opinnäytetyö. Tarkka aihe ei kuitenkaan synnytynyt ennen keskustelua toimeksiantajan kanssa. Toinen meistä on työskennellyt toimeksiantajana toimivassa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tuotteistamisprosessi sai alkunsa, kun keskustelimme tammikuussa 2023 toiminnanjohtajan kanssa yksikössä havaituista tarpeista ja

puutteista. Keskustelusta kävi ilmi, että erityisesti muistisairaiden lääkkeellinen kivunhoito on herättänyt epävarmuutta henkilökunnan keskuudessa. Hoitohenkilökunta toteuttaa muistisairaana lääkkeellistä kivunhoitoa joka päivä, joten tämä epävarmuus ilmeni tärkeällä hoidon osa-alueella. Yhdessä ideoimme, että henkilökunnan tietämystä muistisairaana lääkkeelliseen kivunhoitoon voisi vahvistaa jonkin tuotoksen avulla. Meille oli alusta lähtien selvää, että toiminnallinen opinnäytetyö on meille hyvä lähestymistapa. Sen avulla työelämä hyötyisi työstämme konkreettisesti. Kiinnostuimme myös muistisairaana lääkkeellisestä kivunhoidosta aiheena heti, sillä koimme sen olevan haastava aihe.

Toimeksiantajamme toimi Puolangalla sijaitseva Mäntykoti. Mäntykoti on Puolangan vanhustenkotiyhdistys ry:n ylläpitämä yksityinen vanhusten koti, joka tarjoaa palveluasumista ja tehostettua palveluasumista. Mäntykodin arvoja ovat asukaslähtöisyys, empaattisuus ja lämminhenkisyys, kodinomainen ja turvallinen ympäristö ja yhteisöllisyys. Lisäksi yksikössä vallitsee kehu, kiittä, kannusta -yhteishenki työntekijöiden kesken. Kehitysvammaisille on yksikössä oma ryhmäkoti. Tehostetun palveluasumisen yksikössä jokaisella asukkaalla on oma huone ja kylpyhuone. Lisäksi asukkaiden käytössä on yhteinen keittiö ja oleskelutila. Tehostetun palveluasumisen yksikössä on aina hoitaja paikalla.

7.2 Ideointivaihe

Kehittämistarpeen varmistumisen jälkeen tuotteistamisprosessissa käynnistyy ideointivaihe, jonka pyrkimyksenä on löytää erilaisia vaihtoehtoja ratkaisukeinon löytämiseksi. Uutta tuotetta tai palvelua voidaan ideoida erilaisilla lähestymis- ja työtavoilla. Lähestymis- ja työtavoja voivat olla luovan toiminnan ja ongelmanratkaisun menetelmät, joista sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille soveltuvat erityisesti aivoriihi ja tuplatiimi. Luovan ongelmanratkaisun menetelmille on ominaista, että sallivalla ja avoimella suhtautumisella etsitään vastauksia siihen, millainen tuote soveltuu ongelmanratkaisuun ja eri tahojen tarpeeseen. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Keskustelimme opinnäytetyön aiheesta toimeksiantajan edustajan kanssa tammikuussa 2023. Ideoimme yhdessä, että henkilökunnan tietoisuutta muistisairaana lääkkeellisestä kivunhoidosta voitaisiin vahvistaa koulutuksen avulla. Nykyisin koulutuksia pidetään paljon verkossa, jolloin ne ovat syrjäyttämässä paikan päällä pidettävät koulutukset. Koulutus olisi myös hyvä tapa tuoda hoitohenkilökunta yhteen ja vahvistaa yhteishenkeä ja siten työyhteisön ilmapiiriä. Tämä vahvistaisi myös toimeksiantajan arvoihin kuuluvaa jatkuvan oppimisen kulttuuria, kun tuottaisimme

uutta tietoa yksikön hoitajille. Uuden oppiminen ja vanhan tiedon päivittäminen yhdessä tehden ja pohtien on hedelmällistä ja avaa erilaisia ratkaisumalleja. Suunnittelimme, että koulutus pidettäisiin toimeksiantajan tiloissa lähi- ja sairaanhoitajille. Koulutuksessa käytettävät materiaalit jäisivät toimeksiantajan käyttöön, jotta niitä voisi hyödyntää tulevaisuudessa esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Koulutusmateriaaleja on myös helppo tulostaa, jos tarve ilmenee. Koulutuksen pituus määritettiin palaverien yhteydessä, jotta osasimme ottaa huomioon, kuinka perusteellisesti aihealueisiin täytyi perehtyä. Toimeksiantajan kanssa päädyimme noin tunnin kestävään kokonaisuuteen, johon sisältyisi teoriaosuus sekä muuta sisältöä. Koulutus oli toimeksiantajalle hyvin mieleinen toteutustapa, sillä yhdessä asioiden opettelu ja pohtiminen edistää yksikössä vallitsevia arvoja.

Aiheen valitsemisen ja toimeksiantajan hyväksynnän jälkeen aloitimme aiheanalyysin teon helmikuussa 2023 ja saimme sen tehtyä valmiiksi hyvin nopeasti. Aloitimme heti tämän jälkeen kokoaamaan teoreettista viitekehystä opinnäytetyöllemme. Ideoimme teoreettisen viitekehysten sisältöä ja määriteltäviä käsitteitä Jämsän ja Mannisen (2000) luovan ongelmanratkaisumenetelmien mukaan. Hyödynsimme muun muassa aivoriihimenetelmää. Teoreettiseen viitekehykseen lopulta jäivät opinnäytetyön otsikossa esille nousevat pääasiat. Ne ovat muistisairaus ja kipu, kipulääkkeet, kivunhoidon prosessi sekä tehostettu palveluasuminen. Lisäksi teoreettista viitekehystä rajasivat toimeksiantajan toiveet sekä yksikössä käytettävissä oleva lääkevalikoima.

Teoreettisen viitekehysten suunnittelun jälkeen aloitimme aineiston keruun helmikuussa 2023. Lähteitä etsimme luotettavista sähköisistä tietokannoista, kuten Medicistä ja Google Scholarista. Lisäksi etsimme lähteitä Finna.fi -palvelusta, Duodecimin sivuilta, Käypä hoito -suosituksista ja Julkarista. Hyödynsimme myös kirjallaisia lähteitä. Asiasanoina lähteiden etsimisessä käytimme muun muassa sanoja muistisairas, dementia, kipu, palveluasuminen, kivunhoito ja muistisairaus. Lisäksi käytimme täsmennyksiä hakusanoja, kuten Alzheimerin tauti, parasetamoli, hermokipulääkkeet, kivun ennakointi, kivun arviointi ja kivun tunnistaminen. Pyrimme etsimään tietoa tuoreista tieteellisistä artikkeleista, kirjallisista julkaisuista ja alkuperäistutkimuksista. Lähdekritiikki oli vahvasti läsnä aineiston keräämisen aikana, sillä tarkastelimme lähteiden luotettavuutta kirjoittajan ja julkaisuajankohdan mukaan. Lisäksi julkaisupaikalla oli merkitystä siihen, päädyimmekö lopulta käyttämään lähdeä. Aineiston keruun jälkeen aloimme hahmottelemaan opinnäytetyösuunnitelman sisältöä teoreettisen viitekehysten mukaan maaliskuussa 2023.

7.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaihe käynnistyy, kun on selvyys siitä, millainen tuote on tarkoituksena suunnitella ja valmistaa. Vaiheessa olennaista on analyysi siitä, mitkä eri tekijät ja näkökohdat ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. Luonnosteluvaiheessa tavoitteena on täsmentää, ketkä ovat suunniteltavan tuotteen tai palvelun ensisijaiset hyödynsaajat ja millaisia he ovat palvelun tai tuotteen käyttäjinä. Tulee kuitenkin muistaa, että asiakkaat eivät aina ole tuotteen tai palvelun ensisijaisia käyttäjiä ja hyödynsaajia sosiaali- ja terveysalalla. Hyöty asiakkaalle voi välittyä välillisesti esimerkiksi henkilökunnan kautta. Asiakkaat ovat toisaalta lopullisia hyödynsaajia, joten heidän tarpeensa ja ominaisuutensa selvitetään luonnostelua ajatellen. Myös tutkimustietoon on perehdyttävä, jotta voidaan selvittää tuotteen tai kehittämistehtävän asiasisältö. (Jämsä & Manninen 2000, 43–47.)

Luonnosteluvaiheessa suunnittelimme koulutuksen alustavaksi ajankohdaksi vuoden 2024 kevät-talven. Koulutuksen tavoitteena oli vahvistaa hoitohenkilökunnan tietoja muistisairaana lääkkeellisestä kivunhoidosta ja siihen liittyvästä prosessista. Otimme huomioon sen, että muistisairaana asukkaat olivat lopulta se, kuka tuotteestamme hyötyi. Luonnosteluvaiheessa otimme sekä hoitajien että asukkaiden näkökulmat huomioon. Tuottamalla kattavan koulutuksen lääkkeellisestä kivunhoidosta hoitohenkilökunnalle, muistisairaiden lääkkeelliselle kivunhoidolle oli yksikössä hyvät edellytykset. Luonnosteluvaiheessa työkokemuksesta kyseisessä yksikössä oli hyötyä. Toinen meistä oli konkreettisesti nähnyt ja havainnoinut kivunhoidon toteuttamista yksikössä, mikä helpotti koulutuksen sisällön suunnittelua. Jämsän ja Mannisen (2009, 49) mukaan sen toimintayksikön, jonka käyttöön tuotetta suunnitellaan, toimintaa ohjaavat säädökset ohjeet, suunnitelmat ja toimintaohjelmat on tarpeen tuntea.

