

Heli Marttinen

Muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivunhoidon kehittäminen



Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Sosiaali- ja terveysala

Kevät 2019



KAMK • University
of Applied Sciences

Tiivistelmä

Tekijä(t): Marttinen Heli

Työn nimi: Muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivun hoidon kehittäminen

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja ylempi (AMK), Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK

Asiasanat: kivun arviointi, lääkkeetön kivun hoito, kivun hoidon osaaminen, muistisairas

Muistisairaahan ihmisen kivun arvioiminen on haasteellista, koska muistipotilaan kognitiiviset kyvyt ovat usein heikentyneet tai jopa kokonaan pois. Vanhemman väestön lisääntyessä, myös muistisairauksista kärsivien ihmisten määrä lisääntyy. Tämän vuoksi muistisairaahan kokonaisuhoitoon ja huolenpitoon pitää hoitotyöntekijöillä olla laaja-alaista osaamista. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden osaamista muistisairaiden asukkaiden kivun hoidossa.

Opinnäytetyön metodologiana oli toimintatutkimus, joka valikoitui opinnäytetyön, koska se on käytäntöön suuntautunut muutos tavoitteleva ja toimijoita osallistava lähestymistapa. Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa aiempi tutkimusnäyttö muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista sekä lääkkeettömästä kivun hoidosta. Tutkimuskysymyksiä olivat: Miten muistisairaahan asukkaan kipua voidaan arvioida? Mitä on hyvä muistisairaahan asukkaan lääkkeetön kivunhoito? Vastaus haettiin kirjallisuuskatsauksen avulla, josta saatu aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tuloksena oli muistisairaahan kivun huomioiminen, muistisairauksien merkitys kivun kokemukseen, kivun arviointimittarit ja niiden hyödyntäminen, yhteistyö ja kipuosaaminen, yksilöllisyys kivunhoidon menetelmien valinnassa ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien tunteminen. Muistisairaus jo sinällään vaikuttaa asukkaan kivun kokemukseen. Kivun arviointimittareita on useita, joista PAINAD -mittari on osoittautunut hyväksi muistisairaiden kivun arvioinnin välineeksi.

Toisen syklin tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden nykyinen osaaminen muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmistä sekä niiden käytöstä. Kehittämiskysymyksenä oli, miten hoitotyöntekijät kokevat muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiin liittyvän osaamisen. Hoitotyöntekijöiden nykytilanteen osaamiskartoitus toteutettiin avoimilla haastatteluilta (n=4) heidän työpaikallaan. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Tulosten mukaan hoitotyöntekijän epävarmuus lääkkeettömän kivun hoidon suunnittelussa ja lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käytössä sekä koulutusten tarve muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnissa ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmien käytöstä kuvasivat osaamisen kehittämisen tarvetta. Myös yhteisen muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin toimintamallin kehittäminen korostuu. Reflektion avulla syklien 1 ja 2 tulokset yhdistettiin, jonka perusteella syklistä 3 jatkettiin hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä.

Kolmannen syklin tarkoituksena oli selvittää hoitotyöntekijän osaamista muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnissa PAINAD -mittaria hyödyntäen. Kehittämiskysymys oli, mitä osaamista hoitotyöntekijät tarvitsevat käyttäessään PAINAD -mittaria muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnissa. Asumispalveluissa otettiin käyttöön PAINAD -kivun arviointimittari, jonka käytettävyydestä ja hyödynnettävyydestä tehtiin kysely asumispalveluiden hoitotyöntekijöille joulukuussa 2018. Tulokset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin sekä PSPP-ohjelman avulla. Tuloksista nousi vahvasti hoitotyöntekijöiden halu pitää kivun arvioinnin mittari osana hoitotyötä. Kivun arviointimittari pilotoitiin vertaisarviointien avulla helmikuussa 2019. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tulosten mukaan vuorovaikutusosaaminen, yhteistyöosaaminen, ammattitaito, kivun arviointi osaamisen kehittäminen, tiedonkulku, työyhteisötaidot, raportointi sekä asukkaan ja omaisen kohtaaminen korostuivat hoitotyöntekijöiden tehdessä muistisairaahan asukkaan kivun arviointia PAINAD -mittarin avulla.

Tuotoksena oli muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin toimintamalli sekä huoneentaulu muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista sekä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmistä asumispalveluihin, minkä mukainen toiminta tukee hoitohenkilöstöä muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon osaamisen kehittämisessä. Toimintamalli vakiinutettiin asumispalveluiden hoitotyöntekijöille luennon, pilotoinnin sekä vertaisarviointien avulla.

Abstract

Author(s): Marttinen Heli

Title of the Publication: Pain Assessment in Residents with Memory Disorders and Development of Non-Medical Pain Management

Degree Title: Master of Health Care

Keywords: pain assessment, non-medical pain management, pain management competence, memory disorder patient

Assessing the pain of memory disorder patients is challenging because their cognitive abilities are often impaired or even completely absent. As the number of the older population grows, so does the number of people suffering from memory disorders. For this reason, nursing staff should have competence to provide memory disorder patients comprehensive care and caring. The aim of this thesis was to develop the skills of nursing staff to treat the pain in residents at an assisted living facility.

The methodology used was action research that was selected because it is an approach oriented towards practice involving actors. The purpose of the first cycle was to explore previous studies on the assessment of pain in memory disorder patients and on the non-medical pain treatment. The research questions were the following: How could the pain of a memory disorder patient be assessed and what would be a good non-medical pain treatment for a memory disorder patient? The answer was sought through a literature review, and the obtained material obtained was analyzed by inductive content analysis. The analysis resulted in the following categories: acknowledging the pain experienced by memory disorders patients, impact of memory disorders on experienced pain, pain assessment scales and their utilization, co-operation and competence in pain management, individuality in the choice of pain management methods, and knowledge of non-medical pain management methods. Memory disorders affect the pain experience, and there are several pain assessment scales of which PAINAD has proved to be a good tool for assessing pain in memory disorder patients.

The purpose of the second cycle was to study nurses' current skills to assess memory disorder patients' pain, and non-medical pain management methods and their use. The development task was to clarify how nurses experienced the assessment of pain in memory disorder patients and their competence in non-medical pain treatment methods. Nurses' current competence was outlined in open interviews (n = 4) at their workplace. The results of the interviews were analyzed using inductive content analysis. According to the results, the need for competence development was highlighted by the uncertainty felt by nursing professionals in the planning and implementation of non-medical pain management as well as by the need for training in the assessment of memory disorder patients' pain and the use of non-medical pain management methods. The results also called for the development of a universal model for assessing pain in memory disorder patients. Reflection was used to combine the results of cycles 1 and 2, which provided the basis for cycle 3 that focused on the development of the nursing staff's competence.

The purpose of the third cycle was to explore the nursing staff's competence to assess the pain in memory disorder patients using the PAINAD scale. The development question was to study what competence nurses needed when using PAINAD to assess the pain of memory disorder patients. The assisted living facility introduced the PAINAD pain assessment scale, and a usability assessment survey was carried out in December 2018. The results, which were analyzed by inductive content analysis and PSPP program, showed clearly nurses' wish to continue using PAINAD as part of the nursing care. The pain assessment scale was piloted in the assisted living facility through peer reviews in February 2019. The data was analyzed by inductive content analysis. According to the results, nurses emphasized interpersonal competence, co-operation competence, professional skills, pain assessment, competence development, information flow, work community skills, reporting, and encounters with residents and their relatives when using PAINAD to assess the pain in memory disorder patients.

The output of this thesis was a model for assessing the pain in memory disorder patients and a room board about the assessment of pain in memory disorder patients and non-medical pain management methods for an assisted living facility. These will support the nurse staff both in the assessment of pain in memory disorder patients and the development of non-medical pain management. The model was established through lectures, piloting and peer re-views.

”Kerran aloitettuasi uneksimisen
älä hetkeksikään lopeta.
Uneksi vain mahdottomia,
sillä huomista eivät
järkevät latteudet kiinnosta.
Ole hyvä unelmiasi kohtaan,
ja anna niiden toteutua.
Äläkä koskaan kuvittele,
että sinun unelmasi on ainoa.
Älä hämmästele ihmeitä,
iloitse niistä.
Kävele vetten päällä.
Herätä kuolleita henkiin.
Muista, että hymyily
on uneksimista”

-Tommy Tabermann-

Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Opinnäytetyön taustaa	1
1.2	Lähteet	3
2	Opinnäytetyön metodologia ja projektiorganisaatio.....	4
2.1	Johdanto	4
2.2	Toimintatutkimus.....	4
2.3	Osallistava toimintatutkimus opinnäytetyössä.....	8
2.4	Projektiorganisaatio	10
2.5	Lähteet	12
3	Kirjallisuuskatsaus (Sykli 1).....	15
3.1	Johdanto	15
3.2	Tarkoitus ja tutkimuskysymykset (Suunnittelu).....	15
3.3	Kirjallisuushaku (Toiminta).....	16
3.4	Aineiston analyysi (Havainnointi)	18
3.5	Tulokset.....	19
3.5.1	Muistisairaahan kivun arviointi.....	19
3.5.2	Lääkkeetön kivun hoito muistisairaiden hoidossa.....	21
3.6	Tulosten tarkastelu (Reflektointi)	22
3.7	Lähteet	24
4	Muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömien kivun hoitomenetelmien osaaminen hoitotyöntekijöiden kokemana (Sykli 2).....	26
4.1	Johdanto	26
4.2	Henkilöstön osaamisen nykytila (Suunnittelu)	26
4.3	Haastattelut (Toiminta).....	27
4.4	Haastattelu aineiston analyysi (Havainnointi)	29
4.5	Hoitotyöntekijöiden kokemus muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivun hoidon osaamisesta.....	31
4.6	Johtopäätökset (Reflektointi)	32
4.7	Lähteet	34

5	Muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin kehittäminen (Sykli 3)	37
5.1	Johdanto	37
5.2	Hoitotyöntekijöiden muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaaminen (suunnittelu).....	37
5.3	PAINAD -mittarin käyttöönotto asumispalveluissa (Toiminta A).....	39
5.4	PAINAD -mittarin kokeilu ja arviointi muistisairaahan asukkaan kivun arviointimenetelmänä (Toiminta A).....	42
5.5	PAINAD -mittarin kokeilun arvioinnin tulokset (Havainnointi A).....	43
5.6	Muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin pilotointi käytäntöön (Toiminta B).....	46
5.7	Muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin aineiston analysointi ja tulokset (Havainnointi B) 50	
5.8	PAINAD -mittarin käyttöön tarvittava osaaminen muistisairaahan asukkaan kipua arvioitaessa (Reflektointi).....	57
5.9	Lähteet	60
6	Johtopäätökset.....	64
6.1	Johdanto	64
6.2	Hoitotyöntekijöiden kivun hoidon osaamisen kehittämistä kuvaavat johtopäätökset.....	65
6.3	Lähteet	67
7	Henkilöstön osaamisen johtaminen henkilöstön ikääntyessä	69
7.1	Johdanto	69
7.2	Lähijohtajien ikäjohtamisen osaaminen ja kehittäminen	70
7.3	Elinikäinen oppiminen.....	71
7.4	Ikääntyvän henkilöstön osaamisen tukeminen	72
7.5	Johtamisosaamisen kehittyminen	74
7.6	Lähteet	77
8	Pohdinta	80
8.1	Luotettavuus	80
8.2	Eettisyys	82
8.3	Jatkokehittämisaiheet.....	84
8.4	Lähteet	85

Liitteet (13 kpl)

1 Johdanto

1.1 Opinnäytetyön taustaa

Kivunhoidon tarpeen arviointi on usein vaikeaa. Muistisairaahan ihmisen kivun arvioiminen on vielä haasteellisempaa, koska muistipotilaan kognitiiviset kyvyt ovat mahdollisesti osittain heikenneet tai jopa kokonaan pois. Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan tiedon vastaanottoa, säilyttämistä ja käyttöön liittyviä toimintoja. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 59.) Muistiongelmia on noin kolmasosalla 85-vuotiaista (Heikkinen 2013, 20). Kipu voi jäädä huomioimatta, jos esimerkiksi ihmisen eleistä ja ilmeistä ei osata kipua havaita. Kivulla on vaikutuksia jokapäiväisiin toimintoihin, ja jos ihminen on hyvin kivulias, hän ei ehkä kykene kävelemään tai on jopa aggressiivinen. Hyvän elämänlaadun vuoksi kipua tulisi hoitaa hyvin, ettei yhdenkään ihmisen tarvitsisi kärsiä kivuista, joita voimme hoitaa.

Väestön ikärakenteen vanheneminen on tähänastistakin nopeampaa tulevan kahden vuosikymmenen aikana, mikä johtaa siihen, että myös muistisairauksista kärsivien ihmisten määrä lisääntyy. Laaja-alainen muistisairaiden kokonaishoidon ja huolenpidon osaaminen tulee entistä tärkeämmäksi ja asiakkuusosaaminen korostuu eli taito tunnistaa asiakkaan tarpeita ja voimavaroja sekä taitoa suhteuttaa niitä asiakkaan elämäntilanteeseen ja elinympäristöön. Asiakkuusosaaminen on myös taitoa löytää asiakkaan kannalta toimivin tapa vastata palveluntarpeeseen sekä ehkäistä palveluntarpeita. Myös omien toiminnan rajojen ymmärtäminen sekä omien taitojen tunnistaminen toimittaessa asiakkaan parhaaksi on asiakkuusosaamista. Asiakkuusosaamisessa korostuu taito olla ihmiselle ihminen, ja se vaatii vuorovaikutusosaamista. (Sainio ym. 2013, 50; Tiikkainen & Heikkinen 2013, 464.)

Aihe prosesseineen kehittää itsenäisenä asiantuntijana toimimista sekä päätösten näyttöön perustamista. Prosessin avulla opin tunnistamaan ja ennakoimaan kehittämiskohteita, ja muutostarpeita työelämässä sekä asiakkaan että hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Työyhteisön kanssa yhteistyössä tehtävä kehitystyö kehittää johtamisosaamista sekä ryhmätyöskentelyä. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen edistää digitaalisuusosaamista, koska tietoa haetaan pääsääntöisesti säh-

köisistä tietokannoista. Aihe on tärkeä, koska muistisairaiden kotona asuminen aikaisempaa pidempään mahdollistuu, kun kipuun osataan reagoida nopeasti, eikä kipu ehdi tehdä ihmisestä toimintakyvyttöä.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyöntekijöiden osaamista muistisairaiden asukkaiden ja potilaiden kivun hoidossa. Yksilöllä tulee olla tarvittava osaaminen, jotta hän kykenee edes tyydyttävästi selviytymään tehtävistä, joita häneltä vaaditaan. Yksilön osaamisen lisäksi tarvitaan työyhteisön osaamista eli kykyä, tietoa ja taitoa ennakoida ja ottaa huomioon toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset (Moisanen 2018, 17). Organisaation tärkeänä pääomana pidetään osaavaa henkilöstöä ja työelämässä korostetaan tämän merkitystä yhä voimakkaammin. Osaamisen on kuvattu olevan tiedollista, taidollista ja kehittyvää, jossa korostuu vuorovaikutussellisuus työn ja työntekijän välillä. Osaamisen johtamiseen kuuluu ylläpitää äänettömän ja äänellisen tiedon välistä vuoropuhelua eri menetelmin. (Paloniemi 2004, 19–22; Juuti 2005, 24.)

Terveysalaa koskevan tutkimustiedon määrä on lisääntynyt viimeisten parinkymmenen vuoden aikana ja samalla tiedon uusiutuminen on nopeutunut. Tutkimustieto on lisännyt ymmärrystä esimerkiksi sairauksien syntymekanismeista ja auttanut kehittämään uusia, entistä vaikuttavampia ja tehokkaampia hoitomenetelmiä. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 11–12.)

Opinnäytetyötä tehtiin syklisenä prosessina toimintatutkimuksen mukaisesti. Opinnäytetyöhön osallistuivat Pihtiputaan asumispalveluiden hoitotyöntekijät. Pihtiputaan asumispalveluissa olevilla asukkailla on jonkin asteinen muistisairaus, minkä vuoksi muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon osaamisen kehittäminen koettiin tärkeäksi.

Opinnäytetyö raportoidaan sykleittäin toimintatutkimuksen mukaisesti. Opinnäytetyö koostuu kuudesta artikkelista sekä kolmesta esseestä. Ensimmäinen sykli toteutetaan kirjallisuuskatsauksena, jonka avulla kartoitetaan aiempien tutkimusten näyttö muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömästä kivun hoidosta. Toisessa syklissä kartoitetaan hoitotyöntekijöiden nykyinen osaaminen muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmistä sekä niiden käytöstä. Ensimmäisen ja toisen syklin tulosten yhdistämisen jälkeen lähdetään kolmannessa syklissä selvittämään hoitotyöntekijän osaaminen muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnissa PAINAD -mittaria hyödyntäen.

1.2 Lähteet

Heikkinen, E. (2013). Gerontologia. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia tieteenalana. (16-25). Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Juuti, P. (2005). Johdanto: Osaamisen johtamisen ja innovatiivisuuden käsitteistä. Teoksessa P. Juuti (toim.) Osa ja innovoi – osaaja innovoi. (11-26). Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Moisanen, K. (2018). Asiakaslähtöisen osaamisen johtaminen vanhuspalveluissa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Viitattu 29.1.2019. Haettu osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2775-0/urn_isbn_978-952-61-2775-0.pdf

Paloniemi, S. (2004). Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä. Työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Viitattu 29.1.2019. Haettu osoitteesta <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/13327/9513920399.pdf>

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. (2013). Gerontologia. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. (50-65). Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. (2013) Gerontologia. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. (454-465). Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

2 Opinnäytetyön metodologia ja projektiorganisaatio

2.1 Johdanto

Tässä artikkelissa ja seuraavassa luvussa arvioidaan toimintatutkimuksen soveltuvuutta opinnäytetyön metodologiaksi ja kuvataan opinnäytetyön projektiorganisaatio. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyöntekijöiden osaamista muistisairaiden asukkaiden kivun hoidossa. Toimintatutkimus valikoitui tämän opinnäytetyön lähestymistavaksi, koska se on käytäntöön suuntautunut, muutosta tavoitteleva sekä osallistava. Toimintatutkimus on todettu hyödylliseksi hoitotyön ja muun terveydenhuollon kehittämisessä, esimerkiksi se on hyödyllistä, kun näyttö puuttuu nykyisistä käytännöistä tai saatavilla ei ole tarpeeksi informaatiota ja osaamista. Toimintatutkimus on todettu hyödylliseksi myös, kun tietämyksen puute on tunnistettu tai palvelujen tarjonta on riittämätöntä. Toimintatutkimus soveltuu hyvin asioihin, joissa tutkimustietoa voidaan hyödyntää käytännön ongelmien ratkaisemisessa sekä pyritään tavalla tai toisella vaikuttamaan tutkimuskohteeseen. (Holloway & Galvin 2017, 242; Tiainen, Aittoniemi, Haukijärvi & Yli-Karhu 2015, 3; Eskola & Suoranta 2001, 126.)

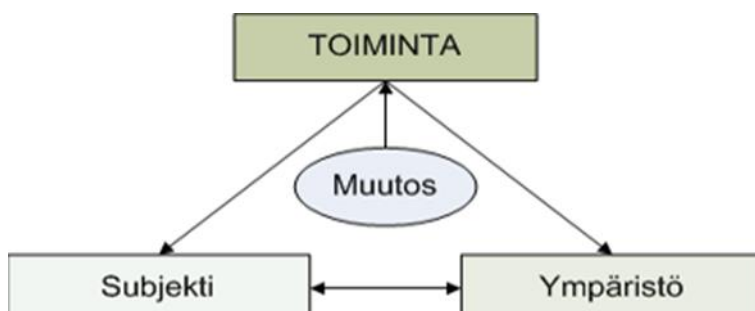
Artikkelissa kuvataan projektiorganisaation käsitteitä, tehtäviä ja sitä, mitä tässä opinnäytetyössä projektiorganisaatio tarkoittaa. Kajaanin ammattikorkeakoulussa opinnäytetyön kokonaisuuden hallinnointi ja johtaminen, sosiaali- ja terveysalan ylemmässä ammattikorkeakoulussa, tapahtuvat projektijohtamisen periaatteiden mukaisesti ja opiskelija toimii itse projektipäällikkönä (Opinnäytetyön hallinta n.d., 1).

2.2 Toimintatutkimus

Eri toimintatutkimuksia yhdistää käytäntöihin suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin. Toimintatutkimuksen mahdollinen kohde ja tutkimuksen substanssi voi olla melkein mikä tahansa ihmiselämään liittyvä piirre. Tutkimusta tehdään käytännössä monista teoreettisista ja käytännöllisistä lähtökohdista. Toimintatutkimuksessa itse prosessi on tärkeämpi kuin tuotos ja toimintatutkimuksen päämäärä ei ole vain tutkiminen, vaan

myös toiminnan samanaikainen kehittäminen. (Kuula 1999, 10–11; Suoranta & Ryyänen 2014, 196–205; Tiainen ym. 2015, 5; Heikkinen 2007b, 196.)

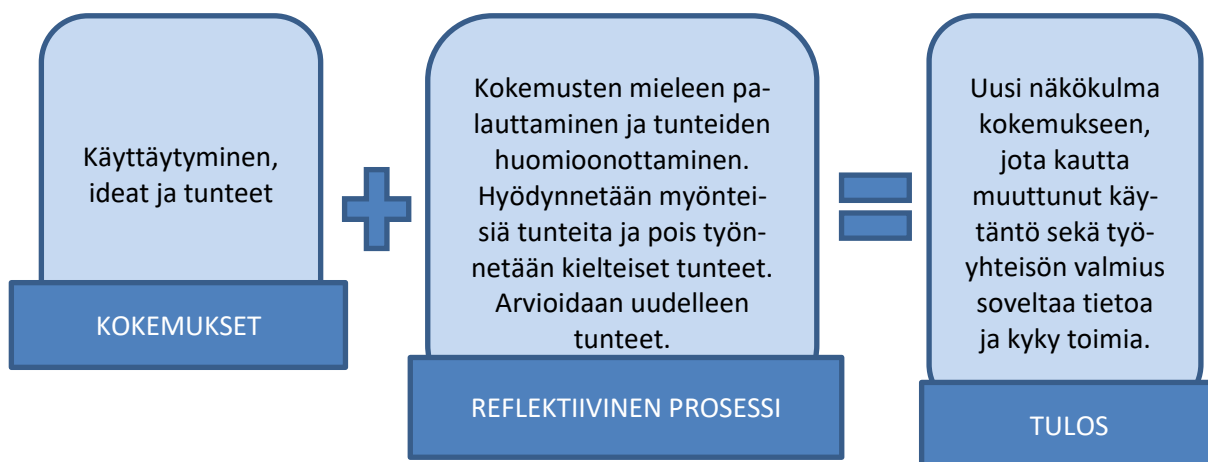
Tietoa tuotetaan toimintatutkimuksella käytännön kehittämistä varten ja tutkimuksen kohteena on ihmisten toiminta. Erityisesti sosiaalinen toiminta ja vuorovaikutus ovat asioita, joita ihmisen toiminnassa tutkitaan. Toimintatutkimuksen avulla kehitetään uusia toimintatapoja käytäntöön, joten se on tutkimus- ja kehittämisprojekti. Tutkija osallistuu itse tutkimukseen käynnistämällä muutoksen sekä rohkaisemalla ihmisiä siihen, että heidän kannaltaan asioita kehitetään paremmaksi kuin ne aiemmin ovat olleet. Toimintatutkimuksen ensisijaisena tarkoituksena onkin tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa. Tutkijan asiantuntijuus, osaaminen ja kokemus ovat keskeisiä kehitykseen vaikuttavia tekijöitä. Toimintatutkimuksen määritelmiin voidaan yhdistää tutkimus, interventio, aikaisempaa parempaan pyrkiminen ja tutkittavien subjektiluonne (Kuva 1). Ideaalina toimintatutkimuksessa voidaan ymmärtää muutos. (Heikkinen 2007a, 16–17, 19–20; Tiainen ym. 2015, 6; Eskola & Suoranta 2001, 127; Heikkinen 2007b, 197.)



Kuva 1. Toimintatutkimuksen lähtökohdat (Toimintatutkimus 2018, 1)

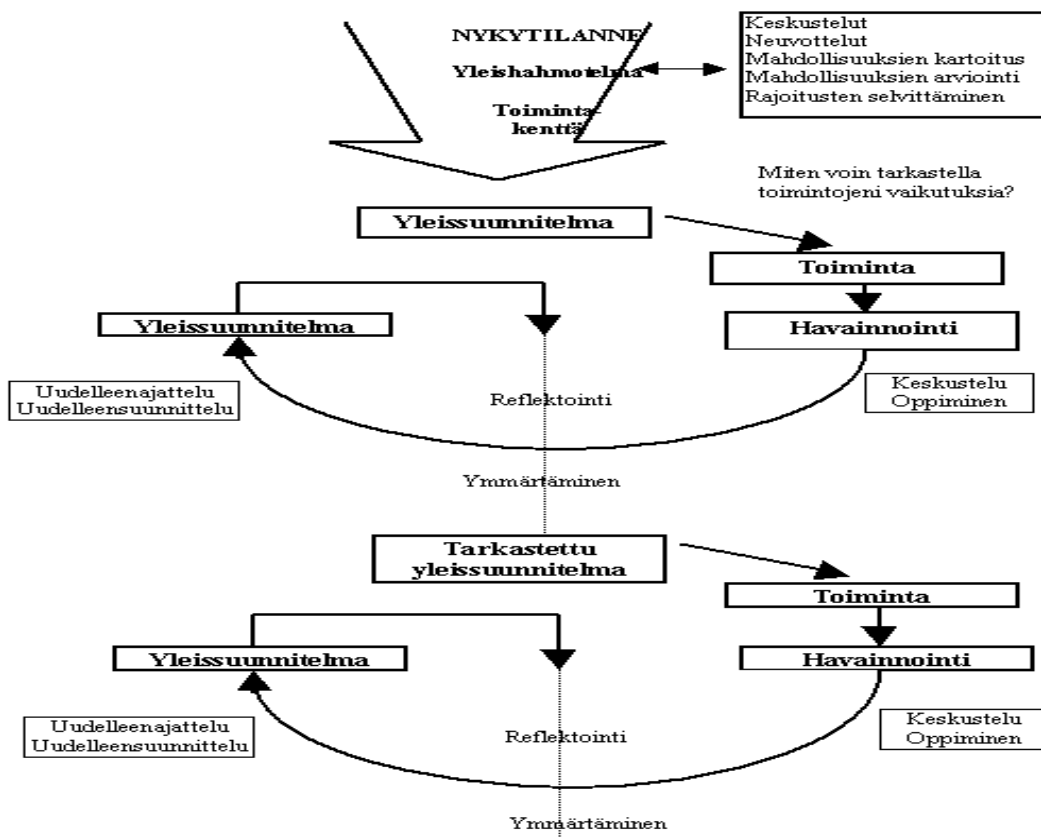
Toimintatutkimuksessa keskeistä on sen reflektiivinen luonne ja tämän reflektion kautta voi ihminen tulla tietoiseksi oman toimintansa perusteista. Reflektiossa on mukana sekä ihmisen tunteet, että tiedot. Reflektiivinen toiminta edellyttää ihmisen halua muuttua ja kehittyä sekä kykyä havaita ongelmia. Myös kyky hämmästellä asioita ja sietää epävarmuutta tarvitaan reflektiivisessä toiminnassa. Reflektiolla pyritään työtoiminnan ymmärtämisen kehittämiseen sekä älyllisen tason korottamiseen. Reflektiiviseen toimintatapaan kuuluu kolme pääelementtiä: kokemuksen mieleen palauttaminen, tunteiden huomioonottaminen ja kokemuksen uudelleenarviointi (Kuva

2). Toimintatutkimuksessa tutkijan ja tutkittavan yhteisön vuorovaikutus on pysyvää ja pitkäaikaista ja oleellista on aktiivinen vuorovaikutus sekä sitoutuminen tiettyihin yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin. (Suojanen 2014, 1; Eskola & Suoranta 2001, 128; Heikkinen 2007b, 201.)



Kuva 2. Reflektiivinen oppimisprosessi (mukaihen Suojanen 2014, 1)

Reflektion tuotoksena syntyy uusi näkökulma aiempien kokemusten avulla, joka taas voi auttaa muodostamaan aikaisempaa kehittyneempiä käytäntöjä ja toimintatapoja (Suojanen 2014, 1). Toimintatutkimusta hahmotellaan itsereflektiivisenä kehänä, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seuraavat toisiaan. Reflektiivisestä kehästä syntyy ajassa etenevä spiraali, kun syklejä asetellaan peräkkäin. (Heikkinen 2007b, 202.) Toimintatutkimus voidaan toteuttaa vain kaikkien osallistujien yhteistyön avulla. Toimintatutkimus etenee sykleissä ja kun syklejä on aseteltu peräkkäin, muodostuu ajassa etenevä spiraali (Kuva 3). Toimintatutkimuksessa tutkimus ja muutos liittyvät kiinteästi toisiinsa ja seuraavat myös toisiaan. (Holloway & Galvin 2017, 239; Tutkimuksen toteuttaminen n.d, 1; Eskola & Suoranta 2001, 128; Heikkinen 2007b, 202.)



Kuva 3. Toimintatutkimuksen spiraali (Tutkimuksen toteuttaminen n.d, 1)

Toimintatutkimus sopii, kun pyritään ongelman ratkaisuun, tarjotaan koulutusta työyhteisön sisällä, halutaan uusia näkökulmia työskentelyyn, halutaan kehittää kommunikointia työntekijöiden sekä tutkijoiden välillä. Toimintatutkimus sopii myös, kun halutaan ratkaista ongelma subjektiivisesti ja impressionistisesti eli siten, että näkemys on yksilöllinen, henkilön mielipiteeseen perustuva sekä vaikutteellinen. (Metsämuuronen 2006, 223.)

Tämän opinnäytetyön ensimmäinen sykli lähti liikkeelle työyhteisön tarpeesta kehittää hoitotyöntekijöiden osaamista muistisairaana asukkaan lääkkeettömässä kivun hoidossa. Tarkoituksena oli kartoittaa aiempien tutkimusten näyttö kirjallisuuskatsauksen avulla. Ensimmäisen syklin eli orientoivan vaiheen kesto oli lokakuulta 2017 tammikuulle 2018. Lähdin siis liikkeelle suunnittelusta. Suunnittelu ottaa nykyhetken huomioon ja tähtää tulevaisuuden toimintaan. Ongelmaa lähdettiin kehittämään yhdessä työyhteisön kanssa, koska toimintatutkimuksen perusideana on ottaa ne ihmiset mukaan tutkimushankkeeseen, joita tutkimus koskettaa. (Tutkimuksen toteuttaminen n.d, 1; Eskola & Suoranta 2001, 123.) Seuraavaksi tehtiin kirjallisuuskatsausta useasta eri

tiedonhakuportaalista, tämä oli ensimmäisen syklin toimintavaihe. Tutkimusten arvioinnin jälkeen tutkimuksista saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä eli kyseessä oli tällöin jo syklin havainnointivaihe. Tulosten reflektoinnin eli johtopäätösten jälkeen todettiin, että ennen hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämistä tarvittiin tieto, mitä osaamista muistisairaana asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömästä hoidosta hoitotyöntekijöillä jo on. Tästä osaamisen kartoittamisesta tuli sykli numero kaksi.

2.3 Osallistava toimintatutkimus opinnäytetyössä

Osallisuus ja osallistuminen ovat monitulkintaisia käsitteitä. Niitä käytetään usein jopa synonyymeinä, mutta todellisuudessa ne liittyvät erilaisiin asiakaslähtöisiin toimintoihin. Osallisuus on osallistumista laajempi käsite, joka sisältää ajatuksen palvelun käyttäjän vaikuttamisesta toimintaan tai palveluprosessiin. Osallistuminen voi tarkoittaa yksinkertaisimmillaan asiakkaan osanottoa infotilaisuuteen. Laajassa merkityksessä osallistuminen voi tarkoittaa muiden osallistujien kanssa läsnäoloa esimerkiksi ryhmätoiminnassa. (Kinnunen 2018, 181.) Osallisuuskäsite kokoaa näkökulmia ja lähestymistapoja, minkä vuoksi sitä on kutsuttu sateenvarjokäsitteeksi. Osallisuus sisältää liittymistä, suhteissa olemista, kuulumista, yhteisyyttä, yhteensopivuutta, mukaan ottamista, osallistumista ja siihen liittyen vaikuttamista sekä demokratiaa. Osallisuus on myös tämän kaiken järjestämistä ja johtamista. (Isola, Kaartinen, Leemann, Lääperi, Schneider, Valtari & Ketotokoi 2017, 3.)

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan osallistavaa toimintatutkimusta ja lähestymistapana on hermeneuttinen eli käytännönläheinen toimintatutkimus. Tässä lähestymistavassa tutkija ja työyhteisö yhdessä tunnistavat työssä ja toiminnassa sillä hetkellä esiintyviä ongelmia sekä niiden syitä ja etsivät yhdessä niihin ratkaisuja. Prosessin eri vaiheissa työntekijät oppivat uusia asioita, ja heille syntyy uudenlainen ymmärrys heidän omasta työstään. Työntekijöiden vaihtuvuus voi vaarantaa jo tehtyjen parannusten jatkuvuuden. (Jantunen, Naaranoja, Piippo, Mäkelä, Valtanen & Sankelo 2014, 5-6.)

Johtamisen näkökulmasta katsottuna, kun johtaja siirtyy osallistajan roolista osallistujaksi, tulee johtaja lähemmäs asiakaskuntaa, mikä sinällään on hyvä asia, mutta saattaa myös aiheuttaja epä-

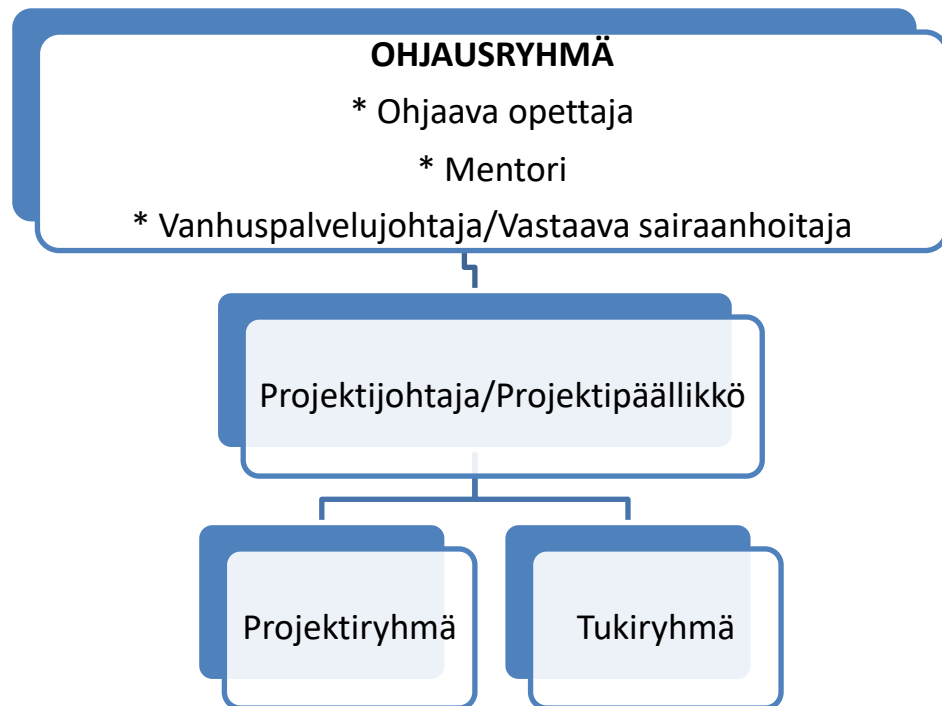
tasapuolisia päätöksiä suhteessa koko asiakaskuntaan (Kauppila & Hietala 2018, 158). Osallistavassa toimintatutkimuksessa tutkija ei konsultoi siitä, mikä organisaatiossa on ongelma, miten ongelma ratkaistaan ja muutos toteutetaan. Sen sijaan tutkija organisoii organisaation toimijat itse pohtimaan ratkaisut ongelmiinsa ja toimii itse ryhmän aktiivisena toimijana. (Kuula 1999, 116; Suojanen 2014, 1.) Toimintatutkimuksen tarkoitus on ratkaista käytännön ongelma ja kehittää tilannetta siellä missä ongelma on (Holloway & Galvin 2017, 239). Opinnäytetyöhön osallistava toimintatutkimus valikoitui, koska siinä työyhteisön kanssa yhdessä määritellään ongelma, johon kehitetään yhdessä ratkaisu.

Tutkija ei ota etäisyyttä tutkittavaan kohteeseen vaan on osallisena kehittämisessä. Tämän menetelmän käyttäjät sekä työntekijät, että tutkija tarkastelevat omia arvoperustojaan kriittisesti kehittämistyön aikana. Menetelmän käyttäminen palvelee sekä tutkijaa että työyhteisöä, koska tavoitteena on molemminpuolisen tietoisuuden lisääntyminen. (Aspvik 2006, 10; Eskola & Suoranta 2001, 127.) Itse lähestyn aihetta subjektiivisesti, koska objektiivinen lähestymistapa tarkoittaisi sitä, että katsoisin tutkimuskohdetta- ja ilmiötä ulkoapäin, puolueettoman sivustakatsojan näkökulmasta. Omat asenteet ja uskomukset eivät saa vaikuttaa liiaksi tutkimukseen. Tutkijan tulisi toimia luottamustaherättävästi sekä toiminnan tulisi olla myös kaiken luottamuksen arvoisa. Erilaisten menetelmien käyttö sekä niiden yhdistäminen ovat mahdollista toimintatutkimuksessa. Näiden erilaisten menetelmien käyttö voidaan ymmärtää toisiaan täydentävinä. Erilaisiin kysymyksiin saadaan vastauksia erilaisilla menetelmillä. (Kuusela 2005, 82–83.) Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruu tapahtui aluksi keskustelemalla hoitotyöntekijöiden kanssa sekä kirjallisuuskatsauksen avulla.

Luomalla osallisuuden mahdollisuuksia ja poistamalla osallisuuden esteitä lisätään yksilön hyvinvointia, tämä on osallisuuden toimintamalli (Kinnunen 2018, 177). Suoranta ja Ryyänen (2014, 203–204) mainitsevat osallistuvan toimintatutkimuksen olevan enemmän tapa olla ja toimia maailmassa kuin, että se olisi metodologia. Tässä metodologiassa ajatuksena on, että olemme jokainen toimijoita ja tekijöitä, kun olemme mukana rakentamassa maailmaa sekä työstämässä maailmaista maailmaa rakennamme. Osallistuminen, tässä yhteydessä, tarkoittaa kahta asiaa: yhdessä toimimista sekä tutkijoiden osallistumisesta asiantilojen muuttamiseen. Osallistava tutkimus ei tarkoita pelkästään ihmisen osallistumista tai osallistamista vaan tutkimuksen olemista osa kansalaistoimintaa ja yhteiskunnallisia liikkeitä. Osallisuus tähtää yksilöiden ja ryhmien välisiin suhteisiin ja yhteenkuuluvuuteen ja on yksi hyvinvoinnin ulottuvuus (Kinnunen 2018, 179).

2.4 Projektioorganisaatio

Opinnäytetyötä varten perustettiin projektioorganisaatio, joka toteuttaa projektin. Kuvassa 4 on kuvattu opinnäytetyön projektioorganisaatio. Projektioorganisaatio on väliaikainen, ja se puretaan tavoitteen saavuttamisen jälkeen. Itse projekti syntyy tilanteesta, joka ei ole toivottu tai strategian mukainen. Toiminnan tehokkuuden ja tuottavuuden lisääminen on usean projektin tavoite. Jokainen projektiryhmään tai projektin sidosryhmään kuuluva tukee projektin toteutusta omalla osaamisellaan. Ennen projektiin ryhtymistä tulee projektin asettajien ja projektitiimin muodostaa selkeä näkemys projektin lopputuloksesta, jotta projekti onnistuisi. (Mäntyneva 2016, 9-19; Karlsson & Marttala 2001, 11–15; Lonka 2007, 5.)



Kuva 4. Projektioorganisaatio

Kokonaisvastuu opinnäytetyöstä on projektijohtajalla samoin kuin opinnäytetyön ja kehittämisen organisoinnin johtaminen. Projektipäällikkö hakee aiemman tutkitun tiedon ja analysoi sen, laatii tutkimussuunnitelman, vastaa aikataulusta, resursseista ja kustannuksista, raportoi kehittämistyön, järjestää kokoukset ja kehittää yhdessä projektiryhmäläisten kanssa hoitokäytäntöjä sekä

päättää opinnäytetyön ja vastaa tulosten sisällöstä ja laadusta. Projektipäällikkö on projektin toteuttaja, valmentaja, kommunikoija sekä integraattori. Projektin varsinainen työryhmä on projektiryhmä, joka toimii projektipäällikön johdolla sekä suunnittelijana että toteuttajana. Ohjausryhmä kokoontuu esimerkiksi opinnäytetyön seminaarissa noin kerran kuukaudessa tai harvemmin. Projektin ohjausryhmän puheenjohtaja vastaa projektin hyötyjen toteutumisesta. Ohjausryhmä koostuu yleensä esimerkiksi opinnäytetyön tilaajan ja toimittajan edustajista ja projektipäälliköstä. Ohjausryhmä hyväksyy tehdyt suunnitelmat, valvoo projektin etenemistä, tekee tai hankkii tarvittavat päätökset, tukee tarvittaessa ja vastaa projektin kokonaisuunnistumisesta. Projektissa korostuu ryhmätyö. (Huotari & Moilanen 2009, 3-5; Lööw 2002, 29–30.)

Opinnäytetyön projektipäällikkönä toimin itse ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön luonteen mukaisesti. Hoitotyöntekijöiden kivun hoidon osaamisen kehittämistä toteutettiin Pihtiputaan asumispalveluissa. Opinnäytetyön ohjausryhmä perustettiin vuoden 2017 syyslukukaudella opinnäytetyön seminaarissa. Ensimmäisessä opinnäytetyön seminaarissa työyhteisön kehittämistyölle asetettiin suuntaviivat. Kehittämistyön valmistumisen seuraaminen sekä projektipäällikön tukeminen ja ohjaus ovat ohjausryhmän vastuulla. (Opinnäytetyön hallinta n.d., 1.)

Ohjausryhmään kuuluu opinnäytetyön ohjaava opettaja Kajaanin ammattikorkeakoulusta, työelämän edustajana vanhuspalvelujohtaja ja hänen sijaisenaan vastaava sairaanhoitaja, ohjausryhmän projektipäällikkö Heli Marttinen sekä vertaisarvioijana eli mentorina toinen Kajaanin ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija sosiaali- ja terveysalalta.

Opinnäytetyön projektiryhmä koostuu projektipäälliköstä sekä neljästä Pihtiputaan asumispalveluiden hoitotyöntekijästä. Opinnäytetyössä kehitetään hoitotyöntekijöiden muistisairaana asukkaan kivun hoidon osaamista, joten tämän vuoksi projektiryhmään kuuluu klinistä hoitotyötä tekeviä henkilöitä. Hoitotyöntekijät valikoituivat projektiryhmään siitä syystä, että he osaavat hoitotyönsä, heillä on asiantuntijuus ja osaaminen. Osaavan työntekijän henkilökohtaisiin ominaisuuksiin kuuluu itsetuntemus ja itsensä viestintä. Myös rehellisyys, luotettavuus, vuorovaikutustaidot ja sitoutuminen hoitotyöhön kuuluvat osaavan työntekijän henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Ryhmätyötä, ristiriitojen ja kriisien käsittelytaitoa sekä neuvottelu- ja tulossuuntautuneisuutta tarvitaan. Projektiryhmäläiset osallistuvat projektikokonaisuuden suunnitteluun ja seurantaan sekä osallistuvat tehtäviinsä liittyvien riskien tunnistamiseen ja analysointiin. (Purola 2018,

1.) Ennen kolmannen syklin aloitusta järjestettiin ensimmäinen projektiryhmän kokous. Kokouksessa käsiteltiin opinnäytteen lähtökohdat, aikataulus sekä määriteltiin kehittämiselle yhteiset suuntaviivat. Suunnittelua, toteutusta, havainnointia sekä reflektointia tehdään projektiryhmässä koko kehittämistyön toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti. Hoitotyöntekijöiden muistisairaahan asukkaan kivun hoidon osaamista tukeva toimintamalli implementoidaan aluksi työyhteisöön projektiryhmään kuuluvien hoitotyöntekijöiden avulla.

2.5 Lähteet

Aspik, U. (2006). Osallistava toimintatutkimus. Power point-esitys. Viitattu 20.4.2018. Haettu osoitteesta http://www.epshp.fi/files/5545/Osallistava_toimintatutkimus.pdf

Eskola, J. & Suoranta, J. (2001). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Heikkinen, L.T. (2007a). Toimintatutkimuksen lähtökohdat. – Teoksessa L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. (16-38). Vantaa: Dark Oy.

Heikkinen, H. L. T. (2007b). Toimintatutkimus - toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. (196-211). Jyväskylä: PS-kustannus.

Holloway, I. & Galvin, K. (2017). Qualitative Research in Nursing and Healthcare. Iowa: John Wiley & Sons Inc.

Huotari, J. & Moilanen, P. (2009). Projektin organisointi. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Power Point -esitys. Viitattu 3.4.2019. Haettu osoitteesta http://homes.jamk.fi/~huojo/opetus/IIZT4010/IIZT4010_3.pdf

Isola, A-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. (2017). Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpaperi (33). Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print–Suomen Yliopistopaino Oy.

Jantunen, S., Naaranoja, M., Piippo, J., Mäkelä, T., Valtanen, E. & Sankelo, M. (2014). Toimintatutkimuksen laatukriteerit ja niiden soveltaminen osallistuvan innovaatiotoiminnan johtamisen tutkimisessa. Viitattu 25.4.2018. Haettu osoitteesta http://www.osuva-foorumi.fi/files/2014/09/2012_TTP_OSUVA_toimintatutkimuksen_l.pdf

Karlsson, Å. & Marttala, A. (2001). Projektikirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Helsinki: Kauppakamari.

Kauppila, R. & Hietala, O. (2018). Johtajat osallistujista osallisiksi. Teoksessa H. Kostilainen & A. Nieminen (toim.) Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. (139-162). Diak Työelämä (13). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Kinnunen, S. (2018) Osaksi yhteisöjä kehittämällä – aikuissosiaalityön uusi suunta. Teoksessa H. Kostilainen & A. Nieminen (toim.) Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. (177-199). Diak Työelämä (13). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Kuula, A. (1999). Toimintatutkimus: kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, P. (2005). Realistinen toimintatutkimus? – Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Lonka, H. (2007). Kuntien projektit: Yhdessä onnistumisen riemua vai pettymyksen tuskaa? Teoksessa J. Louhiso, J. Keppo & A. Latvanne (toim.) Projektitoiminta. (4-7). Projektiyhdistys ry:n jäsenlehti (1). Projektiyhdistys ry. Viitattu 3.4.2019. Haettu osoitteesta https://www.pry.fi/files/92/Projektitoiminta_1_2007.pdf

Löow, M. (2002). Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki: Bookwell Oy.

Metsämuuronen, J. (2006). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Mäntyneva, M. (2016). Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Viro: Printon.

Opinnäytetyön hallinta. (n.d.). Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.4.2019. Haettu osoitteesta [https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-\(Soseli\)/Opinnaytetyoprosessi/Opinnaytetyon-hallinta#](https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-(Soseli)/Opinnaytetyoprosessi/Opinnaytetyon-hallinta#)

Purola, M. (2018). Projektiryhmä hoitaa hommat. Projekti-Instituutin blogi. Viitattu 3.4.2019. Haettu osoitteesta https://www.projekti-instituutti.fi/blogi/projektiryhma_hoittaa_hommat.3063.blog

Suojanen, U. (2014). Toimintatutkimus. Viitattu 20.4.2018. Haettu osoitteesta www.metodix.com

Suoranta, J. & Ryyänen, S. (2014). Taisteleva tutkimus. Riika: InPrint Oy

Tiainen, T., Aittoniemi, J., Haukijärvi, I. & Yli-Karhu, T. (2015). Toimintatutkimus tietojenkäsittelytieteen tutkimuksessa. Informaatitieteiden yksikön raportteja 3. Viitattu 20.4.2018. Haettu osoitteesta http://www.uta.fi/sis/reports/index/R38_2015.pdf

Toimintatutkimus. (2018). Viitattu 23.4.2018. Haettu osoitteesta <https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Toimintatutkimus>

Tutkimuksen toteuttaminen. (n.d.) Viitattu 20.4.2018. Haettu osoitteesta <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kas/kasva/pg/tertsunen/6luku.html>

3 Kirjallisuuskatsaus (Sykli 1)

3.1 Johdanto

Tässä artikkelissa kuvataan opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen suunnittelu, toteutus, tulokset ja arviointi. Kirjallisuuskatsaus on metodi ja tutkimustekniikka, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta. Sen avulla tehdään ”tutkimusta tutkimuksesta” eli kootaan tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. Kun kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomiota käytettyjen lähteiden keskinäiseen yhteyteen ja siteerattujen tulosten hankintatekniikkaan, puhutaan systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. (Salminen 2011, 4.)

3.2 Tarkoitus ja tutkimuskysymykset (Suunnittelu)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata muistisairaahan potilaan kivun arvioinnin menetelmiä sekä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä. PICO-asetelman (Taulukko 1) avulla tutkimuskysymykset muotoiltiin ja selkiytettiin. Kirjallisuushaussa PICO auttaa muuttamaan tutkimuskysymyksen hakutermeiksi sekä kehittämään ja hienosäätämään hakustrategiat (Isojärvi 2017).

Taulukko 1. PICO-asetelma

P = Potilas/Ongelma, jota tutkitaan	I = Interventio eli menetelmä, jolla terveysongelmaan pyritään vaikuttamaan	C = Vertailumenetelmä eli vaihtoehtoinen menetelmä, johon menetelmää verrataan	O = Terveystulos, menetelmän tuottamat terveystulokset, joita halutaan selvittää
Muistisairas	Kipumittari		Kehittynyt potilaan kivun arviointi
Muistisairas	Lääkkeetön kivunhoito		Lääkkeetön kivunhoidon toteutus

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten muistisairaahan asukkaan kipua voidaan arvioida?
2. Mitä on hyvä muistisairaahan asukkaanlääkkeetön kivunhoito?

3.3 Kirjallisuushaku (Toiminta)

Hakusanoja mietin mind mapin avulla (Kuva 5). Hakusanoiksi muodostuivat: muistihäiriö, muistisairas, muistisairas ja kipu, dementia ja kipu, kivun arviointi, kivun lääkkeetön hoito, dementia ja kipumittari, kipumittari, muistisairaus ja kipumittari. Englanninkieliset hakusanat saatiin kääntämällä vastaavat sanat englanniksi; memory disorder, memory ill, memory and pain, dementia and pain, pain evaluation, non-medical pain treatment, dementia and pain subscale, pain subscale, memory disorder and pain subscale.



Kuva 5. Hakusanojen suunnittelu mind mapin avulla

Kirjallisuushakua suoritettiin marraskuun 2017 ja joulukuun 2017 välisenä aikana seuraavista tietokannoista: Ovid, Medic, PubMed, Academic Search Elite, CINAHL, Arto, Julkari, E-book Central sekä Terveysportti. Käsien hakua suoritettiin Pihtiputaan ja Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastossa. Sisäänottokriteereinä olivat julkaisujen suomen- ja englanninkielisyys, kokotekstit, saatavilla e-aineistona, julkaisuvuosi 2010 ja sitä uudemmat tutkimukset sekä julkaisut ja julkaisun otsikossa tuli olla vähintään kaksi käytettyä hakutermiä. Taulukossa 2 on avattu kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen aineistojen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kriteeri	Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Suomen- ja englanninkielisyys	<input type="checkbox"/> Muun kuin suomen- tai englanninkielinen aineisto
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Kokotekstit	<input type="checkbox"/> Muut kuin kokotekstit
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Saatavilla e-aineistona	<input type="checkbox"/> Muut kuin e-aineistot
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Julkaisuvuosi 2010 ja sitä uudemmat tutkimukset	<input type="checkbox"/> Ennen vuotta 2010 julkaistu tutkimus
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Otsikossa vähintään kaksi käytetyistä hakutermeistä	<input type="checkbox"/> Otsikossa vähemmän kuin kaksi käytetyistä hakutermeistä

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit muuttuivat hieman hakuprosessin aikana, koska julkaisuvuodeksi oli aluksi määritetty vuosi 2015. Kaikista tietokannoista ei löytynyt sopivia tuloksia kyseisellä vuosirajauksella.

Tietokannoista saatiin kirjallisuushaun tuloksena 693 tutkimusta (Liite 1, kuvio 1); Ovidista 52, PubMedista 374, Medicistä 9, Academic Search Elitestä sekä CINAHLista yhteensä 81, Ebook Centralista 76, Artosta 1, Julkarista 49 ja Terveysportista 50 tulosta, jotka käytiin läpi sisäänottokriteerien mukaisesti. Kirjastosta löydettiin 1 kirjallisuuskatsaukseen sopiva artikkeli, Suomen Lääkärilehdestä, joka hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Katsaukseen valittiin otsikon ja abstraktin lukemisen perusteella 55 tutkimusta; Ovid 3, PubMed, 22, Medic 2, Academic Search Elite sekä CINAHL yhteensä 27, Ebook Central 0, Arto 0, Julkari 0 sekä Terveysportti 1. Kirjastosta löydetty artikkeli ei soveltunut kirjallisuuskatsaukseen abstraktin perusteella. Pällekkäisten artikkeleiden poistamisen jälkeen tutkimuksia jäi 25, jonka jälkeen jäljelle jääneille tutkimuksille tehtiin

kriittinen arviointi. Kriittisen arvioinnin tuloksena kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle jäi 10 artikkelia. Tutkimuksien kriittinen arviointi tehtiin Hotuksen internet-sivustolta löytyvien tarkastuslistojen avulla; Kriittisen arvioinnin tarkastuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle 2011 ja Kriittisen arvioinnin tarkastuslista kohortti/tapaus-kontrolli tutkimukselle. Esimerkit kummastakin arvioinnista liitteessä 2 (kuvat 6 ja 7). Kyseiset tarkastuslistat valikoituivat käyttöön, koska kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen tutkimusten joukossa oli sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia. Liitteessä 3 (taulukossa 3) on kuvattu kaikki 15 kirjallisuuskatsaukseen valittua artikkelia ja tutkimusta. Liitteessä on kuvattu artikkeleiden/tutkimusten tekijä/t, julkaisuvuosi, tutkimuksen taso, julkaisumaa, tarkoitus/tavoite, metodologiset lähtökohdat, keskeiset tulokset sekä näytön taso.

3.4 Aineiston analyysi (Havainnointi)

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä käytetään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä ja määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. Sisällönanalyysi määritellään eri tavoin. Yleisesti sen määritellään menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysiä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään aineiston ehdoilla eli tutkimuksen pääpaino on aineistossa. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 1.)

Aineisto litteroitiin lukemalla valikoitujen tutkimusten ja artikkeleiden tulokset ja johtopäätökset useaan kertaan. Tämän jälkeen, tekstinkäsittelyohjelmaa apuna käyttäen, kirjoitin jokaisen kirjallisuuskatsaukseen valitun 15 tutkimuksen/artikkelin tulokset tai johtopäätökset puhtaaksi. Englanninkielinen aineisto käännettiin suomenkielille. Aineistoa saatiin yhteensä 3 sivua.

Tämän jälkeen aineisto koodattiin tutkimuskysymys kerrallaan. Aineistosta alleviivattiin vastauksen antava sana, sanayhdistelmä tai lause, jotka valittiin analyysiyksiköiksi. Aineiston koodaukseen on olemassa ainakin kaksi periaatteellisesti erilaista tapaa. Toinen tapa on lähteä liikkeelle

analysoimaan aineistoa aineistolähtöisesti ilman teoreettisia etukäteisolettamuksia. Tällöin tutkijalla kyllä on olemassa etukäteistietoa ja oletuksia tutkittavasta kohteesta, mutta niiden ei anneta häiritä aineistosta itsestään nousevia teemoja. Toisessa lähestymistavassa hyödynnetään joko jotain teoriaa tai siihen otetaan tietoisesti teoreettisesti peruteltu näkökulma. Tällöin aineistoa pidetään jo ennalta esityksenä jostakin, ja sitä tarkastellaan juuri tuosta näkökulmasta, tai sen analyysiin sovelletaan jotakin aineiston ulkopuolista teoriaa. (Eskola & Suoranta 2001, 151–152.) Analyysiyksiköiden mukaisesti aineisto koodattiin ja saatiin tärkeät ilmaukset, jonka jälkeen aineisto luokiteltiin ala- ja yläluokkiin (Liite 4, taulukko 4 ja 5). Luokat nimettiin sisältöjen mukaisesti (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 138–148). Yläluokiksi muodostuivat muistisairaahan kivun arviointi sekä lääkkeettömät kivun hoitomenetelmät.

3.5 Tulokset

3.5.1 Muistisairaahan kivun arviointi

Tässä luvussa kuvataan kirjallisuuskatsauksen tulokset, joilla vastataan siihen, mitä on hyvä muistisairaahan potilaan kivun hoito, ja millaisia muistisairaahan potilaan kivun arvioinnin menetelmiä on olemassa.

Muistisairaahan kivun huomioiminen

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan muistisairaahan potilaan kivun voi tunnistaa erilaista käytösoireista. Muistisairas voi kivuliaana olla levoton ja hänellä voi esiintyä hengenahdistusta. Syödessä tai juodessa, kivulias muistisairas potilas, voi aspiroida esimerkiksi ruuan “väärään hengeen”. Jokaisen muistisairaahan yksilöllisyys tulisi ottaa huomioon, koska jokainen ihminen kokee kivun eri tavalla ja käyttäytyy kivuliaana eri tavalla. Keskustelu muiden hoitajien kanssa sekä kivun säännöllinen seuranta auttavat muistisairaahan potilaan kivun arvioinnissa.

Muistisairauksien merkitys asukkaan kivun kokemukseen

Tulosten mukaan muistisairautta sairastavan kipuoireet voivat muistuttaa loppuvaiheen syöpää sairastavan potilaan kipuoireita ja kivun kokemus voi huonontaa elämänlaatua. Tuloksista nousi esille myös, että Alzheimerin tautia sairastavan kipuherkkyys on lisääntynyt akuuteissa kiputiloissa. Tulosten mukaan Alzheimerin taudin vakavuus vaikuttaa potilaan kivun kokemukseen. Dementiaa sairastavien potilaiden kivun merkitysmuisti on vähentynyt ja vaskulaarista dementiaa sairastavat voivat kokea suurempaa kipua, kuin muita dementoivia sairauksia sairastavat muistisairaapotilaat. Tuloksista nousi esille, kuinka ikään perustuva syrjintä ja sen vaikutus ovat yhteydessä iäkkäiden aikuisten kivun arviointiin ja hoitoon niitä heikentävästi. Tulokset painottivat myös kivun kokemuksen yksilöllisyyttä.

Kivun arviointimittarit ja niiden hyödyntäminen

Tuloksista nousi esille kolme erilaista kipumittaria, joita muistisairaiden kivun arvioinnissa on käytetty. CNPI, PAINAD sekä MOBID-2 kipumittarit koettiin sopiviksi muistisairaiden kivun arviointiin käyttöön. On olemassa myös muita työkaluja, tekniikoita, kipupiirroksia ja mittareita, joilla kivun kokemusta voidaan arvioida. Jokaisen yksikön tulisi valita sopivin kivun arviointimittari oman potilasryhmänsä luonteen mukaan. Tulokset osoittivat, että lievää muistisairautta sairastavien potilaiden kanssa onnistui kaikkien kipumittareiden käyttö, mutta vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavien potilaiden kanssa vain sanallisen kipumittarin käyttö onnistui. Vaikeaa muistisairautta sairastavien potilaiden kohdalla, tulosten mukaan, toimii parhaiten PAINAD.

Yhteistyö ja kipuosaaminen

Moniammatillisten tiimien ja yhteistyön tärkeys on merkittävä. Myös toimien yhdenmukaisuus tuli esille, koska muistisairaana kipu vaatii tarkkaa tunnistamista. Hoitotyöntekijöiden keskinäisellä kommunikoinnilla oli myös merkitystä, koska sujuvan tiedonkulun ja havaintojen perusteella, kivun hoito ja arviointi ovat toimivia. Kivun kokemusten säännöllistä seuranta tuotiin tuloksissa myös esille, samoin kuin vastuullisuutta ja hyvää kivunlievityksen säätöä. Hoitotyöntekijöiden tulee olla tietoisia siitä, miten kipua voidaan arvioida ja työyhteisöllä tulisi olla omat kivunhallintastrategiat. Kivunhallintastrategia vaatii tiimin yhteistyötä ja sitä, että jokainen tiimin jäsen ottaa

vakavasti vastuunsa, jotta toiminta olisi menestyksellistä tehtäessä dementoituneiden kivun ohjausta.

3.5.2 Lääkkeetön kivun hoito muistisairaiden hoidossa

Tässä luvussa kuvataan kirjallisuuskatsauksen tulokset, joilla vastataan siihen millaisia lääkkeettömän kivun hoitomenetelmiä, on olemassa ja mitä on hyvä muistisairaana potilaan lääkkeetön kivun hoito.

Lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä

Kivun hoitoon voidaan, tulosten mukaan, käyttää erilaisia lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä, joita käytetään myös lääkeshoidon lisänä. Tuloksista ilmeni, että esimerkiksi Sveitsissä kiinalainen lääketiede/akupunktio, homeopatia, antropofistinen lääketiede sekä neutraaliterapia (ja kasvipäriäinen lääketiede) on otettu laajalti käyttöön ja ne kuuluvat perusvakuutuksen piiriin, kun näiden tuottajana on laillistettu lääkäri (Klein, Torchetti, Frei-Erb & Wolf 2015, 1). Lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä ovat; musiikki, erilaiset liikuntaharjoitteet, terapeutin ote, lemmikkiterapia, homeopatia, naturopatia, kasvipäriäinen lääkitys sekä akupunktio. Tulosten mukaan, musiikilla on rauhoittava vaikutus, koska se vie ajatuksen pois kivun kokemuksesta ja liikuntaharjoitteet tukevat sitä, ettei kehosta tule entistä huonokuntoisempi. Jos kehosta tulee vielä huonokuntoisempi, tulee kipuja todennäköisesti lisää. Vuodepotilaiden kipua voidaan lievittää asento-hoidon avulla.

Yksilöllisyyden merkitys lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä valitessa

Tulokset painottivat, että jokaisen muistisairaana potilaan kohdalla tulisi yksilöllisesti miettiä, millaisia lääkkeettömän hoidon menetelmiä voidaan milloinkin käyttää. Jokaiselle muistisairaalle potilaalle ei voida käyttää samoja hoitomenetelmiä.

3.6 Tulosten tarkastelu (Reflektointi)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin menetelmiä sekä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä. Tuloksista nousi esiin yksilöllisyys. Jokainen muistisairas asukas tulisi kohdata yksilönä hänen kipuaan arvioitaessa ja lääkkeetöntä hoitoa suunniteltaessa. Lääkkeettömiä hoitomuotoja on jo useita, mutta ne kaikki eivät sovellu jokaiselle asukkaalle. Esimerkiksi lemmikkiterapian käyttö on poissuljettu vaihtoehto allergiselle potilaalle ja Marevan-lääkitystä käyttävän muistisairaahan potilaan kohdalla kasviperäisten lääkkeiden käytössä tulee olla varovainen.

Muistisairaus jos sinänsä vaikuttaa kivun kokemukseen. Muistisairaalla potilaalla se voi lisätä kivun kokemusta ja toisilla potilailla taas kivun kokemusta ei ole. Tulosten mukaan myös kivun merkitysmuisti voi olla hävinnyt, jolloin muistisairas ei muista olleensa kipeä tai ei muista miksi tai mistä oli kipeä. Myös kivun kokemuksen kohdalla yksilöllisyyden muistaminen on tärkeää, jokainen kokee kivun eri tavalla jo ennen sairastumistaan. Edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen kipuoireen tunnistaminen ja kivun voimakkuuden arviointi ovat haasteellista. Osalla sairastuneista ei ole osaamista kivun arvioimiseen tai kuvailuun. Kipu voi näyttäytyä esimerkiksi ahdistuneisuutena tai aggressiivisuutena. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 42.) Kipu on epämiellyttävä, subjektiivinen kokemus (Cunningham, McClean & Kelly 2010, 30). Ikääntyneen väestön kivun arviointi voi olla haastavaa, varsinkin jos iäkkäällä ihmisellä on kognitiivisia tai kommunikatiivisia vajavaisuuksia (Chapman 2010, 35).

Tulosten mukaan muistisairaahan potilaan kipu voidaan havaita tarkkailemalla käytösoireita. Käytösoireista esiin nousivat levottomuus, hengenahdistus, ruuan/juoman aspiointi sekä ääntely (erilaiset kipusanat). Tulosten pohjalta voitiin todeta myös, että kivun kokemus on jokaisella yksilöllinen. Tämän vuoksi jokaisen muistisairaahan potilaan käytöstä tulisi seurata, jotta normaalin käytöksen mahdolliset muutokset havaittaisiin heti. Myös ei-sanallinen ilmaisu ja visuaalinen ilme, eli kasvojen ilmeet, nousivat aineistosta asioiksi, joita muistisairaiden hoitotyötä tekevien tulisi tarkkailla, jotta mahdollinen kivun kokemus huomioitaisiin mahdollisimman pian. Tärkeäksi nousi myös työntekijöiden keskinäinen kommunikointi. Tämä on tärkeää, koska tiedon muistisairaahan potilaan voinnista ja mahdollisista käytökseen liittyvistä muutoksista tulee siirtyä hoitotyöntekijältä toiselle.

Non-verbaalisten viestien lukemisen osaaminen korostuu muistisairaana potilaan kipua arvioitaessa. Erilaisten ilmeiden, eleiden ja ääntelyiden yhdistäminen kivun kokemukseen on tärkeää. Tämän vuoksi muistisairaiden potilaiden tarkka seuranta ja havaintojen jakaminen muun työyhteisön ja moniammatilliseen tiimiin kuuluvien kanssa on tärkeää. Jo 1990-luvulta lähtien vanhusten kivunhoidon laatusuosituksen ovat muistuttaneet, että terveydenhuollon työntekijöiden ja muiden iäkkäitä hoitavien henkilöiden pitää osata havainnoida vanhuksen käytöstä kivun näkökulmasta. Hoitotyöntekijöiden on osattava hahmottaa myös se, mitä kipu vanhukselle merkitsee, ja millaiset ovat hänen sopeutumisvalmiutensa. (Finne-Soveri 2015, 1.)

Moniammatillisuus ja yhteistyö ovat tärkeässä asemassa muistisairaana kivun hoidossa, arvioinnissa ja mittaamisessa. Jokainen eri ammattiryhmä pystyy oman osaamisensa kautta tuomaan lisää arvoa muistisairaana potilaan kivunhoitoon ja arviointiin.

Tulosten mukaan kivun arviointimittareita on useita. PAINAD mittari on tulosten mukaan osoittautunut hyväksi muistisairaiden kivun arviointi työkaluksi. PAINAD mittarin avulla kipua arvioidaan havainnoimalla käyttäytymisen muutoksia. PAINAD mittarissa on viisi osa-aluetta hengitys, ääntely, ilmeet, kehon kieli sekä lohduttaminen. Kivuliaan potilaan hengitys voi olla ajoittain vaihalloista tai hyperventiloivaa, pahimmillaan äänestä tai vaihalloista. Potilas voi vaikeroida tai voihkia. Rauhatonta huutelua tai itkuakin voi esiintyä. Potilaan ilmeet voivat vaihdella surullisesta pelokkaaseen tai vihaiseen. Potilaan kehon kieli on usein kireää, keho voi olla jäykkä. Potilas voi kävellä tai liikehtiä ahdistuneesti ja hänen kätet ja polvet voivat olla koukkuasennossa. Potilas voi koskettaessa pyrkiä riuhtomaan tai työntämään hoitajan pois. (Hyvän hoidon kriteerit 2016, 42.) Oosterman, Hendriks, Scott, Lord ja Sampson (2014) ovat verranneet PAINAD kipumittarin ja Wong-Baker FACES mittarin käyttökelpoisuutta dementiaa sairastavien potilaiden kivun arvioinnissa. Tulosten mukaan dementiapotilailla oli vaikeuksia tunnistaa tilanteet, joissa heillä oli kipuja. Heillä oli myös vaikeuksia käyttää mittaria, jossa heidän täytyi itse arvioida kipukokemustaan.

Reflektion tuloksena voitiin todeta, että muistisairaana potilaan kivun arviointiin ja lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käyttöön tarvitaan laaja-alaista osaamista, joten opinnäytetyön toisessa syklissä lähdetään kartoittamaan hoitotyöntekijöiden nykyistä muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon osaamista.

3.7 Lähteet

Chapman, S. (2010). Managing pain in the older person. *Nursing standard* 25 (11), 35-39.

Cunningham, C., McClean, W. & Kelly, F. (2010). The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nursing Older People* 22 (7), 29-35.

Eskola, J. & Suoranta, J. (2001). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H. (2015). Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. Sic! Fimea Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 3.4.2019. Haettu osoitteesta http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa

Hyvän hoidon kriteeristö. (2016). Muistiliiton julkaisusarja (2). Viitattu 7.3.2019. Haettu osoitteesta https://www.muistiliitto.fi/application/files/9415/4462/0701/Hyvan_hoidon_kriteeristo_A4_2018_interaktiivinen.pdf

Isojärvi, J. (2017). PICO: tutkimuskysymys. Versio 1.1. HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 16.12.2017. Saatavana: http://www.tervysportti.fi/dtk/hta/avaa?p_artikkeli=hta00010

JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohortti/tapaus-kontrolli tutkimukselle. (2013). Hotus. Viitattu 3.3.2018. Haettu osoitteesta www.hotus.fi

JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle. (2013). Hotus. Viitattu 3.3.2018. Haettu osoitteesta www.hotus.fi

Klein, S.D., Torchetti, L., Frei-Erb, M. & Wolf, U. (2015). Usage of Complementary Medicine in Switzerland: Results of the Swiss Health Survey 2012 and Development Since 2007. *Plos One* 10(10):e0141985. doi: 10.1371/journal.pone.0141985

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, K. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148.

Oosterman, J.M., Hendriks, H., Scott, S., Lord, K., White, N. & Sampson, E.L. (2014). When Pain Memories Are Lost: A Pilot Study of Semantic Knowledge of Pain in Dementia. *Pain Medicine* (15), 751-757.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). Aineisto- ja teorialähtöisyys. KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto (yläpitäjä ja tuottaja). Viitattu 3.4.2019. Haettu osoitteesta <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>

Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja (62). Julkisjohtaminen (4). Viitattu 3.4.2019. Haettu osoitteesta http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

4 Muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömien kivun hoitomenetelmien osaaminen hoitotyöntekijöiden kokemana (Sykli 2)

4.1 Johdanto

Tässä artikkelissa kuvataan hoitotyöntekijöiden osaamisen nykytilaa, hoitotyöntekijöille tehtyjä haastatteluja ja haastatteluiden tuloksia. Tuloksien kautta saatiin selville kehittämisen kohde.

Vanhusten määrän lisääntyessä on kehitettävä myös hoitotyötä ja sen tekemistä. Kun työtä kehitetään, vaatii se myös uuden oppimista, koska muutos ja oppiminen ovat sidoksissa toisiinsa. Organisaatiossa toimivien ihmisten oppimisella on merkitys organisaation kehittymiselle. Organisaation kehittyminen on työntekijöiden oppimisen varassa. Uuden oppiminen samoin kuin vanhasta luopuminen ja pois oppiminen on usein hidasta, joten lähijohtajien esimerkki on merkittävä vaikuttaja oppimisen edistämiseksi. Työntekijän osaamisen ja hyvinvoinnin johtamisessa lähtökohdana on työtehtävien oikea suhde työntekijän osaamiseen. Työn tulisi olla vaihtelevaa, haastavaa ja kannustavaa. (Viitala 2002, 13–25; Osaaminen muutoksessa 2009, 5; Kiviranta 2010, 144.)

4.2 Henkilöstön osaamisen nykytila (Suunnittelu)

Toisen syklin tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden nykyinen osaaminen muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmistä sekä niiden käytöstä. Kehittämiskysymyksenä oli, miten hoitotyöntekijät kokevat muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiin liittyvän osaamisen.

Työyhteisön moninaisuus tuo haasteita oppimiselle. Nuoret oppivat nopeasti ja heidän rohkeutensa, ja luottamus omiin kykyihin on korkealla, mutta uusiin työtehtäviin siirtymiseen harva ihminen on kypsä heti työuran alussa. Toimivassa työyhteisössä osaajien työpanos on kaikkien saatavilla. Hiljaista tietoa on paljon, mutta sen esiin tuominen on haasteellista. Ennen hiljainen tieto siirtyi työntekijältä toiselle yhdessä työtä tehtäessä. Paljon arvokasta tietoa ja taitoa jää jakamatta

ja potentiaaliset kehitysehdotukset huomaamatta. Jotta hiljainen tieto voitaisiin hyödyntää täysin, pitäisi asioista voida puhua avoimesti. Oppimisessa vuorovaikutus on tärkeää. (Osaaminen muutoksessa 2009, 9; Koskimies, Pyhäjoki & Arnkil 2012, 9-10.)

Gerontologinen hoitotyö edellyttää gerontologista tietoa, eettistä orientaatiota ja monenlaista menetelmätietoa ja taitoa toimia ihmisten kanssa. Asiakkuusosaamisen vaatimus korostuu. Sillä tarkoitetaan taitoa tunnistaa asiakkaan tarpeita ja voimavaroja, taitoa suhteuttaa niitä asiakkaan elämäntilanteeseen ja elinympäristöön, taitoa löytää asiakkaan kannalta toimivin tapa vastata palveluntarpeeseen ja toisaalta taas ehkäistä palvelutarpeita. Asiakkuusosaamiseen liittyy myös taito tunnistaa omat kyvyt toimia asiakkaan parhaaksi sekä ymmärtää oman toiminnan rajat. Asiakkuusosaaminen vaatii vuorovaikutusosaamista, jossa korostuu taito olla ihminen ihmiselle. (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 464.)

Toiminta- ja hoitokäytäntöjen muuttaminen ei ole helppoa, ja muutosprosessit voivat kestää vuosia. Tiedon aktiivinen käyttöönotto omassa työssä edellyttää ammattilaisilta toiminnan muutosta. Hoitajat hakevat edelleen tietoa mieluummin kollegoilta kuin tutkimuksista silloinkin, kun tutkimustietoa olisi tarjolla. Eri arvioiden mukaan hoitotyössä vie jopa 15–20 vuotta, ennen kuin tutkimustieto on käytössä kliinisessä päätöksenteossa. Samoin on arvioitu, että 85 % hoitotyöstä nojaa edelleen kokemukseen, intuitioon ja traditioihin, joten vain 15 % päätöksenteosta perustuu näyttöön. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 34.) Hoitotyön tutkimussäätiön (Oikarinen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018, 8-9) julkaiseman raportin mukaan edelleen moni hoitotyöntekijä hakee internetistä, jopa googlesta, tietoa hoitotyönsä tueksi ymmärtämättä, ettei tieto ole aina luotettavaa. Raportin mukaan luotettavan tiedon etsimiseen ei kiireen vuoksi ole välttämättä aikaa. Kehittämissuunnitelmaksi raportissa ehdotettiin mentorointia, jolloin työntekijöiden, joilla on erityistä asiantuntijuutta, toimisivat mentoreina esimerkiksi luotettavan tiedon tunnistamisessa.

4.3 Haastattelut (Toiminta)

Ennen haastatteluiden aloitusta haettiin tutkimuslupaa (liite 5, kuva 8) Wiitaunionin perusturva-johtajalta. Hakemukseen liitettiin tutkimussuunnitelma, jonka liitteenä olivat avoimien haastatteluiden kysymykset (liite 6). Kartoitus päätettiin tehdä avoimella haastattelulla, koska haluttiin

tietää, mitä hoitotyöntekijät ajattelevat omasta muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon osaamisesta. Parhaiten tähän saadaan vastaus kysymällä asiaa hoitotyöntekijöiltä heidän työpaikallaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 3,1.)

Haastattelut ovat havainnoinnin ohella yksi yleisimmistä aineistonkeruumenetelmistä, jonka avulla pyritään ymmärtämään ja saamaan käsitys tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kananen 2014, 71–72). Päätettiin haastatella neljää hoitotyöntekijää, joista jokainen työskentelee asumispalveluissa eri yksikössä, ja joilla jokaisella on erilaista tietoa ja kokemusta muistisairaana asukkaan kivun arvioinnista sekä lääkkeettömästä kivun hoidosta, kyseessä oli siis harkinnanvarainen näyte. Haastateltavien valinta perustuu yleensä siihen, keiden näkökulmia tai kokemuksia tutkimuksessa halutaan korostaa. Myöskin haastateltavien institutionaalinen asema tai muu osallisuus tutkimuksen kohteena olevassa prosessissa vaikuttaa haastateltavien valintaan. (Rastas 2010, 153; Alastalo & Åkerman 2010, 919.)

Haastattelumuotona käytettiin yksilöhaastattelua. Haastattelut nauhoitettiin ja siitä informoitiin haastateltavaa aina ennen haastattelun alkua. Tutkimushaastattelut rakentuvat säännönmukaisesti haastattelijan tekemien kysymysten ja haastateltavan vastausten varaan (Ruusuvuori 2010, 656). Haastateltavista kaikki neljä ovat työskennelleet asumispalveluissa useamman vuoden ajan, joten he olivat tehneet työtä muistisairaiden parissa jo pitkään. Jokainen haastatteluun osallistunut on ammatiltaan lähihoitaja, heistä kaksi tekee työtä kolmessa työvuorossa ja kaksi kahdessa työvuorossa. Haastateltavien henkilötiedot eivät tule esille haastatteluaineistosta. Valmensin haastateltavat haastatteluun keskustelemalla heidän kanssaan tulevasta haastattelusta. Kysymyksiä en antanut ennakkoon, koska halusin vastauksista mahdollisimman spontaaneja.

Haastattelut olivat keskustelunomaisia tilanteita, jotka kuitenkin etenivät kysymysrungon mukaisesti. Haastatteluiden kesto oli yhteensä noin 2 tuntia, joten jokaista haastateltavaa kohti aikaa meni noin puoli tuntia. Ilmapiiri oli myönteinen ja tunnelma rauhallinen. Keskustelu eteni kysymysrungon mukaan ja pysyi haastattelun aiheessa. Koehaastatteluja ei tehty, koska haluttiin että vastauksia ei liikaa mietitä ennen haastattelua. Avoimet kysymykset tuottavat enemmän ja laajempaa tietoa kuin suljetut kysymykset, koska suljettuihin kysymyksiin voi vastata lyhyesti helpommin kuin avoimiin kysymyksiin (Kananen 2014, 79). Avoimessakaan haastattelussa ei kysellä tai keskustella mistä tahansa, vaan haastattelun sisältö liittyy tutkimuksen tarkoitukseen ja on-

gelmanasetteluun tai tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2017, 3,1). Opinnäytetyössä haastattelun sisältö liittyi hoitotyöntekijöiden kokemukseen omasta muistisairaasta asukkaasta kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon osaamisesta. Haastatteluissa käytetyt kysymykset mietittiin siten, että niiden avulla saatavat vastaukset vastaisivat kehittämiskysymykseen.

4.4 Haastatteluaineiston analyysi (Havainnointi)

Kerätty havaintoaineistoa analysoitiin laadullisesti induktiivisen sisällönanalyysin avulla, jota käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Tutkijan tulee kyetä pelkistämään aineisto ja muodostaa siitä käsitteet, jotka kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä, jotta sisällönanalyysi onnistuu. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.)

Tässä opinnäytetyössä analyysi aloitettiin litteroinnilla eli kaikki nauhoitetut haastattelut kirjoitettiin tekstinkäsittelyohjelmalla, sana sanalta, kirjalliseen muotoon. Litterointi on hidas työvaihe, joten tutkija joutuu ratkaisemaan, mitä kaikkea hän litteroi, ja tarpeen vaatiessa voidaan tallenteesiin palata myöhemmin. Se mitä loppujen lopuksi aineistosta tarvitaan, tekee litteroinnista hankalaa. (Kananen 2014, 102.) Tässä opinnäytetyössä litterointi on tehty sanatarkasti eli jokainen äännähdyskin on kirjattu muistiin. Lisäksi murteet ja puhekieli on säilytetty tekstissä. Silloin kun halutaan tietää haastateltavan vastausten totuusaste voi eleillä, katseella ja äänenpainolla olla merkitystä (Kananen 2014, 102). Mahdollisimman nopeasti haastatteluiden jälkeen, kerralla ja kokonaisuutena, kannattaa tehdä litterointi ja mielellään vaikka jokaisen haastattelun välissä (Eskola, Lähti & Vastamäki 2018, 110). Litteroinnilla saatiin 3 sivua kirjoitettua tekstiä. Litteroinnin jälkeen kirjoitettu teksti koodattiin kehittämiskysymyksen avulla eli, miten hoitotyöntekijät kokevat muistisairaasta asukkaasta kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiin liittyvän osaamisen? Kuvassa 9 on esimerkki haastatteluaineiston tekstimuotoon saattamisesta sekä koodauksesta.

Osaaminen on sitä, että on tietoa, taitoa tehdä eri asioita mitä työssä tarvitaan, mitä on opiskellut tai muuten koulutuksessa saanut. Kyllähän sitä jollainlailla niinku osaa ihmistä tulkita, mutta että niinku ihan varmasti ois niinku paljonki opittavaa asioissa. ainahan on niinku opittavaa, että ikinä ei voi olla ihan taitaja asioissa. Kyllä varmasti ois niinku opeteltavaa. No kyllä voisin näin sanoa, että osaan jotenkin ihmisiä tulkita.

Kuva 9. Esimerkki haastatteluaineiston litteroinnista ja koodauksesta

Teksti luettiin useaan kertaan läpi ja aineisto vaikutti tutkimustehtävän kannalta sopivalta. Koodeja tuli yhteensä 104 kappaletta. Koodit ovat tunnisteita haastateltavista ja koodeja käytettiin, jotta tekstiin voitaisiin tarvittaessa palata myöhemmin. Esimerkissä A tarkoittaa haastattelukysymyksestä 2 saatujen vastausten koodeja. Juokseva numerointi tarkoittaa koodien määrää kysymykselle 2. Koodimerkeillä on viisi tärkeää tehtävää: 1. Ne ovat sisään kirjoitettuja muistiinpanoja 2. Niillä jäsennetään sitä, mitä tutkijan mielestä aineistossa käsitellään 3. Ne toimivat tekstin kuvailun apuvälineenä 4. Ne toimivat aineiston jäsennyksen testausvälineenä ja 5. Niiden avulla voidaan etsiä ja tarkistaa tekstin eri kohtia eli ne toimivat osoitteena (Tuomi & Sarajärvi 2017, 1, 4).

Litteroinnin ja koodauksen jälkeen lähdettiin ryhmittelemään samaa tarkoittavia alkuperäisilmaisuja. Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistetään yhdeksi käsitteeksi tai eri käsitteet yhdistetään yhden käsitteen alle, jolloin ne muodostavat loogisen kokonaisuuden. Yksinkertaisimpana aineiston järjestämisen muotona pidetään luokittelua (Tuomi & Sarajärvi 2017, 1, 4). Ryhmittelyn tuloksena muodostui kymmenen teemaa, jotka nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Teemat merkittiin roomalaisin merkein I-X. Liitteessä 7 ja taulukossa 6 on esimerkki teemoittelusta.

Teemat sulkevat toisensa pois ja kuvaavat aineiston sisältöä. Teemat ovat myös vastauksia tutkimuskysymykseen. Seuraavassa luvussa raportoidaan tulokset ja kehittämistarpeet. Teemat on tummennettu tekstissä.

4.5 Hoitotyöntekijöiden kokemus muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivun hoidon osaamisesta

Hoitotyöntekijät kuvailivat osaamisensa olevan **osaamisen kehittymistä**. Osaaminen tuo hoitotyöntekijöiden mukaan heille kokemusta ja varmuutta, jonka avulla he kehittyvät. Hoitotyöntekijät pitivät osaamista tärkeänä asiana. Osaamisen puute nousi esille, kun pyydettiin hoitotyöntekijöitä kuvailemaan sitä, kun he suunnittelevat muistisairaalle asukkaalle lääkkeettömää kivun hoidon toteutusta. Varsinkin epävarmuus nousi esille haastatteluissa. Epävarmuus johtui siitä, ettei tietoa lääkkeettömistä kivun hoidon menetelmistä ole.

Kun hoitotyöntekijöitä pyydettiin kuvailemaan muistisairaana kivun arvioinnin osaamistaan, nousi esille **työkokemuksen tuoma varmuus** sekä **hiljainen tieto**. Työkokemuksen tunnettiin tuovan varmuutta kivun tulkintaan, vaikka kivun tulkinta koettiin myös samalla haastavaksi. Hoitajien hiljainen tieto tuli esille siinä, että arviointia tehtiin pääasiassa ”omalla mututuntumalla” tai silmä-määräisesti arvioiden.

Kivun hoidon arvioinnin menetelmiä hoitotyöntekijät kertoivat käyttävänsä **viestintäosaamista** eli havainnointia ja kommunikointia, sanatonta viestintää sekä asukkaiden käytöksen arviointia. Myöskin **asiakaslähtöinen viestintä**, kuten sanaton viestintä sekä kosketus tulivat esille haastatteluissa. Asukkaan ilmeiden, liikkeiden ja eleiden seuraaminen sekä se, miten asukas reagoi kosketukseen koettiin tärkeiksi huomioiksi kivun arvioinnissa.

Haastattelussa tiedusteltiin hoitotyöntekijöiltä myös sitä, mitä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä he käyttävät muistisairaana asukkaan kivun hoidossa. **Emotionaalista tukea** eli kosketusta ja läsnäoloa, **kognitiivisbehavioraalisia menetelmiä** eli viihdettä sekä **fysikaalisia menetelmiä** kuten asentohoitoa, liikuntaa, hierontaa, apuvälineitä sekä kylmä- ja lämpöhoitoa. Kaikkien menetelmien käyttöön tarvitaan yhteistyötä asukkaan kanssa.

Hoitotyöntekijät ilmaisivat, että muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin osaamisen ja lääkkeettömän kivun hoidon osaamisen kehittämistä, pitäisi kehittää **koulutusten** avulla. Koulutukset voisivat heidän mukaansa olla luentoja tai lyhyitä kursseja. Hoitotyöntekijöiden mukaan heidän osaamistaan tukeva ratkaisu olisi **yhteinen toimintamalli** muistisairaana kivun arviointiin sekä lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käyttöön.

4.6 Johtopäätökset (Reflektointi)

Haastatteluiden tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden nykyinen osaaminen muistisaira-an asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmistä sekä niiden käytöstä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että asumispalveluiden hoitotyöntekijät kokevat epävarmuutta lääkkeettömän kivun hoidon suunnittelussa sekä lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käytössä käytännössä. Tulosten mukaan, koulutusten tarve muistisaira-an asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmien käytöstä sekä yhteisten toimintatapojen kehittäminen, olivat ajankohtaisia.

Palvelutaloissa on vaikeasti muistisaira-an kipu ja kärsimys huonommin hallinnassa kuin laitok-sessa. Palvelutaloissakin kivunhoidon osaaminen ja riittävä lääkitseminen tulisi turvata. (Finne-Soveri, Jakovljevic, Mäkelä, Heikkilä, Andreasen, Kylänen, Leppäaho & Hammar 2018, 1.) On tärkeää, lääkkeettömien hoitomenetelmien käytössä, potilasohjauksessa ja potilaan omien selviyty-miskeinojen tukemisessa, että eri ammattiryhmät viestivät yhdenmukaisesti, koska keskenään ristiriitaiset hoito-ohjeet ja neuvot hämmentävät potilasta ja luottamus hoitoon heikentyy (Haan-pää, Hagelberg, Hannonen, Liira & Pohjolainen n.d., 19).

Kivun arvioinnin osaaminen on tärkeää, jotta muistisaira-an asukkaan kivun kokemukseen osataan vastata mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Muistisairaiden terveystalveluiden järjestä-misessä on muistisairaiden ihmisten hyvän elämänlaadun varmistaminen keskeinen tavoite. Ympä-rivuorokautisessa hoidossa on todettu muistisaira-an ihminen elämänlaadun olevan heikom-paa kuin kotona. Jjos hoitoympäristö on pieni ja kodikas, se kohentaa muistisairaiden ihmisten elä-mänlaatua myös ympärivuorokautisessa hoidossa. (Stolt, Koskenniemi, Katajisto, Hupli, Jartti, Su-honen & Leino-Kilpi 2015, 62–63.) Hoitohenkilöstön osaamisvaatimukset vaihtuvat muuttuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä, ja tämän vuoksi hoitotyön johtajalta edelly-tetään osaamistarpeiden ennakointia. Erytisen tärkeää osaamisen johtaminen on muutostilan-teissa ja muutoksen johtamisessa. Osaamisvaje tulee tunnistaa ja korjata, jotta uusi käytäntö joh-taisi pysyvään muutokseen. (Holopainen ym. 2014, 69.)

Kaiken sellaisen toiminnan, jonka avulla yrityksen strategian edellyttämää osaamista vaalitaan, kehitetään, uudistetaan ja hankitaan, sisältää osaamisen johtaminen (Viitala 2005, 14). Organisaation visiossa ja strategiassa ilmenee tavoitteellisuus. Toiminnan tarkoitus, tavoitteet ja niihin pääsemiseksi tarvittava merkityksellinen tieto ja kriittinen osaaminen pitää olla selvillä kaikilla organisaation tasoilla, koska se on keskeistä osaamisen johtamisen kannalta. Strategian vakiinnuttamisessa onkin korostettu keskijohdon roolia. On tutkittu, että työntekijät tietävät strategioiden olemassaolosta heikommin kuin johtajat. (Kivinen 2008, 102–120.)

Hoidettavan asukkaan elämälle ja elämänlaadulle on hoitotyössä hoitajan päätöksenteolla tärkeä merkitys. Hoitajan tulee kyetä valitsemaan auttamismenetelmä, jonka avulla vanhus kokee tulensa oikein ymmärretyksi ja kohdelluksi. Hoidettavalle annettavaa aikaa tulisi olla riittävästi ja sitä tulisi arvostaa. Hoidettavan yksilöllinen ja hyvä hoito perustuu hoidettavan tarpeisiin ja osallistumiseen. Monitoimisuus pirstoo vanhusten hoivaa ja hoitoa osiin, jolloin hoivan ydin ja inhimillinen kohtaaminen ovat vaarassa hävitä. (Räsänen 2011, 36–39.)

Toisen syklin lopussa pidettiin projektiryhmän ensimmäinen kokous, jossa reflektion perusteella päätettiin lähteä kehittämään hoitotyöntekijöiden muistisairaalan asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmien käytön osaamista.

4.7 Lähteet

Alastalo, M. & Åkerman, M. (2010). Asiantuntijahaastattelun analyysi: Faktojen jäljillä. Teoksessa J. Ruusuvoori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. (915-965). E-kirja.

Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki, J. (2018). Teemahaastattelu: Lyhyt selviytymisopas. Teoksessa R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. (52-116). E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

Finne-Soveri, H., Jakovljevic, D., Mäkelä, M., Heikkilä, R., Andreasen, P., Kylänen, M., Leppäaho, S. & Hammar, T. (2018). Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. Viitattu 30.10.2018. Haettu <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/vaikeasti-muistisairaana-vanhuksen-kivun-hallinta-toteutuu-palvelutalossa-huomattavasti-paremmi-kuin-laitoksessa/>

Haanpää, M., Hagelberg, N., Hannonen, P., Liira, H. & Pohjolainen, T. (n.d.). Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Viitattu 30.10.2018. Haettu osoitteesta https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/e0c407d6b48837e3844860bcda8ca23b/1540910406/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Kananen, J. (2014). Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta? Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kivinen, T. (2008). Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 30.10.2018. Haettu osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf

Kiviranta, R. (2010). Onnistu eri-ikäisten johtamisessa. Juva: Bookwell Oy.

Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkil, T.E. (2012). Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, K. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148.

Oikarinen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen, A. (2018). Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. *Hoitotyön tutkimussäätiö raportti* (2). Viitattu 29.1.2019. Haettu osoitteesta http://www.hotus.fi/system/files/TIEDONLA%CC%88HTEET_Raportti_DIGI_0.pdf

Osaaminen muutoksessa. (2009). Valtiokonttori. Helsinki: Erweko Painotuote Oy.

Rastas, A. (2010). Haastatteluaineistojen monet tehtävät etnografisessa tutkimuksessa. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. (143-207). E-kirja.

Ruusuvuori, J. (2010). Vuorovaikutus ja valta haastattelussa – keskusteluanalyttinen näkökulma. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. (656-733). E-kirja.

Räsänen, R. (2011). Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Lapponiensis 210. Lapin yliopisto. Viitattu 30.10.2018. Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201110061173>

Stolt, M., Koskenniemi, J., Katajisto, J., Hupli, M., Jartti, L., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2015). Muistihäiriöitä sairastavien iäkkäiden henkilöiden elämänlaatu kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 52(1), 62-77. Viitattu 30.10.2018. Haettu osoitteesta <https://journal.fi/sla/article/view/50760/15439>

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. (2013) Gerontologia. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. (454-465). Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2017). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (E-Kirja). Tammi.

Viitala, R. (2002) Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Vaasan Yliopisto. Acta Wasaensia 109. Viitattu 2.2.2019. Haettu osoitteesta https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7813/isbn_951-683-987-8.pdf?sequence=1

Viitala, R. (2005). Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. 2. painos. Helsinki: Inforviestintä.

5 Muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin kehittäminen (Sykli 3)

5.1 Johdanto

Tässä artikkelissa kuvataan muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin osaamista tukevan toimintamallin kehittämisen suunnittelu, toteutus sekä tulokset. Kolmannessa syklissä kehittämisaiheen rajaus toteutui projektiryhmässä, kun siinä toimivat hoitotyöntekijät valitsivat työyhteisön tarpeesta lähtevän kehittämisaiheen. Kehittämisaiheeksi rajautui muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin osaamista tukevan toimintamallin käyttöönotto Pihtiputaan asumispalveluissa.

Muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin toimintamallin pilotointi Pihtiputaan asumispalveluissa toteutettiin helmikuussa 2019. Tarkoituksena oli selvittää muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaaminen sekä muistisairaahan asukkaan kivun arviointi tulosten tasalaatuisuus. Kehittämiskysymykseksi muotoutui, mitä osaamista hoitotyöntekijät tarvitsevat käyttäessään PAINAD – mittaria muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnissa. Ennen pilotoinnin toteutusta tehtiin muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarille käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arviointi survey -kyselyn avulla. Tästä kyselystä muodostui kolmanteen sykliin sivusykli.

5.2 Hoitotyöntekijöiden muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaaminen (suunnittelu)

Tarvitaan rohkeita ihmisiä, jotka uskaltavat sanoa ääneen asioita ja kokeilla kysymättä. Motivaation on todettu olevan taitoa ja kykyä, jonka avulla organisaatio voi saada lisäarvoa. Vastaavasti tottelevaisuudella ei saada lisäarvoa. Viestinnän tulee olla monikanavaista, koska erityisesti muutostilanteissa viestintä on kriittinen tekijä. (Kauhanen 2018, 102–104.)

Tässä opinnäytetyössä kehitetään hoitotyöntekijöiden muistisairaahan kivun arvioinnin osaamista yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa. Näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseksi on kehitetty useita malleja. Niiden tarkoitus on kiinnittää huomiota tekijöihin, joiden avulla näyttöön perustuva toiminta on mahdollista. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 87.) Opin-

näytetyön, muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin toimintamallin, implementointimalliksi valikoitui IOWA-malli. IOWA-malli on hoitotyön toimijoihin keskittyvä malli, joka on kehitetty vuonna 1994 ja uudistettu 2001. Mallissa korostetaan muun muassa organisaatiosta esille nousevia ongelmaan tai tietoon liittyviä triggereitä eli muutostarpeita ennakoivia tekijöitä. Muutostarpeiden tunnistamisen jälkeen arvioidaan, onko aihe organisaation toiminnan kannalta keskeinen vai ei. Kehittämistyö etenee tiimin perustamisesta ja tutkimustiedon tiivistämisestä pilotoinnin kautta sen käyttöönottoon. (Holopainen ym. 2014, 91.) Liitteessä 8 ja kuviossa 2 on kuvattu IOWA-malli, jonka 6. ja 7. kohdasta jatketaan syklissä 3. Syklissä 1. ja 2. on toteutuneet IOWA-mallin kohdat 1-5.

Näyttöön perustuvan toiminnan avulla voidaan yhtenäistää terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden hoitoa ja palveluja niin, että kaikilla palvelujen käyttäjillä on mahdollisuus saada yhtä hyvää ja vaikuttavaa hoitoa palvelun tarjoajasta tai paikkakunnasta riippumatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja koulutusorganisaatioiden toimintatapoja kehittämällä voidaan kehittää toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä henkilöstön osaamista. Potilaan hoidon kannalta on tärkeää, että näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä lähtökohtana on potilaan hoito. Tämä edellyttää ammattilaisilta valmiutta moniammatilliseen yhteistyöhön. (Holopainen ym. 2014, 24.)

IOWA-mallissa on seitsemän askelta, joita seurataan aina kehittämistarpeen valinnasta muutoksen arviointiin saakka. Askeleet ovat: aiheen valinta, ryhmän muodostaminen, näytön etsiminen, näytön arviointi, toiminnan kehittäminen näyttöön perustuen, näyttöön perustuvan toiminnan toteuttaminen sekä arviointi. (Doody & Doody n.d, 2.)

Lähtökohta voi olla ongelma tai uusi tieto IOWA-mallin ensimmäisessä vaiheessa. Tämän opinäytetyön lähtökohtana oli alussa ongelma eli muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon osaamisen puute. Toisen syklin reflektion perusteella hoitajat kokivat, että yhteinen muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin toimintamallin kehittäminen on tarpeen ja ajankohtainen asia. Haastatteluiden tulosten perusteella voitiin huomata myös osaamisen käsitteen sekä sanattoman viestinnän käsitteen avaamiselle olevan tarvetta. Kehittämisaihetta valitessa on otettava huomioon useita tekijöitä. Näihin asioihin kuuluvat ongelman ensisijaisuus ja suuruus, aiheen soveltaminen sekä hoidon kehittäminen. Tiedon ja tutkitun näytön saatavuus

ongelmasta, ongelman monialaisuus ja henkilöstön sitoutuminen kehittämiseen täytyy ottaa huomioon kehittämisaihetta valitessa. Sykliin 1 ja 2 johtopäätösten avulla on päädytty kehittämisaiheeseen, hoitotyöntekijöiden muistisairaana asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaaminen syklissä 3.

Toinen vaihe IOWA-mallissa on ryhmän muodostaminen. Tässä opinnäytetyössä ryhmän muodostaminen tarkoitti projektiorganisaation muodostamista. Projektiorganisaatioon kuuluvat projektinjohtaja, ohjausryhmä, projektiryhmä ja tukiryhmä.

IOWA-mallin kolmas vaihe on kirjallisuuskatsaus ja kirjallisuuden kriittinen arviointi. Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen, joka tehtiin vuoden 2018 alussa, tuloksista nousi esille muistisairaana yksilöllisyyden huomioiminen kipua arvioitaessa ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä valitessa. Tulokset osoittivat lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä olevan useita. Tulosten mukaan muistisairaus jo itsessään vaikuttaa kivun kokemukseen, se voi lisätä kivun kokemusta tai sitten poistaa kivun kokemuksen kokonaan. Tulosten mukaan myös kivun merkitys-muisti voi kadota eli muistisairas ei muista olleensa kipeä tai miksi ja mistä oli kipeä. Jokainen ihminen kokee kivun yksilöllisesti. Kivun arviointiin on kehitetty useita mittareita, mutta PAINAD-mittarin on todettu osoittautuneen hyväksi muistisairaiden kivun arvioinnissa.

Neljäs vaihe IOWA-mallissa on näyttöön perustuvan tiedon kriittinen arviointi. Viidennessä vaiheessa tunnistetaan näyttöön perustuva tieto, joka tukee muutoksen viemistä käytäntöön. Tässä opinnäytetyössä näyttö muutoksen tueksi otetaan syklin 2 reflektiosta. (Dontje 2007, 3-4.) Tässä artikkelissa (syklissä 3) käsitellään kuudetta ja seitsemättä IOWA-mallin vaihetta eli muutoksen implementointia käytäntöön ja muutoksen arviointia. (Doody & Doody n.d., 3-6.)

5.3 PAINAD -mittarin käyttöönotto asumispalveluissa (Toiminta A)

Kehittämisen tarve tarkennettiin projektiryhmän kokouksessa toisen syklin reflektion perusteella. Projektiryhmässä sovittiin, että otetaan asumispalveluiden osastoilla käyttöön PAINAD kivun arviointimittari, koska kirjallisuuskatsauksen tulokset tukivat PAINAD kivun arviointimittarin käyttöä muistisairaiden asukkaiden kivun arvioinnissa. PAINAD kivun arviointimittari oli kipumittari

vertailussa arvioitu toimivimmaksi muistisairaiden kivun arvioinnissa. Pohjois-Karjalan keskussairaalan internetsivuilta (Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa 2014, 1-2) löytyi suomenkielelle käännettynä PAINAD -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa.

Kuvassa 10 on kuvattu PAINAD -kivun arvioinninmittari, joka on luotu mukaillen Pohjois-Karjalan keskussairaalaossa käytössä olevaa PAINAD -mittaria. PAINAD -mittari on asukkaan käyttäytymisen muutosten havainnointiin perustuva kipumittari, joka rakentuu viidestä havaintokategoriasta. PAINAD -mittarin avulla havainnoidaan asukkaan hengitystä, ääntelyä, kasvojen ilmeitä, kehon kieltä ja lohduttamista. Kivun aiheuttamille käyttäytymisen muutoksille on jokaisessa kategoriassa kolme pisteluokkaa (0-2). (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007, 1.)

Muistisairaahan kivun arviointi työkalu

(Mukaillen: Warden V., Hurley, A.C. & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia. J Am Med Dir Assoc. Vol. 4 No.1. Lähde <http://www.psksk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e47-0c26-4850-af2a-7dc27eb7544b>)

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	Tulos
HENGITYS	Normaali, ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaihtelevaa. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaihtelevaa. Cheyne-Stokes-hengitystä.	
NEGATIIVINEN ÄÄNTELY	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai vaihtelevaa tai moittivaa, hiljasta puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai vaihtelevaa. Itku.	
ILMEET	Hymytön tai ilmeeton.	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää	
ELEKIELI	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levoton liikettä.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Poivot koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhkimista.	
LOHDUTTAMINEN	Levoinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu.	
			Pisteet yhteensä:	

Kuva 10. PAINAD-mittari mukaillen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kipumittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa 2014, 1)

Kivun asukkaan havainnointia tehdään viiden minuutin jaksoissa ja kipua arvioidaan yhteenlaskettujen kokonaispisteiden perusteella. Kivutonta olotilaa vastaa tulos 0 ja voimakkainta mahdollista kipua vastaa tulos 10. (Björkman ym. 2007, 1.) Pihtiputaan asumispalveluihin implementoidun muistisairaalan asukkaan kivun arviointi mittarissa on kuvattuna myös kivun arviointi mittarin käyttöohjeet (liite 9, taulukko 7).

Projektiryhmässä päätettiin, että ennen PAINAD -mittarin käyttöönottoa asumispalveluiden osastoilla projektipäällikkö eli opinnäytetyöntekijä pitää luennon hoitotyöntekijöille, jossa PAINAD -mittarin käyttö ohjeistetaan. Opinnäytetyöntekijä esittää ensimmäisen ja toisen syklin tulokset. Projektiryhmäläiset toivoivat, että luennolla kerrotaan myös lääkkeettömän kivun hoidon menetelmistä. Jotta kehittämisaiheen tuloksia voidaan seurata ja arvioida kannattaa pilotointi aloittaa yhdestä työyksiköstä (Zhao, Duan, Liu, Han, Jiang, Wang, Gao & Hao 2016, 3).

Projektiryhmäläiset halusivat, että osastoilla on julisteet (Liite 10, kuva 11), joissa kipumittarin lisäksi olisi kuvattuna lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä, joista voi lukea. Päätettiin, että PAINAD -mittarin käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arviointia tehdään internetissä survey kyselyn avulla. Internetissä tehtävä kysely antaa mahdollisuuden vastata siihen muuallakin kuin työpaikalla. Aluksi sovittiin Doodle ympäristöstä, mutta sen käyttäminen osoittautui vaativaksi, joten kysely laadittiin käyttämällä SurveyMonkey sivustoa. SurveyMonkey sivustolla Basic-tilauksen saa ilmaiseksi ja Basic-tilauksella saa tehdä rajoittamattoman määrän kyselytutkimuksia. Kyselytutkimuksiin voit tehdä 10 kysymystä. Survey-tutkimus sopii hyvin, kun halutaan haastatella suurehkoa määrää ihmisiä. (Survey 2015, 1). Survey on kuvaileva tutkimusasetelma, jolla voidaan tutkia esimerkiksi asiakastyytyväisyyttä tai työilmapiiriä. Sen avulla voi jopa selvittää, miksi jotain on tapahtunut. Suunnittelussa, hallinnossa, arvioinnissa ja mielipidejournalismissa käytetään kyselyjä. Nettikyselyihin vastaaminen on nopeaa, vaivatonta ja sen vuoksi niiden on ennakoitu yleistyvän. Tiedonkeruumenetelmänä kyselyihin liittyy epätarkkuuksia ja vastauksia annetaan vai tutkijan esittämiin kysymyksiin. (Tutkimusasetelma n.d. 1: Luoto 2009, 1647–1648.)

Hoitotyöntekijöiden muistisairaalan kivun arviointimittarin käytön osaamisen arviointisuunnitelma laadittiin myös yhdessä projektiryhmäläisten kanssa. Arvioinnin suunnittelua tukeva lomake (2014) sisältää arvioinnin suunnittelua ohjaavia kysymyksiä. Kysymysten avulla voi rakentaa tarkoituksenmukaisen arviointisuunnitelman. Arvioinnin tarkoituksena on saada tietoa siitä, mitä

osaamista muistisairaahan kivun arviointimittarin käyttö edellyttää. Osallistava arviointi auttaa sitoutumaan käsiteltävään asiaan. Arvioinnissa oleellista on, että sillä pystytään vastaamaan hankkeen kannalta merkittäviin kysymyksiin. (Osallistavat arviointimenetelmät 2017, 1; Seppänen-Järvelä 2004, 23.)

Toimijoiden kokemukset ja niiden kautta kertyvä tieto kiinnostaa osallistavassa arvioinnissa. Arvioitavan toiminnan kokonaisuuteen pyritään kiinnittämään huomiota. Osallistavassa arvioinnissa arvioitsijan asema voi olla sekä ulkoinen että sisäinen. Prosessi-mainen etenemistapa on tyypillistä kehittämistyölle ja prosessimaisen etenemisen aikana alussa asetetut tavoitteet täsmentyvät tai hämärtyvät. Pyrkimyksiä toteutetaan toiminnan kautta. Se, milloin ja millaisia taitekohtia on projektissa ollut, kuinka ongelmatilanteita on ratkaistu ja millaisia innovaatioita on tehty, perustuu vahvasti itsearviointiin ja oppimiskokemusten peilaamiseen. (Kivipelto 2008, 16; Seppänen-Järvelä 2004, 19.) Kun arviointi on osa käytännön työtä eli työntekijät itse ovat arvioinnin tekijöitä, sen vaikuttavuus työn sisältöihin ja kehittämiseen on laadukasta. Todennäköisesti tällöin työntekijät ovat valmiimpia myös hyödyntämään arvioinnin tuloksia. Etua on myös siitä, että itsearvioinnin tekijät tuntevat oman organisaationsa toimintatavat ja -ympäristön. (Suopajarvi 2013, 17–21.)

5.4 PAINAD -mittarin kokeilu ja arviointi muistisairaahan asukkaan kivun arviointimenetelmänä (Toiminta A)

Kivun arviointimittarin sapluuna lainattiin Pohjois-Karjalan keskussairaalan internetsivuilta ja mittarin käyttö ohjeistettiin hoitotyöntekijöille luennon avulla. Luennot (liite 11, kuvat 12–21) lähetettiin myös sähköpostilla asumispalveluiden hoitotyöntekijöille, lähijohtajalle ja vanhuspalvelujohtajalle. Projektiryhmäläiset ohjeistettiin myös ohjaamaan hoitotyöntekijöitä kivun arviointimittarin käytössä.

Muutoksen tekeminen organisaatiossa on tunnetusti hankalaa, jonka haastavuutta pirullisten ongelmien läsnäolo vain lisää. Muutoksen teemaan liittyvissä kirjoituksissa esitetään toistuvasti toinen toistaan suurempia prosenttiosuuksia, kuinka moni organisaatiomuutoksista epäonnistuu. Organisaatioille on kuitenkin elintärkeä menestystekijä saada muutokset onnistumaan. Muutoksia tapahtuu jatkuvasti, ja niitä ei voi jättää vaille huomiota. (Lindell 2017, 13.)

Luento pidettiin 21.11.2018 asumispalveluiden hoitotyöntekijöille ja lähijohtajalle aiheesta muistisairaahan kivun arviointi ja lääkkeetön kivun hoito. Samalla luennolla kerrottiin tulevasta PAINAD -mittarin käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arvioinnista. Vastaamislinkki PAINAD -mittarin käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arviointikyselyyn lähetettiin sähköpostilla kaikille asumispalveluiden hoitotyöntekijöille sekä lähijohtajille. PAINAD -mittarin käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arviointikyselyssä oli yhdeksän kysymystä. Kysymyksiin vastaaminen tapahtui joko valmiiden vaihtoehtojen valinnalla (kyllä, en osaa sanoa tai ei) tai avoimiin tekstilaatikoihin kirjoittamalla. Kysymyksissä tiedusteltiin kipumittarin käytön helppoutta, kipumittarin käyttöohjeiden riittävyyttä, kipumittarin käytön jatkamista sekä sitä, miten kipumittari auttoi asukkaan kivun arvioinnissa. Kysymys kivun arviointityökalun nopeudesta ja helppoudesta valikoitui mukaan, koska hoitotyöntekijät toivoivat, ettei kivun arvioinnin työkalu olisi liian jäykkä ja hidas käyttää. Kivun arvioinnin työkalun toivottiin myös olevan helppo omaksua. Vastausaikaa oli 7.12.2018 – 6.1.2019 välinen aika. Ensimmäisen kerran kyselyyn linkki lähetettiin sisäisellä sähköpostilla 13.12.2018 asumispalveluiden hoitotyöntekijöille. Sähköpostiryhmässä oli 32 henkilöä, joista 7 ei vastannut kyselyyn joko sairauslomansa tai eläköitymisensä vuoksi. Yksi hoitotyöntekijä oli sähköpostilistalla kaksi kertaa. Yhteensä kyselyyn sai 24 hoitotyöntekijää.

Yhtenäisten käytäntöjen levittäminen edellyttää, että organisaatio on valmis siihen ja että sillä on tarvittavat tukirakenteet tiedon levittämiseksi ja hyödyntämiseksi. Ne on määriteltävä organisaatiokohtaisesti olemassa olevaa osaamista ja rakenteita hyödyntäen. Organisaatiokulttuurin on myös tuettava näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä. (Holopainen ym. 2014, 111.)

5.5 PAINAD -mittarin kokeilun arvioinnin tulokset (Havainnointi A)

Kyselystä saadut tulokset analysoitiin soveltaen kvantitatiivisen aineiston analyysin perusteita, missä hyödynnettiin PSPP-ohjelmaa. PSPP-ohjelma on ilmainen tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltu ohjelmisto. Kvantitatiivisessa aineiston käsittelyssä tietoa tarkastellaan numeerisesti eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään numeroiden avulla. Olennainen numero-tieto selitetään myös sanallisesti. Tämä kysely oli kartoittava, jonka tavoitteena oli kartoittaa, miten hoitotyöntekijät osasivat käyttää muistisairaahan asukkaan kivun arviointi mittaria. Tässä kyse-

lyssä käytettiin kokonaisotosta, mikä tarkoittaa sitä, että kaikki asumispalveluiden hoitotyöntekijät otettiin mukaan kyselyn vastaamiseen. Kokonaisotosta käytetään tavallisesti pienissä tutkimusaineistoissa, perusjoukko on pieni, kun havaintoyksikköjä eli esimerkiksi kyselyyn vastaajia on alle sata. 32 hoitotyöntekijää on asumispalveluiden sähköpostilistalla, mutta heistä vain 24 sai kyselylinkin. 8 hoitotyöntekijää, jotka eivät kyselyyn linkkiä saaneet, ovat eläköityneet tai pitkällä sairauslomilla. (GNU PSPP n.d., 1; Vilka 2007, 14–52.)

Kyselylinkin 24 saaneesta kyselyyn vastasi 12 hoitotyöntekijää eli puolet.

Ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin, olivatko ohjeet kivun arviointi työkalun käytöstä selkeät? Vastaajista 12 vastasi olevansa sitä mieltä, että ohjeet kivun arviointi työkalun käyttöön olivat selkeät. 12 vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen. Toisessa kysymyksessä, jos vastaaja vastasi ei, pyydettiin vastaajaa avaamaan syitä sille, miksi vastaaja koki, etteivät ohjeet olleet selkeät. Kaikki kyselyyn vastanneet pitivät kivun arviointityökalun ohjeita riittävinä ja selkeinä.

Kysymyksessä kolme tiedusteltiin, oliko kivun arvioinnin työkalu ollut nopea ja helppo käyttää? Kyselyn tulosten mukaan vain yksi vastaaja (n=12) ei osannut sanoa, oliko kivun arvioinnin työkalu helppo ja nopea käyttää. 12 vastaajaa jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen.

Kysymyksessä 4 kysyttiin, kivun arvioinnin työkalun hyödyllisyydestä hoitotyön käytännössä. Kolme vastaajaa oli vastannut kysymykseen. Vastaajat pitivät kivun arviointi työkalua hyödyllisenä ja toivoivat työkalun jäävän käytäntöön. Vastauksissa nousi esille myös mahdollisuus kasvo-kipumittarin käyttöönotosta rinnalle hyväkuntoisille asukkaille.

Kysymyksessä 5 tiedusteltiin, onko kivun arvioinnin työkalu vaikuttanut hoitotyöntekijöiden tapaan arvioida muistisairaana asukkaan kipua. Vastaajista 10 oli sitä mieltä, että kivun arvioinnin työkalu on vaikuttanut heidän tapansa arvioida muistisairaana asukkaan kipua, mutta kaksi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään asiaan.

Kysymyksessä 6 tiedusteltiin, miten kivun arvioinnin työkalu on vaikuttanut kivun arviointi käytäntöihin. Vastaajat kokivat, että kivun arviointi työkalu on auttanut kivun kirjaamisessa, havainnoinnissa, kipulääkkeen annon oikea-aikaisuuden arvioinnissa sekä lisännyt asukkaiden eleiden havainnointia. Vastaajat toivat esille myös sen, että kivun arvioinnin työkalu helpottaa kivun tunnistamista etenkin tilanteissa, joissa asukas ei ole entuudestaan tuttu.

Kysymyksessä 7 tiedusteltiin, kuinka usein hoitotyöntekijä käytti kivun arvioinnin työkalua arviointijakson 7.12.2018–6.1.2019 aikana. Hieman yli puolet vastaajista oli käyttänyt kivun arvioinnin työkalua 1-3 kertaa arviointijakson aikana ja hieman alle puolet vastaajista oli käyttänyt kivun arvioinnin mittaria arviointijakson aikana 4-7 kertaa.

Kysymyksessä 8 hoitotyöntekijöiltä tiedusteltiin, suosittelisivatko he kivun arvioinnin työkalun käyttöä myös uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että he suosittelisivat kivun arvioinnin työkalun käyttöä

Viimeisessä kysymyksessä vastaajia pyydettiin kertomaan, miten he kokivat kivun arviointityökalun käytön ja haluaisivatko he sen jäävän osaksi hoitotyötä. Kaikki 12 vastaajaa, jotka olivat kyselyyn vastanneet, kokivat kivun arviointityökalun hyödylliseksi ja olivat sitä mieltä, että se on tärkeä. He toivoivat kivun arviointityökalun jäävän käytäntöön ohjaamaan heidän muistisairaalle asukkaallensa suorittamaansa kivun arviointia. Vastauksissa nousi esille kivun havainnoinnin tärkeys, tärkeänä pidettiin myös sitä, että kivun arviointityökalun avulla kivun hoidon aloituksesta saadaan oikea-aikaisempaa. Kivun arviointi työkalun koettiin myös kehittävän kirjaamisen laatua sekä asukkaan kivun hoitoa. Vastaajat toivat esille, että kivun arvioinnin työkaluun voisi liittää ohjeistuksen, miten kivun hoidossa edetään tietyn kivun arviointituloksen saannin yhteydessä. Esimerkiksi, jos saadaan kivun arvioinnin tulokseksi 3 pistettä, niin silloin hierotaan tai kokeillaan asukkaan asennon vaihtoa, ja jos tulokseksi saadaan 5, niin asukkaalle annetaan parasetamolia.

PAINAD -kipumittarin kokeilun arviointitulosten perusteella voidaan todeta, että se koettiin hyväksi, helpoksi, nopeaksi ja toimivaksi menetelmäksi arvioida asukkaan kipua.

Koska tuloksista nousi vahvasti esille hoitotyöntekijöiden halu pitää kivun arviointityökalu osana hoitotyötä, pitäisi kivun arvioinnin työkalun käytettävyyden kehittämiseksi olla aikaa. Kehittämistyötä tulisi jatkaa yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa, heidän toiveitaan kuunnellen. Tuloksista tuli esille se, että kivun arviointityökalu koettiin turvana tehtäessä päätöstä kivun hoidon aloituksesta sekä kirjatessa asukkaan kivun kokemusta potilastietojärjestelmään. Asumispalveluihin voisi kehittää kivunhoidon polun, jonka avulla voitaisiin yhtenäistää käytännöt. Esimerkiksi HUSissa (Kivunhoidon polku 2016, 1) on käytössä kivunhoidon polku, joka sisältää potilaan kivun arvioinnin, ohjaamisen, kivun kirjaamisen, osaamisen varmistamisen ja laadun seurannan.

Seuraavaksi kivun arviointityökalua pilotoidaan asumispalveluyksikössä, ja selvitetään hoitotyöntekijöiden kivun arviointimittarin käytön osaaminen sekä kivun arviointimittarilla saatujen tulosten yhteneväisyys. Pilotoinnista tulee sivusykli kolmanteen sykliin, joka merkitään B-kirjaimilla.

5.6 Muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin pilotointi käytäntöön (Toiminta B)

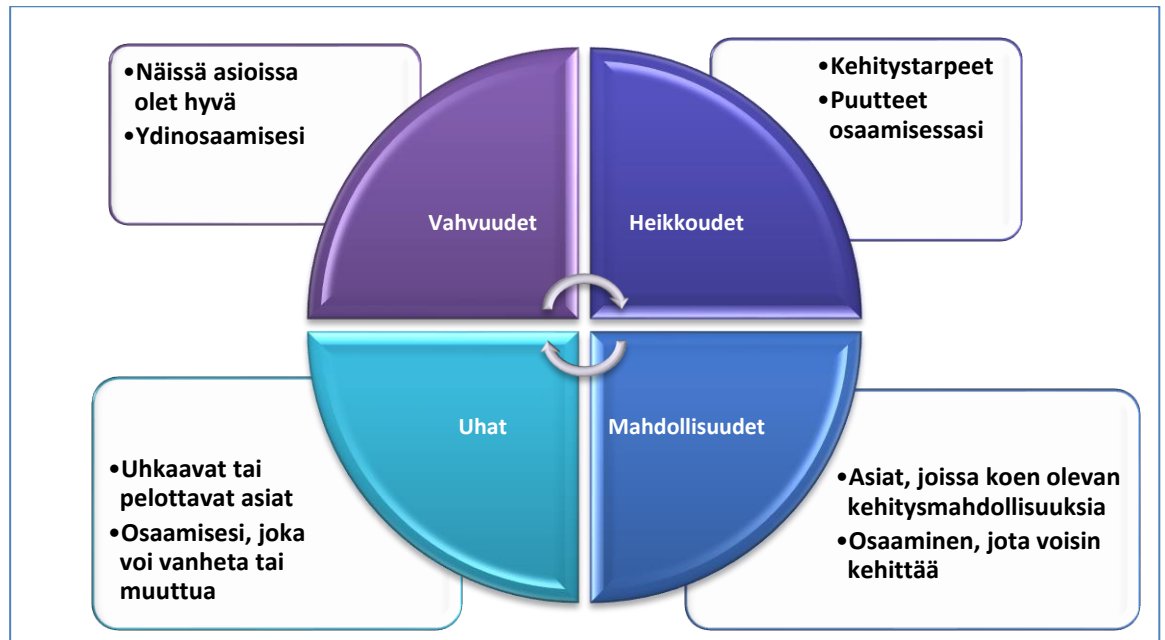
Projektiryhmäläiset kokivat, että kehittämisen pääpaino tulisi olla muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin osaamisen kehittämisessä ja yhteisen toimintamallin luomisessa muistisairaahan asukkaan kivun arviointiin. Helmikuussa 2019 pidettiin projektiryhmän kokous, jossa käsiteltiin pilotointisuunnitelma (liite 12). Projektiryhmässä käsiteltiin osaamisen käsitettä, sanatonta viestintää ja vertaisarvioinnin ohjeistusta. Pilotoinnille määriteltiin pilotointiaika, jonka jälkeen pidettiin uusi projektiryhmän kokous. Kolmannessa projektiryhmän kokouksessa jokainen osallistuja teki itsearvioinnin. Projektiin osallistujan oman kehittymisprosessin tukeminen on osallistavassa arvioinnissa tärkeää (Osallistavat menetelmät. Vinkkejä ja virikkeitä kouluttajalle 2017, 39). Pilotointisuunnitelman aikataulu, jolla PAINAD -mittarin käyttöönotto tehdään Pihtiputaan asumispalveluiden osastoilla, on kuvattu taulukossa 8. Implementointia toteutettiin ajalla 11/2018-2/2019.

Taulukko 8. Pilotoinnin aikataulu

Aika	Sisältö
21.11.2018 Klo. 13.00	Luento asumispalveluiden hoitotyöntekijöille sekä lähijohtajalle aiheesta muistisairaahan kivun arviointi ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmät. Tarkoitus on hoitotyöntekijöiden lääkkeettömien kivun hoitomenetelmien osaamisen kehittäminen sekä PAINAD -kivun arviointimittarin käytön opastaminen. Tarkoitus on myös esitellä viimeisin tutkittu näyttö muistisairaahan kivun arvioinnista sekä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmistä hoitotyöntekijöiden tietoon.
7.12.2018 – 6.1.2019	Surveykysely asumispalveluiden hoitotyöntekijöille internetissä. Kyselyn tarkoitus on arvioida, miten hoitotyöntekijät kokevat PAINAD -mittarin käytettävyyden sekä hyödynnettävyyden toteutuvan omassa työssään, ja miten mittari tukee hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittymistä. Linkki kyselyyn https://fi.surveymonkey.com/r/8VV5VWK
1/2019	Kyselyiden tulosten analysointi ja pilotointisuunnitelman laatiminen vertaisarviointia varten.
2/2019	Projektiryhmän toinen kokous, jossa käsitellään osaamisen käsitettä, sanatonta viestintää ja sitä, mitä osaamista mittarin käyttö edellyttää. Pilotoinnin toteutus 4.2.2019–17.2.2019. Pilotoinnin tarkoituksena on selvittää muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaamista ja muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin tasalaatuisuutta. Viikolla 8 kokoontuu projektiryhmä, jossa pilotointiin osallistuneet hoitotyöntekijät tekevät itsearvioinnin SWOT-analyysin avulla. Pilotoinnin tulosten kerääminen 6-3-5 menetelmällä ja tulosten avaaminen induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Terveydenhuollossa ammattilaisten työn tulee perustua parhaaseen mahdolliseen näyttöön käytössä olevien menetelmien hyödyistä ja vaikutuksista sekä potilaan että organisaation näkökulmasta. Tällä hetkellä terveydenhuollossa kehitetään toimintaprosesseja ja otetaan käyttöön uusia laitteita ja menetelmiä, joiden tavoitteena on hoidon ja palvelujen laadun parantaminen. Kehittämistyötä tehdään yleensä pilotoimalla, arvioimalla ja mallintamalla. Usein hankkeissa hyödyllisiksi todettuja innovaatioita ei implementoida organisaation varsinaiseen toimintaan eikä terveydenhuollon ammattilaisten työhön. (Holopainen ym. 2014, 81.)

SWOT-analyysi valikoitui tämän opinnäytetyön itsearviointimenetelmäksi, koska tarkoituksena oli PAINAD -mittarin pilotoinnin sekä vertaisarviointien jälkeen, arvioida hoitotyöntekijöiden omia PAINAD -mittarin käytön osaamisen vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia. SWOT-analyysi tehdään tavallisimmin nelikentällä. Toiminnan nykyiset vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhat, jotka kumpuavat työyhteisöstä, listataan nelikenttään. Vahvuuksia ja heikkouksia tarkastellaan oman toiminnan näkökulmasta. Toimintaympäristön näkökulmasta tarkastellaan mahdollisuuksia ja uhkia. Vahvuuksiksi, heikkouksiksi, mahdollisuuksiksi ja uhiksi ei tulisi listata samoja tai samanlaisia asioita. (Vuorinen 2017, 88; Itsearviointi toiminnan kehittämisen välineenä n.d., 18; Lyytinen 2013, 1.) Opinnäytetyössä tarkoituksena oli, että hoitotyöntekijät arvioisivat omaa muistisairaana asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaamistaan SWOT -analyysin (kuva 22) avulla.



Kuva 22. Itsearviointinissa apuna käytettäviä asioita

SWOT-analysien teon jälkeen kerättiin muistisairaankivun arviointimittarin vertaisarviointinista syntyneet ideat paperille 6-3-5 menetelmää apuna käyttäen. Menetelmää sovellettiin 4-3-3 kolmannessa projektiryhmän kokouksessa. 6-3-5 menetelmässä on tarkoituksena, että kuusi henkilöäideoi paperille kukin 3 ideaa tai ongelmaa viidessä minuutissa. 108 uutta ideaa saadaan kuuden kierroksen ja puolen tunnin jälkeen. Ajankäyttöä voi soveltaa osallistujamäärän mukaisesti viidestä minuutista kahteenkymmeneen minuuttiin tai enempäänkin. Menetelmässä henkilöille annetaan kehittämistehtävä, joka tässä opinnäytetyössä oli, mitä hoitotyöntekijän osaamiseen liittyviä ongelmia on käytettäessä PAINAD -mittaria muistisairaankivun arvioinnissa. Jokainen projektiryhmäläinen sai kolme A4-kokoista paperia, ja jokaiseen paperiin vastaajat keksivät yhden ongelman eli vastasivat asetettuun kysymykseen. Aikaa ongelmien kirjaamiseen oli yhteensä 3 minuuttia. Jokaisella projektiryhmäläisellä oli oma nimimerkki. Kun kolme minuuttia oli kulunut, antoi jokainen yhden papereistaan kiertoon ja saivat 5 minuuttia aikaa kirjoittaa ratkaisun paperilla olevaan ongelmaan. Jokainen vastasi 1. papereihin ja tämän jälkeen laitettiin kierto 2. paperit. Vastaus aikaa nostettiin 7 minuuttiin, jotta vastaajat ehtivät lukea edelliset vastaukset ja ehtivät miettiä uudet ratkaisuvastaukset. 3. papereiden kanssa toimittiin samoin kuin aiempien papereiden vastausten kanssa. (6-3-5 -menetelmä n.d., 1; Lyytikäinen 2017, 1.)

Tärkeää 6-3-5 -menetelmässä ei ole laatu vaan määrä. Menetelmän avulla saatiin 36 ratkaisua 12 ongelmaan. Puheenjohtaja pitää huolen ajankäytöstä ja sääntöjen noudattamisesta. Kun ideointi päättyy, puheenjohtaja kertoo osallistujille, miten ideoiden käsittelyä jatketaan. Ideoinnin aikana ei saa keskustella eikä kommentoida ääneen lukemiaan ideoita. (Hassinen & Partus Oy 2008, 50; Harisalo 2011, 96–97.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitotyöntekijöiden muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivun hoidon osaamisen kehittäminen. Syklissä kolme tavoitteena oli selvittää hoitotyöntekijöiden muistisairaana asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaaminen sekä muistisairaana asukkaan kivun arviointitulosten tasalaatuisuus. Jotta tavoitteet saavutettaisiin, taulukossa 9 on mietitty toteutussuunnitelma siitä, kuinka tavoitteisiin päästään.

Taulukko 9. Hoitotyöntekijöiden muistisairaana kivun arviointimittarin käytön osaamisen kehittäminen – Toteutussuunnitelma

TOTEUTUS	KUKA/KETKÄ TOTEUTTAVAT
Tiedotus henkilöstölle kehittämistyöstä	Opinnäytetyöntekijä
Kirjallisuuskatsaus	Opinnäytetyöntekijä
Projektiryhmän kokoaja ja koollekutsuja	Opinnäytetyöntekijä
Hoitotyöntekijöiden nykyisen muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivun hoidon osaamisen kartoitus avoimella haastattelulla.	Opinnäytetyöntekijä
Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämisen suunnittelu projektiryhmän kokouksessa.	Opinnäytetyöntekijä ja projektiryhmässä olevat hoitotyöntekijät
PAINAD -mittarin soveltamisen suunnittelu käytäntöön.	Projektiryhmässä olevat hoitotyöntekijät ja opinnäytetyöntekijä
Luento muistisairaana asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömästä kivun hoidosta. Ohjeistus PAINAD -kivun arviointimittarin käyttöön.	Opinnäytetyöntekijä
PAINAD -mittarin käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arviointi surveykyselyllä.	Asumispalveluiden hoitotyöntekijät sekä opinnäytetyöntekijä
Uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdyttäminen PAINAD -mittarin käyttöön.	Projektiryhmässä olevat hoitotyöntekijät ja opinnäytetyöntekijä
PAINAD -mittarin pilotointi ja vertaisarviointi	Opinnäytetyöntekijä ja projektiryhmässä olevat hoitotyöntekijät
Projektiryhmäläisten oman PAINAD -mittarin käytön osaamisen itsearviointi SWOT -analyysin avulla. 6-3-5 -menetelmän avulla haetaan ratkaisuehdotuksia hoitotyöntekijöiden kokemuksiinsa liittyviin ongelmiin käytettäessä PAINAD -mittaria muistisairaana asukkaan kivun arvioinnissa.	Opinnäytetyöntekijä ja projektiryhmässä olevat hoitotyöntekijät
Muistisairaana asukkaan kivun hoidon toimintamallin kehittäminen opinnäytetyön tulosten perusteella	Opinnäytetyöntekijä

Tässä toteutus suunnitelmassa on otettu huomioon jo tehty kehittämistyö, kuten kirjallisuuskat-
saus. Jotta innovaatioita syntyy, vaatii se työntekijöiltä vallitsevien toimintatapojen rohkeaa
muuttamista sekä luovaa ajattelua. Innovaatioiden syntymisessä ja saattamisessa päivittäiseen
toimintaan on keskeinen merkitys organisaation ja työyksiköiden kulttuurilla. Uuden innovaation
implementointi vaatii aikaa, koska sen käyttöönottoaminen ja muodostuminen pysyväksi käytän-
nöksi vaikuttavat organisaation kulttuuriin. (Holopainen ym. 2014, 82–83.)

5.7 Muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin aineiston analysointi ja tulokset (Havain- nointi B)

SWOT -analyysin avulla kerätty itsearviointin aineisto ja siitä saadut tulokset on integroitu sellai-
senaan 6-3-5 -menetelmän avulla saatuihin tuloksiin. 6-3-5 -menetelmällä kerätty aineisto kirjoj-
tettiin tekstinkäsittelyohjelmalla puhtaaksi, koska vastaajat kirjoittivat ongelmat sekä ratkaisut
ongelmiin kukin omalla käsialallaan. Vastaajien käsin kirjoittama teksti kirjoitettiin sana sanalta
puhtaaksi tekstinkäsittelyohjelmalla, jotta mitään tärkeää ei jäisi huomioimatta, ja samalla teksti
koodattiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 1.) Jokainen ongelma ja ratkaisu kirjoitettiin
taulukkoon, josta esimerkki taulukossa 10. Ongelmat koodattiin juoksevin numeroin 1-6, ja rat-
kaisut ongelmiin koodattiin ongelmien mukaisesti ja merkittiin kukin ratkaisu kyseiseen ongel-
maan kirjaimin A-C. Yhdestä ratkaisusta voitiin erottaa usea ratkaisuehdotus, ja tällöin ne jaettiin
niin moneen osaan kuin oli tarpeen sekä merkittiin sama aakkonen tuplana tai triplana.

Taulukko 10. 6-3-5 aineiston litteroinnin ja koodauksen esimerkki (Liite 13, taulukko 11)

ONGELMA	RATKAISUEHDOTUS		
2 Kivun oireiden tunnistamiseen ei osaamista	2A Kivunhoidon sekä arvioinnin osaamiseen enemmän koulutusta	2B Keskustellaan kivun hoidosta ja kivun arvioinnista työyhteisössä 2BB Tehdään kivun arviointia yhdessä keskustellen	2C Tehdään kivun arviointia kivun arviointimittarin avulla usein, jotta osaaminen oireiden tunnistamiseen kasvaa
7 Kivun arviointituloksen kirjaaminen oikein ja hyödynnettävästi	7A Sovitaan yhdessä työtovereiden kanssa mihin kivun arviointitulosta kirjataan, jotta se tulisi kaikille näkyväksi.	7B Ei kirjata pelkkää numerotulosta vaan avataan myös sanallisesti se mistä tulos koostui eli miten kipu ilmeni	7C Kirjataan kivun arviointitulokset heti, etteivät esimerkiksi ilmeet ja eleet unohdu
11 Asukkaiden yksilöllisyyden huomioiminen	11A Suunnitellaan jo asukkaan muuttaessa osastolle hänen kivun hoitoaan yhdessä asukkaan ja omaisten kanssa. Elämäntorialomake	11B Erilaisuuden ymmärtäminen sekä erilaisuuden hyväksyminen 11BB Erilaisuudesta keskusteleminen avoimesti työyhteisössä	11C Säännöllisesti keskustellaan työyhteisössä yksilöllisyyden vaikutuksesta kivun kokemiseen

Aineiston analysointia jatkettiin induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti ja ongelmia tarkasteltaessa ajatusta ohjasi 6-3-5-menetelmään laadittu kysymys, mitä hoitotyöntekijän osaamiseen liittyviä ongelmia on käytettäessä PAINAD -mittaria muistisairaana asukkaan kivun arvioinnissa? Aineistosta muodostetut 12 ongelmaa käytiin tarkasti läpi ja aineiston klusteroinnin avulla niistä haettiin samankaltaisuuksia sekä erilaisuuksia ilmaisevia piirteitä. Samaa asiaa ilmaisevat ongelmat ryhmiteltiin viiteen teemaan (Elo & Kyngäs 2008, 111–112). Taulukossa 12 on esitetty ongelmien ryhmittely teemoihin. Alkuperäisilmaisujen edessä olevat numerot kuvaavat alkuperäisaineiston koodausnumeroita.

Taulukko 12. Ongelmien ryhmittely teemoihin

ONGELMAT ALKUPERÄISILMAUKSINA	TEEMA
1. Ei uskota omaan kykyihin tehdä päätöksiä 5. Ei osata hyödyntää kivun arvioinnista saatuja tuloksia oikein 10. Hoitajien huonot asenteet kivun arviointimittarin tarpeellisuudesta ja motivaation puute sen käytössä	I. Osaamisen arvostaminen ja motivaatio (1, 5, 10)
2. Kivun oireiden tunnistamiseen ei osaamista 3. Muistisairauksien vaikutus käytökseen ei tiedossa 6. Ajankäyttö ja sen hallinta. Ei ole riittävästi aikaa arvioida kipua	II. Ammatilliset perustiedot (2, 3, 6)
4. Vuorovaikutustaitojen puute 8. Yhteistyön puute	III. Kommunikaatio (4, 8)
7. Kivun arviointituloksen kirjaaminen oikein ja hyödynnettävästi 9. Kivun arviointituloksen raportointi suullisesti	IV. Kivun arviointitulosten kirjaaminen (7, 9)
11. Asukkaiden yksilöllisyyden huomioiminen 12. Tukeudutaan liikaa kivun arviointimittariin unohdetaan asukkaan näkemys	V. Asukkaan yksilöllisyyden huomioiminen (11, 12)

Teemoiksi muodostuivat osaamisen arvostaminen ja motivaatio, ammatilliset perustaidot, kommunikaatio, kivun arviointitulosten kirjaaminen ja asukkaan yksilöllisyyden huomioiminen. Ongelmien teemoittelun jälkeen myös ratkaisuehdotukset luokiteltiin ongelmien teemojen mukaisesti. Taulukossa 13 on kuvattu ratkaisuehdotusten liittäminen teemoihin. Ratkaisuehdotukset koodattiin aakkosilla a-ö.

Taulukko 13. Ratkaisuehdotusten liittäminen ongelmia kuvaaviin teemoihin

TEEMA	RATKAISUEHDOTUKSET
I. Osaamisen arvostaminen ja motivaatio (1, 5, 10)	a. Rakentavan palautteen antaminen (1A, 1C) b. Päätöksenteossa tukeminen (1AA, 1BB, 1BBB, 10B) c. Työkaverin arvostaminen (1B, 10B) d. Esimiehen tuki (1C, 1CC) e. Toimintaohjeet kivun arviointi tuloksen hyödyntämiseksi asukkaan kivun hoidossa (5A) f. Keskustelu (5B, 5C) g. Motivointi (10A, 10C, 10CC)
II. Ammatilliset perustaidot (2, 3, 6)	h. Koulutus (2A, 3A, 3B, 6C) i. Keskustelu (2B, 2BB, 3C) j. Kivun arvioinnin mittarin säännöllinen käyttö tukemaan osaamisen kasvua (2C) k. Työyhteisön tuki (2BB, 6A) l. Rauhallinen tilanne kipua arvioitaessa (6A, 6B) m. Panostaminen kivun arvioinnin tekemisen osaamiseen
III. Kommunikaatio (4, 8)	n. Luottamuksellinen ilmapiiri (4A) o. Työpaikka käyttäytymisestä muistuttelu (4B) p. Viikkopalaverit (4C) q. Ristiriitatilanteiden läpi käynti yhdessä (8A) r. Autetaan toinen toista (8B) s. Keskustelu (8BB) t. Yhtenäinen toimintamalli (8C)
IV. Kivun arviointitulosten kirjaaminen (7, 9)	u. Kivun arviointituloksen kirjaaminen yhteen paikkaan (7A, 9C) v. Avataan tulos myös sanallisesti (7B, 9A, 9C) w. Kirjataan tulos heti (7C) x. Raportoinnin säännöllinen harjoittelu (9B)
V. Asukkaan yksilöllisyyden huomioiminen (11, 12)	y. Yhteistyö omaisten ja asukkaan kanssa (11A, 12A, 12B, 12C) z. Elämäntietomake (11A) å. Erilaisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen (11B) ä. Keskustelu (11BB, 11C, 12A, 12B, 12C) ö. Asukkaan näkemyksen huomioiminen (12A, 12B)

Seuraavaksi teemoiteltiin ratkaisuvaihtoehdot siten, että teemat vastasivat syklin 3 kehittämiskäytäntöä, mitä osaamista hoitotyöntekijät tarvitsevat käyttäessään PAINAD-mittaria muistisaira-an asukkaan kivun arvioinnissa? Taulukossa 14 on kuvattu ratkaisuehdotusten teemoittelu.

Taulukko 14. Ratkaisuvaihtoehtojen teemoittelu ongelmittain

TEEMA	RATKAISUEHDOTUKSET	RATKAISUTEEMA
		Mitä osaamista hoitotyöntekijät tarvitsevat käyttäessään PAINAD -mittaria muistisaira-an asukkaan kivun arvioinnissa?
I. Osaamisen arvostaminen ja motivaatio (1, 5, 10)	a. Rakentavan palautteen antaminen (1A, 1C) b. Päätöksenteossa tukeminen (1AA, 1BB, 1BBB, 10B) c. Työkaverin arvostaminen (1B, 10B) d. Lähijohtajan tuki (1C, 1CC) e. Toimintaohjeet kivun arviointi tuloksen hyödyntämiseksi asukkaan kivun hoidossa (5A) f. Keskustelu (5B, 5C) g. Motivointi (10A, 10C, 10CC)	A. Vuorovaikutusosaaminen (a, b, d, f, g) B. Yhteistyöosaaminen (c, e, f, d)
II. Ammatilliset perustaidot (2, 3, 6)	h. Koulutus (2A, 3A, 3B, 6C) i. Keskustelu (2B, 2BB, 3C) j. Kivun arvioinnin mittarin säännöllinen käyttö tukemaan osaamisen kasvua (2C) k. Työyhteisön tuki (2BB, 6A) l. Rauhallinen tilanne kipua arvioitaessa (6A, 6B) m. Panostaminen kivun arvioinnin tekemisen osaamiseen	C. Ammattitaito (h, j, l, m) D. Kivun arviointiosaamisen kehittäminen (h, j, k, l, m)
III. Kommunikaatio (4, 8)	n. Luottamuksellinen ilmapiiri (4A) o. Työpaikka käyttäytymisestä muistuttelu (4B) p. Viikkopalaverit (4C) q. Ristiriitatilanteiden läpi käynti yhdessä (8A) r. Autetaan toinen toista (8B) s. Keskustelu (8BB) t. Yhtenäinen toimintamalli (8C)	E. Tiedonkulku (p, s, t) F. Työsuhdetaidot (n, o, q, r, s)
IV. Kivun arviointitulosten kirjaaminen (7, 9)	u. Kivun arviointituloksen kirjaaminen yhteen paikkaan (7A, 9C) v. Avataan tulos myös sanallisesti (7B, 9A, 9C) w. Kirjataan tulos heti (7C) x. Raportoinnin säännöllinen harjoittelu (9B)	G. Raportointi (u, v, w, x)
V. Asukkaan yksilöllisyyden huomioiminen (11, 12)	y. Yhteistyö omaisten ja asukkaan kanssa (11A, 12A, 12B, 12C) z. Elämäntilomake (11A) å. Erilaisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen (11B) ä. Keskustelu (11BB, 11C, 12A, 12B, 12C) ö. Asukkaan näkemyksen huomioiminen (12A, 12B)	H. Asukkaan ja omaisten kohtaaminen (y, z, å, ä, ö)

Analyysin tuloksena tuli viisi *ongelmaa*, joihin 6-3-5 menetelmällä kerätystä aiheistosta muodostuneet kahdeksan osaamisen käsitettä tulivat **ratkaisuna**. Ongelmaan *osaamisen arvostaminen ja motivaatio* ratkaisuksi muodostuivat **vuorovaikutusosaaminen ja yhteistyöosaaminen**. Ongelmaan *ammatilliset perustaidot* muodostuivat ratkaisuksi käsitteet **ammattitaito ja kivun arviointiosaamisen kehittäminen**. *Kommunikaatio* ongelmaan ratkaisuksi muodostuivat **tiedonkulku ja työsuhdetaidot**. *Kivun arviointitulosten kirjaamisongelmaan* ratkaisu oli **raportointi** ja ongelmaan *asukkaan yksilöllisyyden huomioiminen* ratkaisuksi muodostui **asukkaan ja omaisen kohtaaminen**.

Vuorovaikutusosaaminen sisälsi rakentavan palautteen kertomisen, päätöksenteossa tukemisen, esimiehen tuen, keskustelun sekä motivoinnin. Tulosten mukaan jokaiselle tulee antaa mahdollisuus tehdä päätöksiä. Keskustelun tärkeys muistisairaana asukkaan kivun arviointituloksen vaikutuksesta asukkaan hoitoon, sekä toisten hoitajien, että lääkärin kanssa, nousi tuloksissa esille. Hoitajien motivointi kivun arviointimittarin käyttöön osoittamalla sen hyödyt asukkaan kivun hoidon tukena sekä hoitajien muistuttelu heidän omasta vastuustaan tehdä työ hyvin ja ammattitaidolla olivat ratkaisuja *osaamisen arvostamisen ja motivaation ongelmaan*. Tulosten mukaan jokaisen hoitajan mielipiteet tulee ottaa huomioon kivun arviointimittarin käytöstä ja sen tarpeellisuudesta. Jokaisella työntekijällä on vastuu kehittää osaamistaan.

Yhteistyöosaaminen sisälsi työkaverin arvostamisen, toimintaohjeet kivun arviointituloksen hyödyntämiseksi asukkaan kivun hoidossa, keskustelun sekä lähijohtajan tuen. Päätöksenteossa tukeminen, jokaisen hoitajan mielipiteen kuunteleminen sekä lähijohtajan tuki nousivat esille. Alussa ongelmana oli, että ”ei osata hyödyntää kivun arvioinnista saatuja tuloksia oikein”, johon yhdeksi ratkaisuteemaksi nousivat konkreettiset ohjeet siitä, miten minkäkin kivun arviointimittarin tuloksen jälkeen edetään asukkaan kivun hoidossa. SWOT-analyysillä tehdyissä itsearviointeissa ilmeni toimintaan liittyvänä uhkana hoitajien erilaiset mielipiteet asukkaan kivun arvioinnista, koska tuolloin kipua on hoitotyöntekijöiden mukaan vaikea arvioida.

Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen olivat ratkaisuja *osaamisen arvostamisen ja motivaation ongelmaan*. Ongelmia hoitotyöntekijät kokivat olevan omiin kykyihin uskomisessa, kun tehdään päätöksiä sekä kivun arvioinnista saatujen tulosten hyödyntämisen osaamisessa. Ongelmaksi koettiin myös hoitajien kielteiset asenteet kivun arviointimittarin tarpeellisuudesta ja motivaation puute sen käyttämisessä.

Yksi hoitotyöntekijöiden osaamista kuvaava ongelma PAINAD -mittaria käytettäessä oli *ammattilaiset perustaidot*. Ratkaisuna ongelmaan esitettiin, että he tarvitsevat **ammattitaitoa** tehdessään muistisairaana asukkaan kivun arviointia PAINAD -mittaria apuna käyttäen. Kivun oireiden tunnistamiseen ei ole työntekijöillä riittävää osaamista, joten kivunhoidon sekä arvioinnin osaamiseen tarvitaan koulutusta. Lisäksi asukkaan kivun arviointia tulee tehdä kivun arviointimittarin avulla usein, jotta osaaminen oireiden tunnistamiseen kehittyy. Ongelmana oli myös se, etteivät muistisairauksien vaikutukset asukkaan käytökseen ole tiedossa. Siksi vanhustyön laaja-alaista osaamista on kehitettävä ja hoitohenkilökunnalle tulee järjestää säännöllisin väliajoin koulutusta

muistisairauksista. Myös ajankäyttö ja sen hallinta koettiin ongelmalliseksi, koska ei ole riittävästi aikaa arvioida asukkaan kipua. Ratkaisuksi nousivat työyhteisön tuki eli annetaan hoitajan tehdä kipuarviointi rauhassa ja kiireettömästi ilman turhia keskeytyksiä. Kivun arviointitilanne pyritään saamaan rauhalliseksi, vaikka aina se ei ole mahdollista. Nämä edellä mainitut asiat vaikuttavat myös asukkaan **kivun arviointiosaamisen kehittämiseen**.

Kivun arviointiosaamisen kehittämiseen vaikuttaa myös työyhteisön tuki, kun tehdään asukkaan kivun arviointia yhdessä keskustellen. SWOT-analyysien avulla tehdyille itsearviointeille ei tehty analysointia, vaan itsearviointit yhdistettiin 6-3-5 menetelmän avulla saatujen tulosten kanssa sellaisenaan. SWOT-analyysin avulla tehdyistä itsearviointeista nousi, kivun arviointi mittarin käytön vahvuutena, uskallus antaa herkästi kipulääkettä asukkaalle, jonka arvioidaan olevan kivulias. Taulukossa 15 on kuvattu pilotoinnin aikana tehdyt kivun arviointien vertaisarviointit. Arviointien lukumäärä on ilmoitettu numeroin 1-6. Kipua on ollut arvioimassa yhtä aikaa samalta muistisairaalta asukkaalta 2 tai 4 hoitajaa. Hoitotyöntekijät avasivat myös sanallisesti, miten pääsivät saamaansa kivun arviointitulokseen PAINAD -mittarin avulla. Vertaisarviointit on tehty Pih-putaan asumispalveluissa tarkkailemalla muistisairaiden asukkaiden eleitä, ilmeitä, ääntelyä sekä hengitystä PAINAD -mittarin avulla. Vertaisarviointien avulla havaittiin muistisairaahan asukkaan kivun arviointitulosten yhteneväisyys.

Taulukko 15. Pilotoinnin aikana tehtyjen kivun arviointien vertaisarviointien tulokset

ARVIOINTI	KIVUN ARVIOINTI TULOS	MITEN TULOS SYNTYI?
1. Vertaisarviointi	1p 1p	Orientoitunut aikaan ja paikkaan Rauhallinen. Ilmeet ja eleet ”tyynet”
2. Vertaisarviointi	0p 0p	Ilmeet ja eleet sekä ääntely Ilmeiden ja eleiden seuraaminen
3. Vertaisarviointi	3p 6p 3p 7p	Kädet nyrkissä, jäykkä, ilmeetön, rauhaton Rauhatonta huutelua, hengitys työlästä, vaikeroi Ääntely rauhatonta Ääntely rauhatonta huutelua, ilme tuima ja surullinen, elekieli – jäykkä, lohduttaminen ja huomion poiskääntäminen ei onnistu
4. Vertaisarviointi	6p 5p	Ilmeiden seuraaminen, puheen kuuntelu ja hengityksen tarkkailu Hengitys ajoittain äänekästä, negatiivista ääntelyä ajoittain, liikehdintä levotonta, lohduttaminen kääntää huomion
5. Vertaisarviointi	3p 4p	Hengitys hieman vaivalloista, levotonta liikehdintää Hengitys, liikkuminen, ilmeet, suullinen ilmaisu
6. Vertaisarviointi	6p 4p	Ilmeitä seuraamalla, kuuntelemalla sekä hengitys Asukkaan hengitys, ilmeet, puhe ja liikkuminen

Tulokset ovat tasalaatuisia pienillä pistemäärillä, kun asukkaat olivat rauhallisia ja orientoituneita paikkaan ja aikaan. Kun asukas oli tullut rauhattomaksi, huutelevaksi ja oli ilmaantunut muita kipuoireita, tulokset erosivat suhteellisen paljon toisistaan. Kolmannessa vertaisarviointikohdassa huomaa hyvin kivun oireiden tulkitsemiseron, ja siitä johtuvat tulosten epätasaisuudet.

Ongelmiksi koettiin *kommunikaatio*. Ratkaisuksi muodostui **tiedonkulku ja työsuhteet**. Tiedonkulun ratkaisuisissa korostuivat viikkopalaverit, joissa jokainen sanoo jotain ja jokaisen esille tuoma asia otetaan vastaan kritisoimatta. Esille nousi myös yhdessä keskustelu asukkaan kivun arvioinnista ja tuloksista sekä mahdollisista kivun hoidon menetelmistä. Myös yhteisen toimintamallin katsottiin auttavan siinä, että asiat tehdään samalla tavalla.

Tulosten mukaan **työyhteisötaitoja** tarvitaan myös tehtäessä muistisairaana asukkaan kivun arviointia PAINAD -mittarilla. Työkavereiden ja asukkaiden kanssa ilmapiiriin tulee olla luottamuksellinen ja hoitajia tulisi muistutella säännöllisesti siitä, miten työpaikalla käyttäytyään, ja miten työkavereita ja asukkaita kohtaan käyttäytyään. Myös uskallus nostaa ristiriitatilanteet esille, ja niistä yhdessä keskustelu sekä toisen auttaminen tarvittaessa, ovat tärkeitä työyhteisötaitoja.

Myös **raportoinnin** osaaminen nousi tuloksista. Ongelmana oli *kivun arviointituloksen kirjaaminen* oikein ja hyödynnettävästi sekä kivun arviointitulosten raportointi suullisesti. Ratkaisuksi ehdotettiin, että yhdessä työkavereiden kanssa sovitaan, mihin asukkaan kivun arviointituloksesta kirjataan, jotta se tulee kaikille luettavaksi ja näkyväksi. On tärkeää, että kipua kuvaava arviointituloksesta avataan myös sanallisesti ja kirjaaminen tehdään välittömästi. Pelkkä kivun arviointituloksen pistemäärän kirjaaminen tai tuloksen suullinen raportointi, ei riitä. Ratkaisuehdotuksena nousi esille säännöllinen, kivun arviointimittarilla saadun tuloksen, raportoinnin harjoittelu. Raportointi osamista pidettiin tärkeänä, koska se vaikuttaa asukkaan jatkohoidon suunnitteluun.

Asukkaan yksilöllisyyden huomiointi oli PAINAD -mittarin käytön osaamiseen liittyvä ongelma. **Asukkaan ja omaisen kohtaaminen** olivat ratkaisu ongelmaan, jotka hoitotyöntekijän tulee ottaa huomioon hänen käyttäessään PAINAD -kivun arviointimittaria. Asukkaan yksilöllisyyden huomioiminen sekä se, että tukeudutaan liikaa kivun arviointimittariin ja unohdetaan asukkaan näkemys, nousivat ongelmiksi käytettäessä PAINAD -mittaria muistisairaana asukkaan kivun arvi-

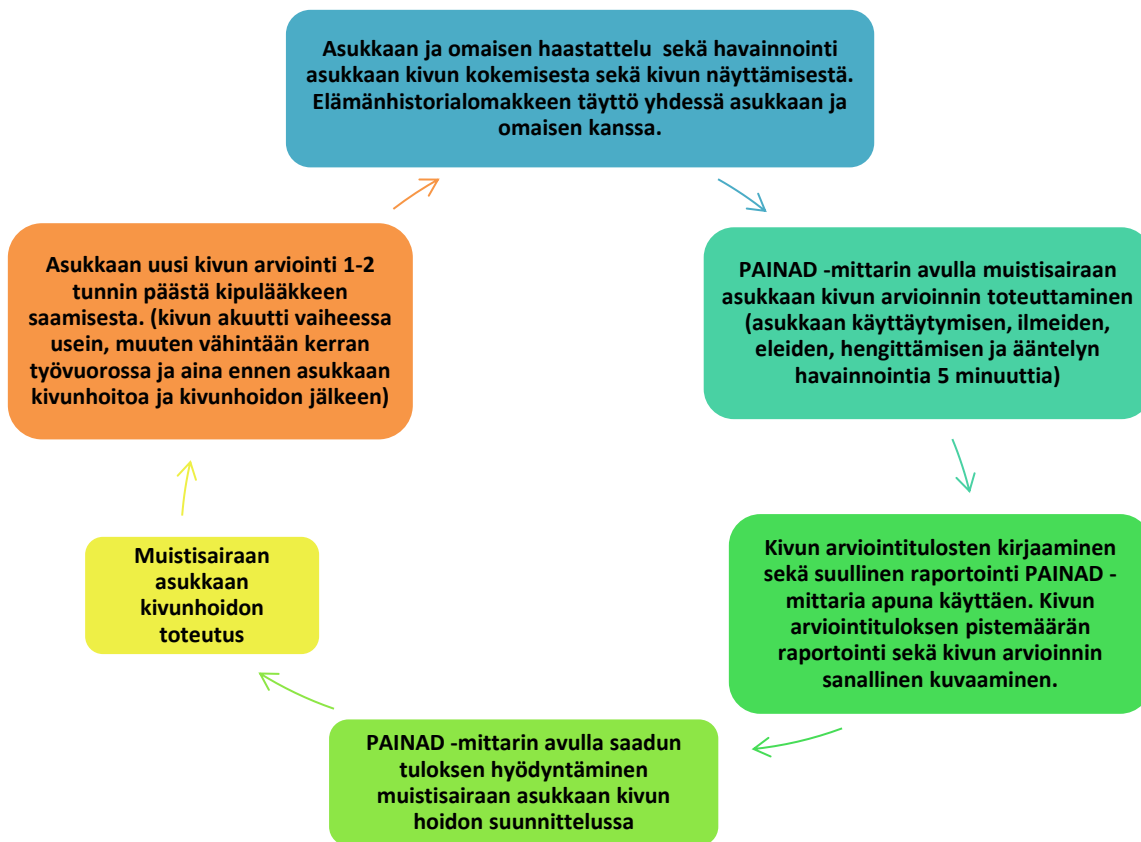
oinnissa. Ratkaisuksi ehdotettiin asukkaan kivun hoidon suunnittelua yhdessä asukkaan ja omaisten kanssa jo asukkaan muuttaessa osastolle. Apuna tässä ehdotettiin käytettäväksi elämäntorialomaketta.

Myös erilaisuuden ymmärtäminen, hyväksyminen sekä erilaisuudesta ja yksilöllisestä kivun kokemuksesta keskusteleminen työyhteisössä koettiin tärkeäksi. Hoitotyöntekijöitä on muistuteltava siitä, että aina on otettava myös asukkaan mielipide huomioon, jos se vain on mahdollista. Jos asukas ei itse pysty puhumaan tai ilmaisemaan itseään niin silloin pyydetään apua omaisilta. SWOT-analyysin avulla tehtyjen itsearviointien mukaan kiintymys asukkaaseen voi toisaalta olla toimintaan liittyvä uhka, kipua voidaan ”yliarvioida”. Myös työuupumus voi SWOT-analyysien mukaan vaikeuttaa kivun arviointia, koska tällöin hoitaja ei ole läsnä.

6-3-5 -menetelmä antoi projektiryhmäläisille mahdollisuuden tuoda esille kokemiaan ongelmia PAINAD -mittarin käytössä tehtäessä muistisairaana asukkaan kivun arviointia sekä kehittää ongelmille myös ratkaisuehdotuksia.

5.8 PAINAD -mittarin käyttöön tarvittava osaaminen muistisairaana asukkaan kipua arvioitaessa (Reflektointi)

PAINAD- mittarin käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arvioinnin tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitotyöntekijät kokivat muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin toimintamallin (kuva 23) toimivaksi työssään. Toimintamallin kehittämiseksi tulee antaa aikaa ja sen kehittämistä jatkaa yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa. Muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin toimintamalli koettiin turvana tehtäessä päätöstä kivun hoidon aloituksesta ja kirjatessa asukkaan kivun kokemuksesta potilastietojärjestelmään.



Kuva 23. Muistisairaahan asukkaan kivun hoidon toimintamalli

Pilotoinnin tuloksista nousivat esiin vuorovaikutusosaaminen, yhteistyöosaaminen, ammattitaito, kivun arviointiosaamisen kehittäminen, tiedonkulku, työyhteisötaidot, raportointi sekä asukkaan ja omaisten kohtaaminen. Näitä kaikkia asioita hoitotyöntekijät tarvitsevat käyttäessään PAINAD -mittaria muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittaria. Vertaisarviointit osoittivat, että suuremmilla kivun arviointituloksilla on enemmän hajontaa kuin pienemmillä tuloksilla. Vertaisarvioinneista pystyi huomioimaan, että muistisairaahan asukkaan ilmeitä, eleitä, ääntelyitä ja olemusta tarkastelee jokainen hoitaja eritavoin. Hoitotyöntekijät kokevat tarvitsevansa lisää koulutusta jatkossa kivun arviointiin sekä kivun hoitoon, muistisairauksien vaikutuksesta asukkaan käytökseen sekä kivun arvioinnin tekemisen osaamiseen. Työelämän osaamisvaatimukset yksilölle ovat laajentuneet ja työssä ei enää riitä kapea-alainen osaaminen. Tehokasta työssä ja organisaatiossa oppimista on kehitettävä, koska organisaation henkilöstö ei voi koko ajan olla koulutuksessa ”työpaikan ulkopuolella”. Erilaisten oppimisprosessien muodostamiseen organisaatiossa voitaisiin vaikuttaa johtamisen avulla. (Kivinen 2008, 17; Suominen 2011, 20.)

SWOT-analyysin avulla tehtyjen itsearviointien mukaan hoitotyöntekijöiden rauhallisuus, erilaisten ihmisten kanssa toimeen tuleminen ja usko omaan itseensä ovat vahvuuksia heidän käyttäessään PAINAD -mittaria muistisairaana asukkaana kipua arvioitaessa. Heikkouksiksi koettiin kivun arvioiminen asukkaalta, jota on vaikea tulkita tai joka on tuntematon. Myös kiintymys asukkaaseen koettiin heikkoudeksi kipua arvioitaessa, koska tällöin kipua voidaan arvioida helposti liian suureksi. Toimintaan liittyvänä mahdollisuutena pidettiin koulutuksia ja keskustelua työyhteisössä. Toimintaan liittyvinä uhkina koettiin asukkaaseen kiintymisen vaikutus kivun arviointiin, työuupumus sekä hoitajien keskinäinen erimielisyys kivun arvioinnista.

Hyödyntämätön voimavara sekä mahdollisuus sotealalla ovat henkilöstön osallistuminen innovointiin, uusien työtapojen kehittämiseen sekä palveluiden kehittämiseen. Yhteinen näky (shared vision) on tärkeää oppivan organisaation kannalta, koska se antaa yksilölle ja organisaatiolle yhteisen päämäärän (Laine 2015, 3; Suominen 2011, 43) Ihmisen on perinteisesti nähty toimivan organisaatiossa kuten kone. Hänen käyttäytymisensä on käsitetty mitattavaksi ja ennustettavaksi. Tämän käsityksen pohjalta on yleistynyt ajatus ihmisestä toimenpiteiden kohteena. Tutkimus ja käytännön kokemukset osoittavat, että ihminen ei ole kone, vaan tiedostava, tunteva ja aktiivinen olento, jolla on oma tahto. Tämän päivän itsenäisen ja hyvin koulutetun työntekijän odotukset työelämästä ovat korkeat, ja työpaikkojen on vastattava näihin odotuksiin. Ymmärrys ihmisten käyttäytymisestä auttaa organisaatioita menestymään. Erityisen tärkeää ymmärrys on uudistuvan, hyvinvoivan ja kannustavan työyhteisön luomisessa. Avoimen keskustelun käymisen taito on oppivan tiimin perusedellytys ja kykyyn luoda tietoa perustuu taas oppiminen. (Lämsä & Hautala 2005, 3; Suominen 2011, 43–47.)

Opinnäytetyö päättyy kolmannen syklin reflektioon ja uuteen kehittämiskysymykseen. Miten PAINAD -mittarin avulla voidaan kehittää muistisairaana asukkaana kivun hoidon tasalaatuisuutta ja oikea-aikaisuutta?

5.9 Lähteet

Arvioinnin suunnittelua tukeva lomake. (2014). Viitattu 8.11.2018. Haettu osoitteesta <https://www.innokyla.fi/web/malli136470>

Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. (2007). Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi kahden kipumittarin vertailu. *Lääkärilehti* 62(26); 2547-2553. Viitattu 5.2.2019. Haettu osoitteesta <https://kamezproxy01.kamit.fi:2274/tieteessa/alkuperaistutkimukset/iakkaiden-dementiapotilaiden-kivun-arviointi-kahden-kipumittarin-vertailu/>

Dontje, K. J. (2007). Evidence-based practice: Understanding the process. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal* 7(4), 1-1. Retrieved from http://www.medscape.com/viewarticle/567786_4

Doody, C.M. & Doody, O. (n.d). Introducing evidence into nursing practice: using the IOWA model. Viitattu 8.11.2018. <https://pdfs.semanticscholar.org/d2c1/2d0a105e79a58ce1a939d89a8ac1df994717.pdf>

Elo, S. & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing* 62(1), 107-115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

GNU PSPP. (n.d). Viitattu 9.1.2018. Haettu osoitteesta http://www.sis.uta.fi/tilasto/tiltp_aineistoja/GNU_PSPP.pdf

Harisalo, R. (2011). *Luovuuden teknologia: Ideointimenetelmät organisaation luovuuden vahvistajina*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Hassinen, J. & Partus Oy. (2008). *Ideointityökalupakki: Ideointimenetelmiä ja -työkaluja ideanikareille*. Viitattu 12.2.2018. Haettu osoitteesta <https://tiimivalmentaja.files.wordpress.com/2018/09/ideointimenetelmic3a4.pdf>

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell Oy.

Itsearviointi toiminnan kehittämisen välineenä. (n.d.) Viitattu 12.2.2019. Haettu osoitteesta <http://www.kansalaisareena.fi/Itsearviointiopas.pdf>

Kauhanen, J. (2018). Esimies tuottavuuden kehittäjänä. E-Kirja. Viro: Printon

Kivinen, T. (2008). Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet (158) Väitöskirja. Kuopion Yliopisto. Viitattu 12.3.2019. Haettu osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf

Kivipelto, M. (2008). Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Stakesin työpapereita 17. Viitattu 5.2.2019. Haettu osoitteesta <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/T17-2008-VERKKO.pdf>

Kivunhoidon polku. (2016). HUS. Viitattu 12.1.2019. Haettu osoitteesta <https://www.hus.fi/tyopaikat/opiskelijat-ja-harjoittelu/Documents/Kivun%20hoidon%20polku%20-%20koulu-tusesite.pdf>

Laine, M. (2015). Esipuhe. Teoksessa J. Saarisilta & J. Heikkilä Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa -tutkimushankkeen loppuraportti. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 4. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Lindell, J. (2017). Muutosjohtajuuden pirullinen puoli. Väitöskirja 375. Vaasan yliopisto sosiaali- ja terveyshallintotiede. Viitattu 9.1.2018. Haettu osoitteesta https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-745-3.pdf

Luoto, R. (2009). Kyselytutkimuksen suunnittelu. Duodecim 125(15); 1647-1653. Viitattu 5.2.2019. Haettu osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98221.pdf>

Lyytikäinen, M. (2017). Ideointimenetelmiä haasteprosessiin. Innokylä. Viitattu 4.4.2019. Haettu osoitteesta <https://www.innokyla.fi/web/verkosto858312/ideointimenetelmia-haasteprosessiin>

Lyytikäinen, M. (2013). SWOT. Viitattu 12.2.2019. Haettu osoitteesta <https://www.innokyla.fi/web/malli111751>

Lämsä, A-M. & Hautala, T. (2005). Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Helsinki: Edita Prima Oy.

Osallistavat arviointimenetelmät. (2017). Viitattu 5.2.2019. Haettu osoitteesta https://www.jelli.fi/yhdistykset_yhteistyossa/osallisuus/osallisuusmenetelmia/osallistavat-arviointimenetelmat/

Osallistavat menetelmät. Vinkkejä ja virikkeitä kouluttajalle. (2017). KSL opintokeskus. Viitattu 5.2.2019. Haettu osoitteesta <https://www.ksl.fi/wp-content/uploads/2017/10/Osallistavat-menetelm%C3%A4t-KSL-verkko.pdf>

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa. (2014). Viitattu 2.12.2018. Haettu osoitteesta <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). Litterointi. KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovarasto (verkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> Viitattu 17.2.2019. Haettu osoitteesta https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html

Seppänen-Järvelä, R. (2004). Prosessiarviointi kehittämissuhteissa: Opas käytäntöihin. Viitattu 12.2.2019. Haettu osoitteesta <http://www.julkari.fi>

Suominen, J. (2011). Kohti oppivaa organisaatiota – konstruktion muodostaminen johtamisen ja oppimisen välisistä riippuvuussuhteista. Väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulu 2011(7). Viitattu 4.4.2019. Haettu osoitteesta https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/113665/Ae7_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suopajarvi, L. (2013). Opas projektiarviointiin. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan julkaisuja 55. Viitattu 12.2.2019. Haettu osoitteesta <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>

Survey. (2015). Jyväskylän yliopisto. Viitattu 5.2.2019. Haettu osoitteesta <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/survey>

Taanila, A. (2016). Analysointiosaaminen. Viitattu 17.2.2019. Haettu osoitteesta <https://analysointi.wordpress.com/keskiarvo/>

Tutkimusasetelma. (n.d.) Viitattu 5.2.2019. Haettu osoitteesta <http://www2.amk.fi/mater/tutkimusmenetelmat/kvantitat/kuvailu/>

Vilkka, H. (2007). Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 12.2.2019. Haettu osoitteesta https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf

Vuorinen, T. (2017). Strategiakirja: 20 työkalua. Helsinki: Alma Talent.

Zhao, J., Duan, S., Liu, X., Han, L., Jiang, Y., Wang, J., Gao, S. & Hao, Y. (2016). Discussion on Clinical Application of IOWA Model in TCM Nursing Care. HSOA Journal of Alternative, Complementary & Integrative Medicine 2(1), 1-5. doi: 10.24966/ACIM-7562/100011

6-3-5 -menetelmä. (n.d.) women technology entrepreneurs. Viitattu 4.4.2019. Haettu osoitteesta http://www.wteche.eu/fi/modules/creativity_and_ideas_generation/6-3-5_brain_writing/?PHPSESSID=0380ffc78ea7523a322cdba2c901c54d

6 Johtopäätökset

6.1 Johdanto

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyöntekijöiden osaamista muistisairaiden asukkaiden kivun hoidossa. Wiitaunionin perusturvan palvelulupauksessa luvataan, että perusturvassa on osaava, ammattitaitoinen ja hyvinvoiva henkilöstö. Wiitaunionin perusturvassa pyritään kehittämään omaa toimintaa, jotta saataisiin kustannustehokasta mutta laadukasta palvelua kuntalaisille. Kuntien rooli ja vastuu sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa on merkittävä. (Viitasaa- ren kaupungin vuoden 2019 talousarvio, palvelusopimus ja vuosien 2020–2021 taloussuunnitelma 2018, 34; Räsänen 2011, 20.) Opinnäytetyön aikana Pihtiputaan asumispalveluihin muotoutui muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin osaamista tukeva toimintamalli, työkalu PAINAD -mittari sekä huoneentaulu kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon toteutuksen tueksi.

Finne-Soveri, Jakovljevic, Mäkelä, Heikkilä, Andreasen, Kylänen, Leppäaho ja Hammar (2018, 1) ovat THL:n RAI-tietokantojen avulla tutkineet 65 vuotta täyttäneiden muistisairausdiagnoosin saaneiden hoitolaitoksessa tai palvelutalossa asuvien henkilöiden kivun hallintaa palvelutyyppien välillä. Tulosten mukaan palvelutalossa vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu huonommin kuin laitoksessa ja palvelutalossa käytetään akuuttipalveluja runsaammin kuin laitoksessa. Vahvojen kipulääkkeiden käyttö on palvelutaloissa vähäisempää kuin laitoksessa. Tutkimuksen mukaan palvelutaloissa tulisi turvata kivunhoidon osaaminen ja riittävä lääkitseminen.

Muistisairautta sairasti vuonna 2017 193 000 muistisairasta ja 45 uutta diagnoosia tehtiin joka päivä. Jopa kolme neljästä muistisairaasta tarvitsee sairautensa edetessä ympärivuorokautista hoivaa. Tutkimusten mukaan ikääntyneen autonomia ei välttämättä ole kotona sen suurempi kuin laitosoiloissakaan asuvalla, mutta syrjäytymisriski on suuri, jos ikääntyneen täytyy jatkuvasti vaihtaa hoitopaikkaa. Tutkimusten mukaan, vielä kuuden viimeisen elinkuukauden aikana, miehistä kuusi prosenttia ja naisista kolme prosenttia joutui vaihtamaan hoitopaikkaa yli kymmenen kertaa. Tulevaisuudessa tulisi palveluasumisyksiköiden vastata enemmän huonokuntoisten vanhus- ten ja kuolemien hoitamisesta. (Siipola 2017, 3; Holopainen & Siltanen 2015, 3; Räsänen 2011, 25–28.) Muistisairauksista merkittävä määrä jää diagnosoimatta (Muistisairaudet 2017, 1).

6.2 Hoitotyöntekijöiden kivun hoidon osaamisen kehittämistä kuvaavat johtopäätökset

Suomessa väestö vanhenee muita EU-maita nopeammin ja elinajanodote on lähes kaksinkertaistunut runsaassa sadassa vuodessa. Keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsiviä on arvioitu olevan noin 127 000 vuoteen 2020 mennessä. (Räsänen 2011, 17–21.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) toteaa, että potilaalla on oikeus osallistua oman hoitonsa ja hoitopaikkaansa koskevaan päätöksentekoon kognitiivisen toimintakykynsä mukaan. On tutkittu, että muistisairaana käytöksen välittömiin oireisiin vaikuttaa tehokkaasti, kun hoitajien kommunikatiotaidot saadaan koulutusten avulla vastaamaan muistisairauspotilaiden tarpeita (Koponen & Vataja 2016, 1).

Ympäri vuorokautisen hoivan asiakkaista noin 90 prosentilla on alentunut kognitiivinen toimintakyky ja keskivaikea se on 70 prosentilla. Hoitotyöntekijät tarvitsevat tietoa muistisairaudesta oireista sekä kommunikoinnin muuttumisesta sairauden edetessä. Myös tieto menetelmistä, joilla vuorovaikutusta voi edistää on tärkeää. (Räsänen 2011, 21; Holopainen & Siltanen 2015, 6.) Uusien työntekijöiden tietoja ja taitoja tulisi käyttää hyväksi hoidon kehittämisessä. Kun täydennyskoulutuksen järjestämiseen, työntekijöiden jaksamisen tukemiseen ja työntekijöiden riittävän määrän saamiseen resurssoidaan, onnistuu myös kehittäminen. Kehittämisen perusta on avoimet, rehelliset ja työtovereita arvostavat keskustelut ja lähijohtajien kannustava asennoituminen. Tärkein kehittäminen haaste tällä hetkellä on vanhusten hoidossa työskentelevän henkilökunnan osaamisen edistäminen ja uusimpien tietojen siirtäminen käytännön toimintaan. (Kivelä 2006, 32–36.)

Käypä hoito -suositukseenkin on kirjattu, että muistipotilaiden pitkäaikaishoidossa tarvitaan erityisosaamista ja potilaan ja hänen läheisten kuulemisensa, ja elämänsä historian huomioiminen ovat yksilöllisen hoidon edellytyksiä. Muistisairaana ihmisen hyvää hoitoa on arvostava ja ihmislähtöinen hoitosuhde sekä omahoidon tukeminen ja ohjaus. Myös moniammatillinen yhteistyö, asianmukainen hoidon kirjaaminen ja hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen kuuluvat muistisairaana ihmisen hyvään hoitoon. Hoitoa heikentää yhteistyön puute. (Muistisairaudet 2017, 1; Holopainen & Siltanen 2015, 6; Kivelä 2006, 30.)

Kivun tunnistamisen kulmakivi on kipukäyttäytymisen havainnoiminen, kun potilaan muistisairaus on edennyt pitkälle. Kipu voi jäädä hoitamatta ja tunnistamatta, jos hoitohenkilöstö vaihtuu

usein. Uudet hoitajat ja sijaiset eivät tunne asukasta eivätkä välttämättä osaa käyttää asianmukaisia kivun arviointi menetelmiä. (Finne-Soveri ym. 2018, 1; Holopainen & Siltanen 2015, 6.) Henkilöstön riittävyys ja koulutustaso olivat vuonna 2016, THL:n tekemän selvityksen mukaan, palvelutaloissa heikompi kuin laitoksissa ja laastarin laittoa haastavampi kivun hoito edellytti henkilöstöjärjestelyjä (Finne-Soveri ym. 2018, 1).

Kaikkiin vanhusten oireisiin ja ongelmiin etsitään helposti ratkaisuja lääkkeistä. Tämä johtaa siihen, että vanhuksen lääkemäärät kasvavat ja tätä kautta haittavaikutukset kuten väsymys, tasapainohäiriöt, kaatuilut ja muistamattomuus yleistyvät. Lääkkeettömillä hoidoilla on erittäin vähän haittavaikutuksia. Vanhusten hoitoon on kehitetty mittavasti lääkkeettömiä hoitoja ja useilla tutkimuksilla on osoitettu niiden myönteiset vaikutukset. Vanhusten tuki- ja liikuntaelinten kiputiloihin on ollut myönteisiä vaikutuksia hieronnalla, liikehoidoilla, lämpö- ja kylmähoidoilla sekä muilla fysikaalisilla hoidoilla. (Kivelä 2006, 68–72)

Opinnäytetyö toi näkyväksi hoitotyöntekijöiden tarvitseman osaamisen muistisairaahan kivun hoidossa. Opinnäytetyötä tehdessä opin tunnistamaan muistisairaahan asukkaan kivun hoidon erityispiirteet sekä hoitotyöntekijöiden tarvitseman osaamisen muistisairaahan asukkaan kivun hoidossa.

6.3 Lähteet

Finne-Soveri, H., Jakovljevic, D., Mäkelä, M., Heikkilä, R., Andreasen, P., Kylänen, M., Leppäaho, S. & Hammar, T. (2018). Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 73(18), 1137-1142. Viitattu 18.3.2019. Haettu osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/vaikeasti-muistisairaana-vanhuksen-kivun-hallinta-toteutuu-palvelutalossa-huomattavasti-paremmi-laitok- sessa/>

Holopainen, A. & Siltanen, H. (2015). Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä. Muistiliiton julkaisusarja 1. Viitattu 4.4.2019. Haettu osoitteesta https://www.muisti- liitto.fi/application/files/5914/8666/3682/Julkaisusarja_1-2015_kansitettu_raportti.pdf

Kivelä, S-L. (2006). Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. So- siaali- ja terveysministeriön selvityksiä 30. Viitattu 4.4.2019. Haettu osoitteesta <http://julkai- sut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70723/Selv200630.pdf?sequence=1>

Koponen, H. & Vataja, R. (2016). Muistisairaiden käytösoireiden lääkkeetön hoito. Näytönaste- katsaus. Käypä hoito. Viitattu 18.3.2019. Haettu osoitteesta <http://www.kaypa- hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak08843>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Haettu osoit- teesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan- tasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20oi- keuksista>

Muistisairaudet. (2017). Käypähoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatrit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suo- men Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.3.2019. Haettu osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

Räsänen, R. (2011). Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Lapponiensis 210. Viitattu 4.4.2019. Haettu osoitteesta <https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/61722>

Siiipola, T. (2017). Muistisairaahan ihmisen hyvä hoito. Hyvän hoidon kriteeristö. Pirkanmaan Muistiyhdistys ry. Power Point -esitys. Viitattu 18.3.2019. Haettu osoitteesta http://kehittyvavanhustyö.fi/vanhustyö/wp-content/uploads/2017/12/teija_siiipola_nettiin.pdf

Viitasaaren kaupungin vuoden 2019 talousarvio, palvelusopimus ja vuosien 2020-2021 taloussuunnitelma. (2018). Viitasaaren kaupunginvaltuusto. Viitattu 4.4.2019. Haettu osoitteesta <http://asha.wiitaunioni.fi/dweb/kokous/20183334-4-1.PDF>

7 Henkilöstön osaamisen johtaminen henkilöstön ikääntyessä

7.1 Johdanto

Artikkelin tarkoituksena on kuvata henkilöstön ikääntymisen merkitystä osaamisen johtamiseen. Näkökulma artikkeliin valikoitui, koska samalla kun muistisairauksista kärsivien määrä lisääntyy väestön ikääntyessä heitä hoitavien hoitajien määrä vähenee samasta syystä. Hoitajien eläköitymisen myötä hiljaisen tiedon määrä vähenee työyksiköissä. Muistisairaiden määrän lisääntyessä henkilöstön osaamisen tulee olla ajantasaista ja muistisairaiden hoitoa tulee kehittää koko ajan.

Artikkeli käsittelee henkilöstön osaamisen johtamista väestön ikääntymisen näkökulmasta. Henkilöstön ikärakenne tulisi ymmärtää voimavarana, koska hyvin johdettuna se mahdollistaa työpaikan menestyksen. Jotta työntekijöiden voimavarat saadaan parhaalla mahdollisella tavalla työyhteisön käyttöön, tulee eri-ikäisiä kohdella tasapuolisesti sekä heidän osaamistaan hyödyntää. (Andersson, Haggrén, Haring, Lantto, Marttila, Schugk & Työläjärvi 2013, 3-7.) Euroopan unionissa ikääntyvien työntekijöiden osuus lisääntyy lähivuosikymmeninä. Työikäisestä väestöstä 30 % tai enemmän muodostavat useissa maissa ikääntyneet työntekijät. (Ilmarinen 2012, 1.)

Suomessa ennusteiden mukaan työikäinen väestö vähenee vuosina 2010–2025 265 000 henkilöllä. Ikärakenteen muutoksesta, työvoimasta kilpailemisesta ja osaamisen merkityksen lisääntymisestä keskeiseksi kilpailutekijäksi seuraa lisääntynyt tarve ammattitaitoiselle osaamisen johtamiselle. Organisaatiosta poistuu työntekijöiden eläköitymisen myötä kokemukseen perustuvaa osaamista, mikä lisää kilpailua osaavasta työvoimasta. Työntekijällä vanhustyössä tulee olla tietynlainen persoona, koska vuorotyötä tai raskasta hoitotyötä eivät kaikki jaksaa ja kestä. (Simström 2009, 21–34; Kivinen 2008, 15; Nikali-Rauva, Lyyntperä, Särkänlahti, Pours-Rajala, Jämsä, Mäntykangas, Simi & Pitkänen 2011, 37.) Toisaalta ihmisten luokittelua eriarvoisiin ryhmiin voi lisätä ikäjohtamisen kohdistaminen pelkästään ikääntyviin ja ikääntyneisiin. Työntekijät eivät ole halunneet korostaa ikää tai ikääntymistä eivätkä ikäjohtamista työyhteisössä vaan eri-ikäisyys haluttiin liittää erilaisuuteen ja eri-ikäisten johtaminen erilaisuuden johtamiseen. Kuitenkin monet seikat puhuvat ikäjohtamisen tarpeen puolesta. Esimerkiksi väestön ja työvoiman nopea ikääntyminen aiheuttaa ongelmia yksilölle, yrityksille ja koko hyvinvointiyhteiskunnalle ja ikäjohtamista tarvi-

taan ratkaisemaan tämä ongelma. Hyvä ikäjohtaminen on erilaisuuden hyväksymistä ja eri-ikäisten erilaisen osaamisen hyödyntämistä sekä kykyä johtaa eri-ikäisiä ihmisiä ilman ennakoasenteita. (Simström 2009, 47–48.)

Työelämän osaamisvaatimukset yksilölle ovat laajentuneet ja kapea-alainen osaaminen ei enää riitä. Ammatillisen peruskoulutuksen hankkimisen jälkeen osaamista on koko ajan kehitettävä, koska tieto muuttuu jatkuvasti. Samalla resurssoidaan tulevaisuuteen, kun työntekijöiden osaamista kehitetään ja sitä tuetaan. Hoitotyöntekijöiden osaamistarpeiksi on kuvattu ennaltaehkäisevä ja ennakoiva toiminta, verkostomaisen työskentelyosaaminen ja monialaisessa ympäristössä toimiminen, tietotekninen osaaminen, sosiaaliset taidot ja asiakaslähtöinen tapa toimia. Sosiaali- ja terveysalan työtehtävät muuttuvat ja limittyvät osin toisiinsa, joten entistä tärkeämmäksi tulevat elinikäinen oppiminen ja oppimaan oppimisen taito. (Kivinen 2008, 17; Kehitä työpaikkasi osaamista n.d. 1; Nikali-Rauva ym. 2011, 20–59.)

7.2 Lähijohtajien ikäjohtamisen osaaminen ja kehittäminen

Ikäjohtamisella tarkoitetaan töiden organisointia ja johtamista ihmisen elämänkulun ja voimavarojen näkökulmasta, ja se on osa hyvää työyhteisön johtamiskulttuuria. Kouluttamalla, perehdyttämällä sekä valmentamalla lähijohtajia eri ikävaiheisiin liittyvistä erityispiirteistä ja niiden käsittelemisestä työyhteisössä, voidaan heidän ikäjohtamisen osaamista kehittää. Jotta työyhteisön työntekijät pystyvät hyödyntämään toistensa erilaisuudesta kumpuavat vahvuudet ja työskentelemään tehokkaasti kaikkien kanssa tarvitaan monimuotoisuuden johtamista. Lähijohtajan ja alaisen välinen vuorovaikutus ja siihen vaikuttavat arvot ja asenteet ovat onnistuneen ikäjohtamisen taustalla. Myös lähijohtajan suhtautuminen omaan ikääntymiseensä vaikuttaa siihen, kuinka hän alaistensa ikääntymiseen suhtautuu. Lähijohtajan suhtautuminen taas vaikuttaa koko työyhteisön ikääntymiseen asennoitumiseen. Merkittävä yhteys työyhteisön ilmapiiriin, työsuorituksiin ja toiminnan tuloksiin on lähijohtajan tunneälyllä ja siihen perustuvilla tunneälytaidoilla. Osaamisen johtaminen ja muutoksen hallinta edellyttävät johtajilta ja esimiehiltä uudenlaista osaamista, erityisesti henkilöstön motivoinnissa, työkyvyn ylläpitämisessä ja osaamisen kehittämisessä. (Andersson ym. 2013, 8-9; Ilmarinen 2012, 2; Koponen, von Bonsdorff & Salminen 2006, 16; Halme & Aaltio 2011, 224; Simström 2009, 19–35.)

Hyvää johtajuutta ei varmista korkea virka-asema, asiantuntijuus tai muodollinen valta, koska johtajan on vaikea onnistua ilman työntekijöiden luottamusta ja arvostusta. Myönteinen ikäasenne toimii perustana hyvässä lähijohtajatyössä ja ikäjohtamisessa, minkä vuoksi organisaation johtajat ja lähijohtajat tarvitsevat ikäjohtamiseen liittyvää tietoa ja koulutusta. (Ervasti 2018, 16–17.) Ikärakenteeltaan epätasapainoisessa työyhteisössä sujuvan tiimi- ja yhteistyön varmistaminen edellyttää lähijohtajilta eri-ikäisten erilaisten arvojen ymmärtämistä, heidän erilaisen osaamisensa tukemista ja suuntaamista sopivan haasteellisiin ja motivoiviin työtehtäviin. Ikäjohtamisen vaativin ominaisuus onkin töiden yksilöllinen suunnittelu, jotta työntekijän muuttuvat voimavarat saadaan parhaiten hyödynnettyä. Vanhemmat työntekijät tarvitsevat nuoria enemmän aikaa muutoksiin sopeutumisessa, mikä tulee lähijohtajan huomioida, kun hän kertoo alaisilleen muutosten merkityksestä ja tavoitteista. (Koponen ym. 2006, 16–17.)

7.3 Elinikäinen oppiminen

Ihminen on tavoitteellinen olento, joka toteuttaa elämäntehtäviään, henkilökohtaisia hankkeitaan ja pyrkimyksiään elämänkulkunsa aikana. Koherenssin tunne tarkoittaa ihmisen sisäistä voimavaraa. Se perustuu hallittavuuden, mielekkyyden sekä jäsenytyneisyyden ja ymmärrettävyyden kokemiseen. Se ilmentää ihmisen sisäistä kyvykkyyttä ymmärtää ympärillään tarjolla olevia mahdollisuuksia sekä vaatimusten kannalta parhaiden mahdollisten mahdollisuuksien käyttöön ottamisen ymmärtämistä. On ensiarvoisen tärkeää, elinikäisen oppimisen ja jatkuvan opiskelun kannalta, että oppimisen perusta pysyy vahvana. (Leikas 2008, 26; Kangaspunta 2018, 23.) Viime vuosina on elinikäisen oppimisen perusta huonontunut, luku- ja numerotaito on heikko merkittäväällä osalla työikäisistä. Elinikäisen oppimisen avaintaitoina on EU:n komissio määritellyt muun muassa kyvyn tuntea itselleen sopivat oppimisstrategiat ja omat taitojen kehittämistarpeet, sekä koulutus- ja uramahdollisuuksien sekä tarjolla olevan ohjauksen ja neuvonnan kartoittamisen osaamisen. (Keski-Suomen järjestämissuunnitelma 2018, 52.)

Oppimista tapahtuu joko tietoisena tai tiedostamattomana kokemuksena, mikä on oleellinen osa päivittäistä elämää. Oppiminen on jatkuva prosessi, jossa kokemus muunnetaan tiedoksi, taidoiksi, asenteiksi, arvoiksi ja uskomuksiksi. Sen avulla yksilö pyrkii hahmottamaan arkipäiväisiä kokemuksiaan, ja antaa merkityksen kokemuksilleen tai pyrkii ymmärtämään kokemuksiaan. Alati

muuttuvaa maailmaa ympärillä pystyy kokemuksen kautta hahmottamaan. Ikääntyviä henkilöitä auttaa elämän aikana heidän kehittämät käyttäytymismallit ja merkityssuhteet. He ovat saavuttaneet elämänvaiheen, jossa asioihin voidaan suhtautua itsestäänselvyyksinä ja siten elää sopu- soinnussa ulkomaailman kanssa. Kaikki on kuitenkin kiinni henkilöstä itsestään ja siitä, onko hänellä halua ja kykyä oppia. (Leikas 2008, 27–28.)

Hoitotyön asiantuntijoilta edellytetään tilanneherkkyyttä ja taitoa ennakoida tulevaisuutta sekä päivittää osaamistaan jatkuvasti erilaisissa verkostoissa, koska hoitotyön ammatissa toimimisen aikana tarvittava tieto muuttuu ja uusiutuu. Asiantuntijuus hoitotyössä edellyttää koko ajan uuden oppimista, kehittymistä ja itsensä kehittämistä näyttöön perustuen. Organisaation strategiset tavoitteet tulee huomioida, kun määritellään osaamisen kriteereitä. Osaaminen näkyy asiantuntijan toiminnassa, joten osaaminen on tunnistettava edeten nimenomaan toiminnan näkökulmasta. (Sarajärvi 2011, 80.)

Elinkeinoelämän keskusliiton näkemys siitä, miten elinikäistä oppimista voidaan tukea, on kehittää koulutusta elinikäisen oppimisen jatkumona mahdollistaen koko elämän ajalle yksilölliset ja joustavat oppimispolut. Myös aiemmin hankitun osaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen tulisi tehdä, kun arvioidaan koulutuksen tarvetta tai ollaan jo koulutuksessa. Niin työnantajalle kuin työntekijälle itselleen kuuluu vastuu osaamisen ylläpitämisestä ja kehittämisestä. (Hannula 2019, 1.) Keski-Suomen maakuntaohjelmassa vuosille 2018–2021 (2018, 12–13) tuodaan esille osaavan työvoiman saannin ongelmat ja osaamistarpeiden ennakoinnin, työelämän ja koulutuksen vuoropuhelun korostuminen. On yhä tärkeämpää turvata osaava henkilöstö.

7.4 Ikääntyvän henkilöstön osaamisen tukeminen

Se, miten oppiminen organisoidaan ja, miten sitä tuetaan, vaikuttaa uusien asioiden oppimiseen, ei ikä. Eri-ikäisten yhteistyötä ja osaamisen siirtämistä ja jakamista edistää hyvä ikäjohtaminen. Elinikäinen oppiminen, sukupolvien välinen vuoropuhelu, toinen toisilta oppiminen, mentorointi ja hiljaisen tiedon siirto on koettu tärkeänä osaamisen varmistamisessa, kun johdetaan eri-ikäisiä. (Simström 2009, 51–60.) Organisaation menestymisen edellytykset ovat osaavat ja ammattitaitoiset työntekijät. Organisaatio voikin ikäohjelmassaan määritellä kehittämistä koskevat toimintaperiaatteensa ja -tapansa sekä sen, miten he hyödyntävät eri sukupolviin kuuluvien työntekijöiden

osaamisen sekä tavan hahmottaa työelämää ja sen haasteita. (Andersson ym. 2013, 11.) Eri-ikäisten osaamis- ja kehitystarpeisiin on tärkeää kiinnittää huomiota, siten myös työntekijöillä on mahdollisuus sitoutua jatkuvaan oppimiseen sekä yhteisiin tavoitteisiin. Vanhemmat työntekijät voivat oppia uusia asioita, vaikka oppimisprosessi muuttuukin iän myötä. Elinikäisessä oppimisessa on tärkeää oikeanlaiset oppimisstrategiat ja didaktiikka. Oppimismotivaatio vaikuttaa keskeisesti vanhempien työntekijöiden oppimiseen, ja motivaatio on korkea, jos omassa työssä voi suoraan hyödyntää opittavia asioita. Ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn turvaamisessa sekä työssä jatkamisen edistämässä on oppiminen ja ammatillinen kehittyminen ymmärretty tärkeänä menetelmänä. Työn tuottavuuteen ja palveluiden laatuun on kiistaton vaikutus kehittyvällä osaamisella. Työn luonne on yhä enemmän muuttumassa uuden oppimiseksi ja luovaksi ongelmanratkaisuksi. (Andersson ym. 2013, 11–12; Ilmarinen 2012, 2; Simström 2009, 48; Koponen ym. 2006, 25; Eloranta, Fjäder, Gustafsson, Heinonen, Hetemäki, Hynönen, Häkämies, Jalonen, Kietäväinen, Lankinen, Lehikoinen, Lehtinen, Linnainmaa, Luukkainen, Makkonen, Murto, Mäkynen, Mönkkönen, Niinimäki, Palola, Peltoniemi, Petrow, Pölönen, Romakkaniemi, Siimes, Sillanaukee, Tainio, Tenkanen, Varmola & Wallén 2019, 5-8.)

Yksilön, työyhteisön ja koko organisaation uudistumista tuetaan osaamisen kehittämisen avulla. Pehdytys, mentorointi, työnkierron mahdollisuus ja säännölliset kehityskeskustelut toimivat koulutuksen lisäksi osaamisen kehittämisen menetelminä. Jotta työntekijöiden osaaminen ja työkyky kohtaavat työn asettamat vaatimukset, ja jotta työskentely tuntuu mielekkäältä, ovat työntekijöiden osaamisen kehittämisen mahdollisuudet ja toisaalta työkyvyn tukeminen, sekä fyysisten rajoitteiden huomioiminen työjärjestelyissä tärkeää. (Ervasti 2018, 48–66.) Osaamisella on yksilön näkökulmasta merkittävä vaikutus työkykyyn, koska jos työntekijän uuden osaaminen jää heikommaksi kuin mitä työ edellyttää, niin psykososiaalinen kuormitus voi nousta pahimmillaan terveyttä vaarantavaksi. Osaamisen kehittämistä tulisi tuoda enemmän työn oheen ja osaksi työtä. (Eloranta ym. 2019, 9-15.)

Jotta pystymme sopeutumaan edessä olevaan työnmurrokseen, ammattirakenteen muutokseen ja tehtävien muuttumiseen on kaikkien työelämässä toimivien osaamisen oltava sillä tasolla, että se on mahdollista (Kangaspunta 2018, 24). Yksilön ja yhteiskunnan hyvinvoinnille luovat edellytyksen ihmisen aktiivisuus ja halu kehittyä. Tämän vuoksi jatkuva osaamisen kehittäminen tulisi olla mahdollista kaikille sekä osaamistarpeisiin tulisi vastata monipuolisesti, joustavasti ja kette-

rästi. Myös jokaista ihmistä tuetaan kasvussa vastuuseen ja intohimoon oman osaamisen kehittämisessä ja ohjausta tarjotaan kaikissa elämätilanteissa ja erityisesti siirtymissä. Tärkeää on myös, että osaaminen pystytään tekemään näkyväksi ja hyödynnettäväksi. (Eloranta 2019, 16–18.)

7.5 Johtamisosaamisen kehittyminen

EQF European Qualifications Framework eli eurooppalainen tutkintojen viitekehys muodostuu kahdeksasta tasosta ja se perustuu oppimistulosten määrittelyyn. EQF kuvaa oppijan tietoja ja taitoja sekä pätevyyttä. Kaikki viitekehysten kahdeksan tasoa kuvaavat opiskelijan osaamisen taso ammattikorkeakoulusta valmistumisen jälkeen ja ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot on sijoitettu tasolle 7. (Eurooppalainen tutkintojen viitekehys elinikäisen oppimisen edistämiseksi 2008.)

Tavoitteena ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavilla opinnoilla on, että tutkinnon suorittaneella on laajat ja syvälliset tiedot sekä tarvittavat teoreettiset tiedot toimia työelämän kehittäjänä vaativissa asiantuntija- ja johtamistehtävissä. Opiskelijalla tulee olla syvälinen kuva omasta ammattialasta, sen asemasta työelämässä ja yhteiskunnallisesta merkityksestä. Opiskelijalla tulee olla myös valmiudet seurata ja eritellä alan tutkimustiedon ja ammattikäytännön kehitystä; valmiudet elinikäiseen oppimiseen ja jatkuvaan oman ammattitaidon kehittämiseen. Myös hyvä viestintä- ja kielitaito oman alansa tehtäviin sekä kansainväliseen toimintaan ja yhteistyöhön tulee opiskelijalla olla. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2014/1129 § 5.)

Organisaation menestystä rakentaa johtajan kyky keskustella, luoda vastavuoroisia vuorovaikutusympäristöjä ja nähdä haasteet oppimisprosesseina. Johtaminen on taitolaji ja tärkeää on omien toimintatapojen positiivinen kyseenalaistaminen ja reflektointi tulevaisuuden tekemisen näkökulmasta. (Tammeald 2018, 1.) Terveystieteiden toimintayksikön johtamisessa tulee olla moniammatillinen asiantuntemus, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Henkilöstöjohtamiseen kuuluu avoimen ja syyllistämättömän toimintakulttuurin luominen sekä osallistava joh-

taminen. Henkilöstömäärän ja -rakenteen tulee olla turvallisen ja laadukkaan toiminnan edellyttämällä tasolla. Henkilöstöjohtajan tulee varmistaa henkilökunnan riittävä osaaminen, tarkoituksenmukainen työnjako sekä työskentelyolosuhteet. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326 § 4; Terveydenhuollon laatuopas 2011, 16.) Opinnäytetyötä varten muodostettiin projektiorganisaatio, jossa opinnäytetyöntekijä toimi projektipäällikkönä.

Koen oman asiantuntijuuteni kehittyneen toimintatutkimuksena toteutetun työyhteisön opinnäytetyön avulla. Aihe löytyi helposti työyhteisöstä, jossa hoidetaan muistisairaita ja joiden kivun arvioiminen on haasteellista. Lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käytön kehittäminen lähti opinnäytetyön tekijän omasta mielenkiinnosta. Omaa tutkimusosaamistani olen saanut kehittää opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä tekemässäni kirjallisuuskatsauksessa, mikä vahvisti osaamistani tiedon hakuun, arvioimiseen ja reflektointiin. Myös tiedon kriittiseen arviointiin olen saanut kehitystä kirjallisuuskatsauksen avulla. Ammattilaisten toiminnan tulee perustua parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon. Ylemmissä ammattikorkeakoulututkinnoissa sekä yliopistojen maisteri- ja tohtoritutkinnoissa, on tavoitteena näyttöön perustuvan toiminnan osaaminen tutkinnon tavoitteiden mukaisesti. Hoitotyön johtajan on ratkaistava, kuka tai ketkä vastaavat tutkimusnäytön levittämisestä. Hänen on myös päätettävä, kuinka henkilöstö saa tutkimusnäytön käyttöönsä mahdollisimman helposti. Hoitotyön johtajan on tunnistettava tiedontarpeet ja millaista tukea tarvitaan tiedonhankintaan. (Korhonen, Siltanen, Hahtela & Holopainen 2018, 9.)

Olen saanut kokemusta kokoustyöskentelystä sekä raportoinnista. Kokouksen kulun suunnitteluun sekä esityslistojen laatimiseen sain kokemusta, kun valmistauduin kokouksiin. Esityslistan mukaisiin kokouksiin olen kunnanhallitustyöskentelyni aikana saanut jo kokemusta, mutta nyt olin itse puheenjohtaja. Puheenjohtajana opin käyttämään kokouksissa ajan tehokkaasti sekä kokouksen jälkeen laatimaan muistiot.

Mahdollistava, osallistava ja yhteisöllinen johtaminen sekä luottamus, rohkeus, luovuus, avoimuus, arvostus, sitoutuminen, positiivisuus ja jokaisen vastuun kanto, tukevat työssä innostumista. Kun arki on sujuvaa työyhteisössä, siellä luodaan esimerkiksi työn yhteisiä tavoitteita, kehitetään yhteisöllistä oppimista ja asiantuntijuuden jakamista. Ajan, oppimisen ja kokemuksen myötä kehitytään yhteisölliseksi johtajaksi, joka ymmärtää ihmisten välisen vuorovaikutuksen merkityksen ja muistaa, ettei kaikkiin kysymyksiin ole olemassa heti vastausta. Tärkeintä on kiinnostus ihmisiin ja toiminnan kehittämiseen. (Lerssi-Uskelin, Vanhala & Vähätiitto 2011, 7-11.)

Olen joutunut pohtimaan omaa asemaani tutkijana, perustelemaan tekemiäni ratkaisuja opin-
näytetyön seminaareissa sekä vastaamaan tekemistäni ratkaisuista projekti- ja ohjausryhmälle.
Tätä kautta eettinen osaamiseni on myös kehittynyt.

7.6 Lähteet

Andersson, B., Haggrén, K., Haring, K., Lantto, P., Marttila, O., Schugk, J. & Työläjärv, R. (2013). Työkaarimallilla kohti pidempiä työuria – opas ikäohjelman laatimiseen. Työmarkkinakeskusjärjestön ikäohjelmamalli. Viitattu 9.2.2019. Haettu osoitteesta <file:///C:/Users/martt/Downloads/Ty%C3%B6markkinakeskusj%C3%A4rjest%C3%B6jen%20ik%C3%A4ohjelma-malli%20%20130531.pdf>

Eloranta, J., Fjäder, S., Gustafsson, J., Heinonen, O-P., Hetemäki, M., Hynönen, I., Häkämies, J., Jalonen, M., Kietäväinen, T., Lankinen, T., Lehikoinen, A., Lehtinen, S., Linnainmaa, L., Luukkainen, O., Makkonen, J., Murto, R., Mäkynen, J., Mönkkönen, J., Niinimäki, J., Palola, A., Peltoniemi, H., Petrow, S., Pölönen, J., Romakkaniemi, J., Siimes, S-A., Sillanaukea, P., Tainio, H., Tenkanen, E., Varmola, T. & Wallén, B. (2019). Kohti elinikäistä oppimista. Yhteinen tahtotila, rahoituksen periaatteet ja muutoshasteet. Sitran selvityksiä 150. Sitra. Viitattu 6.4.2019. Haettu osoitteesta <https://media.sitra.fi/2019/03/25131746/kohti-elinikaista-oppimista.pdf>

Ervasti, T-M. (2018) Elämäkulkutietoisien ikäjohtamisen vaikutus terveysalan eri-ikäisen henkilöstön työhyvinvointiin. Väitöskirja 1491. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 13.3.2019. Haettu osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526220925.pdf>

Eurooppalainen tutkintojen viitekehys elinikäisen oppimisen edistämiseksi. (2008). Eurooppalaisen tutkintojen viitekehysten (European Qualifications Framework, EQF) tasojen kuvaukset. EU. Koulutuksen ja kulttuurin PO. Eurooppalainen tutkintojen viitekehys. Viitattu 13.3.2019. Haettu osoitteesta <https://docplayer.fi/3317052-Eurooppalainen-tutkintojen-viitekehys-elinikaisten-oppimisen-edistamiseksi-eqf.html>

Halme, P. & Aaltio, I. (2011). Ikääntymisen merkitys työelämässä – näkökulmia ikäjohtamisen tutkimukseen. Hallinnon Tutkimus 30(3), 221-237.

Hannula, M. (2019). Elinikäinen oppiminen. Elinkeinoelämän keskusliitto. Viitattu 13.3.2019. Haettu osoitteesta <https://ek.fi/mita-temme/innovaatiot-ja-osaaminen/osaaminen-ja-koulutuspolitiikka/elinikaisten-oppiminen/>

Ilmarinen, J. (2012). Promoting active ageing in the workplace. European Agency for Safety and Health at Work. Viitattu 9.2.2019. Haettu osoitteesta https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/385/download_en?toke...

Kangaspunta, K. (2018). Työn murros ja elinikäinen oppiminen. Elinikäisen oppimisen kehittämistarpeita selvittävän työryhmän raportti. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja (8). Viitattu 13.3.2019. Haettu osoitteesta <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160556/okm08.pdf>

Kehitä työpaikkasi osaamista. (n.d.) Työelämä 2020 -hanke. Viitattu 5.4.2019. Haettu osoitteesta http://www.tyoelama2020.fi/tietoa_hankkeesta/tyoelamastrategia_2012-2020/osaaminen

Keski-Suomen järjestämissuunnitelma. (2018). Suunnitelman 2. luonnos. Keski-Suomi 2020. Viitattu 5.4.2019. Haettu osoitteesta http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2018/04/jarjesta-missuunnitelma_versio2_09042018.pdf

Keski-Suomen maakuntaohjelma 2018-2020. (2017). Keski-Suomen liitto. Viitattu 5.4.2019. Haettu osoitteesta https://www.keskisuomi.fi/filebank/25394-Keski-Suomen_maakuntaohjelma_2018-2021_A4.pdf

Kivinen, T. (2008). Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja yhteiskuntatieteet 158. Kuopion yliopisto. Viitattu 5.4.2019. Haettu osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf

Koponen, S., von Bonsdorff, M. & Salminen, H. (2006). Eri-ikäisten sairaanhoitajien kokemat johtamiskäytännöt Keski-Suomen keskussairaalassa. Jyväskylän yliopisto. Taloustieteiden tiedekunta. Kestävä johtaminen -tutkimushanke. Viitattu 13.3.2019. Haettu osoitteesta www.ksshp.fi/download/noname/%7B06E1D78D-B177-417B-A515.../6916

Korhonen, T., Siltanen, H., Hahtela, N. & Holopainen, A. (2018). Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana. Hoitotyön tutkimussäätiö. Sairaanhoitajaliitto. Raportti. Viitattu 6.4.2019. Haettu osoitteesta <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>

Leikas, J. (2008). Ikääntyvät, teknologia ja etiikka. Näkökulmia ihmisen ja teknologian vuorovaikutustutkimukseen ja -suunnitteluun. VTT working papers 110. Viitattu 13.3.2019. Haettu osoitteesta <https://www.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2008/W110.pdf>

Lerssi-Uskelin, J., Vanhala, A. & Vähätiitto, H. (2011). Kohti innostunutta työyhteisöä. Työterveyslaitos. Viitattu 6.4.2019. Haettu osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114843/Kohti_innostunutta_tyoyhteisoa.pdf

Nikali-Rauva, K., Lyylyperä, T., Särkänlahti, H., Pouri-Rajala, E., Jämsä, K., Mäntykangas, U., Simi, H. & Pitkänen, K. (2011). Työvoiman tarve ja osaamisvaatimukset sosiaali- ja terveysalalla sekä hiusalalla – selvitys kahden koulutuksen järjestäjän alueella. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset (16). Viitattu 5.4.2019. Haettu osoitteesta https://www.oph.fi/download/135255_Tyovoiman_tarve_ja_osaamisvaatimukset_sosiaali_ja_terveysalalla_seka_hiusalalla.pdf

Sarajärvi, A. (2011). Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa R. Nurminen (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Raportteja 113. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.4.2019. Haettu osoitteesta <http://julkaisumyynti.turkuamk.fi/file-manager/productfiled/1101file1Upload.pdf#page=77>

Simström, H. (2009). Tunneälytaidot ikäjohtamisessa. Esimiehen tunneälytaidot ja niiden tärkeys kuntahenkilöstön arvioimana. Akateeminen väitöskirja 850. Tampereen yliopisto kasvatustieteiden tiedekunta. Viitattu 9.2.2019. Haettu osoitteesta <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66499/978-951-44-7742-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tammeald, M. (2018). Mitä kehitetään, kun kehitetään johtamista? Sitra. Viitattu 6.4.2019. Haettu osoitteesta <https://www.sitra.fi/blogit/mita-kehitetaan-kun-kehitetaan-johtamista/>

Terveydenhuollon laatuopas. (2011). Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 6.4.2019. Haettu osoitteesta shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2014/1129. Annettu Helsingissä 18.12.2014. Haettu osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141129>

8 Pohdinta

Opinnäytetyö on osa YAMK koulutusohjelman opintoja. Seuraavissa luvuissa arvioin opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Lisäksi pohdin jatkokehittämisaiheita.

8.1 Luotettavuus

Arvioitaessa toimintatutkimuksen luotettavuutta ei ole tarkoituksenmukaista arvioida validiteettia ja reliabiliteettia, koska toimintatutkimuksessa tulokset rakentavat sosiaalista todellisuutta sekä pyrkivät löytämään uutta aikaisempaa parempaa todellisuutta. On ehdotettu siirtymistä validiteetista validointiin, jonka perusteella on kehitetty viisi periaatetta toimintatutkimuksen arvioimiseksi; historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Toimintatutkimuksen laatua ei arvioida kriteeri kerrallaan vaan kokonaisuutena. Toimintatutkimus saa onnistuessaan osallistujat luottamaan omiin kykyihinsä. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149–161.)

Historiallisella jatkuvuudella tarkoitetaan tutkimuskohteen historian pohdintaa. Toimintatutkimusprosessi sijoittuu tiettyyn historialliseen, poliittiseen ja ideologiseen yhteyteen. Tapahtumien syy-seuraussuhteiden seuraamiseen tarjoutuu mahdollisuus, kun tutkimusraportissa esitetään tapahtumat ajallisesti etenevänä sarjana. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149–151.) Opinnäytetyö alkoi työyhteisön tarpeesta kehittää hoitotyöntekijöiden kivun hoidon osaamista, koska muistisairaiden asukkaiden kivun arvioiminen ja kivun hoidon oikea-aikainen aloitus koettiin vaikeaksi. Työyhteisö on minulle entuudestaan tuttu, sillä olen työskennellyt kyseisessä työyhteisössä neljä vuotta sairaanhoitajana. Työyhteisön entuudestaan tunteminen on toimintatutkimuksessa myönteinen lähtökohta. Muistisairaus vaikuttaa asukkaan kognitiivisiin kykyihin ja tätä kautta kommunikointi muiden ihmisten kanssa vaikeutuu. Tämän vuoksi lähdettiin yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa kehittämään muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin työkalua. Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tulosten perusteella otettiin Pihtiputaan asumispalveluissa käyttöön PAINAD -kivun arviointimittari tukemaan ja ohjaamaan muistisairaana asukkaan kivun arviointia. Historiallisen jatkuvuuden kannalta, yhteiskunnallisella tasolla, on tärkeää, että muistisairaiden ihmisten hoitoa ja hoivaa kehitetään, koska muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy maailmalla ikääntyvän väestön määrän lisääntyessä.

Tutkijan tärkein tutkimusväline on hän itse, ja hänen on tärkeää tarkastella oman suhteensa rakentumista tutkimuskohteeseensa. Reflektiivisyys on yksi peruskäsitteistä toimintatutkimuksen syklissä, koska aiemman toiminnan reflektointi on uuden toiminnan kehittämiseksi edellytys. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 153–154.) Kirjallisuuskatsauksen reflektion avulla saatiin tietoa hyväksi koetuista kivun arvioinnin menetelmistä, ja sitä kautta myös ymmärrys muuttui. Hoitotyöntekijöiden kanssa keskusteleminen ja oma asiantuntijuus muistisairaiden hoidosta auttoivat myös ymmärtämään aihetta. Roolini opinnäytetyössä oli moninainen, koska toimintaan osallistumisen ja kehittämisen lisäksi myös tarkkailin ja arvioin toimintaa. Oma toimintaani sekä rooliani pohdin päiväkirjan avulla, jota kirjoitin aina kun tein töitä opinnäytetyöhön liittyvien asioiden parissa.

Totuuden rakentuminen teesien eli väitteiden ja antiteesien eli vastaväitteiden tuloksena tarkoittaa dialektisuutta. Sosiaalinen todellisuus rakentuu keskustelussa dialektisena prosessina. Ihanteellinen toimintatutkimusraportti sisältää useita näkökulmia, koska samoista asioista on ristiriitaisia mielipiteitä. Erilaisille äänille ja tulkinnoille tutkija antaa tilaa ja tuo äänet raportissa mahdollisen autenttisine esille. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 154–155.) Opinnäytetyötä on vienyt eteenpäin ohjauseminaarit sekä projektiryhmän kokoukset. Ohjauseminaareissa olen saanut ohjausta ohjaavalta opettajalta sekä mentorilta. Projektiryhmään ovat kuuluneet opinnäytetyöntekijän lisäksi neljä hoitotyöntekijää ja heidän mielipiteitään on kuultu usein ja kivun arvioinnin toimintamallia on kehitetty heidän toiveidensa sekä heille tehtyjen haastatteluiden sekä kyselyn perusteella.

Toimivuutta toimintatutkimuksessa tarkoittaa se, että toimintatutkimusta arvioidaan käytännön vaikutusten kautta. Vaikutuksia voidaan arvioida esimerkiksi toimintatutkimuksen hyödyn tai osallistujien voimaantumisen kannalta. Implementoitu käytäntö voi osoittautua toimimattomaksi toimintatutkimuksen aikana, mutta epäonnistumisetkin voivat tuottaa arvokastakin tietoa. Hyviä tutkimuksia eivät ole vain onnistuneet tutkimukset, vaan toimivuus periaatteen ydin on käytännön ja kehittämissuunnitelman vahvuuksien ja heikkouksien kuvaaminen. Myös tutkimuksen käytännöllisiä seurauksia eettisestä näkökulmasta pohtimalla syvennetään toimivuusperiaatetta. Tutkimuksen vaikutusta tutkittaviin, tutkijaan, tiedeyhteisöön, yhteiskuntaan sekä ihmiskuntaan pohditaan eettisesti. Tutkittaville tulee suoda mahdollisuus tarkistaa itseään koskevat kohdat raporteissa. Jokaisessa tutkimuksessa on eettisiä ongelmia. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 155–158.) Opinnäytetyön aikana saatiin tietoa siitä, millaista hyvän muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivun hoidon tulisi olla ja, mitä osaamista hoitotyöntekijöillä tulee olla heidän

käyttäessään PAINAD -kivun arviointimittaria muistisairaana kivun arvioinnissa. Muistisairaana kivun arviointi PAINAD -mittarilla koettiin toimivaksi työkaluksi. Projektiryhmän viimeisellä kokoumiskerralla projektiin kuuluvat hoitotyöntekijät arvioivat oman osaamisensa kehittymistä SWOT -analyysin avulla.

Hyvä tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Todentuntuinen kertomus tuo mieleen jotain, mitä kuulija tai lukija on itse kokenut ja saa hänet ajattelemaan jotain uutta. Kuten hyvä romaani tai elokuva se vaikuttaa ja koskettaa. Tutkimus tulee kyetä tekemään eläväksi ja todentuntuiseksi eli kirjoittajalta vaaditaan kaunokirjallisia taitoja. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 159–160.) Opinnäytetyöstä kirjoitettiin kaksi artikkelia, toinen kirjallisuuskatsauksesta ja toinen johtamisen näkökulmasta. Opinnäytetyöstä tehtiin posterit sekä englanniksi että suomeksi. Opinnäytetyön havahduttavuutta on vaikea arvioida vielä tässä vaiheessa, mutta PAINAD -mittarin käyttöönotto työyhteisössä on selvästi havahduttanut hoitotyöntekijät ajattelemaan uudesta näkökulmasta muistisairaana asukkaan kivun hoitoa.

8.2 Eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkimuksen merkitystä yhteiskunnallisesti ja sen vaikutusta siihen osallistuviin tulisi tutkijan pohtia ja selvittää. Tämän opinnäytetyön merkitys yhteiskunnallisesti on tärkeä, koska ikääntyvän väestön määrän lisääntyessä myös muistisairauksien määrä lisääntyy, mikä merkitsee sitä, että muistisairauksista kärsivien ihmisten hoitoa ja hoivaa tulee kehittää koko ajan. Eettinen pohdinta kulkee mukana koko tutkimuksen ajan, koska eettisiä valintoja tulee miettiä tutkimuksen toteuttamisesta sekä tutkimustuloksia muodostettaessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.)

Eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa voi tieteellinen tutkimus olla vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Vain tällöin myös tutkimuksen tulokset voivat olla uskottavia. Suostumuksen kehittämistehtävän toteutukselle saatiin vanhuspalvelujohtajalta ja tutkimussuunnitelman laadinnan jälkeen hain tutkimuslupaa perusturvajohtajalta. Lain-säädäntö määrittelee rajat hyvää tieteellistä käytäntöä ohjaaville ohjeille ja niiden soveltamiselle. Tutkimusetiikan näkökulmista hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat toimintatavat, jotka

tiedeyhteisö on tunnustanut. Rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus ovat tärkeitä tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Myös tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa täytyy olla rehellinen, huolellinen ja tarkka. Toisten tutkijoiden työn ja saavutuksien huomiointi ja kunnioitus esimerkiksi asianmukaiset viittaukset toisen tutkijan työhön. Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan ja siitä raportoidaan sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tarvittavat tutkimusluvut ja mahdollinen eettinen ennakkoarviointi tehdään. Sopimuksen laadinta hankkeessa tai tutkimusryhmässä sekä rahoituslähteiden ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville ja raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2012, 3-6.)

Opinnäytetyössä jo tutkimusaihetta valitessa käynnistyi eettinen pohdinta, koska aiheen tärkeys nousi esiin ajankohtaisuudellaan. Näkökulmaksi valikoitui hoitotyöntekijöiden näkökulma, koska heidän osaamistaan muistisairaana asukkaan kivun hoidossa pyrittiin kehittämään.

Tulisi päättää, jo tutkimuksen aihetta valitessa, miksi aihetta on tärkeää tutkia ja kenen näkökulmasta aihetta tutkitaan, sekä kenen ehdoilla tutkimusta toteutetaan. Tämän opinnäytetyön aihetta, muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin sekä lääkkeettömän kivun hoidon kehittämistä on tärkeää tutkia, koska jokaisella ihmisellä on oikeus kivuttomaan ja hyvään elämään. Tutkimuksesta on tiedotettava tutkittavia henkilöitä totuudenmukaisesti, ja heiltä on hankittava tutkimukseen suostumus. Ennen kyselyiden sekä haastatteluiden tekemistä hain lupaa toteuttaa opinnäytetyön asumispalveluissa Wiitaunionin perusturvajohtajalta tutkimus- ja kehittämissuunnitelman avulla. Opinnäytetyössä eettisyys tulee esiin tietojen käsittelyn luottamuksellisuutena sekä anonyymiteettinä muille paitsi perusturvajohtajalle sekä projektiryhmälle. Haastateltavat henkilöt eivät säilyneet anonyymeinä opinnäytetyön tekijälle, mutta opinnäytetyössä heidän vastauksiaan ei voi kohdentaa kenellekään tietylle henkilölle. Jokaiselle haastateltavalle on erikseen kerrottu, ettei kukaan haastateltavista ole tunnistettavissa opinnäytetyön tuloksista. Myös internetissä tehtyyn kyselyyn osallistuneet hoitotyöntekijät saivat tiedon, että kyselyyn vastaajat pysyvät anonyymeinä, heidän henkilötietojaan tai muita tunnistetietoja ei kerätty.

Myös totuudessa pysyminen, kun lainataan tai hyödynnetään toisten tutkimuksia, kerrotaan tutkimuksen kulusta sekä esitetään tutkimuksen tuloksia, vaatii eettistä pohdintaa. Tässä opinnäytetyössä on jokainen lainaus toisista lähteistä asianmukaisesti merkitty viitemerkinnöin. Tutkimus

on raportoitu siten, että jokainen voisi sen toistaa uudelleen. Tutkimuksen tulokset on kerrottu rehellisesti, vääristelemättä.

Kehittämistyön tutkimustuloksia on tarkoitus käyttää toiminnan ja työyhteisön hyväksi, mutta joskus tutkimusprojektin tarkoitusperät voivat olla arveluttavia ja siksi on hyvä pohtia tutkimusongelman, tutkimusprosessin ja tulosten hyödyntämisen laajuutta sekä eettisyyttä. Se, onko tutkimusongelma eettisesti sopiva, voidaan osittain ratkaista vertaamalla tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvia haittoja siitä mahdollisesti saatavaan hyötyyn. Opinnäytetyössä työyhteisöön saatava hyöty on ollut kehittämistyön perustana. (Grönfors 1982, 190–191.) Vain ideoita esittämällä ja tavoitteita maalaamalla ei eettisyys toteudu, vaan on sitouduttava niiden toteuttamiseen. Toimeenpanoon on johtajalla oltava uskallusta, mutta ei puolueellisesti, tukahduttaen keskustelun tai epäeettisiä keinoja käyttäen. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 27.)

8.3 Jatkokehittämisaiheet

Opinnäytetyön toteuttaminen työelämään oli mielenkiintoinen ja hyvin opettava kokemus. Hoitotyöntekijöiden muistisairaankivun hoidon osaamisen kehittämisen aihe nousi työyhteisöstä. Opinnäytetyön edetessä kehittämisen aiheeksi nousi muistisairaankivun arvioinnin työkalun kehittäminen asumispalveluihin toiminnan yhtenäistämiseksi. Kun yhtenäinen käytäntö on kehitetty ja otettu käyttöön, tavoitellaan pysyviä muutoksia toimintaan sulauttamalla näyttöön perustuva käytäntö päivittäiseen työhön. Edellytys hoidon laadulle ja potilasturvallisuuden toteutumiselle on näytön käytön vakiintuminen. Erityinen vastuu näyttöön perustuvan toiminnan vakiintumisessa on hoitotyön johtajilla ja lähijohtajilla. (Näyttöön perustuva toiminta organisaation tasolla n.d. 1.)

Jatkotutkimusaiheina ehdotetaan hoitotyöntekijöiden muistisairaankivun arvioinnin osaamisen seuranta ja arviointia PAINAD -mittaria käytettäessä. Toimintakyky ei aina ole tavoite elämän viimeisissä vaiheissa, vaan viimehetken elämänlaadun maksimointi. Ensisijaisesti toiminnan tulisi olla vaikuttavaa ja palvelun tulisi olla turvallista ja laadukasta. (Hämäläinen, Ahola, Halme, Hastrup, Hietanen-Peltola, Häkkinen, Ihanus, Järvelin, Kauppinen, Kilpeläinen, Kuussaari, Liukko, Kärkkäinen, Mäkelä, Mölläri, Nurmi-Koikkalainen, Partanen, Perälä, Rotko, Räikkönen, Su-

visaari & Töytäri 2016, 12.) Jatkokehittämisaiheena voi olla PAINAD -mittarin avulla saatuihin tuloksiin perustuvan kivun hoidon toimintamallin, josta jo suunnitelmaa kehiteltiin, kehittäminen. Kehittämiseen osallistuisi asumispalveluiden lääkäri, sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä kuntoutushoitaja. Kehittämisessä otettaisiin huomioon myös lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käyttö.

8.4 Lähteet

Grönfors, M. (1982). Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö

Heikkinen, H.L.T. & Syrjälä, L. (2006). Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 143-161.

Hämäläinen, P., Ahola, S., Halme, N., Hastrup, A., Hietanen-Peltola, M., Häkkinen, P., Ihanus, M., Järvelin, J., Kauppinen, T., Kilpeläinen, K., Kuussaari, K., Liukko, E., Kärkkäinen, J., Mäkelä, M., Mölläri, K., Nurmi-Koikkalainen, P., Partanen, A., Perälä, M-L., Rotko, T., Räikkönen, O., Suvisaari, J. & Töytäri, O. (2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta. Koottuja indikaattoreita kehittämistyössä huomioitavaksi. THL-Työpäpaperi 26. Viitattu 6.4.2019. Haettu osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131370/TY%C3%962016_26_LIITE_1_Vaikuttavuusindikaattorit.pdf?sequence=2

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

Näyttöön perustuva toiminta organisaation tasolla. (n.d.) Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 6.4.2019. Haettu osoitteesta <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-toiminta-organisaation-tasolla/>

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. (2011). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 32. Viitattu 6.4.2019. Haettu osoitteesta <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali->

[+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf.pdf](#)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

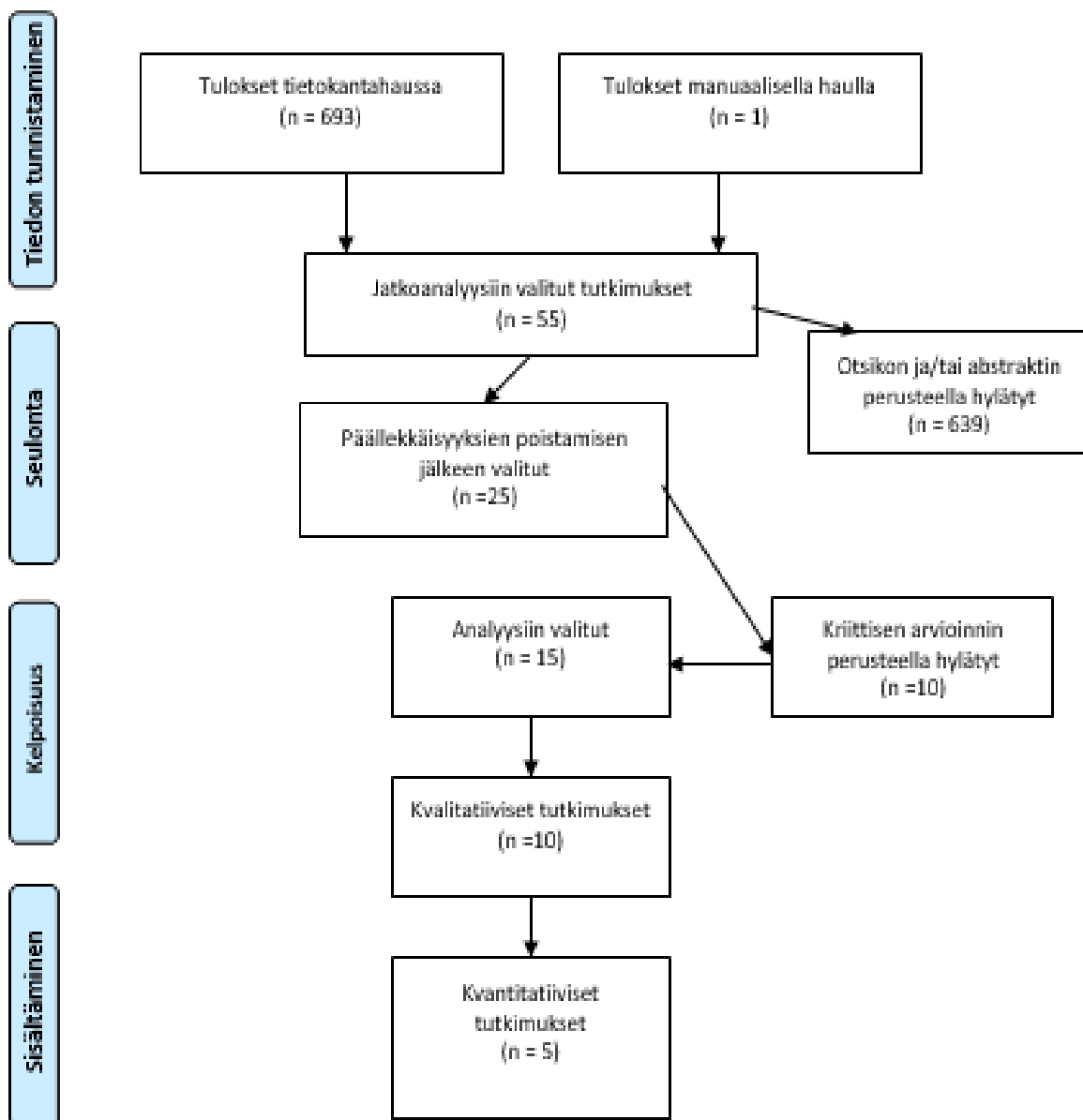
Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S.K. & Jäppinen, S. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 13.3.2019. Haettu osoitteesta http://www.etiikanpaivat.fi/sites/etiikanpaiva.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf

Liiteluettelo

Liite 1	Kuvio1. Tietokantahaku
Liite 2	Kuva 6. Kriittisen arvioinnin tarkastuslista tulkinalliselle ja kriittiselle tutkimukselle Kuva 7. Kriittisen arvioinnin tarkastuslista kohortti/tapaus-kontrolli tutkimukselle
Liite 3	Taulukko 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit ja tutkimukset
Liite 4	Taulukko 4. Samankaltaisten tärkeiden ilmausten yhdistely ala- ja yläluokkiin Taulukko 5. Samankaltaisten tärkeiden ilmausten yhdistely ala- ja yläluokkiin
Liite 5	Kuva 8. Tutkimuslupa
Liite 6	Avoimen haastattelun kysymykset
Liite 7	Taulukko 6. Haastatteluaineiston teemoittelu
Liite 8	Kuvio 2. Implementointisuunnitelma IOWA-mallin seitsemän askeleen mukaan
Liite 9	Taulukko 7. Kipua kokevan käyttäytymisen määritelmät
Liite 10	Kuva 11. Juliste osastoille asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä kivun hoidon menetelmistä
Liite 11	Kuvat 12–21. Hoitohenkilökunnalle ja lähijohtajalle pidetyn luennon diat
Liite 12	Pilotointisuunnitelma
Liite 13	Taulukko 11. 4-3-5 aineiston litterointi ja koodaus




PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Kuvio 1. Tietokantahaku


21.5.2013
OHJE

JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohortti/tapaus-kontrolli tutkimukselle

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa kohortti/tapaus-kontrolli tutkimusasetelmien mukaisesti tehtyjen tutkimusten arviointi toteutetaan SUMARin MASTARI-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa (s. 157-158), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

Kirjoittaja _____ Vuosi _____ Nro _____
 Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Olivatko potilaat samassa sairauden vaiheessa/-tilassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oliko harhan riski minimoitu tapausten ja vertailtavien valinnassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Oliko sekoittavat tekijät tunnistettu ja todettiin niiden käsittely?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Arviointiinko tulokset objektiivisia kriteereitä käyttäen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oliko seurantaajaksi riittävän pitkä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oliko otanta edustava suhteessa tutkimuksen kohderyhmään kokonaisuudessaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual. 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

Suomen JBI yhteistyökeskus www.hotus.fi 1

Kuva 6. JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohortti/tapaus-kontrolli tutkimukselle (www.hotus.fi)


THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE
 The Joanna Briggs Institute
 Evidence Based Health Care

21.5.2013
OHJE

JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin. Arviointikriteerit määntyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa tulkinnallisten ja kriittisten tutkimusasetelmien mukaisesti tehtyjen tutkimusten arviointi toteutetaan SUMARin QARI-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa SUMARI käyttöohjeessa (s.89-92), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI.)

Kirjoittaja _____ Vuosi _____ Nro _____
 Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Onko kuvattu filosofinen näkökulma ja tutkimusmetodologia yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko tutkimusmetodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko tutkimusmetodologia ja aineiston keruumenetelmät yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Onko tutkimusmetodologia ja aineiston esittäminen ja analyysi yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko tutkimusmetodologia ja tulosten tulkinta yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuurinen tai teoreettinen aseointi ilmaistu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja päinvastoin kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ovatko osallistujat ja heidän äänensä asiaankuuluvasti kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita ja onko tarvittava eettisen toimikunnan hyväksyntä hankittu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset analyysiin ja tulosten tulkintaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. SUMARI User Manual: Version 5.0. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

Suomen JBI yhteistyökeskus www.hotus.fi 1

Kuva 7. JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle (www.hotus.fi)

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit ja tutkimukset

Tekijä/t, vuosi, tutkimuksen taso, julkaisumaa	Tarkoitus/Tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset	Näytön aste (Hoitosuositusryhmien käsikirja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim)
Pesonen, A. (2011). Pain measurement and management in elderly patients: Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. Väitöskirja Suomi	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia kognitiivisesti heikkojen potilaiden kivun mittaamista ja hoitoa pitkäaikaishoidossa, sekä kognitiivisesti normaaleiden iäkkäiden potilaiden kivun mittaamista ja hoitoa sydänleikkauksen jälkeen.	Tutkimukseen osallistui 366 potilasta, joista 86 kärsi kroonisista kivuista kuntoutus- tai pitkäaikaishoidossa. Kvantitatiivinen tutkimus	Tulosten mukaan krooninen kipu ei vähentänyt iäkkäiden potilaiden aktiivisuutta samalla tavalla kuin kognitiivinen toimintahäiriö tai masennus. Kognitiivisesti normaalit tai lievästi muistihäiriöiset onnistuivat käyttämään kaikkia neljää kivun mittausmenetelmää, mutta potilaat, jotka olivat vähintään keskivaikeasti muistihäiriöisiä (<17), käyttivät onnistuneesti vain sanallista kivun mittausmenetelmää (VRS)	A
Gur Prasad, D., Rajagopalan, N.I., Gautam, D., Jaishid, A. & Prashant, N. (2017). Evidence and consensus recommendations for the pharmacological management of India. Tieteellinen käsikirja Intia	Tämän käsikirjan tarkoituksena on ehdottaa hoitosuosituksia erilaisen kipujen hoitamiseksi käytettävissä olevien todisteiden perusteella.	Kirjallisuuskatsaus, joka suoritettiin käyttämällä MEDLINE hakukonetta	On ehdotettu vaiheittaista hoitoalgoritmipohjaista lähestymistapaa, joka perustuu taustalla olevan taudin huolelliseen diagnosointiin ja arvioimiseen, niihin liittyviin perussairauksiin ja kipu tyyppiin/kestoon, ja joka auttaa kliinisessä päätöksenteossa yleislääkäreitä, lääkäreitä ja kipuasiantuntijoita.	A
Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E.L., Briggs, M., Corbett, A., James, K., Lasrado, R., Swarbrick, C. & Closs., S.J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision-making perspective. Tieteellinen artikkeli Englanti	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, kuinka kipu tunnistetaan, arvioidaan ja hoidetaan demensiapotilailla ja kehittää työkalu, jonka avulla kivun hallintaa parannettaisiin.	Kvalitatiivinen tapaustutkimus. Aineistoa kerättiin neljässä englantilaisessa ja skotlantilaisessa sairaalassa, ei osallistuvalla tarkkailulla, potilastietojen tarkastuksella ja puolistrukturoiduilla haastatteluilla, jotka tehtiin työntekijöille ja omaishoitajille. Temaattinen sisällönanalyysi.	Tehokkaalle menetelmälle, jolla kaikki demensiapotilaiden kipua koskevat tiedot saataisiin kerättyä, on käyttöä. Informaatio potilaiden kivusta tuli esiin eri tavoin, eri aikaan ja eri työntekijöiltä, jolloin informaatio oli sirpaleinen.	A

<p>Cunningham, C., McClean, W. & Kelly, F. (2010). The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. Asiantuntija artikkeli Australia</p>	<p>Tarkoituksena oli lisätä tietoisuutta dementia sairastavien kivun alitunnistamisesta. Tarkoituksena oli myös informaation jakaminen työntekijöille kivun hallinnasta ja arvioinnista.</p>	<p>Erilaisia tapaustutkimuksia eli oli valittu vanhainkodin asukkaita, joiden tilanteen avulla selvitettiin kivun arviointia ja hallintaa.</p>	<p>Kivunhallintastrategia vaatii tiimityötä ja sitä, että jokainen tiimin jäsen ottaa vakavasti vastuunsa, jotta toiminta olisi menestyksellistä dementoituneiden kivun ohjausta.</p>	<p>B</p>
<p>Becker, W.C., Dorflinger, L. Edmond, S.N., Islam, L., Heapy, A.A. & Fraenkel, L. (2017). Barriers and facilitators to use non-pharmacological treatments in chronic pain. Tieteellinen artikkeli Yhdysvallat</p>	<p>Tarkoituksena oli tunnistaa lääkkeettömien kivun hoito keinojen esteet ja edesauttajat, näyttöön perustuen, potilaiden, hoitajien sekä perusterveydenhuollon toimijoiden näkökulmasta</p>	<p>8 erillistä ryhmää, joiden vastauksia tutkijaryhmä arvioi ja kategorioi työntekijöiden konsensukseen perustuen. Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Löydettiin monipuolinen joukko mahdollisesti muokattavia esteitä ja edesauttajia, joilla lääkkeetöntä hoitoa voidaan kehittää.</p>	<p>A</p>
<p>Klein, S.D., Torchetti, L., Frei-Erb, M. & Wolf, U. (2015). Usage of complementary medicine in switzerland: results of the swiss health survey 2012 and development since 2007. Tieteellinen artikkeli Kanada</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin täydentävän lääketieteen taajuutta, mukaan lukien täydentävän lääketieteen syntyminen, suosituimmat menetelmät ja käyttäjäprofiili.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin 2007 ja 2012 haastattelulomakkeilla. 2007 vastaneita oli 14,432 ja 2012 18,357, iältään 15 vuodesta eteenpäin. Logistinen regressioanalyysi Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Täydentävän lääketieteen käyttö Sveitsissä pysyi ennallaan vuosien 2007 ja 2012 välillä. Homeopatia ja osteopatia olivat suosituimpia täydentävän lääketieteenmenetelmiä, 8,2% ja 6,8% käyttäjistä. Käyttäjäprofiili (täydentävän lääketieteenkäyttäjät olivat useammin naisia, keski-ikäisiä ja korkeakoulutettuja) oli samanlainen kuin muissa maissa. Täydentävän lääketieteen etusija on huomattava Sveitsissä: Lääkärien on tiedostettava, että 30,5% kroonisesti sairaista ihmisistä ja 35,8% ihmisistä, joilla on uusi sairausvakuutus käyttävät täydentäviä lääketieteen menetelmiä.</p>	<p>A</p>

Chapman, S. (2010). Managing pain in older person. Asiantuntija artikkeli Englanti	Artikkeli käsitteli ikäsidonnaisia muutoksia, jotka vaikuttavat analgeettisten lääkkeiden määräämiseen ja antamiseen vanhemmilla potilailla.	Kirjallisuuteen perustuva artikkeli.	Erilaisia kivun hallinta työkaluja vanhemmille ihmisille.	B
Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B. & Ljunggren, A.E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. Tieteellinen artikkeli Norja	Tarkoituksena oli tutkia MOBID-2 kipumittarin psykometrisiä ominaisuuksia.	Dementia potilaita (n=77), joita 28 hoitajaa tutki MOBID-2 kipumittarin avulla. Potilaiden kipua tutkivat myös lääkärit (n=4).	MOBID-2 oli riittävän luotettava, validi sekä nopea työvälinen hoitajille kivun arvioimiseen.	A
Ersek, M., Herr, K., Neradilek, M.B., Buck, H.G. & Black, B. (2010). Comparing the Psychometric Properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD) Instruments. Tieteellinen artikkeli Yhdysvallat	Tarkoituksena oli tutkia ja vertailla kahden dementoituneiden hoitotyössä tunnetun kivun havainnointi työkalun psykometrisiä ominaisuuksia.	Poikkileikkaustutkimus Videokuvaamalla seurattiin yhtä harjoituskertaa sekä yhtä käytännön kertaa. Kaksi koulutettua tutkimusavustajaa arvioi kahta kivun havainnointi työkalua nauhoitusten perusteella.	Kummankin työkalun johdonmukaisuus oli hyvä, paitsi CNPI:ssä yhdellä tasolla.	A
Scherder, E.J.A., Plooi, B., Achterberg, W.P., Pieper, M., Wiegersma, M., Lobbezoo, F. & Oosterman, J.M. (2015) Chronic Pain in "Probable" Vascular Dementia: Preliminary Findings. Tieteellinen artikkeli Alankomaat	Tarkoitus tutkia mahdollista vaskulaarista dementia sairastavien kivun kokemusta ja vahvistaa tulos aivokuvantamisella.	20 hoitokodin asukasta (14 naista ja 6 miestä), jotka täyttivät tutkimukseen vaadittavat kriteerit: mahdollinen vaskulaarinen dementia. 22 hoitokodin asukasta (18 naista ja 4 miestä), joilla ei demensian oireita. Kvantitatiivinen tutkimus	Päälöydös oli se, että mielialan kontrolloimisen jälkeen, kipuaistit olivat mahdollista vaskulaarista dementiaa sairastavilla korkeammat kuin kontrolliryhmällä.	A
Beach, P.A., Huck, J.T., Miranda, M.M. & Bozoki, A.C. (2015). Autonomic, Behavioral and Subjective Pain Responses in Alzheimer's Disease. Tieteellinen artikkeli Yhdysvallat	Tarkoitus vertailla autonomisia, käyttäytymiseen liittyviä ja subjektiivisia kivun reaktioita, vertailemalla Alzheimeria sairastavien ja terveiden vanhusten kokemuksia.	Poikkileikkaustutkimus	Nämä havainnot tarjoavat käyttäytymis ja subjektiivisia raportteja, jotka osoittavat kohonneet akuutit kipuherkyydet Alzheimerin sairaudessa, mikä tulisi ottaa huomioon kivunhallinnan suhteen jokaisessa Alzheimerin vaikeusasteessa.	A

Oosterman, J.M., Hendriks, H., Scott, S., Lord, K., White, N. & Sampson, E.L. (2014). When Pain Memories Are Lost: A Pilot Study of Semantic Knowledge of Pain in Dementia. Englanti	Tarkoitus tutkia kivun semanttisia käsitteitä dementia sairastavilla ihmisillä ja sitä, liittyykö tämä klinisen kivun raportointiin.	Kohorttitutkimus sisältäen poikkileikkausanalyysin. Dementiaa sairastavat (n= 26) ja kontrolliryhmä (n= 13)	Dementiaa sairastavien oli, kontrolliryhmään nähden, vaikeampaa tunnistaa kivuliaita tilanteita sekä määrittellä niitä. Kipumuisti on vähentynyt dementia potilailla.	A
Ni Thuathail, A. & Welford, C. (2011). Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. Asiantuntija artikkeli Irlanti	Artikkelin tarkoitus on osoittaa mitkä kivun mittaamisen työkalut ovat sopivimpia kognitiivisista vaikeuksista kärsivien vanhempien potilaiden kivun arvioinnissa.	Kaikille artikkeleille, joita artikkelissa on käytetty, on tehty kaksoissokkoutettu vertaisarviointi	Ei ole olemassa vertailuarvoja, joita voitaisiin käyttää arvioitaessa eri kipumittareita. Vaikeuksia voi olla käyttää mittareita, joissa kognitiivisista ongelmista kärsivän pitäisi itse arvioida kipua.	B
Kyung, H.L., McConnell, E.S., Knafl, G.J. & Algase, D.L. (2015). Pain and Psychological Well-Being Among People with Dementia in Long-Term Care. Tieteellinen artikkeli Yhdysvallat	Tarkoitus tutkia dementia sairastavien ihmisten itse raportoidun kivun ja psykologisen hyvinvoinnin suhdetta toisiinsa.	Sekundaarianalyysi, käyttäen itse raportointia sekä havainnointi tietoja toistetusti. (n= 171) Mixed methods	Dementiaa sairastavat, joilla oli kipuja, kokivat enemmän kielteisiä tunteita kuin ne dementiaa sairastavat, joilla ei ollut kipuja.	A
Brecher, D.B. & West, T.L. (2016). Under-recognition and Undertreatment of Pain and Behavioral Symptoms in End-Stage Dementia. Asiantuntija artikkeli Yhdysvallat	Tarkoitus kehittää potilashoitoa	Tapaustutkimus	Dementiaa sairastavan kivun tunnistamisen vaikeus sekä kivun riittämätön hoito voivat johtaa elämänlaadun alenemiseen sekä käytöshäiriöihin.	B

1. Tutkimuskysymys: Miten muistisairaahan asukkaan kipua voidaan arvioida?		
Tärkeät ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
KA1 LEVOTTOMUUS KA2 HENGENAHDISTUS KA3 ASPIRAATIO KA6 KÄYTÖSOIREET KA9 OIREIDEN HALLINTA KA12 NEGATIIVISTEN TUNNEILMAISUJEN TARKKAILU KA18 KLIINISET KIPUARVIOT KA19 KÄYTTÄYTYMINEN KA26 KIPU KÄYTTÄYTYMINEN KA32 YKSILÖLLISYYS KA36 VASTUULLISUUS KA37 TIETOISUUS KA38 Keskustelu muiden työntekijöiden kanssa KA39 ERILAISET KIPUSANAT KA40 EI-SANALLINEN ILMAISU KA41 VISUAALINEN ILME KA42 NORMAALIN KÄYTÖKSEN MUUTOKSET KA43 SÄÄNNÖLLINEN SEURANTA KA4 KIPUOIREET MUISTUTTAVAT LOPPUVAIHEEN SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN KIPUA KA5 ELÄMÄNLAADUN HUONONTUMINEN KA11 AUTTAA LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJIA TUNNISTAMAAN ENNALTA KÄYTÖKSEN KA16 DEMENTIA POTILAIDEN VÄHENTYNYT KIVUNMERKITYS MUISTI KA20 ALZHEIMERIN TAUTIA SAIRASTAVAN AKUUTTI KIPUHERKKYYS ON LISÄÄNTYNYT KA21 ALZHEIMERIN TAUDIN VAKAVUUDEN PERUSTEELLA KA22 VASKULAARISTA DEMENTIAA SAIRASTAVAT VOIVAT KOKEA SUUREMPAA KIPUA KA32 YKSILÖLLISYYS KA33 IKÄÄN PERUSTUVAN SYRJINNÄN VAIKUTUS IÄKKÄDEN AIKUISTEN KIVUN ARVIOINTIIN JA HOITON KA7 STANDARDOITUJEN TYÖKALUJEN KEHITYS JA JOHDONMUKAINEN KÄYTTÖ KA13 KIPUMITTARI KA14 TYÖKALUT JA MITTARIT KA15 TYÖKALU KA17 KLIINISET KIPUTYÖKALUT KA23 CNPI KA24 PAINAD KA25 MITTARI KA28 KIPUPIIRROKSET KA29 MOBID-2 KIPUMITTARI KA30 KIPUHALLINNAN ARVIOINTI TYÖKALUT JA TEKNIikat KA21 SOPIVA KIVUNARVIOINTI TYÖKALU KA8 MONIAMMATILLINEN TIIMI KA10 YHTEISTYÖ KA18 KLIINISET KIPUARVIOT KA27 YHDENMUKAISET TOIMET KA32 YKSILÖLLISYYS KA34 VAATII TARKKAA TUNNISTAMISTA KA35 KIVUNHALLINTA STRATEGIA KA36 VASTUULLISUUS KA37 TIETOISUUS KA38 Keskustelu muiden työntekijöiden kanssa KA43 SÄÄNNÖLLINEN SEURANTA KA44 KIVUNLIEVITYKSEN SÄÄTÖ	<p>KAa MUISTISAIRAAN KIVUN HUOMIOIMINEN (KA1, KA2, KA3, KA6, KA9, KA12, KA18, KA19, KA26, KA32, KA36, KA37, KA38, KA39, KA40, KA41, KA42, KA43)</p> <p>KAb MUISTISAIRAUKSIEN MERKITYS ASUKKAAN KIVUN KOKEMUKSEEN (KA4, KA5, KA11, KA16, KA20, KA21, KA22, KA32, KA33)</p> <p>KAc KIVUN ARVIOINTIMITTARIT JA NIIDEN HYÖDYNTÄMINEN (KA7, KA13, KA14, KA15, KA17, KA23, KA24, KA25, KA28, KA29, KA30, KA21)</p> <p>KAd YHTEISTYÖ JA KIPUOSAAMINEN (KA8, KA10, KA18, KA27, KA32, KA34, KA35, KA36, KA37, KA38, KA43, KA44)</p>	<p>KA MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINTI (KAa, KAb, KAc, KAd)</p>

Taulukko 4. Samankaltaisten tärkeiden ilmausten yhdistely ala- ja yläluokkiin

2.Tutkimuskysymys: Mitä on hyvä muistisairaana asukkaana lääkkeetön kivunhoito?

Tärkeät ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
LH1 YKSILÖLLINEN LÄÄKKEETÖN HOITO	LHa YKSILÖLLISYYDEN MERKI- TYS LÄÄKKEETTÖMÄN KI- VUN HOIDON MENETEL- MIÄ VALITESSA (LH1)	LH LÄÄKKEETÖN KI- VUN HOITO-MENE- TELMÄT(LHa, LHb)
LH2 MUSIIKKI LH3 LIIKUNTAHARJOITTEET LH4 TERAPEUTTINEN OTE LH5 LEMMIKKITERAPIA LH6 HOMEOPATIA LH7 NATUROPATIA LH8 OSTEOPATIA LH9 KASVIPERÄINEN LÄÄKITYS LH10 AKUPUNKTIO	LHb LÄÄKKEETTÖMÄN KIVUN HOIDON MENETELMIÄ (LH2, LH3, LH4, LH5, LH6, LH7, LH8, LH9, LH10)	

Taulukko 5. Samankaltaisten tärkeiden ilmausten yhdistely ala- ja yläluokkiin

Kuva 8. Tutkimuslupa

VIITASAAREN KAUPUNKI	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS	
Perusturva		
Perusturvan toimialajohtaja	12.9.2018	43 §
Yleinen päätös	81/332/2018	
Tutkimuslupa / Muistisairaana kivun arviointia ja lääkkeettömän kivunhoidon kehittäminen		
Asia	Heli Marttinen hakee tutkimuslupaa muistisairaana kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivunhoidon kehittämiseen asukkaiden / potilaiden kivun hoidossa. Kyseessä on opinnäytetyö sairaanhoitaja (yamk)- tutkintoa varten (Kajaanin ammattikorkeakoulu). Opinnäytetyö toteutetaan hoitotyöntekijöiden avoimella haastattelulla. Haastattelut ja sisällön analyysi ajoittuvat loppuvuoteen 2018, toimintamallin käyttöönotto työyhteisössä on ajoitettu päätyväksi tammikuussa 2019.	
Päätös ja perustelut	Myönnetään tutkimuslupa Heli Marttiselle opinnäytetyötä varten.	
Peruste, toimivalta	Viitasaaren kaupungin hallintosääntö 33 §	
Päiväys ja allekirjoitus	11.9.2019	
	[Redacted Signature]	
	Perusturvan toimialajohtaja	
Tiedoksi	Heli Marttinen	
Postituspvmm	11.9.2018	
Nähtävänä	www.viitasaari.fi	
Otto-oikeus	Perusturvalautakunta	
	<p>Päätökseen tyytymättömän voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.</p> <p>Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksiannasta osoitteella:</p> <p>Viitasaaren perusturvalautakunta Kesätie 10, 44500 VIITASAARI</p> <p>Oikaisuvaatimuksen voi toimittaa oikaisuvaatimusaikana myös fakalla, 014-459 7515 tai sähköpostilla viitasaaren.kaupunki@viitasaari.fi. Oikaisuvaatimuksen voi toimittaa myös Pihtiputaan kunnanvirastoon os. Kesäkuatie 9 oikaisuvaatimusaajan viimeiseen päivään kello 15.30 mennessä. Sähköpostilla toimitettua oikaisuvaatimukseen vastataan saapumisilmoituksella sähköpostitse heti kun se on vastaanotettu.</p> <p>Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava toimitella, jolle oikaisuvaatimus on osoitettu, päätös johon haetaan muutosta ja mitä muutoksia halutaan, perusteet, joilla muutosta vaaditaan sekä muutoksenhakijan nimi, yhteystiedot ja kotikunta.</p>	

2

Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.
 Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

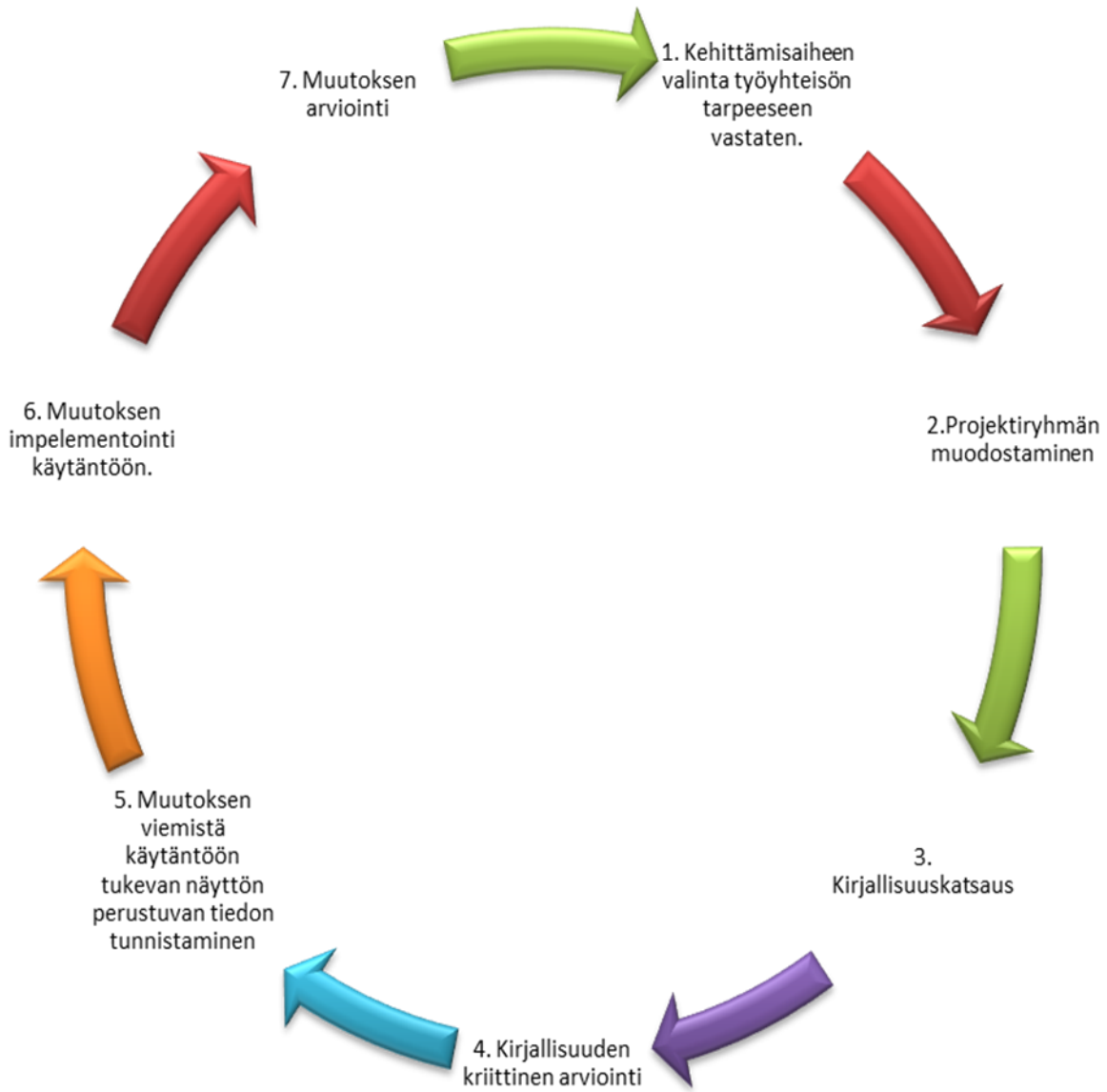
Avoimen haastattelun kysymykset

1. Kuvaile mitä osaaminen sinulle merkitsee, mitä se mielestäsi on?
2. Kuvaile osaamistasi, kun arvioit muistisairaahan asukkaan kipua.
3. Kuvaile osaamistasi, kun suunnittelet muistisairaalle asukkaalle lääkkeetöntä kivun hoidon toteutusta.
4. Mitä kivun hoidon arvioinnin menetelmiä käytät muistisairaahan asukkaan hoidossa?
5. Mitä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä käytät muistisairaahan asukkaan kivun hoidossa?
6. Miten haluaisit kehittää osaamistasi muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnissa?
7. Miten haluaisit kehittää osaamistasi lääkkeettömien kivun hoitomenetelmien käytössä muistisairaahan hoidossa?
8. Mitkä osaamistasi tukevat ratkaisut olisivat mielestäsi tarpeellisia ja käyttökelpoisia muistisairaahan asukkaan kivun hoidossa ja asukkaan lääkkeettömässä kivun hoidossa?

Taulukko 6. Haastatteluaineiston teemoittelu

ALKUPERÄISET ILMAUKSET	ALATEEMAT	YLÄTEEMAT
1. Yritän kysellä 2. Seuraan ilmeitä 3. Seuraan liikkeitä 4. Onko asukas levottomampi 5. Vaikuttaako yöuniin kenties 6. Ilmeet 7. Levottomuus 8. Tunnustella käsin 9. Miten reagoi kosketukseen 10. Näköhavaintoon 11. Levoton 12. Irvistää 13. Saattaa kosketella/hangata tiettyä paikkaa itses- sään 14. Iho punoittaa 15. Iho kuumottaa 16. Valittaa 17. Olla tuskainen 18. Kyselen asukkaan mahdollisia kipuja 19. Tunnustelen ihon lämpöä 20. Kuulohavaintoihin 21. Asukas valittaa 22. Huutaa 23. Kyllähän sitä niinku osaa ihmistä tulkita 24. Paljonkin opittavaa asioissa 25. Ikinä ei voi olla ihan taitaja asioissa 26. Osaan jotenkin ihmisiä tulkita 27. Väitän, että tunnen paremmin sitten nämä, kun joku, joka tulee niinkö just päiväksi 28. Jos on kiukkuinen 29. Ei oo yhteistyökykyinen 30. Kipu vaikee asia tunnistaa 31. Vuodepotilaan kohdalla asentohoito 32. Toimiminen niin, ettei itse tuota kipua 33. Apuvälineitten käyttäminen 34. Pyörätuolin käyttö 35. Asentohoito vuoteessa 36. Pientä jumppaa 37. Ohjaan liikkumaan 38. Apuvälineet avuksi 39. Mielekästä virikettä 40. Radio auki, musiikki auttaa monesti unohtamaan kivun 41. Toiset tykkää katsoa televisiota 42. Päiväkeskustoiminta 43. No ei kyllä tästä asiasta oo juurikaan tietoa 44. Ihan tämmöinen läheisyys 45. Läsnäolo 46. Tunnen että tarvitsen lisää osaamista 47. Läsnäolo 48. Juttelu 49. Hieroa vähän hartioita 50. Pitää kädestä 51. Tämmöstä läsnäoloa 52. Arvioiminen on hankalaa, varsinkin jos asukas ei kykene puhumaan 53. Seurattava asukkaan ilmeitä 54. Onko levottomampi 55. Onko yöunet katkonaisempia 56. Kyselemällä kivun laadusta 57. Ihoa voi kokeilla	A. Kommunikointi ja ha- vainnointi (1,5,10,12,14, 15,18,20,45,53,55,56,58, 61,63,64,70,73,81,82,84, 86) B. Sanaton viestintä (2,3,6,58,69) C. Käytöksen arviointi (4, 7,11,12,16,17,21,22,54,68, 71,72) D. Kosketus (8,9,13,19,45, 49,50,57,59,62,80) E. Kivun tulkintataito (23, 24,25,26 27 30) F. Yhteistyö asukkaan kanssa (28,29,32,59,65) G. Asentohoito ja liikunta (31, 33, 34, 35, 36, 37, 38) H. Viihde (39, 40, 41, 42) I. Läsnäolo (45, 47, 50, 51) K. Henkilökunnan vuoro- vaikutus (101, 102) L. Epävarmuus (46, 60, 85) M. Kivun arviointia vai- keuttavat tekijät (52) P. Hieronta (49, 78, 79) O. Silmämääräinen arvi- ointi (66) P. Mututuntuma (67)	I. Viestintäosaaminen (A, B, C) II. Asiakaslähtöinen viestintä (B, D) III. Emotionaalinen tuki (D, I) IV. Fysikaaliset mene- telmät (G, F, N, Q, R) V. Kognitiivis-beha- vioraaliset menetelmät (H) VI. Työkokemuksen tuoma varmuus (E) VII. Yhteiset toiminta- mallit (K, U) VIII. Hiljainen tieto (M, O, P) IX. Osaamisen kehitty- minen (L, S) X. Koulutus (T)

<p>58. Jos asukas näyttää ilmeeltään kärsivän ja olevan kivulias</p> <p>59. Voin pyytää asukasta esim. puristavan minua kädestä, jos tuntee olevan kivulias</p> <p>60. Täytyy vaan yrittää keksiä jotain keinoja</p> <p>61. Näkö- ja kuulohavainnot</p> <p>62. Tunnustelen ihoa</p> <p>63. Haastattelen</p> <p>64. Taustojen tarkastaminen</p> <p>65. Muistisairas ei osaa välttämättä kertoa kivustaan</p> <p>66. Tällä hetkellä täytyy sanoa siis sitä omaa silmämääräistä arviointia</p> <p>67. omalla mututuntumalla</p> <p>68. Jos kauheen rauhaton</p> <p>69. Kasvojen eleistä</p> <p>70. yleisestä niinku olemuksesta</p> <p>71. äänteelee esimerkiksi ihminen enempi</p> <p>72. on muuten levottomampi</p> <p>73. se että kysyn, onko kovasti kipeä</p> <p>74. apuvälineiden käyttäminen</p> <p>75. voi kokeilla kylmää</p> <p>76. kuumaa</p> <p>77. kylmä kääre</p> <p>78. niskakipuun hierontaa</p> <p>79. hieroa kipeitä jäseniä varovasti</p> <p>80. yleensäkin kosketus</p> <p>81. rauhallinen puhe ja olemus</p> <p>82. näkö- ja kuulohavainnot</p> <p>83. tulee kokemusta ja varmuutta</p> <p>84. haastattelen</p> <p>85. eipä oo käytössä semmosia</p> <p>86. juttelu ja tämmönen</p> <p>87. koulutuksiin</p> <p>88. kivun hoito koulutus</p> <p>89. ottas tietoa vastaan jotain erilaista koulutusta</p> <p>90. joku tämmönen luento</p> <p>91. kyllähän se kauheen tärkeä asia on</p> <p>92. kehittyä</p> <p>93. koulutusta</p> <p>94. koulutusta lisää</p> <p>95. hyvä asia että se ja sitä lääkkeetöntä kivunhoitoakin ois</p> <p>96. jotain koulutusta</p> <p>97. mä oon kiinnostunut sitten uuttakin oppimaan</p> <p>98. kaikki ratkaisut ovat tarpeellisia ja käyttökelpoisia</p> <p>99. aina kannattaa kokeilla jotain ja sitten arvioida auttaako</p> <p>100. mielestäni kaikki keinot ovat tarpeellisia ja käyttökelpoisia</p> <p>101. se semmonen työporukan yhteishenki</p> <p>102. yhteiset toimintalinjat</p> <p>103. pieniä joitakin tämmösiä jotain pikku kursseja</p> <p>104 tämmösiä luentoja</p>	<p>Q. Apuvälineet (74)</p> <p>R. Kylmä ja lämpö (75, 76, 77)</p> <p>S. Ammattitaidon kasvu (83, 91, 92)</p> <p>T. Osaamista tukevat menetelmät (87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 103, 104)</p> <p>U. Osaamista tukevat ratkaisut (98, 99, 100)</p>	
---	--	--



Kuvio 2. Implementointisuunnitelma IOWA-mallin seitsemän askeleen (Doody & Doody n.d., 2) mukaan

Taulukko 7. Kipua kokevan käyttäytymisen määritelmät (Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa 2014, 2)

MÄÄRITELMÄT

<p>Hengitys:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normaali hengitys. Normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä ja rytmikästä (tasaista) 2. Ajoittain vaivalloista hengitystä. Satunnaisia puuskia, joissa hengitys on rohisevaa, vaikeaa tai raskasta. 3. Lyhyt hyperventilaatiojakso. Ohimeneviä lyhyiden syvien hengitysten sarjoja. 4. Äänekästä vaivalloista hengitystä. Äänekästä sisään tai uloshengitystä, jossa ääni voi olla kovaa, korahtelevaa tai vinkuvaa. Hengitys vaikuttaa raskaalta tai työläältä. 5. Pitkä hyperventilaatiojakso. Normaalia tiheämpää ja syvempää hengitystä, joka kestää huomattavan pitkään. 6. Cheyne-Stokes-hengitystä. Tasaisesti vuoroin erittäin syväksi tihenevää ja pinnalliseksi vaimenevaa hengitystä, jossa on välillä hengityspysähdyksiä. <p>Negatiivinen ääntely:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ei negatiivista ääntelyä. Puhe tai ääntely on sävyllään neutraalia tai miellyttävää. 2. Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Voihe on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti. 3. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta. Mutinaa, muminaa, uikutusta, nurinaa tai sadattelua hiljaisella äänellä valittavaan, ivalliseen tai kärkevään sävyyn. 4. Rauhatonta huutelua. Lauseita tai sanoja, joita toistetaan yhä uudestaan ahdistuneesti, levottomasti tai hätääntyneesti. 5. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Tavallista huomattavasti äänekkäämpää surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Äänekäs voihe on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti. 6. Itkua. Tunteen ilmaisua, johon liittyy kyyneliä; mahdollisesti nyyhkytyksiä tai hiljaista itkua. <p>Ilmeet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hymyilevä tai ilmeetön. Hymyssä suupielet kääntyvät ylös, silmät kirkastuvat ja ilme osoittaa mielihyvää tai tyytyväisyyttä. Ilmeettömällä tarkoitetaan neutraalia, luonteavaa, levollista tai tyhjää ilmettä. 2. Surullinen. Ilme on onneton, yksinäinen, surumielinen tai alakuloinen; silmissä voi olla kyyneliä. 3. Pelästynyt. Pelkoa, hätää tai erityistä ahdistusta osoittava ilme. Silmät ovat aivan auki. 4. Tuima. Suupielet kääntyvät alas. Otsa ja suun ympärys saattavat olla tavallista enemmän rypyssä. 5. Irvistää. Vääristynyt, hätääntynyt ilme. Otsa ja suun ympärys ovat tavallista enemmän rypyssä, ja silmät saattavat olla tiukasti kiinni. 	<p>Elekieli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levollinen. Henkilö vaikuttaa rauhalliselta, tyyneeltä, hyväntuuliselta ja huolettomalta. 2. Kireä. Henkilö vaikuttaa jännittyneeltä, pelokkaalta tai huolestuneelta. Hän saattaa puristaa leukojaan yhteen (kontraktuurin mahdollisuus suljettava pois). 3. Ahdistunutta kävelyä. Levottomalta vaikuttavaa toimintaa, joka voi olla pelokasta, huolestunutta tai rauhatonta. Liikehdintä voi olla nopeaa tai hidasta. 4. Levotonta liikehdintää. Hermostunutta liikehdintää, mahdollisesti kiemurtelua tai keikkumista tuolissa. Henkilö voi liikuttaa tuolia huoneen poikki tai koskella, nykiä tai hangata ruumiinosiaan toistuvasti. 5. Jäykkä. Vartalo on jäykistynyt. Käsivarret ja/tai jalat ovat kireät ja taipumattomat. Keskivartalo voi vaikuttaa suoralta ja kankealta (kontraktuurin mahdollisuus suljettava pois). 6. Kädet nyrkissä. Kädet ovat tiukasti kiinni; niitä kenties availaan ja suljetaan jatkuvasti, tai ne pysyvät tiukasti nyrkissä. 7. Polvet koukussa. Jalat ovat koukussa ja polvet on nostettu kohti rintakehää. Henkilö vaikuttaa pelokkaalta (kontraktuurin mahdollisuus suljettava pois). 8. Pois työntämistä tai vetämistä. Henkilö vastustaa lähestymistä tai hoitotoimia; hän pyrkii irtautumaan tempomalla tai kiskomalla tai työntämällä lähestyvän henkilön pois. 9. Riuhtomista. Henkilö lyö, potkii, tarttuu kiinni, sohii, puree tai käyttää muunlaista väkivaltaa. <p>Lohduttaminen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ei tarvetta lohduttamiseen. Henkilö vaikuttaa hyvinvoivalta ja tyytyväiseltä. 2. Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää. Käyttäytyminen keskeytyy, kun henkilölle puhutaan tai häntä kosketetaan. Se loppuu vuorovaikutuksen ajaksi ilman merkkiäkään ahdistuksesta. 3. Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu. Henkilöä ei saada rauhoittumaan eikä käyttäytymistä loppumaan sanoin tai teoin. Minkäänlainen sanallinen tai fyysinen lohduttaminen ei saa käyttäytymistä laantumaan.
--	--

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	Tulos
Hengitys	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. <u>Cheyne-Stokes</u> -hengitystä.	
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikeointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikeointia tai voihketta. Itkua.	
Ilmeet	Hymytön tai ilmeettön	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää.	
Elekieli	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
Lohduttaminen	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.	
			Pisteet yhteensä:	

LÄÄKKEETTÖMÄN KIVUN HOIDON MENETELMIÄ

- **Liikunta**
- **Yhteisöllisyys**
- **Sosiaalinen tuki**
- **Eläinterapia**
- **Lepo ja uni**
- **Rentoutus**
- **Musiikki**
- **Tv:n katselu**
- **Hieronta**
- **Lämpöhoito**
- **Akupunktio**
- **Kylmähoito**
- **Fysioterapia**

Muistisairaana asukkaan kivun arviointia suoritetaan havainnoimalla asukasta **noin 5 minuutin** ajan.

0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu. **Kipus arvioidaan säännöllisesti**: akuutissa vaiheessa tiheästi, myöhemmin vähintään kerran vuorossa sekä aina **ennen** kivunhoitoa ja kivunhoidon jälkeä.

Kuva 10. Juliste osastoille asukkaan kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä kivun hoidon menetelmistä (Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa 2014, 2)

Muistisairaan asukkaan kivun arviointi ja lääkkeetön kivun hoito

Yhdessä enemmän

Taustaa

- Väestön ikärakenne vanhenee.
- Muistisairauksista kärsivien määrä lisääntyy ja tämän vuoksi muistisairaan kokonaishoitoon ja huolenpitoon tulee olla laaja-alaista osaamista.

Muistisairaan kivun arviointi

- Muistisairaan kivuntarpeen arviointi usein vaikeaa kognitiivisen toimintakyvyn heikentymisen tai puuttumisen vuoksi. Muistisairas ei itse välttämättä osaa arvioida tai kuvailla kipuaan. Muistisairauden vakavuus vaikuttaa kivun kokemukseen.
- Kivulla on vaikutusta ihmisen joka päiväisiin toimintoihin ja kivun kokemus on aina yksilöllinen.
- Hyvällä kivun hoidolla vaikutetaan positiivisesti ihmisen elämänlaatuun.
- