

Liisa Päivänsäde

IKÄÄNTYVÄN MUISTISAIRAAN PALLIATIIVINEN HOITO

Opinnäytetyö
Sairaanhoitajakoulutus


Tammikuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 29.1.2016
Tekijä(t) Liisa Päivänsäde	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sairaanhoidajakoulutus, Sairaanhoitaja AMK
Nimeke IKÄÄNTYVÄN MUISTISAIRAAN PALLIATIIVINEN HOITO	
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa näyttöön perustuva palliatiivisen hoitotyön malli etenevää muistisairautta sairastavien vanhusten hoitoon Villa Saimaan palvelukodissa. Villa Saimaa kuuluu Vetrea-konserniin, jolla on ikäihmisten, kehitysvammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja vammautuneiden yksiköitä useammalla paikkakunnalla Itä- ja Keski-Suomessa. Mallin kehitin tuotekehitysprosessin mukaan kirjallisuuden ja suositusten pohjalta sisällön analyysia käyttäen. Tavoitteena tässä opinnäytetyössä on saada aikaan toimintatapoja, joiden avulla voidaan muistisairaiden elämänlaatua parantaa elämän loppuvaiheessa. Tämä malli antaa hoitajille työkaluja päivittäiseen hoitotyöhön sekä yhtenäistää toimintatapoja. Näin voidaan motivoida hoitotyöntekijöitä sekä turvata saman laatuinen hoito jokaiselle. Opinnäytetyön aihe on lähtenyt toimeksiantajan tarpeista ja olen tehnyt kehittämistyön yhdessä heidän kanssaan. Palautetta valmiista mallista olen pyytänyt myös yrityksen muiden palvelukotien vastaavilta sairaanhoitajilta. Teoriaosuudessa käsittelem lyhyesti yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ja niiden tyypillisiä piirteitä sekä palliatiivista hoitoa ja siihen liittyviä näkökulmia kirjallisuuden ja suositusten pohjalta. Tuotekehitysprosessi etenee tässä työssä Jämsän ja Mannisen (2000) viisivaiheisen tuotekehitysprosessin mukaan. Olen ottanut ajatuksia myös Caganin ja Vogelín (2003) teoksesta. Tuotekehitysvaiheita ovat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehitysvaihe ja viimeistelyvaihe. Varsinainen tuotteen koekäyttö ja testaus tehdään tämän työn valmistumisen jälkeen. Mallista kehitin yleispätevän siten, että se on käytettävissä yrityksen jokaisessa ikääntyneiden yksikössä. Malli otetaan käyttöön vuoden 2016 alusta Villa Saimaassa ja sitä arvioidaan säännöllisesti tiimipalaverissa. Sitä muokataan tarpeita vastaavaksi arvioinnin pohjalta. Malli löytyy yrityksen intranetistä. Jokainen yksikkö voi tehdä siihen tarvittavat lisäykset omaa toimintaansa varten. Malli toimii pohjana myös henkilökunnan koulutukselle palliatiivisesta hoidosta.	
Asiasanat (avainsanat) Näyttöön perustuva hoito, muistisairaus, palliatiivinen hoito, FinCC	
Sivumäärä 28 sivua + liitteet	Kieli suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) Liitteet 1,2,3, 4(2), 5, 6(2), 7(5)	
Ohjaavan opettajan nimi Erja Ruotsalainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Hoivakymppi Oy Villa Saimaan palvelukoti

DESCRIPTION

	Date of the bachelor's thesis 29.1.2016
Author(s) Liisa Päivänsäde	Degree programme and option Degree Programme in Nursing
Name of the bachelor's thesis The Palliative Care of the Elderly with Memory Disorders	
Abstract <p>The purpose of this thesis was to implement an evidence-based model of palliative care with a product development process for clients with a progressive memory disease in the Villa Saimaa of nursing home. Villa Saimaa is a part of the Vetrea group, which has care units in several places in Eastern and Central part of Finland. The model was developed using content analysis on the basis of literature and recommendations.</p> <p>The target of this thesis is to developed practices to improve the quality of the life of clients with dementia in the end of their lives. This model provides tools for nurses in their daily care work and standardizes practices. This may motivate nurses and secure the same treatment for everyone.</p> <p>In the theory part I shortly discuss the most common progressive memory diseases and their typical characteristics as well as perspectives of palliative care. The product development process proceeds according the five-steps of Jämsä and Manninen (2000). I have adapted ideas also from the work of Cagan and Vogel(2003).</p> <p>The subject of this thesis arose the need of the client and the development work has been conducted in close cooperation with them. I have received feedback on the finished model also from nurses in other nursing homes of the company. The model is introduced and presented the company intranet. Every unit can make necessary additions for their own activities.</p>	
Subject headings, (keywords) Evidence based practice, dementia, palliative care	
Pages 28 pages + appendices	Language Finnish
Remarks, notes on appendices Appendices 1, 2, 3, 4(2), 5, 6(2), 7(5)	
Tutor Erja Ruotsalainen	Bachelor's thesis assigned by Hoivakymppi Oy Villa Saimaa

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	2
3	OPINNÄYTETYÖN4 KESKEISET KÄSITTEET.....	2
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	4
5	ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET.....	4
5.1	Alzheimerin tauti.....	4
5.1	Aivoverenkiertosairaudesta johtuva muistisairaus.....	5
5.2	Lewyn kappale -tauti.....	5
5.3	Otsa-ohimolohkorappeumat	6
5.4	Muut etenevät muistisairaudet	6
6	PALLIATIIVINEN HOITO	7
6.1	Elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelu	7
6.2	Elämänlaatu	9
6.3	Oireiden lievitys.....	10
6.4	Toivon ylläpitäminen	11
6.5	Hengellisyys	12
6.6	Omaisten tukeminen.....	13
6.7	Toimiva hoitoympäristö	14
6.8	Hoitohenkilökunnan koulutus.....	14
7	TUOTEKEHITYSPROSESSIN TOTEUTUS	15
7.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen.....	16
7.2	Ideavaihe.....	17
7.3	Luonnosteluvaihe	17
7.4	Tuotteen kehitysvaihe	19
7.5	Viimeistelyvaihe	20
8	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	22
9	POHDINTA.....	23
	LÄHTEET	26

LIITTEET

1 Tuotekehitysprosessi kuvana

- 2 Palliativisen hoitomallin rakenne
- 3 Ensimmäinen palautekysely hoitomallista
- 4 Kooste ensimmäisestä palautteesta
- 5 Toinen palautekysely hoitomallista
- 6 Kooste toisesta palautteesta
- 7 Muistisairaana palliativisen hoidon malli

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tein toiminnallisena opinnäytetyönä. Tarkoituksena oli toteuttaa tuotekehitysprosessia mukaillen, näyttöön perustuva palliatiivisen hoitotyön malli etenevää muistisairautta sairastavien vanhusten hoitoon tehostetussa palveluasumisessa. Mallin laadin sisällönanalyysimenetelmällä kirjallisuuden ja hoitosuosittelujen mukaan konsultoiden toimeksiantajaa ja sen hoitotyöntekijöitä. Toimeksiantajani oli Hoivakymppi Oy:n Villa Saimaan palvelukoti, joka on osa isompaa Vetrea konsernia.

Tavoitteena opinnäytetyössäni on saada aikaan toimintatapoja, joita käyttämällä muistisairaiden elämänlaatua voidaan parantaa sairauden edetessä. Malli tulee hoitohenkilökunnan käyttöön. Mallin laatimisen tavoitteena oli saada näyttöön perustuvaa tietoa käytäntöön ja taata jokaiselle tasalaatuinen ja laadukas hoito, jonka tavoitteena on oireiden lievitys ja hyvä elämänlaatu. Hoitotyön mallista kehitin yleispätevän, jota voidaan käyttää toimeksiantajan lisäksi Vetrea -konsernin kaikissa ikäihmisten palvelukohteissa.

Keskityn työssäni vain etenevää muistisairautta sairastaviin ja yli 65-vuotiaisiin. Koska työskentelen muistisairaiden parissa palvelukodissa, aihe kiinnostaa henkilökohtaisesti. Aihe työlleni on tullut omalta työpaikaltani. Se on ajankohtainen ja työlle on selkeä tarve olemassa, koska vuonna 2014 toimeksiantajani ulkoisessa auditoinnissa tuli esille, että kyseisessä palvelukodissa ei tarpeeksi hyödynnetä näyttöön perustuvaa tietoa.

Kehitin näyttöön perustuvaa mallia ikääntyvän muistisairaahan palliatiivisessa hoidossa. Hoitotyön toimintoja käsittelin Suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen, FinCC:n mukaisesti. Suosituksia etsin kirjallisuudesta nimenomaan muistisairaiden hoitoon palliatiivisesta näkökulmasta. Teoriaosuudessa käsittelen yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ja palliatiivista hoitoa sekä siihen liittyviä näkökulmia. Ikääntyvän muistisairaahan palliatiivisen hoitotyön mallin kehitin Jämsän ja Mannisen (2000) tuotekehitysprosessin mukaan. Käytin lähteenä myös Caganin ja Vogelien (2003) teosta. Mallia olen kehitellyt yhdessä toimeksiantajan hoitotyöntekijöiden kanssa ja palautetta mallista olen pyytänyt Vetrean toisista palvelukodeista sekä myös hoitavalta lääkäriltä.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Opinnäytetyön toimeksiantaja on yksityinen hoivapalveluja tarjoava suomalainen yritys Hoivakymppi Oy. Hoivakymppi Oy on Vetrea Terveys Oy:n tytäryhtiö. Vetrealta on ikäihmisten ja vammaisten palvelukoteja eri puolilla Suomea: Iisalmessa, Joensuussa, Jyväskylässä, Jämsässä, Kotkassa, Kuopiossa, Mikkelissä, Savonlinnassa ja Siilinjärvellä. Hoivakymppi Oy tarjoaa kodinomasta asumista ja ympärivuorokautista hoivaa. Omaiset ovat aina tervetulleita Hoivakymppi Oy:n palvelukoteihin, joissa vietetään juhlapäivät ja asukkaiden syntymäpäivät. (Vetrea 2015, Hoivakymppi Oy 2015.)

Työskentelen Hoivakymppi Oy:n palvelukodissa, vuonna 2009 valmistuneessa Villa Saimaassa, joka on 38-paikkainen tehostettua palveluasumista ikäihmisille ja kehitysvammaisille tarjoava palvelukoti. Villa Saimaassa on kolme yksikköä: Väylä kehitysvammaisille (15 paikkaa), Salmi ikäihmisille (15 paikkaa) ja Poukama erityisesti muistisairaille (8 paikkaa). Poukamassa on pelkästään muistisairaita, mutta suurin osa myös Salmen asukkaista kärsii jonkinasteisesta muistisairaudesta. Kaikki palvelukodin ikäihmiset ovat yli 65-vuotiaita. Poukamalla ja Salmella on yhteinen henkilökunta, joista valtaosa on käynyt muistisairaiden hoitamiseen ohjaavan validaatio-koulutuksen. Henkilökuntaa vanhusyksikössä on 14 henkilöä, joista 12 on lähihoitajia ja 2 sairaanhoitajaa. Toinen heistä on vastaava sairaanhoitaja. Villa Saimaassa toteutetaan ns. ”portaatonta hoitomallia”, jonka mukaan ikäihminen saa olla omassa kodissaan elämänsä loppuun saakka, eikä häntä siirretä esim. terveyskeskuksen vuodeosastolle viimeisiksi päiviin. Vetrean yhteiset arvot ovat asiakaslähtöisyys, luotettavuus ja osaaminen, jotka näkyvät kaikessa toiminnassamme. (Vetrea, 2015, Hoivakymppi Oy 2015.)

3 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

Keskeisiä käsitteitä tässä opinnäytetyössä ovat näyttöön perustuva hoito, muistisairaat, palliatiivinen hoito ja FinCC. Näyttöön perustuva hoito on tutkitun tiedon soveltamista käytäntöön. Sen tarkoituksena on mahdollisimman hyvä hoito, joka perustuu ajantasaiseen tutkimustietoon tai muuhun luotettavaan tietoon. Hoidon oikealla valinalla voidaan päästä myös kustannusten hallintaan. Harkittu tiedon käyttö edellyttää hoitovaihtoehtojen pohdintaa ottaen huomioon kliinisen asiantuntemuksen lisäksi myös asiakkaan toi-

vomukset. Näyttöön perustuva toiminta/hoido on monimutkainen ongelmanratkaisuprosessi, joka edellyttää kykyä tunnistaa tiedon tarve sekä taitoa hakea, arvioida ja käyttää tietoa. Tutkimustietoa voidaan käyttää oman ammattitaidon ylläpitämiseen sekä potilaan hoidon ja hoitotyön kehittämiseen. (Elomaa & Mikkola 2010, 6, 9 - 13.)

Muistisairaat ovat henkilöitä, jotka sairastavat muistia ja kognitiivisia toimintoja heikentäviä sairauksia. Kognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan tiedon käsittelyyn liittyviä taitoja, esim. luetun tai kuullun ymmärtämistä ja toimimista sen mukaan. Etenevää muistisairautta sairastavien sairaus etenee siten, että opitut toiminnot heikkenevät vähitellen ja avuntarve selviytyä päivittäisistä toimista lisääntyy ajan myötä. Sairauden etenemisnopeuteen vaikuttaa yksilöllisten tekijöiden lisäksi sairauden luonne. (Muistiliitto 2015b.)

Palliativinen hoito tarkoittaa parantumatonta sairautta sairastavien hyvää oireita lievittävää ja elämänlaatua parantavaa hoitoa. Se on kokonaisvaltainen lähestymistapa, joka perustuu sairastuneen ongelmien varhaiseen tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja lieviytykseen. Joskus palliativista hoitoa voi olla myös oireita lievittävä kirurgia tai sädehoito. Sairastuneen kaikkia oireita seurataan ja niitä hoidetaan aktiivisesti ja huolellisesti. Palliativisessa hoidossa huomioidaan sairastuneen lisäksi myös hänen omaisensa. Huomiota kiinnitetään erityisesti heidän psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen hyvinvointiinsa tukemalla ja auttamalla. (Vainio & Hietanen 2004, 17 - 18, Surakka ym. 2015, 13 - 16.)

FinCC on rakenteisen kirjaamisen työkalu, joka sisältää suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL), suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) ja suomalaisen hoitotyön tuloluokituksen (SHTuL), joiden tarkoituksena on yhdenmukaistaa hoitotyön kirjaamista. Rakenteisen kirjaamisen avulla potilasturvallisuus paranee, kun jokainen kirjaa samat tiedot samaan paikkaan. Tällöin tieto on helposti saatavissa ja löydettävissä ja se mahdollistaa myös tilastoinnin ja sitä voidaan hyödyntää päivittäisen päätöksenteon lisäksi myös johtamisessa ja tutkimisessa. Käytän tässä työssäni vain suomalaisen hoidon tarveluokitusta. Siinä hoitotyön toimet on jaettu 17 komponenttiin, joilla on omat pää- ja alaluokkansa. (Saranto ym. 2007, 88 - 92, Linjamo ym. 2012, 9.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyöni tarkoituksena on toteuttaa tuotekehitysprosessia mukaillen, näyttöön perustuva palliatiivisen hoitotyön malli etenevää muistisairautta sairastavien ikäihmisten hoitoon tehostetussa palveluasumisessa. Mallin kehittämiseksi käytän kirjallisuutta, tutkimuksia ja hoitosuosituksia.

Tavoitteena opinnäytetyössäni on saada aikaan toimintatapoja, joita toteuttamalla muistisairaiden elämänlaatua voidaan parantaa sairauden edetessä. Yhtenäisten toimintatapojen avulla voidaan kaikille asukkaille turvata saman laatuinen hoito ja motivoida hoitajia toimimaan yhdenmukaisesti. Tämä malli antaa hoitajille työkaluja päivittäiseen työhön muistisairaiden hoidossa.

5 ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET

5.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin kaikista etenevistä muistisairauksista. Se on hitaasti etenevä muistisairaus, joka voi alkaa kehittyä jo 20–30 vuotta ennen ensimmäisten oireiden kehittymistä, joten sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Osalla sairaus voi olla periytyvä, jolloin se alkaa yleensä alle 60-vuotiaana. Sairauteen liittyy vaiheittain esiintyviä tyypillisiä oireita. Muisti vaurioituu eniten. Taudin edetessä omatoimisuus vähenee ja tulee käytösoireita sekä arkiselviytymisen rajoituksia. Alzheimerin taudissa toimintakyky heikkenee vastakkaisessa järjestyksessä kuin kyvyt opitaan lapsuudessa. Elämänhistoria säilyy ja kyky emotionaalisesti ja sosiaalisesti asianmukaiseen käytökseen säilyy pitkään. Alzheimerin tauti jaetaan varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen. Keskimääräinen elinaika oireiden alkamisesta on noin 10 vuotta. (Soininen 2010, 121 - 129, 140.)

5.1 Aivoverenkiertosairaudesta johtuva muistisairaus

Aivoverenkiertosairauden aiheuttamaa etenevää muistisairautta on kutsuttu myös vas-kulaariseksi dementiaksi. Tästä sairaudesta on käytetty myös nimitystä moni-infarkti dementia. Tämä sairaus aiheuttaa muistin ja tiedonkäsittelyn heikkenemistä. Aivove-renkierrosta johtuva kognitiivisella heikentymällä on useita alatyyppejä. Voidaankin puhua oireyhtymästä, jonka syynä voi olla erityyppisiä verenkiertohäiriöitä ja muutok-sia aivoissa. Aivoverenkiertosairauksiin liittyy suuri älyllisten toimintojen heikentymi-nen ja muistisairauden riski, siksi on tärkeää niiden varhainen toteaminen ja hoito sekä riskitekijöiden ehkäisy. Tämä sairaus etenee tyypillisesti vaiheittain ja välillä voi olla tasaisia vaiheita. Tyypillinen piirre on häiriöt omassa toiminnanohjauksessa sekä käve-lyvaikeudet. (Erkinjuntti 2009, 129 - 135.)

5.2 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti alkaa noin 50 - 80 vuoden iässä. Se on rappeuttava etenevä muis-tisairaus. Sairaudelle on tyypillistä, että kognitiivisten toiminnot, tarkkaavuus ja vireys-tila vaihtelevat. Sairastuneilla on kävelyvaikeuksia, hidasliikkeisyyttä ja lihasjäyk-kyttä. Tälle taudille tyypillistä ovat erilaiset tarkat visuaaliset hallusinaatiot ja harha-luulot, joista tavallisimpia ovat vainoharhat. Kognitiivisia oireita ovat huono muisti, hahmotushäiriöt, kätevyuden heikkous ja kielelliset häiriöt. Lewyn kappale -taudin oi-reet ovat lähellä Parkinsonin taudin oireita ja erotusdiagnoosiikka on välillä vaikeaa. Lewyn kappale -tautia esiintyy myös Alzheimerin tautiin yhdistyneenä. Lewyn kappale -tauti alkaa vähitellen ja sairauden kesto vaihtelee kahdesta kahteentoista vuoteen. REM-unen aikaisia käytösoireita voi esiintyä, ennen kuin sairaus diagnosoidaan. Unet ovat vilkkaita ja usein pelottavia, joiden aikana ihminen liikuttelee voimakkaasti raajo-jaan ja äänтелеe. Lewyn kappale -tautiin liittyy myös toistuvat kaatuilemiset ja pyörtyily sekä epämääräiset tajunnanhäiriökohtaukset. Sairastuneet ovat hyvin herkkiä saamaan neurolepteistä haittavaikutuksia. (Soininen 2010, 159 - 160, Erkinjuntti 2009, 143.)

5.3 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumat koostuvat etenevistä sairauksista, joissa aivojen otsa- ja ohimolohkot rappeutuvat. Tässä ryhmässä on joukko eri sairauksia, joita on hankala jaotella. Voidaan kuitenkin puhua kolmesta erilaisesta tyyppistä, joita ovat frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Otsalohkorappeuman eli frontotemporaalisen dementian keskeinen piirre on asteittain etenevä persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos. Sairaus ilmenee estottomuutena, arvostelukyvyttömyytenä, tahdittomuutena, levottomuutena ja apatiana. Henkilö saattaa tehdä sopimattomia ehdotuksia ja hänen puheensa saattaa muuttua seksuaalisvirittyneeksi. Sairauden piirteitä ovat myös aloitekyvyttömyys ja apaattisuus. Henkilön toiminta on hyvin ärsykesidonnaista eli toimintaa syntyy silloin kun on ärsykeitä, esim. henkilö huomaa jonkin esineen ja toimiin sen mukaan, mutta muuten hän voi istua pitkään tekemättä mitään. Tässä sairaudessa havaitaan toiminnanohjauksen vaikeutta ja kognitiivista hitautta ja juuttumista. Puheen tuotto on niukkaa, mikä ilmenee sanasujuvuuden heikentymisenä. Tautiin liittyy myös sairauden tunnottomuus. Etenevä sujumaton afasiassa keskeinen piirre on puheen tuoton häiriö. Puheen tuotto on työlästä ja siinä esiintyy fenologiaa ja kieliopillisia virheitä. Henkilöllä esiintyy vaikeuksia puheen ymmärtämisessä sekä lukemisessa ja kirjoittamisessa. Semanttisessa dementiassa sanojen merkitykset häviävät ja esiintyy nimeämis- ja ymmärtämishäiriöitä. Puhe on sujuvaa, mutta sisällöltään tyhjää. Henkilöllä esiintyy kasvojen ja esineiden tunnistamisvaikeuksia. (Soininen 2010, 17, 166 - 169, Erkinjuntti 2009, 141 - 148.)

5.4 Muut etenevät muistisairaudet

Muita eteneviä ja harvinaisempia muistisairauksia ovat Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaalisairaudet (monisysteemiatrofia, etenevä subranukleaarinen halvaus, kortokobasaalinen degeneraatio, Huntingtonin tauti), prionitaudit, normaalipaineinen hydrokefalia, harvinaiset perinnölliset etenevät muistisairaudet ja CADASIL. Prionitaudeista voidaan mainita tässä Creutzfeld-Jakobin tauti. Perinnölliset muistisairaudet alkavat yleensä melko nuorelle iällä ja ne periytyvät vallitsevasti. (Soininen 2010, 172 - 199.)

6 PALLIATIIVINEN HOITO

Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan hoitoa, jossa keskeistä on oireiden lievittäminen ja elämän laatu. Tarkoituksena ei ole pitkittää tai lyhentää elämää vaan sallia luonnollinen kuolema. Palliatiivisessa lähestymistavassa näkökulmana on ihmisestä huolehtiminen ja oireiden lievittäminen sekä psykososiaalinen ja henkinen tukeminen. Perheenjäsenet ja läheiset otetaan mukaan hoitoon ja heidän tukemisensa on osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon voidaan katsoa alkavaksi muistisairausdiagnoosin teosta ja se jatkuu koko sairausajan kuolemaan ja sen jälkeiseen omaisten tukemiseen saakka. Kokonaisvaltainen ajattelu ihmisen hoidossa on ominaista palliatiiviselle hoidolle. (Kiuru 2014, 13 - 14.) Muistisairaudet ovat kasvava terveysongelma väestön ikääntyessä. Kokemus ja tutkimukset osoittavat, että palliatiivinen hoito sopii hyvin muistisairaiden loppuvaiheen hoidoksi. Erityisesti vanhukset hyötyvät palliatiivisesta hoidosta (Vainio 2004, 21 - 24.)

Kiuru ym. (2014) pohtii teoksessaan palliatiivisen- ja saattohoidon nykytilaa, tulevaisuutta ja kehittämishaasteita. Palliatiivisen hoidon haasteena on kotihoidon kehittämisen asiakkaiden tarpeita tyydyttäväksi. Sairastuneen ja läheisten saama tuki ja osallistuminen hoitoon sekä nykyinen kivunhoito koettiin hyvänä, mutta tuki sairastuneen kuoleman jälkeen ei toteutunut riittävästi. Surevien auttaminen on haasteena kehitettäessä palliatiivista- ja saattohoitoa. Tärkeimpiä kehittämiskohteita olivat koulutuksen lisääminen, saattohoitolinjausten laatiminen, sairastuneen ja läheisten tuen kehittäminen sekä viestintä ja yhteistyö. Tärkeiksi asioiksi koettiin myös, sairastuneen itsemääräämisoikeus, hoitotahto, hoidon laatu ja toivon ylläpitäminen sekä yhteistyö. Vuorovaiikutustaitoja pidettiin tärkeinä sairastuneen ja hänen läheistensä tukemisessa. Hoitopaikkakohtaisille ohjeille nähtiin myös tarvetta. (Kiuru 2014, 47 - 52.)

6.1 Elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelu

Joanna Briggs -instituutin suosituksen (2011) mukaan elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelu tulisi alkaa pian muistisairauden diagnoosin selvittyä. Tällöin sairastuneella on mahdollisuus ilmaista omat toiveensa hoidon järjestämiseen. Muistisairaana hoidossa on tärkeää keskustella sairastuneen hoitotahdosta. (JBI-suositus 2011.) Esimerkiksi

muistiliitolla on valmis hoitotahtokaavake, jota voi käyttää apuna hoitotahdosta keskustellessa. (Muistiliitto 2015a). Laakkonen ym. (2006) mukaan hoitotahtoa voidaan käyttää potilaan itsemääräämisoikeuden muotona palliatiivisessa hoidossa. Potilas voi hoitotahdolla kertoa toiveitaan hoidosta sellaisen tilanteen varalle, jossa hän ei itse pysty ilmaisemaan mielipidettään. Potilaan laatima hoitotahto sitoo oikeudellisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja siitä ei voi poiketa kuin hyvin painavista syistä. Potilas itse voi peruuttaa hoitotahtonsa joko suullisesti tai kirjallisesti. (Laakkonen ym. 2006, 5179 - 5180.) Hoitotahto ja muut elämän loppuvaiheen hoitotoiveet tulee olla kaikkien hoitamiseen osallistuvien tiedossa ja helposti saatavissa. Ne tulee kirjata selkeästi asiakasasiakirjoihin. Suunnitelmilla ei ole merkitystä, jos niistä ei tiedetä. (Hänninen & Kärpäniemi 2011, 3642 - 3643.)

Suomalaisten tutkimusten mukaan lääkärit kokevat hoitotahdon helpottavan keskustelua potilaiden kanssa elämän loppuvaiheesta. Suurin osa iäkkäistä ihmisistä haluaa keskustella hoitoonsa liittyvistä asioista ja hoitopäätöksistä. Noin puolet haluaa keskustella lääkärin ja omaisten kanssa hoitotoiveista. Lääkärit toivoisivat potilaiden ottavan hoitotahdon puheeksi, mutta varsinkin iäkkäät toivovat, että lääkäri ottaisi asian puheeksi. Iäkkäiden potilaiden hoitotoiveista keskustellessa tulisi selvittää myös heidän elämänarvoja ja -asenteita sekä mielialaa ja mahdollista masennusta. Hoitotahdosta puhuminen auttaa keskustelua elämästä ja kuolemasta sekä lähisuhteiden merkityksestä. Elämän loppuvaiheen hoidosta keskusteleminen edellyttää turvallista hoitosuhdetta ja aikaa paneutua keskusteluun. (Laakkonen ym. 2006, 5181 - 5182.)

Elämän loppuvaiheen suunnittelua tulee tehdä yhdessä omaisten kanssa säännöllisten tapaamisten yhteydessä. Samalla voidaan tarkkailla omaisten jaksamista ja auttaa heitä tarvittaessa. (Hänninen 2006, 88 - 89.) Strandberg ja Antikainen (2009) kertovat artikkelissaan, että amerikkalaisen tutkimuksen mukaan lähes puolelle (41%) saattohoitovaiheessa olevalle muistisairaalle tehtiin ainakin yksi rasittava toimenpide (sairaalaan siirtäminen, letkuruavitus tai suonensisäinen hoito), joista saatava hyöty oli kyseenalainen. Heidän omaisensa eivät olleet tietoisia pitkälle edenneen muistisairaudesta kuluista tai oireista. Vastaavasti niillä potilailla, joiden omaiset tiesivät muistisairaudesta asianmukaisesti, oli pienempi riski joutua kokemaan rasittavia toimenpiteitä. Tutkijoiden mukaan vaikeasti muistisairaille tulee antaa hyvää oireenmukaista perushoitoa ja välttää epätarkoituksenmukaisia hoitoja tai sairaalasiirtoja. (Strandberg & Antikainen 2009, 4023.)

Siinä vaiheessa kun muistisairas ei enää asu kotona, hoitohenkilökunta voi tarjota omaisille tukea päätöksenteossa. Siksi hoitopaikassa on tärkeää aikaansaada ja säilyttää hyvä keskusteluyhteys asukkaan omaisiin. Hoitohenkilökunnan tulee varmistaa, missä määrin omaiset ovat halukkaita osallistumaan hoitoon liittyvien päätösten tekemiseen. Hoitohenkilökunnan tulisi aktiivisesti tarjota mahdollisuutta omaisille vastavuoroiseen tietojen vaihtoon asukkaan sairaudesta ja hoitovaihtoehdoista. Omaiselta saadaan tietoja asukkaan elämänlaadusta, elämänhistoriasta ja arvoista sekä heidän toiveistaan hoitoa kohtaan. (JBI-suositus 2014a.)

Raportissaan Antikainen ym. (2013) huomauttavat, että aina ei tunnisteta etenevien muistisairauksien johtavat kuolemaan ja siksi jäljellä olevaa elinaikaa arvioidaan todellista pidemmäksi. Tutkimusten mukaan vain kolmasosa muistisairaista potilaista oli saattohoidossa ennen kuolemaansa. Hyvään oirenmukaiseen hoitoon ei pitäisi kuulua enää rutiininomaista verinäytteen ottoa tai mekaanisia rajoitteita eikä ravitsemusletkuja tai suonensisäisiä kanyyleja. Antibioottihoitoa ei suositella enää elämän loppuvaiheessa, koska se voi lisätä haittaavia oireita eikä ennuste parane antibiootihoidolla. Ainoastaan keuhkokuumeen oireita antibioottihoito voi helpottaa. Myöskään ravitsemusletkun käyttö ei lisää elämän pituutta, toimintakykyä, hyvää ravitsemustilaa tai paranna elämän laatua. (Antikainen ym. 2013, 909 - 912.)

6.2 Elämänlaatu

Heimosen ja Tervosen (2004) mukaan elämänlaadulla tarkoitetaan muistisairaana kokemusta mielekkästä elämästä. Hänelle on tärkeää kuulua johonkin ja jatkaa ihmissuhteiden ylläpitämistä sekä elää arvojensa ja uskomustensa mukaan. Koska muistisairautta ei voi parantaa, tulee huolenpidon lähtökohtana olla elämänlaadun ylläpitäminen ja edistäminen. Jokainen kokee elämänsä laadun yksilöllisesti ja siihen sisältyvät kaikki elämän ulottuvuudet, mm. mielihyvän tunteminen, elämän tyytyväisyys ja onnellisuus sekä kuuluminen sosiaaliseen yhteisöön. (Heimonen & Tervonen 2004, 64 - 65.)

Muistisairas tulee kohdata kunnioittavasti ja tukien hänen omanarvontunnettaan ja itsenäisyyttään vaikeasta sairaudesta huolimatta. Kaiken hoidon tavoitteena tulee olla hyvä elämänlaatu. Sairastuneella tulee olla oikeus osallistua hoitoonsa ja hoitopaikkaa

koskevaan päätökseen, sairauden vaikeusasteesta huolimatta. Hänellä on oikeus saada hyvää oireenmukaista hoitoa ja arvokas kuolema hoitotahtoaan kunnioittaen. Hyvä kuolema mahdollistuu muistipotilaan saattohoidossa, jos tehdään yhteistyötä omaisten kanssa, kunnioitetaan itsemääräämisoikeutta sekä hoidetaan inhimillisesti. (Käypä hoito 2010.)

Omaiset ovat tärkeitä hoidon resursseja, jotka tulee ottaa mukaan hoitoon ja sen suunnitteluun, mutta he tarvitsevat myös tukea, neuvoja ja ohjausta sairastuneen rinnalla kulkemiseen. (Heimonen & Tervonen 2004, 69 -71.) Omaiset voivat auttaa hoitohenkilökuntaa sairastuneen yksilöllisyyden huomioimisessa (Käypä hoito 2010). Palliatiivisesta näkökulmasta hoito tulisi suunnitella dementiaperheen hyvää elämänlaatua edistäen. Elämänlaatuun kuuluu myös riittävä taloudellisen tuen järjestäminen. (Hänninen 2006, 86.)

Suhonen ym. (2008) toteavat katsausartikkelissaan, että muistisairaahan hyvän ympärivuorokautisen hoidon osatekijöitä ovat esimerkiksi riittävä henkilökunta, joilla on hyvät tiedot ja kokemusta muistisairauksista ja geriatriasta sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Lääkärin tulee olla osa moniammatillista hoitotiimiä. Arkielämässä tulisi olla normaalia aikuista kanssakäymistä ja mahdollisuus osallistumiseen sairauden kaikissa vaiheissa. Hoitotiimin tulisi ennakoida ja ehkäistä käytösoireita. Ihmisorientaatio korostaa muistisairaahan käyttäytymisen mielekkyyttä hänen omalta kannaltaan. Omaiset ovat tärkeä yhteistyökumppani. Kaikenlaisten rajoitteiden käyttö tulisi minimoida. Muistisairaiden fyysisestä kunnosta tulee huolehtia ja heille tulee suoda mahdollisuus fysioterapiaan. Päivittäin tulisi olla mielekkäitä aktiviteetteja ja virikkeitä. Ympäristön tulisi sallia osallistumisen, mutta myös mahdollisuus omaan rauhaan. (Suhonen ym. 2008, 18 - 19.)

6.3 Oireiden lievitys

Oireiden riittävä ja aktiivinen lievitys lisää elämänlaatua. Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan dementia tai korkea ikä eivät ole oireita lievittävän hoidon esteitä. Toisaalta kuitenkin vain haittaavia oireita tulee lievittää ja oireenmukainen hoito kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille. Hoitoa vaativia oireita ovat esimerkiksi kipu, ummetus, pahoinvointi, nielemisvaikeudet, turvotukset, kuivuminen, kuihtuminen ja ruo-

kahaluttomuus sekä väsymysoireyhtymä. Psykkisistä oireista tavallisempia ovat masennus, ahdistuneisuus, unettomuus ja erilaiset sekavuustilat. (Käypä hoito 2012.) Jos pitkälle edennyttä muistisairautta sairastava esimerkiksi lopettaa syömisen, häntä ei tule ravita keinotekoisesti tai syöttää väkisin. Suun hoito tulee kuitenkin huomioida. (Antikainen ym. 2013, 912.)

Erityisesti iäkkäiden ja muistisairaiden kohdalla tulee huolehtia riittävästä kipulääkityksestä, joka tulisi antaa ensisijaisesti suun kautta. (Käypä hoito 2012.) Kipua tulee seurata ja arvioida jatkuvasti. JBI-suosituksen (2014b) mukaan pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien kipua tulisi mitata PAINAD-mittarilla, joka on kehitelty erityisesti puhekykynsä jo menettäneiden kivunarviointiin. Tässä mittarissa mittaus perustuu kipua koskeviin viiteen käyttäytymisen arviointiin. (JBI-suositus 2014b, PKSSK 2014.) Björkman ym. ovat tutkimuksessaan vertailleet iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointia. He ovat tulleet siihen tulokseen, että PAINAD-mittari antaa luotettavamman kuvan vaikeasti muistisairaana kivusta kuin RAI-järjestelmän kivun arviointi. Esimerkiksi pitkäaikaissairaaloiden potilasta, jotka oli RAI-LTC- mittarilla arvioitu kivuttomiksi, lähes kolme neljästä oli PAINAD-mittarilla kivuliaita. (Björkman ym. 2007, 2547 - 2552.)

JBI-suosituksen (2011) mukaan pitkälle edenneeseen muistisairauteen liittyviä oireita voidaan lievittää tarkoituksenmukaisella ja vaikuttavalla hoidolla, jota on esimerkiksi palliatiivinen hoito, jossa oireita seurataan ja hoidetaan aktiivisesti. (JBI-suositus 2011). Useisiin muistisairauksiin liittyviä käytösoireita voidaan lievittää lääkehoidon ohella esimerkiksi hyvällä perushoidolla mm. ravitsemuksella, nesteytyksellä ja kivun hoidolla, muistelu- ja validaatioterapialla, liikunnalla, luovilla terapioidella, virkistystoiminnalla ja kuntouttavalla päivätoiminnalla. (Käypä hoito 2010).

6.4 Toivon ylläpitäminen

Tutkimuksessaan Hävölä ym. (2014) käsittelevät saattohoidossa olevan toivoa ja sitä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä. Toivoa vahvistaviksi tekijöitä ovat toivon ammentaminen elämän rikkaudesta, tulevaisuuteen suuntaava elämänhalu toivon perustana, toivon löytäminen jokapäiväisestä elämästä, toiset ihmiset toivon lähteenä ja kuolemaan

valmistautumisesta versoava toivo. Toivoa heikentäviä tekijöitä ovat kuolemaa varjostava toivo, sairauden etenemisen heikentämä toivo ja toisten ihmisten murentama toivo. Sairastuneen toivo koostuu pienistä toiveista, jotka ovat yleensä helposti toteutettavissa. Potilaan toiveita ovat ihmisenä kuulluksi tuleminen, kuoleman läheisyyteen liittyvät toiveet, toiveet omasta ja läheisten tulevaisuudesta, sairauden kanssa elämästä nauttimiseen liittyvät toiveet ja toiveiden ristiriitaisuuden hyväksyminen. (Hävölä ym. 2014, 137.)

Toivon ylläpitämisessä on tärkeää potilaan kunnioittaminen ja arvostaminen. Hoidon tulee olla hänen toiveistaan ja tarpeistaan lähtevää. Hyvä oirehoito vahvistaa potilaan toivon säilyttämistä. Potilaan toivon kokemusta tukee hyvä yhteistyö omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan toivon ylläpitämiseksi hoitajan tulisi ymmärtää myös potilaan haavetoiveita, eikä mitätöidä niitä. Usko ja hengellisyys koetaan usein toivoa ylläpitävänä voimana, mutta jos usko pettää, silloin se aiheuttaa toivottomuutta. (Hävölä ym., 2014, 142 - 144.)

6.5 Hengellisyys

Jumala tai korkeampi voima tekee elämästä mielekkään. Palliatiivisessa hoidossa tulee huomioida ihmisen hengelliset tarpeet ja tarjota aktiivisesti erilaisia hengellisen tuen keinoja. Niitä ovat esimerkiksi hartauden harjoittaminen rukoilemalla, laulamalla tai Pyhää kirjaa lukemalla. Hoitaja voi osallistua asukkaan kanssa erilaisiin hartauden harjoittamisen muotoihin, jos se on hänelle luontevaa. Seurakunnilla ja uskonnollisilla yhteisöillä on työntekijöitä ja vapaaehtoisia, joita voi pyytää avuksi. Sairaalateologit ovat kaikkien tarvitsevien käytettävissä, myös omaisille heitä voi suositella. Hengellisyyteen liittyy olemassaolon kysymykset ja turvallisuuden tavoittelu. Erityisesti sairaana ihminen tarvitsee kokemusta siitä, että hän on arvokas omana itsenään. Ihmisen vakaumusta tulee kunnioittaa kaikissa tilanteissa. Usko antaa ihmiselle toivoa ja kannattelee kuoleman rajan yli. (Surakka ym. 2015, 116 - 120.)

Toivonen (2015) on Pro Gradu -tutkielmassaan tutkinut hengellisyyttä ikääntyneiden muistisairaiden hoidossa. Hänen mukaansa hengellisyyden huomioimista hoitotyössä edistävät myönteiset asenteet, hoitajien omien elämäkatsomusten ja uskonvakaumusten hyödyntäminen, potilaiden muistisairauden aste ja tuttuus sekä riittävät resurssit.

Muistisairauden asteessa vaikutti se, että, pystyikö hänen kanssaan kommunikoidaan sanallisesti vai ei. Sanallinen kommunikointi auttoi hoitajaa huomioimaan potilaan hengellisyden paremmin kuin niiden kanssa, jotka ei enää puhuneet. Estäviksi tekijöiksi hän mainitsee kielteiset asenteet, hoitajan ja potilaan erilaiset elämäntilanteet, potilaisiin liittyvät tekijät sekä resurssipulan. Potilaisiin liittyvinä tekijöinä mainitaan tutkimuksessa esimerkiksi haluttomuuden keskustella tai ottaa vastaa hoitajan tarjoamaa hengellistä tukea. (Toivonen 2015, 35 - 38.)

6.6 Omaisten tukeminen

Palliatiiviseen näkökulmaan kuuluu olennaisena osana omaisten tukeminen. Muistisairaiden omaisilla ja erityisesti puolisoilla on riski masentua. Siksi palliatiivinen- ja saattohoito on suositeltavaa muistisairaille, koska silloin hoidon kohteena ovat myös omaiset. Omaiset arvostavat tukea, ohjausta ja neuvontaa päivittäisissä toimissa ja erityisesti tukea surutyössä kuoleman jälkeen. Palliatiivisen näkemyksen mukaan saattohoito ei pääty kuolemaan, vaan jatkuu omaisten tukemisena surun läpikäymisessä ja heidän saattamisessaan elämään. (Vainio & Hietanen 2004, 167 - 168, 263, 268.)

Omaisten tiedon tarve on suuri heti diagnoosin varmistuttua, jolloin heille tulee antaa tietoa ja tukea. (Hänninen 2006, 85). Omaiset tarvitsevat tukea sairauden edetessä ja erityisesti siinä vaiheessa, kun sairastunut muuttaa pois kotoa ympärivuorokautiseen hoitoon. Tämä vaihe on omaisille hitaan luopumisen vaihetta ja se ei aina ole helppoa. (Käypä hoito 2010.) Omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä tulisi olla avoin ja luottavainen suhde, jotta omaiset saisivat riittävästi tietoa sekä voisivat siten osallistua hoitoa koskevien päätösten tekoon. Näin ollen omaisten masennusoireet voivat olla lievempiä kuoleman jälkeen. (Antikainen ym. 2013, 913.)

Omaisten tukemisessa on tärkeää kuunteleva asenne ja aito välittäminen. Ammattilainen tarjoaa tukea, mutta hänen ei tule olla liian holhoava. Myös omaisen tunteille tulisi olla sijaa ja mahdollisuuksia. Hoitajan tulee ottaa vastaan omaisten vaikeitakin tunteita ja olla tukemassa ja auttamassa eteenpäin. Omaiselle on tärkeää kokea, että hän on tervetullut hoitoyhteisöön. Omaiset tarvitsevat myös turvaa tuntemattoman edessä. Usein omaiset kaipaavat asioiden kertaamista uudelleen useita kertoja. Elämän loppuvai-

heessa omaisille tulee antaa aikaa myös surra. Kuoleman jälkeen omaiset kaipaavat tukea ja opastusta käytännön asioiden hoidossa. Joitakin konkreettisia esimerkkejä omaisten surun tukemiseen voisi olla, esimerkiksi soitto omaiselle, kutsu tulla näyttämään valokuvia hautajaisista, yhteinen muisteluhetki tai kutsu omaisten iltaan. Hoitohenkilökunnan tulisi myös varmistaa, onko surevalla omaisella sosiaalista tukea, vai onko hän yksin surunsa kanssa. (Vaino & Hietanen 2004, 269 - 277.)

6.7 Toimiva hoitoympäristö

Hoitoympäristön tulisi olla sellainen, että se luo mahdollisuudet muistisairaalle turvalliseen, hyvään ja monipuoliseen elämään. Hoitoperiaatteiden tulee perustua muistisairaiden hyvän hoidon uusimpiin tietoihin. Kantavina teemoina tulee olla voimavarakeskeisyys, kuntouttava työote ja omaisten tukeminen. (Heimonen & Tervonen 2004, 75.) Viihtyvyyttä parantaa esteettien hoitoympäristö, joka stimuloi aisteja ja antaa elämyksiä. Turvallisuutta tuovat tuttuus ja nautinto sekä hyvää oloa tuovat asiat ja esineet sekä ihmisten seura ja keskustelu. Muistisairaille on tärkeää, että heidän ympäristössään on virikkeitä kaikille aisteille esimerkiksi katseltavaa, kuunneltavaa ja kosketeltavaa. Toimivassa ympäristössä on mahdollisuus myös hiljaisuuteen ja rauhaan. Luonnon äänien kuuntelun on todettu rauhoittavan. Muistisairaat aistivat herkästi tunteita ja tunnelmia, joten myönteinen, rauhallinen ja kotoisa ilmapiiri on heille eduksi. Taide, luovuus, tarinat ja runot sopivat hyvin palliatiiviseen hoitoon. (Surakka ym. 2015, 145 - 150.)

6.8 Hoitohenkilökunnan koulutus

JBI-suosituksen (2011) mukaan terveydenhuollon henkilöstö tarvitsee jatkuvaa koulutusta palliatiivisesta hoidosta. Omaiset tarvitsevat koulutusta muistisairauksista ja sairauden etenemisestä. (JBI-suositus 2011.) Muistisairaiden hoito vaatii erityisosaamista varsinkin pitkälle dementoituneiden ympärivuorokautisessa hoidossa. (Käypä hoito 2010). Suomessa ensimmäinen palliatiivisen lääketieteen professuuri perustettiin Tampereelle vuonna 1999 lahjoitusvarojen turvin. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2015). Hoitajille on myös omaa koulutusta palliatiiviseen ja kuolevan hoitoon ammattikorkeakoulutasolla. Lähihoitajille on tarjolla vanhustyön erikoisammattitutkinto, jossa voi valita myös kuolevan hyvän hoidon opinnot. (Surakka ym. 2015, 151 - 154.)

7 TUOTEKEHITYSPROSESSIN TOTEUTUS

Jämsä ja Manninen (2000) jakavat kirjassaan tuotteistamisen viiteen vaiheeseen. Näitä vaiheita ovat ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen ja viimeistely. Vaiheet voivat tapahtua osittain päällekkäin eikä aina selvästi peräkkäin. Tuotekehitystyö on prosessi ja se edellyttää yhteistyötä eri tahojen kanssa. Projektimainen työskentely organisoii ja tehostaa toimintaa. (Jämsä & Manninen 2000, 28 - 29.) Cagan ja Vogel jakavat tuotekehitysprosessin neljään vaiheeseen, joita ovat mahdollisuuden havaitseminen, mahdollisuuden ymmärtäminen, mahdollisuuden käsitteellistäminen ja mahdollisuuden toteuttaminen. Tämän jälkeen heillä tulee tuotteen edelleen kehittäminen. (Cagan & Vogel 2003, 165 - 205.)

Jaottelin tässä opinnäytetyössä tuotekehitystä Jämsän ja Mannisen (2000) mukaan, koska heidän teos on suunnattu erityisesti sosiaali- ja terveysalan tuotekehitykseen. Otan ajatuksia myös Caganilta ja Vogelilta (2003), vaikka heidän teoksensa on suunnattu enemmän teollisuuteen, jossa on mahdollisuus systemaattiseen ja laaja-alaisempaan tuotekehitykseen. Cagan ja Vogel korostavat dialogia tulevien käyttäjien kanssa ja heidän tarpeidensa tiedostamista ja ymmärtämistä. He pitävät myös tärkeänä, että tuotekehitysprosessiin osallistuu ihmisiä eri aloilta ja tuotetta kehitetään kokonaisvaltaisesti eri alojen yhteistyönä. Cagan ja Vogel korostavat teoksessaan, että tuotteen suunnittelun alkuvaiheeseen panostaminen ja sen tekeminen huolellisesti säästää aikaa ja kustannuksia tuotekehityksen loppuvaiheessa. (Cagan & Vogel 2003, 167 - 175.)

Tuotekehitystä olen tehnyt liitteessä 1 kuvatun prosessin mukaan. Muistisairaana palliatiivisen hoidon mallin kehitin yhdessä toimeksiantajan kanssa. Mallin pohjana käytin kirjallisuutta ja suosituksia, joita tarkastelin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on tutkimusaineiston kuvaamista sanallisesti ja sisällön pelkistämistä, tiivistämistä, osiin pilkkomista tai uudelleen ryhmittelyä (Vilkkä 2007 139 - 142). Varsinainen tuotteen testaaminen tapahtuu vasta työelämässä useamman kuukauden aikana. Malli otetaan käyttöön toimeksiantajan yksikössä vuoden 2016 alusta, jolloin sitä aletaan testata käytännössä. Mallin toimivuutta kokeillaan ja sitä arvioidaan vähintään kolmen kuukauden välein ensimmäisen vuoden aikana. Mallia muutetaan tarvittaessa vastaamaan paremmin tarpeita.

7.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Jotta kehittämistarpeita voidaan tunnistaa, täytyy organisaatiossa olla jonkinlainen laadun kehittämisen menetelmä, jolla laatua voidaan mitata ja arvioida. Se voi olla esimerkiksi asiakkaiden palautteen keräämisjärjestelmä. Myös erilaiset tutkimukset ja tilastot auttavat huomaamaan kehittämistarpeita. Joskus tavoitteena voi olla täysin uuden tuotteen kehittäminen. Jotta ongelma tai kehitystarve voidaan määritellä täsmällisesti, vaatii se ongelman laajuuden selvittämistä sekä sen tutkimista, kuinka yleinen ongelma on. Eri osapuolilla voi olla erilainen käsitys kehittämistarpeesta, jolloin voi olla tarpeen tehdä ensin esi- tai lisäselvityksiä. (Jämsä & Manninen 2000, 29 - 31.)

Joskus uudet teknologiset ratkaisut tai toimintamallit aiheuttavat kehittämistarvetta. Sosiaali- ja terveystieteillä voidaan käyttää myös muiden alojen käyttämiä menetelmiä. Tutkimus tuottaa uutta tietoa ja siten tarvetta kehittää toimintaa. Myös sosiaali- ja terveystieteillä on uudesta teknologiasta paljon hyödynnettävää. Joskus kehittämistarpeen voi ratkaista jo olemassa oleva tuote tai palvelu. Tällöin ei tarvitse aloittaa kehittämistä alusta vaan voi keskittyä tuotteen käyttökelpoisuuden arviointiin. (Jämsä & Manninen 2000, 31 - 33.)

Toimeksiantajan ulkoisessa auditoinnissa vuonna 2014 tuli esille, että Villa Saimaan palvelukodissa ei osata hyödyntää uusinta näyttöön perustuvaa tietoa riittävästi hoitotyössä. Palvelukodin asukkaat ovat vanhuksia ja lähes kaikilla on jokin muistisairaus. Tavoitteena on hoitaa asukkaat loppuun asti samassa paikassa, eikä siirtää enää sairaalaan. Toimeksiantajalla oli selkeä tarve kehittää näyttöön perustuvan toiminnan viemistä käytäntöön. Koska palvelukoti on asukkaille koti, tarkoituksena on taata heille hyvän hoidon lisäksi myös laadukas loppuelämä. Tarkoituksena on tuottaa heille iloa ja mielihyvää koko loppuelämän ajan ottaen huomioon kunkin yksilölliset tarpeet. Yhdessä toimeksiantajan kanssa päädyimme siihen, että kehitän näyttöön perustuvan tiedon viemistä käytäntöön. Näistä keskusteluista alkoi kehittämisprojekti.

7.2 Ideavaihe

Jämsän ja Mannisen (2000) mukaan ideavaiheessa kartoitetaan ja etsitään erilaisia vaihtoehtoja ongelman tai kehitystarpeen ratkaisemiseksi. Tässä vaiheessa voi käyttää hyväksi luovan toiminnan ja ongelmanratkaisun keinoja. Esimerkiksi voidaan käyttää aivorihtä tai tuplatiimiä tai hyödyntää palautteita ja aloitteita. Ideointiprosessille on eduksi, jos sitä käydään yhdessä erilaisten ihmisten kanssa, jolloin paikalla on kyselijöitä, ennakoijia, kriitikoita ja erilaisia ideoijia. Ryhmä tarvitsee myös ohjaajan, joka johtaa ja ohjaa toimintaa. Visiointi tuotekehityksessä on tärkeä vaihe, jolloin saadaan paljon ideoita, jotka sitten voidaan muokata uudeksi toimintatavaksi prosessin aikana. Ideointivaiheen tavoitteena on saada aikaiseksi tuotekonsepti eli kuvaus siitä millainen tuote on tarkoitus suunnitella. (Jämsä & Manninen 2000, 35 - 40.)

Cagan ja Vogel (2003) kuvaavat tätä vaihetta nimellä mahdollisuuden havaitseminen. Heillä tähän vaiheeseen kuuluu joukko laadullisia menetelmiä määrittää mahdollisimman paljon tuotemahdollisuuksia ja valita niistä sopivin jatkokehittelyyn. Tässä vaiheessa he myös määrittävät asiakkaat ja sidosryhmät sekä neuvonantajat. Tämän vaiheen tuotoksena he pitävät tuotemahdollisuuden kuvausta ja skenaariota, jotka antavat suuntaviivat edetä tuotekehityksessä. (Cagan & Vogel 2003, 175 - 183.)

Villa Saimaassa on tarkoituksena käydä läpi eri hoitotyön toimintoja ja löytää niihin näyttöön perustuvaa tietoa. Valitsimme yhdessä toimeksiantajan kanssa kehitettäväksi kohteeksi palliatiivisen hoidon, koska palvelukodissa hoidetaan paljon muistisairaita ja saattohoitoa loppuun asti. Päätimme, että alan kehitellä ikääntyneen muistisairaana palliatiivisen hoidon mallia tuotekehitysprosessin mukaan.

7.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaiheessa analysoidaan eri tekijöiden vaikutusta tuotteen suunnitteluun. Cagan ja Vogel (2003) käyttävät tästä vaiheesta nimitystä mahdollisuuksien ymmärtäminen. Jämsän ja Mannisen (2000) mukaan laatu syntyy siitä, kun eri näkökulmat yhdistetään tukemaan toisiaan. Luonnosteluvaiheeseen liittyviä tekijöitä ovat asiakasprofiili, sidosryhmät, säädökset ja ohjeet, toimintaympäristö, arvot ja periaatteet, asiantun-

tijatieto, rahoitusvaihtoehdot, palvelun tuottaja ja tuotteen asiasisältö. (Jämsä & Manninen 2000, 43). Caganin ja Vogelín tavoitteena tässä vaiheessa on laatia peruskäyttäjän elämäntyyliin sopiva käyttäytymismalli. Tämän avulla määritellään tuotteen käyttöalue ja koettu tarve tuotteelle. (Cagan & Vogel 2003, 184 - 191.)

Palvelun tuottajilla tarkoitetaan esimerkiksi hoitohenkilökuntaa, jolloin myös heidän tarpeensa ja näkemyksensä tulee selvittää. Tällöin saadaan paremmin tuote vastaamaan tarkoitustaan. Toimintaympäristö tulee myös selvittää. Toimintaympäristöä ja siinä tapahtuvaa toimintaa voidaan havainnollistaa esimerkiksi vuokaavion tai prosessin avulla. Asiasisällön selvittäminen edellyttää aiheeseen liittyvään tutkimustietoon perehtymistä. Luonnosteluvaiheessa tärkeää on kuulla eri sidosryhmiä esim. päättäjiä, rahoittajia, eri ammattiryhmiä ja yhteistyötahoja. Jokaisella toimintayksiköllä on omat toimintaa ohjaavat säännöt ja ohjeet, jotka on selvitettävä ennen varsinaista tuotteen kehittämistä. Myös toimintayksikön arvot ja periaatteet ja ideologiset linjaukset tulee olla selvillä. (Jämsä & Manninen 2000, 45 - 49.)

Luonnosteluvaiheessa on hyvä olla yhteistyössä ammattilaisten kanssa, joilla on kokemusta suunniteltavasta tuotteesta tai palvelusta. Rahoitusratkaisut ja kustannukset suunnitellaan luonnosteluvaiheessa. Kun analysoi eri tekijöitä, löytyy suunnittelun kannalta oleelliset tekijät. Tällöin saadaan tuotekuvaus, josta selviää esim. ketkä hyötyvät tuotteesta, mitkä ovat tuotteen tavoitteet, mitä arvoja ja periaatteita noudatetaan, tuotteen asiasisällöt, mitä tuotteen käyttö edellyttää, mitkä ratkaisuvaihtoehdot valitaan, mitä asiantuntemusta ja materiaalia tarvitaan ja miten suunnittelua arvioidaan. (Jämsä & Manninen 2000, 50 - 52.) Tässä vaiheessa määritellään tuotevaatimukset eli tuotteen ominaisuudet ja rajoitukset. (Cagan & Vogel 2003, 184 - 191).

Luonnosteluvaiheessa laadin alustavaa palliatiivista hoitomallia yhteistyössä hoitotyöntekijöiden kanssa. Heinä – elokuussa 2015 kysyin heiltä, mitkä FinCC -luokituksen mukaiset komponentit heidän mielestään ovat kaikkein tärkeimmät muistisairaiden hoidossa. Tässä vaiheessa en saanut ehdotuksia hoitotyöntekijöiltä, joten jouduin tekemään alustavan valinnan omatoimisesti. Päätin ottaa mukaan seuraavat komponentit: aktiiviteetti, lääkehoito, ravitsemus, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, elämäntyyli ja psykkinen tasapaino, jossa erityisesti otin mukaan myös hengellisyyden. Näiden komponenttien alueelta etsin niihin liittyvää tutkimustietoa ja hoitosuosituksia.

Koska tämä kehitystyö tehdään omalla ajalla, siitä ei koidu kustannuksia työnantajalle, eikä ole tarvetta neuvotella rahoituksesta. Hoitomallia laatiessani otin huomioon yrityksen arvot ja eettiset ohjeet. Hoitomallin rakenteen suunnittelin toimeksiantajan asumis- palveluprosessin mukaiseksi vaiheittain eteneväksi. Liitteessä 2 on palliatiivisen hoitomallin rakenne, jota näytin hoitotyöntekijöille, yksikön johtajalle sekä lääkärille elokuun 2015 aikana. Saamani palaute oli niukkaa tässä vaiheessa. Vain muutaman kommentin sain, jotka olivat: ”Hyvä”, ”Tällainenhan sen tulee olla” tai ”Näinhän se juuri menee”.

7.4 Tuotteen kehitysvaihe

Tuotteen kehittäminen etenee luonnosteluvaiheen suunnitelman mukaisesti. Tuotteen kehittäminen etenee asiasisällön jäsentelyn mukaan, kun kyseessä ei ole aineellinen tuote. Toimintaohjeita henkilökunnalle laadittaessa voidaan soveltaa informaation välittämisen periaatteita. Tosiasiat pyritään kertomaan mahdollisimman selkeästi ja täsmällisesti. Tiedon muuttuminen ja vanheneminen tulee ottaa myös huomioon. Palvelua kehitettäessä on tärkeä miettiä palvelutasoa. Laajassa palvelutasossa palvelua suunniteltaessa joudutaan ottamaan huomioon enemmän asioita kuin suppeamman palvelun suunnittelussa. Kaikessa palvelujen suunnittelussa tulee ottaa huomioon sekä fyysinen että inhimillinen elementti. Fyysisiä elementtejä ovat palvelutuotteet ja niiden ulkoiset puitteet. Inhimillisiä elementtejä ovat asiakkaat ja heidän tarpeensa ja vaatimuksensa. (Jämsä & Manninen 2000, 54 - 55, 75 - 76.)

Cagan ja Vogel (2003) nimittävät tätä vaihetta mahdollisuuden käsitteellistämiseksi. He pitävät tätä vaihetta tuotekonseptivaiheena, johon liittyy prototyyppien tekeminen ja testaaminen. He suosittelevat ainakin kolmea testauskierrosta ja aktiivista palautteen keräämistä. Tässä mallissa uusi prototyyppi tehdään saadun palautteen perusteella ja sitä sitten testataan uudelleen. Palautteen lisäksi on tärkeää saada käyttäjiltä parannusehdotuksia tuotteen kehittämiseksi. He puhuvat myös kilpailijoiden tuotteiden takaisinmallinnuksesta, jossa kilpailijan tuote puretaan osiin ja tutkitaan mitä uutta he ovat käyttäneet. (Cagan & Vogel 2003, 191 - 196.)

Hoitajille tarkoitettua hoito-ohjetta kehitin sisällönanalyysillä kirjallisuudesta tutkituun tietoon ja näyttöön perustuen. Työssä otin huomioon ohjeistuksen yleistettävyyden

siten, että ohjeistus on sovellettavissa muihinkin yrityksen palvelukoteihin ja se on saatavissa intranetissä. Mallia kehitin edellä mainitun palliatiivisen hoitotyön mallin rakenteen pohjalta rakentaen sisältöä malliin kirjallisuudesta ja suosituksista. Tässä vaiheessa lisäsin malliin vielä yhden komponentin, selviytyminen, jossa käsittelin asukkaan selviytymistä ja omaisten tukea asumisvaiheen aikana. Kehittelyvaiheessa kyselin aktiivisesti hoitohenkilökunnan mielipiteitä ja kehitysideoita hoitomallista. Ensimmäisen version hoitomallista annoin hoitohenkilökunnan ja toimeksiantajan edustajien arvioitavaksi marraskuussa 2015. Hoitomallin yhteydessä annoin heille arviointikaavakkeen, joka on liitteenä 3. Kysyin siinä mallin selkeydestä ja käyttökelpoisuudesta sekä onko siinä riittävästi tietoa. Kysyin myös mallin puutteista ja muutostarpeista. Lisäksi oli mahdollisuus antaa vapaata palautetta.

Saamani palautteen avulla kehitin mallia eteenpäin. Palautteesta kooste on liitteessä 4. Tässä vaiheessa palautteen perusteella otin malliin mukaan asukkaan selviytymisen ja sen tarkkailun. Antibioottihoitoa avasin lisää ja ruokailuun lisäsin erilaisia ruokailuas- tioita. Joitakin termejä muutin saamani palautteen perusteella. Palautteessa ehdotettiin, että ohjeesta olisi linkkejä muihin ohjeisiin. Se asia on kannatettava, mutta se edellyttää, että kaikilla yksiköillä on samat ohjeet esimerkiksi vainajan laittamisesta tai vainajan siirtämisestä. Sitä asiaa tulee vielä miettiä lopullisessa mallissa. Mallin lyhentämistä ja tiivistämistä myös toivottiin, mutta toisaalta toivottiin joidenkin asioiden selventämistä ja avaamista. Ohjeesta toivottiin enemmän oppaan muotoista, mutta koska ajatus on laittaa ohje yrityksen intranettiin, on sen oltava samanmuotoinen kuin muutkin asiakir- jat.

7.5 Viimeistelyvaihe

Viimeistelyvaiheessa kerätään palautetta ja arviointia. Tuotetta voidaan myös koekäyt- tää ja testata tässä vaiheessa. Parhaimman palautteen saamiseksi olisi hyvä testata tuo- tetta niillä loppukäyttäjillä, jotka eivät ole osallistuneet tuotteen suunnitteluun. Jos tuo- tetta voidaan verrata edelliseen tuotteeseen, saadaan esille tuotteen etuja ja puutteita ja testaa- jilta voi saada hyviä vinkkejä jatkokehittelyyn. Näiden palautteiden ja ehdotusten perusteella tuote tai palvelu viimeistellään. Viimeistelyvaiheeseen liittyy myös tuotteen jakelun suunnittelu ja markkinointi. Tarvittaessa laaditaan myös tuotteen käyttöohjeet. (Jämsä & Manninen 2000, 80 - 81.)

Cagan ja Vogel (2003) käyttävät viimeisestä tuotekehityksen vaiheesta nimeä mahdollisuuden toteuttaminen. Tässä vaiheessa tuote hiotaan lopulliseen muotoonsa. Täydellisestä tuotekonseptista tulee todellinen tuote. Toimiva prototyyppi on valmis tuote. Tässä vaiheessa yritys päättää jatketaanko tuotteen valmistusta vai lopetetaanko tuotekehitys tähän. Materiaalin valinta, kustannuslaskenta ja markkinointisuunnitelma tehdään. Jos kyseessä on uusi tuote, patentin hakeminen tehdään tässä vaiheessa. (Cagan & Vogel 2003, 197 - 199.)

Saamani palautteen perusteella muokkasin mallia ja joulukuussa 2015 lähetin sähköpostilla muistisairaahan palliatiivisen hoidon mallin arvioitavaksi Vetrean muiden yksiköiden vastaaville sairaanhoitajille, joita on 12. Mukaan laitoin palautekyselyn (liite 5), jossa kysyin mallin toimivuudesta ja kattavuudesta. Kysyin myös halukkuutta ottaa kyseinen malli käyttöön heidän yksiköissään sekä mahdollisia muutoksia. Palautetta sain kolmesta yksiköstä. Kaksi vastaajista oli yksiköiden vastaavia sairaanhoitajia ja yhdessä yksiossää mallia oli käsitelty yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa. Palautteesta olen tehnyt koosteen liitteeseen 6. Selkeänä korjausehdotuksena tuli kuolemanpelon lisääminen malliin. Sen olenkin lisännyt. Ehdotettiin myös, että hengellisyys olisi ollut erillisenä kohtana, mutta silloin en olisi enää noudattanut FinCC-luokitusta, joten en sitä muuttanut. Itsemääräämisoikeus aiheutti eriäviä kommentteja. Toisten mielestä se näkyi hyvin ja toiset olisivat kaivanneet siihen lisää selvitystä. Joitakin kohtia eivät olleet ymmärtäneet eräässä yksikössä.

Saadun palautteen perusteella viimeistelin hoitomallin liitteen 7 mukaiseksi. Omassa yksikössäni tehtiin päätös sen ottamisesta käyttöön. Koska ohjeistus tulee sähköiseen muotoon laatujärjestelmään, sitä on mahdollista päivittää ja muuttaa tarvittaessa. Mallia testataan Villa Saimaassa vuoden 2016 aikana. Siitä keskustellaan vähintään kolmen kuukauden välein tiimipalavereissa. Tarvittaessa mallia muokataan kokemusten perusteella.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikan ja eettisen ajattelun perustana on kysymys hyvästä ja pahasta ja siitä mikä on oikein tai väärin. Jokainen joutuu itse miettimään omaa eettistä suhtautumistaan asioihin. Etiikka on siis jossain määrin suhteellista. Tutkimuksen eettisyyttä on määritelty ohjeilla, esimerkiksi tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut tutkimustyön eettiset ohjeet. Niissä määritellään mitä kuuluu eettiseen tutkimukseen ja mikä on hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkijalta vaaditaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työssään. Toisten työtä tulee kunnioittaa ja olla avoin tuloksia julkaistessa. Tutkiessa tulee noudattaa hyvää hallintokäytäntöä ja ilmoittaa rehellisesti rahoituslähteet ja sidonnaisuutensa. Tutkimuskohde tulee valita ihmisarvoa kunnioittaen. Siinä tulee miettiä kenen ehdoilla ja mistä tarpeesta tutkimusta aletaan tehdä. Tutkimuksella tulee olla myös yhteiskunnallista merkitystä. (Hirsjärvi 2012, 23 – 27.)

Eettisyyden kannalta lähdekritiikki on hyvin tärkeää. Kaikkiin lähteisiin tulee suhtautua kriittisesti. Luotettavia lähteitä ovat sellaiset, jotka ovat tuoreita ja niiden kirjoittaja on tunnettu ja arvostettu. Tulisi käyttää vain alkuperäisiä lähteitä. Lähteiden tulee olla uskottavia ja julkaisijalla tulee olla riittävästi arvovaltaa sekä niiden tulee olla puolueettomia ja totuudellisia. (Hirsjärvi 2012, 113 – 114.)

Tämän opinnäytetyöni aiheen olen valinnut työelämälähtöisesti yhdessä toimeksiantajan kanssa ja olen toteuttanut sen työelämäohjaajan ohjeiden mukaan. Työssäni tarkoituksena on saada aikaan hoitomalli, joka hyödyttää erityisesti etenevää muistisairautta sairastavia hoitohenkilökunnan antaman tasalaatuisen hoidon kautta. Katson työlläni olevan myös yhteiskunnallista merkitystä, sillä muistisairaiden määrä lisääntyy jatkuvasti ja sairaus itsessään aiheuttaa paljon kärsimystä. Palliatiivisella hoidolla voidaan lievittää oireita ja samalla vähentää kärsimystä sekä lisätä elämänlaatua sairastuneilla ja heidän omaisillaan. Raportoinnin olen tehnyt rehellisesti ja tarkasti. Koko prosessin ajan olen rehellisesti kertonut mitä teen ja miksi. Olen ollut avoin ja rehellinen kaikille yhteistyötahoille, työelämäohjaajalle, toimeksiantajalle, mukana olleille hoitotyöntekijöille, ohjaavalle opettajalle ja opponentille.

Lähteitä olen tarkastellut kriittisesti. Lähteiksi olen valinnut vain vuoden 2000 jälkeen ilmestyneitä kirjoja. Olen käyttänyt työssäni myös Käypä hoito -suosituksia sekä

Joanna Briggs -Instituutin hoitotyön suosituksia. Lisäksi olen valinnut kriittisesti käyttämäni kirjallisuutta sen iän ja arvostettujen kirjoittajien perusteella, esimerkiksi Juha Hänninen on kokenut ja arvostettu saattohoidon asiantuntija.

Työssä olen raportoinut rehellisesti tuotekehitysprosessin etenemistä ja muistisairaana palliatiivisen hoidon mallista saamaani palautetta. Saamani palautteen olen koonnut työni liitteisiin. Olen muuttanut mallia saamani palautteen mukaan. Olen testannut mallia aidossa ympäristössä toimeksiantajan yksikössä oikeilla hoitotyöntekijöillä. Palautetta olen pyytänyt myös toisten palvelukotien hoitotyöntekijöiltä. Mielestäni olen saanut rehellistä palautetta.

9 POHDINTA

Sain tehtyä sen, mitä oli työssäni tarkoituksena eli muistisairaiden palliatiivisen hoidon mallin. Mallista sain toimivan ja selkeän. Saamani palautteen mukaan sen voi ottaa käyttöön. Olen tyytyväinen työn lopputulokseen. Toimeksiantajan palautteen mukaan mallista on hyötyä hoitotyön kehittämisessä. Se antaa ohjeet saman laatuiseen hoitoon jokaisen kohdalla. Malli antaa mahdollisuuden asukkaana yksilölliseen huomioimiseen. Sitä voi myös täydentää ja päivittää uusien suositusten ilmestyessä. Koska malli on tarkoitettu koko yrityksen käyttöön, voidaan olettaa, että hoitokin tulee olemaan tasalaatuisia kaikissa yksiköissä. Mallia voi muokata tai täydentää kunkin yksikön omilla toimintatavoilla. Sitä voidaan käyttää opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Koska aihe työlle tuli toimeksiantajan johtotalolta, eivät käytännön työntekijät olleet mukana suunnittelemassa kehittämistarvetta. Se aiheutti sen, että he eivät olleet kovin motivoituneita lähtemään mukaan suunnitteluvaiheessa. Kun olin saanut paperilla ensimmäisen version hoitotyön mallista, olivat hoitotyöntekijät hyvin mukana arvioimassa sitä. Yhteistyön kannalta olisi ollut parempi, jos aihe ja kehittämistarve olisivat lähteneet työntekijöistä itsestään. Olisin myös itse voinut jo suunnitteluvaiheessa kysellä enemmän hoitotyöntekijöiltä, mikä aihe heistä olisi ollut kiinnostava. Tässä työssä on ollut tarkoituksena tehdä hoitomalli, joka motivoi hoitohenkilökuntaa noudattamaan yhteisiä ohjeita. Luulen, että tällä menetelmällä hoitohenkilökunnan motivointiin joudun kiinnittämään enemmän huomiota tulevaisuudessa.

Yrityksen muista yksiköistä sain hyvin vähän palautetta. Oliko syynä aiheen kiinnostamattomuus vai ajan puute, sitä en tiedä. Palautteen perusteella voisi ajatella, että ne jotka antoivat palautetta, olivat suhtautuneet asiaan paneutuen. Haasteena palliatiivisen hoidon mallia kehittäessäni ja varsinkin palautteita lukiessani oli, että teenkö mallin suositusten pohjalta vai kirjoitanko malliin sitä mitä nyt teemme. Eri paikkakunnilla vallitsevat erilaiset hoitokäytännöt tulivat myös esille palautteessa.

Tämä opinnäytetyöprosessi on ollut hyvin opettavainen. Olen oppinut tuotekehityksestä ja varsinkin palliatiivisesta hoitotyöstä paljon arvokasta tietoa. Olen oppinut kurinalaista opiskelua ja raportin kirjoittamista. Tietoa olen oppinut hakemaan ja arvioimaan kriittisesti. Työn tekemisen aloittaminen oli haasteellista ja ensin en oikein päässyt alkuun työssä. Aikataulutus oli haasteellista työn ja muun elämän yhteen sovittamisessa. Vaikka alusta asti oli selvää, että teen työn yksin, olisi toisen kanssa tekeminen varmasti antanut laajempaa näkökulmaa työlle ja aihetta sekä erilaisia vaihtoehtoja olisi voinut pohtia yhdessä. Tämä ratkaisu johtui kuitenkin siitä, että olin ainoa samalta työpaikalta samassa vaiheessa opiskeleva, joten olisi ollut haasteellista löytää aiheesta kiinnostunut kaveri tekemään työtä kanssani.

Työn tekeminen tuotekehitysprosessin mukaisesti antoi työlle selkeyttä ja ohjasi prosessia. Koen, että se oli toimiva tapa tässä työssä. Varmasti hoitotyön mallin olisi voinut tehdä toisellakin tapaa. Työtä tehdessä ajattelin jossain vaiheessa, että olisiko jokin toinen tapa ollut toimivampi. Asioita voi tehdä monella tapaa ja nyt päädyin käyttämään tuotekehitysprosessia, vaikka se ei ollutkaan ennestään kovin tuttu. Palliatiivisen hoitotyön mallin ulkomuotoa mietin tehdessäni. Jos malli olisi tarkoitettu omaisille, olisin tehnyt siitä enemmän esitteen muotoisen. Nyt se oli kuitenkin tarkoitettu hoitohenkilökunnalle työohjeeksi. Ajattelin, että valitsemani muoto on riittävän selkeä. Täten mallin ulkomuoto on yhtenevä yrityksen muiden hoito-ohjeiden kanssa.

Jatkossa tätä hoitomallia tulee arvioida kriittisesti ja päivittää tarvittaessa. Koska kyseessä on hoitotyön malli, sen toimivuus tulee esille vasta käytännössä. Siksi mielestäni on tärkeää arvioida sen toimivuutta säännöllisesti. Kun tulee uusia hoitosuosituksia, ne tulee ottaa huomioon ja päivittää mallia. Yksiköiden vastaavat sairaanhoitajat ovat velvollisia huolehtimaan ohjeistuksen ajantasaisuudesta. Tulevaisuudessa voi myös kehittää uusia malleja hoitotyöhön, joissa otetaan huomioon näyttöön perustuva hoito.

Tuotteen kehittelyvaiheessa tuli esille tarve omaisille annettavasta ohjeistuksesta saattohoidossa. Varmasti myös palliatiivisen hoidon ohje omaisille olisi paikallaan. Jatkossa tämä työ tulee olemaan pohjana hoitotyöntekijöiden työpaikkakoulutukselle palliatiivisesta hoidosta ja tiimipalaverien keskusteluille hoitokäytännöistä.

LÄHTEET

Antikainen, Riitta, Konttila, Tarja, Virolainen, Jukka, Strandberg, Timo 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Katsausartikkeli. Suomen lääkäri-lehti. 12/2013,909 – 915.

Björkman, Mikko, Palviainen, Jaana, Laurila, Jouko, Tilvis, Jouko 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi. Alkuperäistutkimus. Suomen lääkäri-lehti 26/2007, 2547 – 2553.

Cagan, Jonathan, Vogel, Graig M. 2003. Kehitä kärkituote. Ideasta innovaatioksi. Helsinki: Talentum.

Elomaa, Leena, Mikola, Hannele 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Turku. Turun ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>. Ei Päivitystietoa. Luettu 21.8.2015

Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne Juha, Huovinen, Maarit 2009. Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heimonen, Sirkkaliisa, Tervonen, Sari (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hoivakymppi Oy 2015. WWW- sivut. <http://www.hoivakymppi.fi/>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2015.

Hänninen, Juha (toim.) 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, Juha, Kärpäniemi, Raija, 2011. Kuolema dementiakodissa. Artikkel. Suomen lääkäri-lehti 48/2011, 3642 – 3643.

Hävölä, Hanna, Rantanen, Arja, Kylmä, Jari 2014. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede 2015, 27 (2), 132 – 147.

JBİ-suositus 2011. Palliatiivinen lähestymistapa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen hoidossa. WWW-dokumentti. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-5_0.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 12.10.2015

JBİ-suositus 2014 a. Omaisten osallistuminen muistisairautta sairastavan henkilön hoitoon liittyvään päätöksentekoon laitoshoidossa. WWW-dokumentti http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2014_02_1.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 2.12.2015

JBİ-suositus 2014 b. Polvitaive Care: Dementia Päivitetty 15/01/2014

- Jämsä, Kaisa, Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.
- Kiuru, Susanna (toim.) 2014. Palliatiivisen- ja saattohoidon nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy.
- Käypä hoito 2010. Muistisairaudet. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>. Päivitetty 13.6.2010. Luettu 20.9.2015.
- Käypä hoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>. Päivitetty 28.11.2012. Luettu 6.9.2015.
- Laakkonen, Marja-Liisa, Pitkä, Kaisu, Strandberg, Timo, Tilvis, Reijo, 2006. Hoitotahto iäkkäiden elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelussa. Suomen lääkärilehti 49 - 50, 5179 – 5183.
- Linjamo, Pia, Kunnunen, Ulla-Mari, Ensio, Anneli 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki.Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%20C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1. Päivitetty 27.4.2014. Luettu 9.8.2015
- Muistiliitto a 2015. Hoitotahtoni. WWW-dokumentti. <http://www.muistiliitto.fi/files/4914/1898/2659/MUISTILIITTO-Hoitotahto-paivitetty-FIN-12-2014-WEB.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.8.2015.
- Muistiliitto b 2015. Muistisairaudet. WWW-dokumentti. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.8.2015
- PKSSK- PAINAD-mittari. Pain Assessment in Advancsd Dementia (PAINAD) – mittari potilaan kivun mittaamiseen pitkälle edenneessä dementiassa. 2014. WWW-dokumentti. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>. Päivitetty 25.4.2014. luettu 30.11.2015.
- Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tanttu, Kaarina, Sonninen, Anna Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Soininen, Hilka (toim.) 2010. Muistisairaudet. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.
- Srandberg Timo, Antikainen, Riitta 2009. Pitkälle edennyttä dementiaa sairastavista on uutta tutkimustietoa. Artikkel. Suomen lääkärilehti. 47/2009, 4023.
- Suhonen, Jaana, Alhainen, Kari, Eloniemi-Sulkava, Ulla, Juhela, Pirjo, Juva, Kati, Löppönen, Minna, Makkonen Markku, Mäkelä Matti, Pirttilä, Tuula, Pitkälä Kaisu, Remes Anne, Sulkava, Raimo, Viramo, Petteri, Erkinjuntti, Timo, 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti 10/2008, 9 – 22.

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2015. Palliatiivisen hoidon koulutus. WWW-sivusto. http://www.sphy.fi/yhdistyksemme/historiaa/palliatiivisen_hoidon_koulutus/. Ei päivitystietoa. Luettu 20.9.2015.

Surakka, Tiina, Mattila, Kati-Pupita, Åstedt-Kurki, Päivi, Kylmä Jari, Kaunonen Marja 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

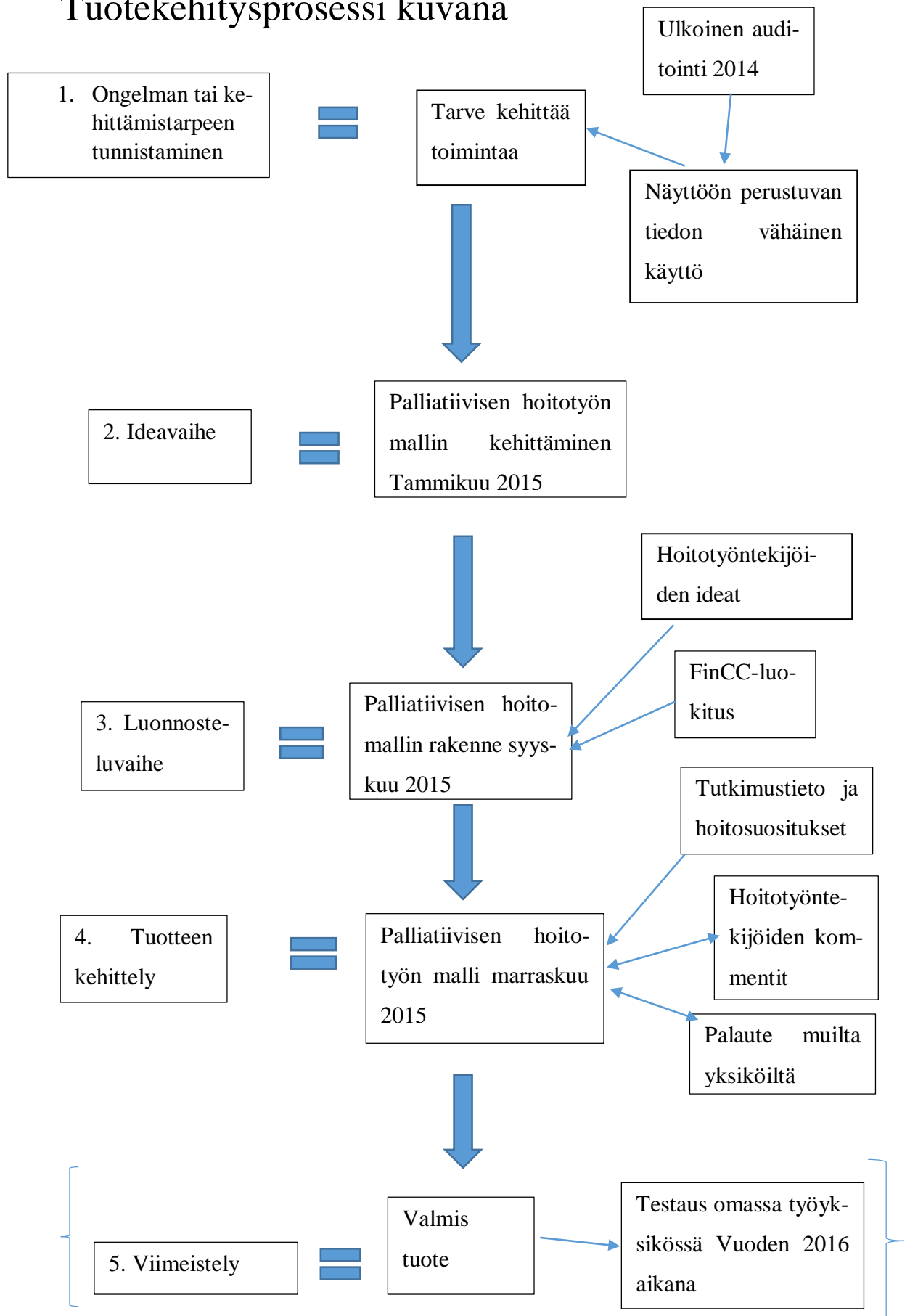
Toivonen, Kristiina 2015. Potilaana ihminen – hermeneuttis-fenomenologinen tutkimus hengellisyydestä ikääntyneiden muistisairaiden hoitotyössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-Gradu-tutkielma. WWW-dokumentti. https://www.doria.fi/ezproxy.mikkeli.ami.fi/bitstream/handle/10024/104415/Pro_Gradu_tutkielma_Toivonen_2015. Päivitetty Huhtikuu 2015. Luettu 2.12.2014.

Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Vetrea 2015. Intranet. Ei päivitystietoa. Luettu 20.9.2015

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuotekehitysprosessi kuvana



Palliativisen hoitomallin rakenne



Palautekysely hoitomallista

Hei Ystävät voisitteko ystävällisesti lukea oheisen hoitomallin kriittisesti läpi ja antaa palautetta ainakin vastaamalla seuraaviin kysymyksiin.

1. Onko malli selkeä?
2. Onko siinä riittävästi tietoa?
3. Puuttuuko siitä jotain oleellista?
4. Voisiko se toimia käytännössä?
5. Mitä muuttaisit?
6. Mitä poistaisit?
7. Mitä lisäisit?
8. Muut kommentit

Palautteestasi erittäin kiitollinen

Lüsa

Kooste palautteesta muistisairaana palliativisesta mallista

Hoitotyöntekijöistä palautetta antoi 6 kirjallisesti ja yksi suullisesti (n = 7)

Kysymys	Kyllä	Ei	Kommentit
Onko malli selkeä?	6		
Onko siinä riittävästi tietoa?	5		
Puuttuuko siitä jotain oleellista?	1	5	Käsitteitä voisi avata enemmän
Voisiko se toimia käytännössä?	5		Vain omaisten selviytyminen oli huomioitu, miten asukkaat
Mitä muuttaisit?			Ab-hoito vaatii lisää avaamista. 2.7.lääkkeetön kivunhoito. 2.8. saattohoidon merkitys
Mitä poistaisit?			Antibioottihoidon käyttö
Mitä lisäisit?			Erilaiset ruokailuastiat esim. nokkamuki, asentohoidon tärkeys, kuoleman lähestyessä annetaan aikaa, ei yksin ja rauhallinen musiikki.
Muut kommentit			Suurin osa hoitajista on käynyt tunteva-hoitaja koulutuksen. Kuoleman toteaa -> kalsea -> kuoleman kohdatessa. Asiallinen ja helppolukuinen, Tulisi olla lyhyempi -> tiivistä, Oppaan mallinen olisi selkeämpi. Saattohoitopotilaan omaisille ohjeistus, mitä tarkoittaa saattohoito, Hyvä huomioi henkilökunnan jaksamista., Hyvä huomio lopussa henkilökunnan jaksamisesta ja myös siinä tarvittavasta vertaistuesta

Kooste ensimmäisestä palautteesta

Työnantajan edustajista 2 vastasi kyselyyn toinen kirjallisesti ja toinen suullisesti

Kysymys	Kyllä	Ei	Kommentit
Onko malli selkeä?	2		Malli selkeä ja johdonmukaisesti etenevä
Onko siinä riittävästi tietoa?	2		Voisiko olla linkit muihin viitattuihin ohjeisiin
Puuttuuko siitä jotain oleellista?		2	Liikuntakyvyn ylläpitäminen vai toimintakyvyn ylläpitäminen. Lääkäri riittävän ajoissa toteaa hoitolinjaukset, onko riittävän tarkka määritelmä?
Voisiko se toimia käytännössä?	2		Mielestäni hyvin ohjaa käytäntöä
Mitä muuttaisit?			Kts. Edelliset kommentit
Mitä poistaisit?			
Mitä lisäisit?			
Muut kommentit			Asumisprosessin mukaan etenevä, niin kuin pitääkin. Keskustelemalla avautuisi vielä enemmän.

Hei työkaveri!

Olen kehitellyt muistisairaahan palliatiivisen hoidon mallia osana opinnäyte-työtäni. Toivon, että voisit käyttää hetken aikaasi ja arvioida tuota mallia ja sen toimivuutta omassa yksikössäsi. Toivon vastauksia seuraaviin kysymyksiin viimeistään perjantaihin 11.12. mennessä. Kiitos vastauksesta!
Hyvää Joulua!

1. Onko malli toimiva?
2. Onko se riittävän kattava?
3. Mitä muuttaisit, lisäisit tai poistaisit?
4. Haluaisitko ottaa sen käyttöön omassa yksikössäsi?
5. Kaipaako malli yksikkökohtaisia tarkennuksia?
6. Muut kommentit

Kooste saamastani palautteesta Vetrean muista yksiköistä. Vastauksia sain kolme kappaletta.

1. Onko malli toimiva?

Mallin rakenne on selkeä ja hyvä. Olisiko hyvä nimetä kohderyhmä, kenelle tämä on tarkoitettu, omaisille, hoitajille vai molemmille.

Malli on hyvä ja toimiva. Mielestäni siinä on huomioitu kaikki oleellinen, mitä itselleni tuli mieleen.

Malli on varmasti toimiva ja selkeyttää hoitotyön päätöksentekoa. Hyvä minun mielestä. Ohjaa ja yhdenmukaistaa käytännön hoitotyötä.

2. Onko se riittävän kattava?

Jäimme miettimään onko kyseessä palliatiivisen hoidon malli vai saattohoidon malli. Ovat kuitenkin kaksi eri asiaa.

Omaiset ja omaisten huomiointi on otettu mallissa hyvin huomioon. Omaiset eivät saa unohtua ja tuki heille on tärkeää.

Minusta on. Olet huomioinut esim. psyko-fyysisen ja sosiaalisen turvallisuuden ja ne löytyvät mallista. Asukkaan itsemääräämisoikeus näkyy myös ja muistisairailta omaisten

3. Mitä muuttaisit, lisäisit tai poistaisit?

Kohta toivon ylläpitäminen on tärkeää...Tätä kappaletta emme kyllä ymmärtäneet lainkaan.

Kts. Liitteessä korjausehdotuksia. Tuli mieleen pelko, ahdistus, kuolemanpelko; voisiko ne näkyä jotenkin vaikka tuossa psyykkisessä tasapainossa? Dokumentoinnin voisiko vielä jotenkin laittaa malliin

4. Haluaisitko ottaa sen käyttöön omassa yksikössäsi?

Runko on hyvä

Meillä mielenterveysyksikössä ei aihe ole vielä ajankohtainen, mutta jatkossa varmasti mallille tulee myös meillä käyttöä. Vammautuneiden yksikössä muutamia saattohoitoja onkin jo ollut...

Kts IMS-millaisia malleja muilla on

5. Kaipaako malli yksikkökohtaisia tarkennuksia?

Joitakin tekstikohtia kirjoittaisimme/avaisimme eri tavalla. Hengellisyyden laittaisimme kokonaan omaksi osioksi

Yleisellä tasolla ei. Hoito- ja saattolinjat lienevät samat, mutta konkreettiset toimenpiteet kuoleman jälkeen eriävät. Niistä on omat yksikkökohtaiset toimintaohjeet.

6. Muut kommentit

Muistisairaankin kyky/sairauden aste ymmärtää kyseisiä asioita tai termejä jäi mietityttämään.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen, miten toteutuu vs. hoitajan ammatillinen päättäväältä turvallisuuden periaatetta noudattaen. (Missä vaiheessa hoitajan tulee tehdä päätökset muistisairaankin asukkaan puolesta)

Ravitsemus-kohdassa oli mielestäni hyvin todettu se, mikä usein on omaiselle vaikea ymmärtää; ravitsemus ei pidennä elämää eikä paranna elämänlaatua! Tämä voi olla joskus vaikea paikka omaiselle, kun tämä haluaisi ”ylläpitää” omaisensa elämää mahdollisimman pitkään. Luopuminen on omaisellekin vaikeaa...

Malli on mielestäni hyvä esim. uuden työntekijän perehdytyksessä tai opiskelijan ohjauksessa. Hienoa työtä olit tehnyt!

Muistisairaan palliatiivisen hoidon malli

1. Tulovaihe

- Hoidon linjaukset tulisi tehdä riittävän ajoissa, jotta asukkaalla ja omaisilla on aikaa sopeutua tilanteeseen. Esimerkiksi keskustelu palliatiivisesta hoidosta tulisi aloittaa heti diagnoosin varmistuttua. Lääkäri tekee lääketieteelliset hoitopäätökset kuunnellen hoitohenkilökuntaa ja omaisia.
- Asukkaan elämänhistorian pohjalta keskustellaan tärkeistä asioista ja tapahtumista elämän varrella.
- Pidetään hoitosuunnitelmapalaveri, jossa ovat mukana ainakin asukas, hänen läheinen tai omainen, omahoitaja ja sairaanhoitaja. Tarvittaessa paikalle voidaan pyytää myös hoitava lääkäri. Tässä palaverissa keskustellaan asukkaan hoidosta hoitokodissa ja toiveista elämän loppuvaiheen hoitoon. Keskustellaan rajoittamistoimenpiteistä. Miksi niitä tehdään ja mitä asukas ja omaiset niistä ajattelevat. (Näitä ovat esimerkiksi turvallisuuden takia laidat sängyssä yöaikaan.) Palaverissa keskustellut asiat kirjataan asukastietoihin ja tiedotetaan hoitotiimiä.
- Asukkaan mahdollinen hoitotahto tarkistetaan ja keskustellaan hänen toiveistaan omaa hoitoaan kohtaan.
- Tarkistetaan riittävä taloudellinen tuki ja avustetaan tarvittaessa sosiaalietuuksien hakemisessa.
- Sovitaan yhteydenpidosta omaisiin ja heidän kyvystään/ halustaan osallistua hoitoon ja hoivaan hoivakodissa. Otetaan huomioon myös omaisten tuen tarve
- Tutustutaan molemmin puolin asukkaan ja omaisten kanssa
- Keskustelujen pohjalta laaditaan asukkaalle palliatiivisen hoivan suunnitelma ja tarvittaessa muita suunnitelmia.

2. Asuminen

Jokaista hoidetaan yksilöllisesti ottaen huomioon hänen omat toiveet ja tarpeet. Hoidossa huomioidaan kunkin uskonnolliset ja kulttuuriset taustat itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Jokaista kohdellaan yhdenvertaisesti ja oikeudenmukaisesti. Hoidossa ja huolenpidossa noudatetaan seuraavia periaatteita ja jatkuvaa arviointia.

2.1 Aktiviteetti

- Pidetään yllä olemassa olevaa toimintakykyä. Avustetaan tarvittaessa.

Muistisairaahan palliativisen hoidon malli

- Suunnitellaan ja toteutetaan kuntouttavaa ja virkistävää päivätoimintaa
- Unihäiriöt voivat ilmetä vuorokausirytmien häiriintymisenä, jolloin pyritään ylläpitämään normaalia vuorokausirytmisiä lääkkeitöillä ja lääkkeellisillä menetelmillä.

2.2 Selviytyminen

- Asukkaan selviytymistä seurataan päivittäisissä toimissa ja avustetaan tarvittaessa. Seurataan aktiivisesti selviytymisen muutoksia.
- Omaisten selviytymistä tarkkaillaan ja tuetaan koko hoivajakson ajan.
- Omasille kerrotaan hoitoon ja sairauteen liittyvistä asioista ja annetaan tukea aina kun he sitä tarvitsevat. Heitä rohkaistaan mukaan asukkaan hoitoon.

2.3 Lääkehoito

- Hoitohenkilökunta avustaa tarvittaessa lääkehoidossa.
- Lääkäri varmistaa lääkityksen ajanmukaisuuden kokonaisvaltaisilla tarkistuksilla säännöllisesti vähintään kolmen kuukauden välein tai aina voinnin muuttuessa. Hoitaja seuraa ja ehdottaa lääkityksen tarkistamista lääkärille.
- Lääkäri lopettaa lääkehoidon, jos hän katsoo, että siitä ei ole riittävästi hyötyä.
- Elämän loppuvaiheessa antibioottihoitoa voidaan käyttää vain oireiden lievittämiseen esim. limaisuuden helpottamiseen, mutta muuten siitä ei nähdä olevan enää apua.
- Riittävä kipulääkitys annetaan mieluiten suun kautta. Kipua arvioidaan mielellään PAINAD-mittarilla.
- Muuta oireenmukaista lääkehoitoa on esimerkiksi ummetuksen ja turvotusten hoito.
- Lääkehoidon vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan jatkuvasti sekä kirjataan asukkaan asiakastietoihin.

2.4 Ravitseminen

- Avustetaan tarvittaessa ruokailussa. Apuna voidaan käyttää asukkaalle sopivia ruokailuvälineitä. (esim. nokkamuki tai erikoislusikat)
- Ruokahaluttomuutta helpotetaan tarjoilemalla mieliruokia ja tarvittaessa rikastamalla aterioita runsasenergisillä ruuilla. Huomioidaan myös annoskoko. Tarjoillaan pieniä määriä useasti.
- Huomioidaan suun hoito säännöllisesti ja hoidetaan suun sairaudet

Muistisairaahan palliativisen hoidon malli

- Nielemisvaikeuksia helpotetaan pehmeällä tai sosemaisella ruualla sekä nestemäisellä ravinnolla tai lisäravinteilla suun kautta
- Keinotekoista ravitsemusta tai nestehoitoa (iv-hoito, nenä-mahaletku, Peg) ei suositella pitkälle edennyttä muistisairautta sairastaville, koska siitä ei ole juurikaan hyötyä ja se aiheuttaa vain epämukavuutta.
- Ravitsemushoito elämän loppuvaiheessa ei lisää elin aikaa tai paranna elämänlaatua.

2.5 Turvallisuus

- Turvallisuuden tunnetta lisäävät läheiset ihmiset ja tuttu hoitoympäristö sekä rauhalliset hoitotilanteet.
- Turvallisessa ympäristössä otetaan huomioon turvallisuutta lisäävät ratkaisut, esimerkiksi laidat sänkyyn ja erilaiset yövalaisimet.
- Turvallisuuteen kuuluu toimiva hoitoympäristö. Esteettisyys stimuloi aisteja ja antaa elämyksiä. Hoitoympäristössä tulisi olla virikkeitä kaikille aisteille; katseltavaa, kuunneltavaa ja kosketeltavaa. Tulisi olla mahdollisuus myös omaan rauhaan ja hiljaisuuteen. Luonnon äänet rauhoittavat. Ilmapiirin tulisi olla myönteinen, rauhallinen ja kotoisa.
- Turvallisuuteen kuuluu myös edunvalvontatarpeen arviointi

2.6 Päivittäiset toiminnot

- Hyvä oireenmukainen perushoito toteutetaan käyttäen hyväksi moniammatillista työryhmää.
- Apuvälineet ja avustaminen tarvittaessa
- Elämänlaatu on kokemusta mielekkästä elämästä. Sitä edistää omaisten tuki, kunnioittava kohtelu ja oikeus ja mahdollisuus osallistua hoitoon. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja riittävä oireenmukainen hoito lisäävät elämänlaatua. Kannattaa kysyä mitä asukas haluaa tai ei halua hoitojen yhteydessä. Elämänlaatua lisää myös aikaisemman elämäntavan ja taustan vaaliminen, arvokkuuden ja sosiaalisen verkoston ylläpitäminen sekä autonomian turvaaminen.
- Loppuvaiheessa, kun asukas on jo vuodepotilas, on tärkeää huolehtia ihon kunnosta ja asentohoidosta.

Muistisairaahan palliativisen hoidon malli

- Kuoleman lähestyessä annetaan aikaa. Ei jätetä yksin, jos asukas ei ole sitä erityisesti toivonut. Voidaan laittaa huoneeseen rauhallista musiikkia kuulumaan.

2.7 Psykkinen tasapaino

- Käyttösoireita voidaan hoitaa lääkkeettömästi esimerkiksi huolehtimalla ravitsemuksesta, nesteytyksestä ja riittävästä kivun hoidosta. Käyttösoireita helpottaa laukaisevien tekijöiden eliminoiminen esimerkiksi asiallisella lääkityksellä. Voidaan käyttää myös muistelu ja validatio-terapioita, virikkeellisyyttä ja liikuntaa. Käyttösoireita voidaan lievittää käyttämällä musiikkia, kuvataidetta, tanssia ja kädentaitoja vaativaa toimintaa sekä erilaista virkistystoimintaa.
- Toivon ylläpitäminen on tärkeää elämän loppuun saakka. Toivoa ylläpitää ihmisen kunnioittaminen ja myötäelävä kuuntelu. Hoidon ja huolenpidon tulee olla asukkaan toiveista lähtevää. Yhteistyö omaisten kanssa lisää toivoa. Hoitajien tulee ymmärtää myös asukkaan haavetoiveita eli sellaisia toiveita, jotka ei ole mahdollista toteuttaa. Toivoa ylläpitää myös pienten toivomusten toteuttaminen.
- Eletyn elämän muistelu keskustelemalla ja kyselemällä auttaa surutyössä.
- Eksistentiaalista (olemassaoloon liittyvää) kärsimystä lievitetään kuuntelemalla ja keskustelemalla.
- Kuolemanpelko voi ilmetä hyvin erilalla (esin asukas voi pelätä olla yksin, hän voi pelätä pimeää tai hän voi puhua mustista miehistä, jotka tulevat hakemaan) ja sen huomaamisessa vaaditaan hoitajalta herkkyyttä ja rohkeutta ottaa asia puheeksi. Puhuminen asiasta helpottaa kuolemanpelkoa.
- Hengellisyys on sitä, että usko Jumalaan tai korkeampaan voimaan tekee elämästä mielekkään. Hengelliset tarpeet tulee huomioida yksilöllisesti. Jokaiselle tulee tarjota mahdollisuutta hartauden harjoittamiseen rukouksen, laulun sekä asukkaalle pyhien tekstien lukemisen avulla. Hoitaja voi tehdä sen itse, jos kokee sen luontevaksi, mutta apuun voi pyytää omaisia tai seurakuntien työntekijöitä. Vaikka asukas ei toisikaan esille hengellisiä tarpeitaan, voi hengellisen tuen muotoja pitää esillä. Jokaisen ihmisen vakaumusta tulee kunnioittaa ja hänelle tulee antaa tunne, että hän on itsessään arvokas, vaikka hoitajan vakaumus olisi erilainen. Usko antaa toivoa elämässä ja kannattelee kuoleman rajan yli.

2.8 Elämänkaari

- Lähestyvän kuoleman tiedostamisessa kuolemasta puhuminen on tärkeää sekä asukkaalle, että omaisille. Asioista puhuminen auttaa kuolemaan valmistautumisessa ja jokaiselle tulisi antaa siihen mahdollisuus. Jos asukas tai omainen ei ota asiaa puheeksi, voi sen ottaa esille hoitaja. Jokaisella on oikeus arvokkaaseen kuolemaan omaa hoitotahtoa kunnioittaen.
- Saattohoitopäätös voidaan tehdä siinä vaiheessa kun oletetaan elämää olevan jäljellä vain vähän, joitakin päiviä tai viikkoja.

3. Kuolema

Asukkaan elämän loppuvaiheeseen kuuluu kuolema ja sen hoito.

- Kuoleman kohdatessa hoitaja ilmoittaa siitä lääkärille erillisen ohjeen mukaan
- Yhteys omaisiin otetaan heidän toiveidensa mukaan. (esim. haluavatko he, että soitetaan yöllä vai eivät)
- Vainaja laitetaan annettujen ohjeiden mukaisesti vainajaa kunnioittaen.
- Vainajan siirto tapahtuu yksikön omien ohjeiden mukaan
- Suruliputus toteutetaan yksikön käytäntöjen mukaan
- Kuolintodistuksen ja haudausluvan kirjoittaa hoitava lääkäri virka-aikana. Haudauslupa lähetetään omaisten toivomusten mukaisesti.
- Omaisat tyhjentävät huoneen asukkaan henkilökohtaisista tavaroista sopimuksen mukaan.
- Hoitokodissa voidaan pitää muistotilaisuus kuolleelle asukkaalle, elleivät omaiset kiellä sitä. Voidaan pitää myös yhteinen muisteluhetki omaisten kanssa.
- Omaisia tuetaan surussa ilmaisemalla osanotto. Omaisille annetaan kirjallinen ohjeistus asioiden hoidosta. Hoitokodin puolesta annetaan adressi omaisille. Omaisille tarjotaan mahdollisuutta pitää yhteyttä jälkeenpäin ja kysyä asioista, jos tulee mieleen kysymyksiä. Omaisia voidaan pyytää käymään hoitokodissa jälkeenpäin ja vaikka tulemaan näyttämään hautajaiskuvia.
- **Muista huolehtia myös omasta jaksamisestasi esimerkiksi vertaistuen ja työnohjauksen avulla.**