Viimeistään luonnosteluvaiheessa on tarpeellista neuvotella niiden ammattilaisten kanssa, joilla on kokemusta suunnitteilla olevasta tuotteesta. Tuotteiden suunnittelu ja valmistaminen vaativat tuotekohtaista asiantuntemusta ja osaamista. (Jämsä & Manninen 2000, 50–51.) Tämän tiimoilta teimmekin luonnosteluvaiheessa tiivistä yhteistyötä toimeksiantajan yksikössä työskentelevän sairaanhoitajan sekä opinnäytetyötä ohjaavan opettajamme kanssa. Kirjallisuuteen tutustuminen on myös hyödyllistä, koska siitä selvitetään mitkä työvaiheet johtavat lopulta tuotteen syntymiseen (Jämsä & Manninen 2000, 50–51). Kirjallisuuteen perehdyimme kootessamme opinnäytetyömme teoreettista viitekehystä niin, että niitä voitaisiin suoraan hyödyntää koulutusta luonnosteltaessa.

Palaverien yhteydessä tammi-maaliskuun 2023 aikana pohdimme toimeksiantajan kanssa tarkemmin koulutuksen sisältöä. Sisällön tuli olla järkevä kokonaisuus, josta hoitohenkilökunta hyötyisi. Tämän lisäksi pohdimme myös mahdollisia kustannuksia, vaikka koulutusta tuotettaessa kustannukset olivat pienet. Mahdollisia kustannuksia syntyi muun muassa koulutusmateriaalien tulostamisesta, jotka toimeksiantaja taholtaan hoiti. Keskustelimme myös siitä, että lääkkeellinen kivunhoito on monivaiheinen prosessi. Pitkän pohdinnan jälkeen päätimme valita prosessin vaiheet toimeksiantajan tarpeet huomioon ottaen. Prosessin vaiheiksi valittiin kivunhoidon ennakointi, kivun tunnistaminen, kivunhoidon toteutus sekä kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi. Nämä myötäilivät myös kaikille osapuolille tuttua hoitotyön prosessimallia. Keskustelimme myös siitä, että oleellista koulutuksessa olisi tuoda ilmi lääkkeitä, joita käytetään muistisairaana kivunhoidossa sekä muistisairaana lääkehoidon erityispiirteitä. Kivun arvioinnin kannalta henkilökunnalle oli tärkeää esitellä erilaisia mittareita ja tapoja arvioida kipua, sillä tämä oli yksikössä vaillaista. Vaikuttavuuden arvioinnissa tärkeässä osassa oli myös kivunhoidon dokumentointi ja kirjaaminen. Rajallisten resurssien takia tämä jäi kuitenkin vähemmälle huomiolle muihin prosessin vaiheisiin verrattuna. Koulutuksen suunnittelussa pyrimme ottamaan huomioon yksikössä valitsevista arvoista erityisesti asukaslähtöisyyden. Pidimme asukkaan tarpeet kirkkaasti mielessä jo koulutuksen luonnosteluvaiheessa.

Laadimme opinnäytetyösuunnitelmaa päättämämme rakenteen, käsitteiden ja koulutuksen sisällön myötä helmi-maaliskuun 2023 aikana. Helmikuussa etsimme koulutukseen tarvitsemaamme tietoa eri lähteistä ja toimme lähdeaineistoa suunnitelmaamme. Päästyämme yhteisymmärrykseen koulutuksen sisällöstä etsimme lisää aineistoa toimeksiantajan toivomiin asioihin. Kirjoitimme myös alustavaa suunnitelmaa siitä, miten aioimme koulutuksen käytännössä toteuttaa. Luonnostelimme koulutuksen sisältöä otsikkotasolla Powerpoint-diaesitykseen, jotta saimme jonkinlaisen kuvan koulutuksesta kokonaisuutena. Teimme opinnäytetyösuunnitelman loppuun kevään 2023 aikana. Suunnitelman esitysversion esittelimme toukokuussa 2023 opinnäytetyösuunnitelmien seminaarissa. Esityksen jälkeen hioimme opinnäytetyösuunnitelmaa saamamme palautteen avulla kesän 2023 aikana ja palautimme valmiin opinnäytetyösuunnitelman elokuussa 2023.

7.4 Kehittelyvaihe

Tuotteen kehittelyyn paneudutaan jo luonnosteluvaiheessa, jossa tuotteen kehittelyä ohjaavat muun muassa valitut ratkaisuvaihtoehdot, periaatteet ja rajaukset. Tuotteen sisällön muodostumisen kannalta keskeisintä on tosiasiat, joita pyritään kertomaan mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Informaation välittämiseen tarkoitettuille tuotteille haasteita ovat asiasisällön valinta ja määrä sekä tietojen muuttumisen tai vanhentumisen mahdollisuus. Informaatiota laadittaessa on pyrittävä eläytymään tiedon vastaanottajien asemaan. (Jämsä & Manninen 2000, 54–55.) Sosiaali- ja terveystalalla toimintaan sisältyy tilanteita, joissa informaatiota välitetään puheeseen perustuvassa tilanteessa, joko kahden henkilön kesken tai ryhmässä. Tilanteet voivat olla kertaluontoisia tai säännöllisesti toistuvia. Muihin informaatiota välittäviin muotoihin erona on se, että tällaisessa tiedonvälityksessä välitettävää tietoa ei voi oikeastaan korjata jälkikäteen. Tilanne on osallistujille ainutkertainen ja ikimuistoinen kokemus. (Jämsä & Manninen 2000, 65.)

Lähtökohtana tilaisuuden suunnittelulle pidetään kuulijoita. Kuulijoista on tiedettävä ketä he ovat, kuinka paljon heitä on, miksi he tarvitsevat tietoa, mikä motivoi heitä osallistumaan tilaisuuteen ja mitkä ovat heidän lähtökohtansa ja voimavaransa. Turvallisin vaihtoehto on suunnitella tilaisuuden asiasisältö, vaiheet ja menetelmät ennakkoon melko tarkasti (Jämsä & Manninen 2000, 65–66.) Jo koulutuksen ideointivaiheessa saatiin selville kohderyhmä, jolle koulutus oli suunnattu. Kohderyhmää olivat lähihoitajat ja sairaanhoitajat, koska he vastaavat yksikön lääkehoidosta. Koulutukseen odotettiin osallistuvan noin kymmenkunta lähi- ja sairaanhoitajaa yhteensä. Lähihoitajien tietopohja lääkehoidosta on suppeampi kuin sairaanhoitajien, mutta toisaalta yksikön hoitajista enemmistö on lähihoitajia. Ajattelimme, että uuden oppiminen ja vanhentuneen tiedon päivittäminen sekä yhdessä tekeminen motivoivat hoitajia osallistumaan koulutukseen. Paikan päällä pidettävät koulutukset ovat vähentyneet, jolloin koulutus toi vaihtelua tasaiseen työarkeen.

Koulutus koottiin PowerPoint-diasarjaan. Koulutuksen kehittelyssä huomioimme aikakehyksen, jonka sisään koulutus tuli rakentumaan. Teoriaosuudelle varattiin noin 30 minuuttia, case-tapaukseen ja sen käsittelyyn yhteensä noin 20 minuuttia ja palautteeseen noin 10 minuuttia. Diat sisältsivät tärkeimpiä ydinkohtia aiheesta ja aioimme laajentaa tietoa itse suullisesti. Suunnittelimme koulutuksen koostuvan aloituksesta, koulutuksen tavoitteiden läpikäymisestä, teoriaosuudesta, case-tapauksesta, palautteen antamisesta sekä lopetuksesta. Lisäksi aioimme vastata mahdollisiin kysymyksiin, joita osallistujilla heräisi koulutuksen aikana. Koulutuksen teoriaosuus mukaili

opinnäytetyön teoreettisia lähtökohtia. Suunnittelimme, että koulutuksessa käytäisiin ensin läpi muistisairauksia lyhyesti. Kertoisimme myös tarkemmin Alzheimerin tautiin liittyvää tietoa, sillä se on muistisairauksista yleisin. Seuraavaksi käsittelemme erilaisia kipulääkkeitä. Tämän jälkeen aioimme käydä läpi koulutuksen tärkeimmän osan eli kivunhoidon prosessin. Teoriaosuuden jälkeen suunnittelimme esittelevämme case-tapauksen, jota osallistajat saisivat pohtia pienryhmissä hyödyntäen opittua tietoa. Suunnittelimme, että case-tapaus käytäisiin pohdinnan jälkeen yhteisesti läpi keskustellen. Lopuksi osallistajat saisivat täyttää paperisen palautelomakkeen, joka kerättäisiin vastaamisen jälkeen.

Koulutuksen kehittelyprosessi jatkui syksyllä ja talvella 2023–2024. Opinnäytetyösuunnitelmavaiheessa olimme saattaneet teoreettisen viitekehyksen hyvään malliin, joten panostimme erityisesti koulutuksen suunnitteluun. Laajensimme luonnosteluvaiheessa tekemäämme runkoa ja muodostimme järkevää kokonaisuutta muistisairaana lääkkeellisen kivunhoidon prosessin ympärille. Pehdyimme vielä toistamiseen opinnäytetyössä käyttämäämme aineistoon ja siihen, mitä tietoa voisimme hyödyntää suoraan koulutuksen laadinnassa. Pehdyimme aineistoon ja aiheeseen hyvin jo ideointi- ja luonnosteluvaiheessa, joten pystyimme hyödyntämään aineistoa suoraan koulutuksessa. Koulutuksen case-tapauksen suunnittelimme itse hyödyntäen omaa työkokemustamme. Kysyimme tarpeen mukaan neuvoja tapaukseen opinnäytetyön ohjaajalta, jotta harjoituksesta saatiin todentuntuinen. Käytimme lopulta case-tapauksen kehittelyyn paljon aikaa. Itse teoratiedon lisäksi pohdimme, minkälaisia kuulijoita aktivoivia kysymyksiä voisimme hyödyntää ja missä kohdissa ne tuntuivat luonnollisilta ja tehokkailta. Panostimme myös siihen, kuinka käytännössä toteutimme koulutuksen kuulijoille. Pohdimme esimerkiksi paljon asioiden järjestystä ja selkeää esittämistapaa. Tämän lisäksi mietimme koulutuksen visuaalisia puolia ja miten sitä olisi helpoin seurata. Sovimme yhdessä toimeksiantajan kanssa, että koulutus pidettäisiin 29.2.2024 klo 13:30. Tällöin hoitohenkilökuntaa olisi paikalla eniten, sillä yksikössä olisi käynnissä vuoronvaihto.

Tuotteen tulisi olla esteettinen kokonaisuus, jolloin sillä voidaan vaikuttaa asiakkaan kiinnostuksen herättämiseen ja viipymisen lisäämiseen tuotteen vaikutuspiirissä. Tuotteen esteettiseen kokonaisuuteen liittyvää tietoa hyödyntämällä voidaan parantaa tuotteen avulla toivottujen tavoitteiden saavuttamista. (Jämsä & Manninen 2000, 103–104.) Esteettisellä ilmeellä olisi siten suoraan vaikutusta koulutuksen seurattavuuteen. Ilmettä elävöitettiin kuvien ja kaavioiden avulla. Varmistimme, että ne liittyivät aiheeseen. Tarkastelimme myös fonttikokoa, diojen asetteluja sekä helppolukuisuutta.

7.5 Viimeistelyvaihe

Palautetta ja arviointia hyödynnetään tuotemuotojen kehittelyn eri vaiheissa. Tuotetta voidaan esimerkiksi koekäyttää tai esitellä valmisteluvaiheessa. Palautetta on hyvä hankkia sellaisilta tuotteen loppukäyttäjiltä, jotka eivät tunne kehiteltävää tuotetta entuudestaan. Palautteen antaminen sekä tuotteen koekäyttö tulisi tapahtua mahdollisimman todellisia arjen tilanteita muokailen. Vertailemalla tuotteen edut sekä puutteet korostuvat, ja uuden tuotteen korjaamistarve ja kehittäminen konkretisoituvat. Tuotteen testaaja voi itse esittää muutosehdotuksia ja ratkaisuvaihtoehtoja. (Jämsä & Manninen 2000, 80.)

Testasimme koulutuksen toimivuutta pitämällä koulutuksen koeyleisölle, joka koostui oman ryhmämme opiskelijoista. Koekoulutuksen aikana kävimme teoriaosuuden suunnittelemaamme tavalla läpi ja esittelimme case-tapauksen. Koeyleisön palaute koulutuksesta oli pitkälti positiivista, ja saimme positiivista palautetta esimerkiksi selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. Koulutuksessa yleisön mielestä oli myös hyvää se, että nostimme muistisairaudet esiin koulutuksen aluksi. Koeyleisö koki helpottavaksi sen, että koulutuksen sisältö käytiin läpi ennen itse asiaan siirtymistä. Johdattelimme myös aiheeseen hyvin. Saimme myös positiivista palautetta laajan kokonaisuuden onnistuneesta tiivistämisestä. Koulutuksen testaaminen koeyleisöllä oli myös meille positiivinen kokemus, sillä saimme harjoitella koulutuksen pitämistä yhdessä ja hiottua puheenvuorojen vaihtoja paremmaksi.

Lopulta, kun tuote valmistuu, käynnistyy sen viimeistely saatujen palautteiden tai koekäytöstä saatujen kokemusten pohjalta. Viimeistelyyn voi kuulua yksityiskohtien viilaamista, käyttö- tai toteutusohjeiden laadintaa ja huoltotoimenpiteiden tai päivittämisen suunnittelua. (Jämsä & Manninen 2000, 81.) Koulutuksen viimeistelyvaiheessa kiinnitimme paljon huomiota yksityiskohtiin. Muutimme esimerkiksi PowerPoint-diojen muotoiluja selkeämmäksi sekä yksittäisiä sanoja. Viimeistelyvaiheessa panostimme myös siihen, että osasimme koulutuksen sisällön laajasti. Teimme itsellemme muistiinpanoja asioista, joita jokaisen dian kohdalla tulee tuoda ilmi. Näin vältimme sen, että luimme asioita suoraan dioista. Se auttoi meitä myös hyödyntämään koulutukseen varatun ajan tehokkaasti.

Viimeistelyvaiheen aikana panostimme erityisesti siihen, miten aioimme pitää koulutuksen käytännössä. Harjoittelimme sisällön kertomista ääneen sekä yhdessä että erikseen. Sen lisäksi harjoittelimme katsekontaktin ylläpitoa koulutuksen pitämisen aikana, sillä se on tärkeää yleisölle. Teimme myös hieman työnjakoa ja sovimme esimerkiksi siitä, kumpi siirtää diaesitystä eteenpäin missäkin vaiheessa. Kävimme noin viikko ennen koulutuksen pitämistä tarkastamassa välineiden

toimivuuden toimeksiantajan tiloissa. Tämä oli tärkeää, jotta voitiin välttää mahdolliset tekniset ongelmat koulutuksen aikana. Samalla käynnillä veimme myös esitteen koulutuksesta hoitajien taukotilaan muistuttamaan koulutuksesta. Tilojen tarkastaminen auttoi meitä valmistautumaan paremmin koulutuksen pitämiseen, kun saimme tietää kuinka iso tila koulutukselle oli varattu. Koulutus sujui paremmin, kun kaikki käytännön järjestelyt oli saatu tehtyä hyvissä ajoin ennen koulutuksen pitämistä. Sillä viikolla, jolloin koulutus pidettiin, olimme vielä yhteydessä toimeksiantajaan ja muistutimme koulutuksesta. Sen lisäksi huomasimme muutamia asia- ja sanavirheitä, jotka tulivat ilmi pidettäessä koulutusta koyleisölle. Korjasimme nämä vielä ennen oikean koulutuksen pitämistä.

8 Koulutuksen toteutus

Koulutus pidettiin suunnitellusti 29.2.2024 toimeksiantajan tiloissa. Koulutukseen osallistui 5 lähi- tai sairaanhoitajaa. Koulutus pidettiin iltapäivästä, jolloin osallistujilla ei ollut kiire tehdä muita työtehtäviään. Koulutuksen kesto oli noin tunnin, ja suunnittelemamme aikataulus piti hyvin paikkaansa. Teoriaosuus kesti noin 30 minuuttia, case-tapaus ja sen purkaminen kesti noin 20 minuuttia ja palautteeseen käytimme noin 10 minuuttia.

8.1 Teoriaopetus

Koulutuksen aloituksessa osallistujille tulisi selvittää koulutuksen tavoitteet, koulutuksen kokonaiskuva ja mitä hyötyä koulutuksesta on osallistujille. Kouluttaja voi aluksi lyhyesti kertoa miksi koulutuksessa ollaan ja mitä on tarkoitus saada aikaiseksi. Kuuntelualoitukseen kuuluu kysymyksen esittäminen, johon osallistujat saavat vastata. Aloituksessa koulutuksen osallistujat punnitsevat koulutuksen hyödyt itselleen. (Kupias & Koski 2012, 64–67.) Koulutuksen aluksi esittelimme itsemme ensin, minkä jälkeen kerroimme lyhyesti koulutuksen sisällöstä ja tavoitteista. Lisäksi kerroimme hieman koulutuksen taustasta ja siitä, miksi aihe kiinnosti meitä. Kysyimme sitten osallistujilta heidän odotuksistaan koulutukseen liittyen ja he vastasivat kysymykseen.

Koulutuksen tavoitteena on lähes aina osallistujien tietopohjan vahvistaminen ja uuden tiedon lisääminen. Asiantuntijaluennossa korostuu niin tiedonhankinnan kuin muidenkin oppimistavoitteiden kohdalla osallistujat ja heidän oppimistarpeensa. Osallistujilla on usein tietoa jo ennestään ja koulutuksesta he hakevat täydennystä tietoonsa tai uusia näkemyksiä. Luennossa kouluttaja tuo esille tietoa ja kokemuksia. Lisäksi kouluttaja kertoo, havainnoi ja vastaa osallistujien esittämiin kysymyksiin. (Kupias & Koski 2012, 112, 195.) Koulutuksen teoriaosuudessa huomioimme osallistujien tietopohjan. Sairaanhoitajilla on lähihoitajia laajempi tietopohja esimerkiksi lääkkeistä, joten koulutuksen täytyi olla molempia ammattiryhmiä palveleva. Tämän huomioimme ottamalla koulutuksessa esille esimerkiksi lääkehoidon toteutuksen ja eri valmisteiden lisäksi käytännöllisemmät asiat. Otimme esille esimerkiksi lääkkeenottotilanteiden sujuvuuden ja mahdolliset haasteet muistisairasta kohdatessa.

Hyvä diaesitys tukee koulutusta. Diaesityksessä olennaista on sen jäsentäminen, jotta esitys on riittävän johdonmukainen. Sen tulee olla osallistujia haastava, jolloin kaikkia asioita ei ole selitetty

valmiiksi. Hyvä dia jättää tilaa luennoijan ja osallistujien vuorovaikutukselle. Dian sisältö voi esimerkiksi jäsentää luennon runkoa, auttaa muistiin painamista tai auttaa hahmottamaan vaikea kokonaisuus. (Kupias & Koski 2012, 76–77.) Käytimme teoriaopetuksen tukena laatimaamme diaesitystä. Diaesitys oli laadittu loogisesti edeten ja myötäillen opinnäytetyön sisällön järjestystä. Dioihin kokosimme ydinasiat ja lisäksi kerroimme suullisesti lisätietoa aiheesta. Sopivissa väleissä aktivoimme kuuntelijoita, ja kyselimme heidän kokemuksiaan esimerkiksi käytössä olevista lääkevalmisteista. Lisäksi osallistujat saivat esittää kysymyksiä, jos sellaisia heräsi koulutuksen aikana. Dioihin sisällytimme kaavioita, jotka auttoivat hahmottamaan sekä painamaan mieleen käsiteltäviä asioita. Visuaalisesti diat rakensimme niin, että ne sopivat tyyliltään yhteen.

8.2 Tapausopetus

Aktivoivana koulutuksen osana hyödynsimme tapausopetusta. Tapausopetus eli case-opetus on opitun tiedon soveltamista käytännössä tapausesimerkin tai todellisen tapauksen avulla. Hyvä case-tapaus tiivistää ne elementit, joita koulutuksessa käsitellään. Tapauksia voi olla yksi tai useampia. Osallistujat olisi hyvä jakaa pienryhmiin pohtimaan soveltamismahdollisuuksia ja ratkaisuja. Erilaiset ratkaisut voidaan tämän jälkeen esittää muille ryhmille esimerkiksi suullisesti. (Kupias & Koski 2012, 199, 119.)

Koulutuksen teoriaosuuden jälkeen osallistujat pääsivät soveltamaan oppimaansa tietoa case-tapauksen muodossa. Osallistujat pohtivat ratkaisuvaihtoehtoja kahdessa pienryhmässä. Tapauksessa korostimme muistisairaahan kivunhoidon prosessia. Prosessin vaiheista korostui erityisesti kivun arviointi, kivunhoidon toteutus sekä kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi. Lisäksi osallistujat saivat pohtia ja valita tarvittavista lääkkeistä oikean lääkevalmisteen sekä huomioida dokumentoinnin tärkeyden kivunhoidossa. Lisäksi case-tapauksessa tuotiin esille muistisairauden tuomia käytännöllisiä hankaluuksia, kuten neuropsykiatrisia oireita ja itseilmaisun rajoittuneisuutta. Case-tapausta varten loimme tapaukselle sopivia kysymyksiä. Näihin osallistujat saivat pohtia yhdessä ratkaisuvaihtoehtoja. Tapauksen pohtimisen jälkeen mahdolliset ratkaisuvaihtoehdot käytiin ryhmittäin läpi ja keskusteltiin niiden herättämistä ajatuksista. Keskustelua käytiin valmiiksi koottujen ratkaisuvaihtoehtojen perusteella, minkä lisäksi osallistujat jakoivat omaa pohdintaansa kaikkien kesken.

8.3 Palaute

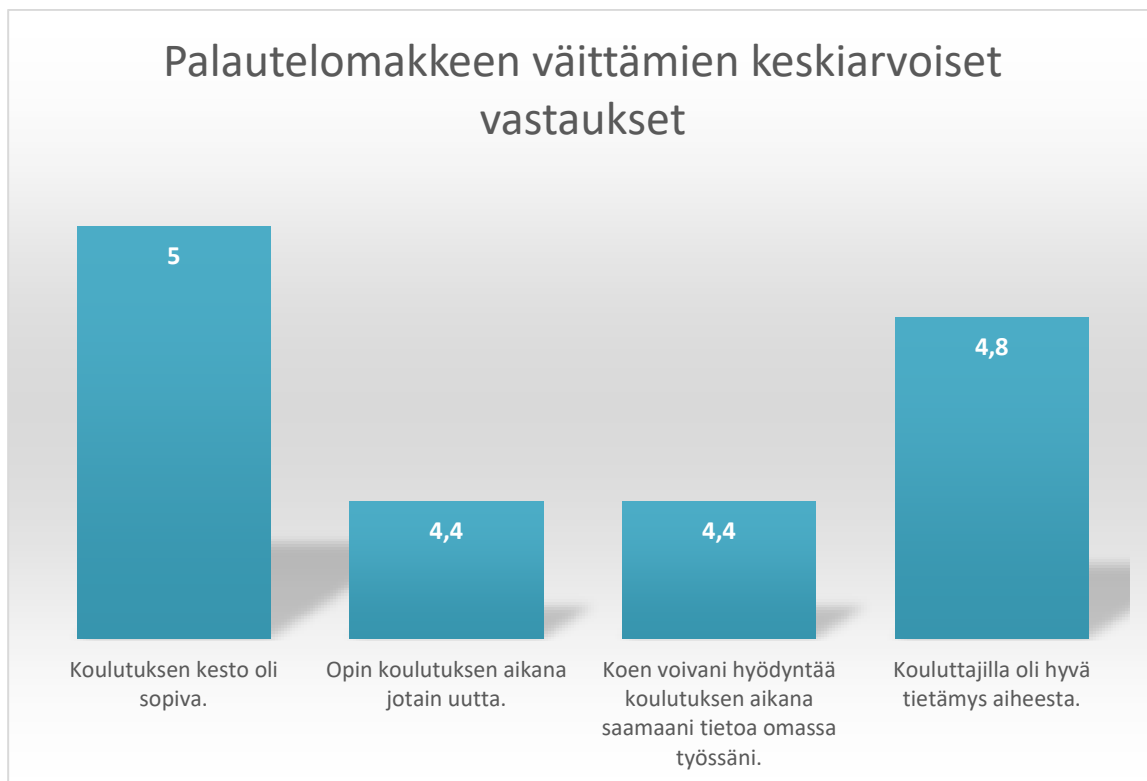
Opinnäytetyön kokonaisuuden arviointi kuuluu osaksi oppimisprosessia ja se voidaan toteuttaa kriittisesti tutkivalla asenteella. Tavoitteiden saavuttaminen on toiminnallisen opinnäytetyön tärkein osa. Kohderyhmältä voidaan kerätä palautetta tavoitteiden saavuttamisesta, mitä voidaan käyttää oman arvioinnin tukena. Palaute voi sisältää kommentteja esimerkiksi tapahtuman onnistumisesta ja visuaalisesta ilmeestä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–157.)

Palautetta keräsimme kyselylomakkeen (liite 2) avulla. Lomakkeeseen vastasi 5 henkilöä. Palaute-lomake sisälsi neljä väittämää ja kaksi avointa kysymystä. Väittämät lomakkeessa olivat ”koulutuksen kesto oli sopiva”, ”opin koulutuksen aikana jotain uutta”, ”koen voivani hyödyntää koulutuksen aikana saamaani tietoa omassa työssäni” ja ”kouluttajilla oli hyvä tietämys aiheesta”. Avoi-met kysymykset puolestaan olivat ”mikä koulutuksessa oli hyvää” ja ”mitä kehitettävää koulutuk-sessa on”. Väittämien kohdalla hyödynsimme viisnumeroista asteikkoa, jossa numerot tarkoitti-vat seuraavaa: 1 – täysin eri mieltä, 2 – jonkin verran eri mieltä, 3 – en osaa sanoa, 4 – jonkin verran samaa mieltä ja 5 – täysin samaa mieltä. Tämän asteikon avulla vastaajat arvioivat omaa mielipidettään verrattuna esitettyihin väittämiin. Palaute-lomakkeet palautettiin täyttämisen jäl-keen nimettöminä koulutuksen pitäjille. Palautteeseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Palaute-lo-makkeita käsittelivät vain koulutuksen pitäjät ja ne hävitettiin asianmukaisesti palautteen analy-soinnin jälkeen.

Palautetta käsitelimme käymällä läpi osallistujien täyttämät palautekyselyt. Kokosimme palaut-teet yhteen Excel-taulukkoon, johon koulutuksen pitäjillä oli pääsyoikeus. Teimme jokaiselle pa-lautekyselyssä esitetylle kysymykselle omat sarakkeet ja listasimme kaikki annetut vastaukset näi-den otsikoiden alle. Kirjoitimme avointen kysymysten vastaukset taulukkoon siinä muodossa, jossa ne oli meille annettu. Kun kaikki tieto oli siirretty Excel-taulukkoon, hävitimme fyysiset pa-lautekyselyt asianmukaisesti. Tarkastelimme sitten taulukon sisältöä kriittisesti ja arvioimme an-nettua palautetta.

Väittämien numeraalisista vastauksista laskimme keskiarvon. Keskiarvoa vertasimme luo-maamme asteikkoon saadaksemme keskimääräisen arvosanan jokaisesta väittämästä. Väitteen ”koulutuksen kesto oli sopiva” vastausten keskiarvo oli 5, eli osallistujat olivat siitä täysin samaa mieltä. Väitteen ”opin koulutuksen aikana jotain uutta” vastausten keskiarvo oli 4,4. Osallistujat olivat siis jonkin verran samaa mieltä väitteen kanssa. Myös väitteen ”koen voivani hyödyntää koulutuksen aikana saamaani tietoa omassa työssäni” vastauksien keskiarvo oli 4,4. Viimeisen

väitteen, ”kouluttajilla oli hyvä tietämys aiheesta”, vastauksien keskiarvo oli 4,8. Osallistujat olivat siten pyöristetysti täysin samaa mieltä väitteen kanssa.



Kuva 1. Palautelomakkeen väittämien keskiarvoiset vastaukset.

Avoimet kysymykset kävimme läpi induktiivista sisällönanalyysia hyödyntäen. Avoimissa kysymyksissä positiivisiksi asioiksi nousivat erityisesti: *selkeä esitys, laaja esitys, kivunhoitoa esitelty monipuolisesti, hyvä esitys, selkeä artikulointi, asioista otettu hyvin selvää*. Sisällönanalyysin jälkeen kysymykselle ”mikä koulutuksessa oli hyvää” alaluokkaisiksi vastauksiksi nousivat koulutuksen selkeys, koulutuksen laatu, koulutuksen monipuolisuus, case-tapauksen onnistuminen sekä onnistunut kohderyhmän huomiointi. Puolestaan kysymyksen ”mitä kehitettävää koulutuksessa on” alaluokkaisiksi vastauksiksi sisällönanalyysin jälkeen nousivat koulutukseen varattu aika ja case-tapausten lukumäärä.

Napakka ja hyvin suunniteltu lopetus kruunaa hyvän koulutuksen. Kouluttaja palauttaa kuuntelijoille mieleen koulutuksen alussa esille tuodut tavoitteet tai odotukset ja kysyy osallistujilta, miten heidän mielestään tavoitteet on saavutettu tai odotuksiin on vastattu. (Kupias & Koski 2012, 69–70.) Palautekyselyn täyttämisen jälkeen keskusteltiin vapaamuotoisesti koulutuksesta ja osallistujat kertoivat päällimmäisiä tuntemuksiaan. Jokainen halukas sai vuorollaan kertoa oman mielipiteensä asiaan.

9 Pohdinta

Pohdinta-osiossa huipentuu koko toiminnallisen opinnäytetyön raportti. Se sisältää pohdintaa siitä, mitä on tehty ja mitä siitä suodattuu esiin johtopäätösten muodossa. Pohdinnassa olennaista on myös arvioida onnistumistaan ja tekemisiään. Sen lisäksi pohdinnassa otetaan kantaa lähteiden ja materiaalien luotettavuuteen ja arvioidaan onnistumista sekä tuotteen että prosessin näkökulmasta. Prosessin aikana tulee muistaa koulutus- ja ammattialan näkökulma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 96–97.)

9.1 Johtopäätökset

Ikääntyminen vaarantaa tiedonkäsittelyn heikentymiselle, muistioireille ja dementialle (Muistisairaudet 2023). Elinajanodotteen pidentyessä yhä useampi sairastuu ja kuolee muistisairauden seurauksena. Muistisairauksista aiheutuvat kustannukset ovat jo nyt suuret ja niiden ennustetaan kasvavan potilasmäärien lisääntyessä. (Remes 2018.) Siksi onkin huolestuttavaa, että sairaanhoitajat kokevat gerontologisen hoitotyön osaamisessaan olevan puutteita. Puutteet esiintyvät erityisesti geriatrisissa sairauksissa, kuten dementiassa. Erityisesti kivunhoitoa pidetään haasteellisenä kysymyksenä ikääntyneiden ihmisten hoidossa. (Tarhonen 2013.) On siis oleellista edistää hoitohenkilökunnan tietämystä muistisairaiden kivunhoidosta etenkin muistisairaita hoitavissa yksiköissä.

Muistisairaahan onnistuneen kivunhoidon lähtökohtana on kivun hoitaminen prosessiluontoisesti. Prosessin vaiheiden noudattaminen systemaattisesti jokaisen muistisairaahan kohdalla varmistaa hoidon laadun. Hyvään muistisairaahan kivunhoitoon kuuluu prosessin mukainen kivun ennakointi ja tunnistaminen, kivunhoidon oikeaoppinen toteutus sekä tehdyn kivunhoidon arviointi. Prosessissa tulee panostaa erityisesti kivun tunnistamiseen, sillä kipua voi ilmetä muistisairaassa henkilössä epätyypillisin tavoin. Muistisairaahan kipua ei tule päästää muuttumaan akuutiksi, vaan sitä on hoidettava jo ennen kipukohtausta. Kuten muillakin ikääntyneillä, erityistä huomiota tulee lisäksi kiinnittää lääkevalmisteen valintaan haitta- ja yhteisvaikutukset huomioiden. Dokumentointia ei saa unohtaa osana kivunhoidon prosessia, sillä tiedonkulku on avain turvalliseen ja hyvään lääkehoitoon. Koko prosessin kulmakivenä toimii muistisairaahan ihmisen empaattinen, lämmin ja kiireetön kohtaaminen lääkehoitotilanteessa. Hoitamalla kipua oikein parannetaan muistisairaahan ihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua.

Koulutus tukee hoitohenkilökunnan osaamista muistisairaana lääkkeellisessä kivunhoidossa. Se auttaa hallitsemaan laajan ja monipuolisen kokonaisuuden jäsentämällä sen helposti ymmärrettäviksi vaiheiksi. Kivunhoidon muotoilu prosessiksi painottaa erityisesti eri vaiheiden yhteyttä toisiinsa. Sen lisäksi siinä korostuu hoidon jatkuvuus. Koulutus antaa hoitohenkilökunnalle työkaluja muun muassa kivun tunnistamiseen ja arviointiin, mikä osaltaan tukee heidän osaamistaan kivunhoidon prosessin tärkeissä kohdissa. Koulutus on onnistuneesti suunnattu kyseessä olevalle kohderyhmälle eli erityisesti toimeksiantajan yksikön lähi- ja sairaanhoitajille. Tämä tukee heidän kykyään peilata koulutuksen aikana jaettua tietoa omaan työhönsä ja siellä kohdattuihin haasteisiin. Lisäksi koulutuksen järjestäminen paikan päällä oman työyhteisön kesken tukee hoitohenkilökunnan yhteistä ongelmanratkaisukykyä ja ammatillista yhteistyötä. Koulutus tukee erityisesti sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön kompetenssia, johon kuuluu yhtenä alakohtana kivun tunnistamisen, arvioinnin ja hoidon hallinta (Silen-Lipponen & Korhonen 2023).

9.2 Eettisyys

Tutkimukseen sisältyy eettisiä vaatimuksia, jotka tutkimuksen tekijän on syytä huomioida. Etiikan peruskysymykset rakentuvat hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän ympärille. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisellä tasolla hyväksytyjä. Periaatteiden hyvä tuntemus ja niiden mukaisesti toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Edellytyksenä eettisesti hyvälle tutkimukselle on, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 23.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdat voidaan jakaa yhdeksään eri kriteeriin. Hyvään tieteelliseen käytäntöön lukeutuu muiden tutkijoiden työn huomiointi asianmukaisella tavalla niin, että heidän tekemäänsä työtä kunnioitetaan ja niihin viitataan asianmukaisella tavalla. Tämän lisäksi myös tutkimuksen suunnittelu, toteutus, raportointi ja tietoaisteistojen tallennus tehdään tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusta tehdessä noudatetaan myös tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tämä otetaan huomioon muun muassa tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa.

Opinnäytetyössämme pyrimme koko ajan noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön lähtökoh-
tia. Panostimme erityisesti yleisiin tunnustettuihin toimintatapoihin, kuten tarkkuuteen ja ylei-

seen huolellisuuteen. Nämä näkyvät työmme eettisyydessä huolellisesti jäsennehtynä asiakokoonaisuutena ja syvänä perehtyneisyytenä aiheeseen. Myös koulutuksen osallistujat olivat keskiarvoisesti arvioineet tietämyksemme arvolle 4,8 viisinumeroisessa asteikossamme (kuva 1). Myös palautekyselyn avoimiin kysymyksiin tuli positiivista palautetta laajan kokonaisuuden onnistuneesta hallitsemisesta. Tämä osoittaa syvän perehtyneisyytemme aiheeseen. Rehellisyys näkyy työssämme siinä, että kerromme sekä opinnäytetyössämme että tuotteena syntyneessä koulutuksessa rehellisesti omista tiedoistamme ja taidoistamme. Emme ole myöskään harrastaneet vilppiä opinnäytetyötä tehdessämme. Tämän lisäksi eettisyys näkyy muiden tutkijoiden kunnioittamisena, sillä olemme viitanneet käyttämiimme lähteisiin asianmukaisesti, ja lisänneet kaikki lähteet lähdeluetteloon ohjeistusten mukaisesti. Kaikki tieto, mitä jaoimme koulutuksen aikana, on peräisin opinnäytetyön lähteistä. Koulutuksen tiedon alkuperä löytyy myös siten opinnäytetyön lähdeluettelosta.

Eettisyys korostui myös palautekyselyssä. Keräsimme palautteet nimettöminä, jolloin jokaisella koulutukseen osallistuneella oli mahdollisuus kirjoittaa palaute rehellisesti. Emme siten myöskään keränneet osallistujien henkilötietoja, sillä niillä ei olisi ollut merkitystä palautekyselyn täyttämisen kannalta. Palautekyselyn avulla haimme vastauksia toiseen tutkimuskysymyksestämme. Palautteen analysoinnin jälkeen hävitimme palautekyselyt asianmukaisesti silppuamalla ne. Myös koulutusta varten kehittelemämme case-tapaus oli täysin keksitty, vaikkakin inspiroitunut kohtaamistamme haasteista muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä. Täten case-tapaus ei sisältänyt kenenkään asukkaan tai potilaan henkilötietoja. Mikäli tapaus sattui olemaan samankaltainen esimerkiksi joidenkin toimeksiantajan asukkaisiin nähden, oli tämä puhdasta yhteensattumaa.

Emme tarvinneet opinnäytetyöprosessiin kirjallista tutkimuslupaa, sillä toimeksiantaja on yksityinen hoivakoti. Sovimme tutkimusluvasta ja opinnäytetyön tekemisestä toimeksiantajan edustajan kanssa suullisesti prosessin alussa. Tämän lisäksi teimme kirjallisen toimeksiantosopimuksen vahvistamaan yhteisymmärrystä opinnäytetyön tekijöiden ja toimeksiantajan välillä.

9.3 Luotettavuus

Lähteiden valitseminen vaatii taitoa. Käytettävät lähteet tulee valita harkiten ja niihin tulee suhtautua kriittisesti. Löydetyistä lähteistä on hyvä valita mahdollisimman tuoreet julkaisut, sillä tutkimustieto muuttuu nopeasti ja uusimpiin tutkimuksiin sisältyy myös aiempien tutkimusten luja

tieto. Lähteiden laatuun on syytä kiinnittää huomiota, mahdollisuuksien mukaan tulisi suosia alkuperäisiä julkaisuja eli ensisijaisia lähteitä. Toissijaisissa lähteissä tulkitaan ensisijaisia tiedonlähteitä, mikä lisää mahdollisuutta tiedon muuttumiselle. (Vilkka & Airaksinen 2003, 72–73).

Opinnäytetyöprosessin aikana käytimme runsaasti aikaa lähteiden etsimiseen, jotta löytäisimme tuoreimmat ja luotettavimmat lähteet. Vanhempien julkaisujen sisältöä arvioimme kriittisesti, ja suljimme pois lähteitä, joiden luotettavuutta haittasi lähteen sijainti verkossa tai vuosiluvun puuttuminen. Vanhempiin lähteisiin perustuvaa tietoa täydensimme tuoreimmilla julkaisuilla. Muutama lähteistämme on yli kymmenen vuotta vanhaa tietoa, mikä osaltaan voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Niiltä osin tuoreempaa tietoa emme löytäneet prosessin aikana. Tuoreet lähivuosina julkaistut alkuperäistutkimukset lisäävät kuitenkin luotettavuutta ja kompensoivat vanhempaa lähdetietoa. Lähteissämme on myös muutama kansainvälinen lähde, mikä parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Lähdeviittaukset ovat selkeästi merkitty, ja lähdeluettelo on tehty ohjeistusten mukaisesti aakkosjärjestykseen. Koulutuksessa käyttämämme lähdetiedot löytyvät opinnäytetyöstä. Lähteitä ei selkeyden vuoksi merkitty koulutuksessa käyttämäämme materiaaliin.

Opinnäytetyömme luotettavuuden pohdintaan käytimme Kylmän & Juvakan (2014) laadullisen tutkimuksen kriteerejä. Laadullisen tutkimuksen kriteerejä voidaan käyttää myös toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuuden pohdintaan. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kriteeristön avulla, johon lukeutuu uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän tulee varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan lisätä keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tutkimuksen tuloksista prosessin eri vaiheissa. Tällöin tutkimuksen tulokset luovutetaan tutkimuksen osallistujille ja he arvioivat tulosten paikkansapitävyyttä. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. (Kylmä & Juvakka 2014, 128.) Uskottavuus näkyy opinnäytetyössämme siinä, että olemme hyödyntäneet lähteiden etsimiseen useita erilaisia tietokantoja. Lisäksi olemme kriittisesti arvioineet lähteiden luotettavuutta. Olemme huomioineet, että lähdetieto olisi mahdollisimman tuoretta. Uskottavuutta vahvistaa lisäksi se, että olemme paneutuneet aiheeseen huolellisesti. Uskottavuuden varmistamiseksi pyrimme siihen, että koulutus vastasi toimeksiantajan toiveita ja näkemyksiä. Tämän vuoksi koulutus on esitestattu ja esitetauksesta on kerätty palautetta suullisesti.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkimuksen tekijä voi helposti seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin. Raporttia laadittaessaan tutkimuksen tekijä hyödyntää muistiinpanojaan liittyen tutkimusprosessin eri vaiheisiin. Vahvistettavuus on toisaalta ongelmallinen luottavuuden kriteeri, koska toinen tutkija voi päätyä erilaiseen lopputulemaan. (Kylmä & Juvakka 2014, 129.) Omassa opinnäytetyössämme olemme käyneet tuotteistamisprosessin tarkasti vaihe vaiheelta läpi Jämsä & Mannisen (2000) kehittelemän tuotteistamisprosessin mukaan. Ymmärrettävä ja laaja raportointi lisää tutkimuksen vahvistettavuutta. Koko opinnäytetyöprosessi on kirjattu ymmärrettävästi Kajaanin Ammattikorkeakoulun esittämien vaatimusten mukaan.

Edellytyksenä refleksiivisyydelle voidaan pitää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan. Tutkimuksen tekijän tulee arvioida, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissaan. (Kylmä & Juvakka 2014, 129.) Refleksiivisyyttä varten arvioimme ja pohdimme omia lähtökohtiamme ja suhteitamme aineistoon ja tutkimusprosessiin. Aihetta valitessamme molemmat tiesivät jo vähän aiheesta, mutta molempia kiinnosti myös oppia syvällisempää tietoa. Aiheen kiinnostavuuden vuoksi olemme omaksuneet paljon uutta tietoa prosessin aikana. Mielestämme se, että olemme opinnäytetyössämme kuvanneet omat lähtökohtamme tutkimukseen sekä aineiston etsimiseen lisää osaltaan tutkimuksemme reflektiivisyyttä.

On myös huomioitava, että toimeksiantaja sekä henkilökunta olivat toiselle opinnäytetyön tekijöistä jo entuudestaan hyvin tuttuja. Palautekyselyyn vastanneet osallistujat arvioivat koulutuksen onnistumisen kaikilla osa-alueilla todella korkeasti viisiportaisella asteikollamme. Tämän takia pohdimme sitä, vaikuttiko mahdollisesti toisen opinnäytetyön tekijän ja koulutukseen osallistuneiden henkilöiden välinen suhde palautekyselyn tuloksiin. Koulutuksen kehityskohteiksi ehdotettiin vain koulutukseen varattua aikaa ja case-tapausten lukumäärää. Koulutusta olisi haluttu kuunnella ehkä jopa pidempäänkin ja lisäksi tehdä mahdollisesti toinen, hieman erilainen case-tapaus. Jäimme kaipaamaan koulutuksen sisältöä tai jäsentelyä koskevaa rakentavaa palautetta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistuvista henkilöistä ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2014, 129.) Koulutus täyttää siirrettävyyden kriteerin, sillä koulutus ei ole sidottu vain tiettyyn yksikköön ja sen henkilökuntaan. Koulutus voidaan pitää muuttamattomana myös muiden tehostettujen palveluasumisen yksikköjen henkilökunnalle. Täytyy kuitenkin huomioida, että koulutuksen kehittämissä huomioimme paljon nimenomaan toimeksiantajan haasteita ja kyseisen yksikön

käytössä olevia lääkkeitä. Haasteet ja lääkkeet eivät ole välttämättä samanlaiset jokaisessa muussa muistisairaita hoitavassa yksikössä, mikä osaltaan haastaa koulutuksen siirrettävyyttä. Toisaalta muistisairaudet ovat pohjimmiltaan samanlainen sairaus kaikilla yksilöillä, joten kivunhoidon prosessia voi siten hyödyntää myös muissa hoitoyksiköissä.

9.4 Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Valmistuva terveydenhoitaja saa todistuksen terveydenhoitajan sekä sairaanhoitajan tutkinnoista. Terveydenhoitajakoulutus täyttää Euroopan parlamentin ja neuvoston sairaanhoitajakoulutuksesta antamien direktiivien vaatimukset. Terveydenhoitajan tutkinto on laajuudeltaan 240 opintopistettä, joista 60 opintopistettä on terveydenhoitajatyön ammattiopintoja. Nämä rakentuvat yleissairaanhoitajan osaamisvaatimusten päälle. Terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen perustuukin vahvaan sairaanhoitotyön osaamiseen. (Haarala 2022.)

Sairaanhoitajakoulutuksen alakohtaiset kompetenssit perustuvat Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeen tuloksiin (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio ym. 2015). Alakohtaiset kompetenssit on sen jälkeen päivitetty ja yhtenäistetty ammattikorkeakoulujen välillä yleSHarviointi -hankkeessa. (Silen-Lipponen & Korhonen 2020.) Vertasimme opinnäytetyöprosessin aikana tapahtunutta ammatillisen osaamisen kehittymistä alakohtaisiin osaamistavoitteisiin. Terveydenhoitajakoulutuksessa tavoitteena ovat terveydenhoitajan kompetenssien lisäksi sairaanhoitajan kompetenssit. Kompetenssit kuvaavat sairaanhoitajan ammatillista osaamista ja ne on kuvattu yleSHarviointi-hankkeessa.

Osaamisvaatimukset on jaoteltu eri osa-alueiden mukaisesti. Näitä ovat ammatillisuus ja eettisyys, asiakaslähtöisyys, kommunikointi ja moniammatillisuus, terveyden edistäminen, johtaminen ja työntekijyysosaaminen, informaatioteknologia ja kirjaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko, yrittäjäyys ja kehittäminen, laadun varmistus, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä sekä potilas- ja asiakasturvallisuus. (Silen-Lipponen & Korhonen 2020.) Opinnäytetyössämme keskeisimmiksi kompetensseiksi nousivat kliininen hoitotyö, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus sekä ohjaus- ja opetusosaaminen.

Kliininen hoitotyö on laaja kokonaisuus. Kliininen hoitotyö jakautuu Silen-Lipposen & Korhosen (2020) mukaan neljäänkymmeneenyhteen alakohtaan. Kliinisen hoitotyön kokonaisuus sisältää

esimerkiksi muistisairaahan ihmisen hoitotyön, ihmisen ikääntymiseen liittyvät muutokset hoitotyössä sekä iäkkään ihmisen voimavarojen ja toimintakyvyn arvioinnin ja niiden ylläpitämisen hoitotyössä. Keskeisiä piirteitä näille alakohdille ovat muun muassa muistisairaudet ja niiden hoito, ikääntymiseen liittyvät muutoksien huomiointi sekä toimintakyky ja voimavarojen arviointi hoitotyössä. Lisäksi merkittävä alakohta ammatillisuuden kehittämisessä opinnäytetyötämme ajatellen oli tietojen soveltaminen lääkehoidossa, joka sisältää esimerkiksi lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset. Sen lisäksi alakohta käsittää lääkehoidon vaikutusten seurannan, kirjaamisen ja lääkehoidon arvioinnin.

Opinnäytetyössämme ammatillisuus kehittyi erityisesti muistisairaahan ihmisen hoitotyössä. Muistisairaajat ihmiset olivat olleet meille molemmille entuudestaan jo tuttu asiakasryhmä, mutta opinnäytetyöprosessin aikana tieto syventyi. Ammatillisuus kehittyi paljon myös lääkehoidon osa-alueella. Kivun lääkehoito tuli erityisen tutuksi, jonka lisäksi perehdyimme pintapuolisesti muistisairauksien lääkehoitoon. Kivun lääkkeellinen hoito on tärkeä osa-alue hoitotyössä, johon muistisairaus tuo omat erityispiirteensä. Kivunhoito muodostaa prosessin, jossa jokaisen eri osa-alueen huomioiminen on merkityksellistä. Kipua tulee osata arvioida, jotta se osataan hoitaa oikein ja oikeilla menetelmillä. Myös vaikuttavuutta tulee arvioida kivunhoidon seurannan parantamiseksi sekä hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Kivunhoidossa tulee huomioida muistisairaahan toimintakyky ja voimavarat. Lisäksi hoitotyön toiminnot käsittävät esimerkiksi kirjaamisen, jossa korostuu kivun lääkkeellisen hoidon vaikuttavuuden arviointi. Ymmärsimme opinnäytetyötä tehdessämme, kuinka tärkeää tarkka kirjaaminen on kivunhoidon arvioinnin kannalta.

Hoitotyön ammatillisuus ja eettisyys käsittää yhdeksän eri osa-aluetta, joihin lukeutuu esimerkiksi työskentely hoitotyön arvojen, eettisten periaatteiden ja ohjeiden mukaisesti. Lisäksi osa-alueisiin kuuluu eettisyyden toteutumisen arviointi päivittäisessä työskentelyssä ja oman osaamisen arviointi ja kehittäminen. Keskeisiä sisältöjä näille alakohdille ovat ihmisarvo ja ihmisoikeudet, eettisten ongelmien tunnistaminen ja käsittely sekä oman osaamisen itsearviointi ja kehittäminen. (Silen-Lipponen & Korhonen 2020.) Ammatillisuuteen ja asiantuntijuuteen liittyen opinnäytetyön työstämisen aikana ymmärsimme ammatillisen kehittämisen tärkeyden. Uusia tutkimuksia hoitotyöstä tehdään jatkuvasti. Työ on jatkuvassa muutoksessa uuden tiedon myötä, joten oma ammatillinen kasvu ja kehittyminen on tärkeää, jotta voi olla hyvä työssään. Oleellista on huomioida muistisairaahan hoitotyön ja kivunhoidon eettiset kysymykset, ja työskennellä ihmisarvoa kunnioittaen. Muistisairaus voi tuoda ongelmia muun muassa kommunikointiin, jolloin on haasteellista selvittää muistisairaahan ihmisen tahto. Tilanteet voivat johtaa pohtimaan eettisiä kysymyksiä ja sitä, mikä on tilanteessa oikein tai väärin.

Kommunikointi ja moniammatillisuus muodostavat oman kokonaisuutensa sairaanhoitajan osaamisvaatimuksissa. Kokonaisuus jakautuu viiteen alakohtaan. Ammatillisuuden kehittymisen kannalta olennaista on monialaisissa työryhmissä, toimintaympäristöissä ja verkostoissa työskentely hyvien työyhteisötaitojen mukaisesti. Tämä tarkoittaa tiimi- ja monialaista työtä ja emotionaalista älykkyyttä vuorovaikutustilanteissa. (Silen-Lipponen & Korhonen 2020.) Opinnäytetyöprosessin aikana tärkeää oli saumaton tiimityöskentely. Opinnäytetyötä tehdessämme opimme kommunikoimaan toisillemme luontevammin ja selkeämmin. Molempien joustavuus oli myös tärkeä asia prosessin aikana, mikä mahdollisti sujuvan työskentelyn yhdessä. Prosessin aikana hyödynsimme työpajoja sekä ohjaavan opettajan apua. Opinnäytetyöprosessi antoi meille molemmille hyviä työkaluja jatkoon työskennellä moniammatillisessa tiimissä.

Ohjaus- ja opetusosaaminen ja omahoidon tukeminen jakautuu seitsemään alakohtaan, joita ovat esimerkiksi ryhmäohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä asiakaslähtöisten opetus- ja ohjausmenetelmien käyttö. Keskeisiä sisältöjä näissä alakohdissa ovat ohjausosaamisen kehittäminen sekä ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö. (Silen-Lipponen & Korhonen 2020.) Ohjaus- ja opetusosaamiseen kuuluu mielestämme myös oman tiedon jakaminen ja yhteisten ratkaisujen etsiminen. Jatkuva tiedon jakaminen on todella oleellisessa osassa hoitotyössä ja olemme nähneet sitä työelämässä jatkuvasti. Tietoa jaetaan koko ajan paitsi ammattilaisten kesken mutta myös asiakkaille. Nykypäivän hoitotyössä ratkaisuja pohditaan asiakkaiden tilanteisiin yhä enemmän yhdessä heidän kanssaan. Tämä tuo uuden ulottuvuuden hoitotyöhön. Opinnäytetyömme tuotteena syntynyt koulutus liittyi olennaisesti ohjaus- ja opetusosaamiseen. Perehdyimme laajasti koulutuksen teoriaan, menetelmiin ja kulkuun. Ammatillisuus kehittyi ohjaajan tai tässä tapauksessa kouluttajan roolissa.

Ammattikorkeakoulujen yhteisistä kompetensseista tärkeä oli itsensä kehittäminen, jota tapahtui läpi opinnäytetyön. Lisäksi viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen ja kehittämistoiminnan osaaminen kehittyivät työskennellessämme. (Eriksson ym. 2015, 14–15.) Opimme arvioimaan omaa osaamistamme ja suunnittelemaan, organisoimaan ja kehittämään omaa toimintaamme. Opimme erityisesti asioiden kirjallista, suullista ja visuaalista esittämistä käyttäen erilaisia viestintätyylejä. Nämä asiat korostuivat koulutuksessa, jonka toteuttaminen vaati paljon huolellista suunnittelua ja taustatyötä. Kehittämistoiminnan osaaminen kehittyi tiedonhankinnassa ja tiedon kriittisessä arvioinnissa, jota täytyi tehdä jatkuvasti luotettavien lähteiden löytämiseksi. Meidän täytyi myös jatkuvasti palata tarkastelemaan jo tekemäämme työtä ja tarkastella sitä kriittisesti. Tämä kehitti meitä tarkastelemaan työmme jälkeä kriittisesti myös tulevaisuudessa.

9.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheiksi ehdotamme erityisesti koko muistisairaahan henkilön kivunhoidon prosessin tutkimista. Aineistoa nimenomaan kivunhoidon prosessiin oli yllättävän vähän, eikä prosessista ja siihen kuuluvista asioista ollut yhteisymmärrystä aineistojen kesken. Tämä oli osasy sille, miksi itse jaottelimme prosessin opinnäytetyössämme juuri tällä tavalla toimeksiantajan ehdotuksesta. Kivunhoidon prosessi toisaalta noudattaa samaa kaavaa kuin hoitotyön prosessi yleisesti, mutta tutkimustieto hoitotyön prosessin hyödyntämisestä kivunhoidossa olisi hyödyllistä. Tutkimustieto aiheesta auttaisi selkeyttämään kivunhoidon prosessia entisestään, mikä puolestaan vähentäisi kivunhoidon eroavaisuuksia eri yksiköiden välillä.

Toivoisimme jatkoa ajatellen myös enemmän tutkimusta muistisairaiden kivun ennakointiin. Se on mielestämme erittäin tärkeää muistisairaahan toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseksi. Kipua ennakoimalla voidaan estää kivun muuttumista akuutiksi ja samalla vähentää avun tarvetta. Sen lisäksi olisi hyvä tehdä kartoitettavaa tutkimusta liittyen muistisairaiden kivun tunnistamisessa käytettäviin mittareihin. Ehdottaisimme myös lisää tutkimusta koskien hoitohenkilökunnan osaamista liittyen muistisairaiden hoidon osa-alueisiin. Tutkimusta voisi tehdä esimerkiksi hoitajien hyödyntämistä auttamismenetelmistä muistisairaiden hoidossa.

Lähteet

Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. (2007). Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi: kahden kipumittarin vertailu. *Lääkärilehti* 62, 2547–2553.

Burakoff, K. & Haapala, P. (2013). Kohdaten – opas vuorovaikutukseen muistisairaahan ihmisen kanssa. Saatavilla 14.4.2023 https://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluk-sia/kohdaten_netti.pdf

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Porvoo: Bookwell Oy.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. (2003). *Kun muisti pettää – muistihäiriöt ja dementia*. Helsinki: WSOY.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. (N.d.). PAINAD-mittari. Saatavilla 3.5.2023 [https://www.epshp.fi/files/11541/PAINAD-mittari_\(ID_14428\).pdf](https://www.epshp.fi/files/11541/PAINAD-mittari_(ID_14428).pdf)

Fanta, S., Backman, J & Kalso, E. (2022). Parasetamolin, tulehduskipulääkkeiden ja mietojen opioidien käyttö akuutin kivun hoidossa. *Duodecim* 138(8), 704–710.

Finne-Soveri, H., Jakovljevic, D., Mäkelä, M., Heikkilä, R., Andreassen, P., Kylänen, M., Leppäaho, S & Hammar, T. (2018). Vaikeasti muistisairaahan vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huominkin kuin laitoksessa. *Lääkärilehti* 73(18), 1137–1142.

Forma, L., Aaltonen, M., Pulkki, J., Raitanen, J., Rissanen, P., Seinelä, L., Valvanne, J. & Jylhä, M. (2018). Pitkäaikaishoito viimeisenä elinvuotena. *Lääkärilehti* 73(38), 2086–2098.

Haanpää, M. (2004). Neuroopaattisen kivun näyttöön perustuva hoito. *Duodecim* 120(2), 213–220.

Haarala, P. (2022). Terveystieteiden ammattilaisvaatimukset. *Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisu*. TAITO-sarja 92. Helsinki.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.) (2019). *Muistisairaahan hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hallikainen, M., Ngandu, T. & Remes, A. (2022). Muistisairauksien ehkäisy ja varhainen hoito. *Katsausartikkeli*. *Lääkärilehti* 13–14(77), 547–577.

Hartikainen, S., Tiihonen, M. & Lampela, P. (2023). Muistisairaille ongelmalliset lääkevalmisteet ja niiden haittavaikutukset. Duodecim – Käypä hoito. Saatavilla 27.1.2024 <https://www.kaypa-hoito.fi/nix01582>

Heiskanen, M. & Laakso, T. (2019). Muistisairaana oikeus turvalliseen hoivaan ja hoitoon. Muistiliiton blogi. Saatavilla 16.4.2023 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/ajankohtaista/muistiliiton-blogi/blogikirjoitukset/muistisairaana-oikeus-turvalliseen-hoivaan-ja-hoitoon>

Heiskanen, T. (2022). Pitkäaikainen kipu. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 28.4.2023 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00408>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2012). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hotus-hoitosuositus. (2020). Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen – lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Parisod, H., Haapala, O., Koskeniemi, J., Okkonen, E., Saarnio, R. & Tuomikoski, A. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 26.3.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/03/hoitosuosituksen-lyhennelma-muistinsairas-2020.pdf>

IASP - International Association for the Study of Pain. (2011). Terminology. Saatavilla 24.3.2023. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

Jämsä, K. & Manninen, E. (2000). Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kalso, E., Lilius, T. O., Heiskanen, T. & Hamunen K. (2018). Vanhuksen hermovauriokipua on hoidettava tehokkaasti. Lääkärilehti 73(23), 1478–1479.

Kalso, E., Paakkari, P & Forsell, M. (toim.) (2009). Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. 2., uud. p. Lääkelaitos.

Kalso, E. & Paakkari, P. (2011). Laastareilla kipua vastaan. Lääkärilehti 66(21), 1762–1765.

Kankkunen, P. (2011). Muistisairaana kivunhoito vaatii tarkkuutta. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 84(9), 22–24.

Karttunen, M. (2019). Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa hoitohenkilöstön arvioimana. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526223421>

Kipu. (2017). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologi yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla 14.3.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>

Kivelä, S-L. & Rähä, I. (2007) läkkäiden lääkehoito. Kapseli35. Fimean ja Kansaneläkelaitoksen toimittama lääkehoitosuosittusarja terveydenhuollon ammattilaisille. Saatavilla 19.8.2023 https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf

Kivunhallintatalo. (2019). Mitä on pitkäaikainen eli krooninen kipu? Saatavilla 28.4.2023 <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitk%C3%A4aikainen-kipu/mit%C3%A4-on-pitk%C3%A4aikainen-eli-krooninen-kipu>

Kivunhallintatalo. (2021). Tietoa ikääntyvän ihmisen kivusta. Saatavilla 9.6.2023 <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/ik%C3%A4%C3%A4ntyv%C3%A4n-ihmisen-kipu/tietoa-ik%C3%A4%C3%A4ntyv%C3%A4n-ihmisen-kivusta>

Koivisto, A., Paajanen, T., Rinne, J., Hokkanen, L., Vanninen, R., Herukka, S-K., Lötjönen, J. & Hallikainen, M. (2018). Alzheimerin taudin varhainen tunnistaminen. Duodecim 134(24), 2519–2528.

Koskela, T. (2020). Monisairas potilas ansaitsee potilaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen hoidon. Duodecim 136(20), 2206–2208.

Kunz, M., de Waal, M. W. M., Achterberg, W. P., Gimenez-Llort, L., Lobbezoo, F., Sampson, E. L., van Dalen-Kok, A. H., Defrin, R., Invitto, S., Konstantinovic, L., Oosterman, J., Petrini, L., van der Steen, J. T., Strand, L. I., de Tommaso, M., Zwakhalen, S., Husebo, B. S., & Lautenbacher, S. (2020). The Pain Assessment in Impaired Cognition scale (PAIC15): A multidisciplinary and international approach to develop and test a meta-tool for pain assessment in impaired cognition, especially dementia. *European journal of pain* (London, England) 24(1), 192–208. <https://doi.org/10.1002/ejp.1477>

Kupias, P. & Koski, M. (2012). Hyvä kouluttaja. Espoo: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2014). Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Edita.

Käypä hoito -työryhmä. (2016). Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia). Saatavilla 24.3.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix01594>

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P4a>

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Lamppu, P., Laakkonen, M-L., Finne-Soveri, H., Kautiainen, H., Laurila, J. & Pitkälä, K. Training staff in long-term care facilities-effects on resident's symptoms, psychological well-being and proxy satisfaction. *Journal of Pain and Symptom Management* 62(4), 4–12.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. (2012). FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas – SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2/2012. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>

Linna, M., Silander, K., Hörhammer, I., Koivuranta, P., Mikkola, T., Virta, L. & Mikkola, H. (2019). Iäkkäiden muistisairaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 11. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Lääke75+ -tietokanta. (2021). Fimea. Tramal 50 mg kapseli, kova. Saatavilla 15.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/0/23674760.pdf>

Lääke75+ -tietokanta. (2022a). Fimea. Norspan 10 mikrog/t depotlaastari. Saatavilla 15.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humpil/9/23438829.pdf>

Lääke75+ -tietokanta. (2022b). Fimea. Panacod tabletit. Saatavilla 15.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humpil/6/24319946.pdf>

Lääke75+ -tietokanta. (2023a). Fimea. Durogesic 12 mikrog/tunti depotlaastari. Saatavilla 15.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humpil/9/23298539.pdf>

Lääke75+ -tietokanta. (2023b). Fimea. Gabrion 300 mg kovat kapselit. Saatavilla 15.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/3/23918583.pdf>

Lääke75+ -tietokanta. (2023c). Fimea. Panadol 500 mg tabletti, kalvopäällysteinen. Saatavilla 15.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/0/23165490.pdf>

Lääke75+ -tietokanta. (2024a). Fimea. Lyrica 100 mg kovat kapselit. Saatavilla 15.4.2024 https://www.ema.europa.eu/fi/documents/product-information/lyrica-epar-product-information_fi.pdf

Lääke75+ -tietokanta. (2024b). Fimea. Oxycontin Depot 10 mg depottabletti. Saatavilla 15.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humpil/0/23521800.pdf>

Lääke75+ -tietokanta. (2024c). Fimea. Oxynorm 10 mg/ml oraaliliuos. Saatavilla 15.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humpil/3/23521103.pdf>

Lääke75+ -tietokanta. (2024d). Fimea. Voltaren Forte 23,2 mg/g geeli. Saatavilla 10.4.2024 <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/1/23024411.pdf>

Lyhty, M. (2019). Muistisairaahan kivun hoito on kuin salapoliisin työtä. Super (3), 35.

Löppönen, M. (2023). Kipu ja muistisairaus. Duodecim – Käypä hoito. Saatavilla 25.1.2024 <https://www.kaypahoito.fi/nix03280>

Mielikäinen, L & Kuronen, R. (2022). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2021: Sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa laitos- ja asumispalveluissa vuoden aikana yli 100 000 asukasta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022061546605>

Muistisairaudet. (2022). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 16.4.2023 <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Muistisairaudet. (2023). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriin -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 25.1.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s25>

Ngandu, T. & Kivipelto, M. (2018). Monimuotoiset elintapainterventiot muistisairausedpidemian ehkäisyssä. Duodecim 134(24), 2547–2553

Ojala, R. & Pennanen, E. (2022). Tavallisimmat interaktiot ja lääkehoidossa piilevät vaarat. Lääkärilehti 77(9–10), 403–406.

Paakkari, P. & Kalso, E. (2018). Parasetamoli – laaja käyttö, entä näyttö? Duodecim 134(11), 1119–1120.

Paakkari, P. (2004). Iholta imeytyvät tulehduskipulääkkeet. *Duodecim* 120(12), 1485–1489.

Paulamäki, J., Jyrkkä, J., Huupponen, R., Jämsen, E., Ahonen, J., Antikainen, R., Hartikainen, S., Jauhonen H-M., Laurila, J., Roitto, H-M., Söderling, R., Tiihonen, M. & Kalso, E. (2022). Lääke75+ auttaa iäkkään potilaan kivunhoidossa. *Lääkärilehti* 77(9–10), 372–375.

Rahko, E. & Rajala, K. Saattohoito terveystieteiden vuodeosastolla. *Duodecim* 136(13), 1605–1613.

Remes, A. (2018). Muistipotilaan laadukas hoito tulevaisuudessa – mahdoton haaste yhteiskunnalle? *Duodecim* 134(24), 2507–2508.

Ritari, J., Ahonen, R., Hartikainen, S., Taipale, H & Koponen, M. (2016). Käyttävätkö Alzheimer-potilaat vähemmän kipulääkkeitä kuin muu väestö? *Lääkärilehti* 71(42), 2657–2662.

Rosenvall, A. (2023). Alzheimerin taudin kulku. *Duodecim – Käypä hoito*. Saatavilla 25.1.2024 <https://www.kaypahoito.fi/nix00516>

Rosenvall, A., Hallikainen, M. & Strandberg, T. (2018). Alzheimerin taudin lääkehoito taudin eri vaiheissa. *Duodecim* 134(24), 2531–2537.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. (2021). Lääkehoidon käsikirja. 9–10 uud., p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sainio, T. & Seppänen, M. (2022). Depot- ja lääkelastareiden käyttö. Hoitotyön tietokanta, *Duodecim*.

Silen-Lipponen, M. & Korhonen, T. (Toim.). (2020). Osaamisen ja arvioinnin yhtenäistäminen sairaanhoitajakoulutuksessa – YleSHarviointi-hanke. Savonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 14.3.2024 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020111089877>

Srivastava, S., Ahmad, R. & Khare, S. (2021). Alzheimer's disease and its treatment by different approaches: A review. Saatavilla 16.8.2023 <https://doi.org/10.1016/j.ejmech.2021.113320>

Suominen, M. & Lehtisalo, J. (2020). Muistisairaus ja ravitsemus. Lääkärikirja *Duodecim*. Saatavilla 26.3.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01269>

Tasmuth, T. (2019). Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Lääkärilehti* 74(9), 540–544.

Tarhonen, T. (2013). Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos, Kuopio.

Tavi, V. & Lahtonen, R. (2019). Muistisairaana selviytymisopas. Jyväskylä: Docendo.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (N.d.) Toimintakyvyn ylläpitäminen. Hyvinvointia vanhuuteen. Saatavilla 20.2.2024 <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) (2016). Geriatria. 3., uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla 10.4.2023 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Yarnall, A., Sayer, A., Clegg, A., Rockwood, K., Parker, S. & Hindle, J. (2017). New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing* 46(6), 882–888.

Liite 1: PAINAD

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)

	0 PISTETTÄ	1 PISTE	2 PISTETTÄ	TULOS
Hengitys	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä.	
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljais- ta puhetta.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä.	
Ilmeet	Hymytön tai ilmeetön.	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää	
Elekieli	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädetnyrkissä. Polvet koukussa. Poisvetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
Lohduttaminen	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.	
			Tulos yhteensä:	

Liite 2: Palautekysely koulutuksesta

Palautekysely koulutukseen osallistuneille

Koulutus muistisairaana lääkkeellisen kivunhoidon prosessista 29.02.2024 Puolangan Mäntykoddissa

Ympyröi se numero, jonka koet vastaavan mielipidettäsi. Kyselyyn vastataan anonyymisti. Alta löydät selitykset numeroille.

1. Täysin eri mieltä
2. Jonkin verran eri mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jonkin verran samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

Koulutuksen kesto oli sopiva.

1 2 3 4 5

Opin koulutuksen aikana jotain uutta.

1 2 3 4 5

Koen voivani hyödyntää koulutuksen aikana saamaani tietoa omassa työssäni.

1 2 3 4 5

Kouluttajilla oli hyvä tietämys aiheesta.

1 2 3 4 5

Mikä koulutuksessa oli hyvää?

Mitä kehitettävää koulutuksessa on?

Palautekyselyn vastaukset käydään läpi kouluttajien kesken opinnäytetyötämme varten. Kyselyiden vastaukset käsitellään lopullisessa opinnäytetyössämme.

Kiitos vastauksistasi ja osallistumisesta koulutukseen! 😊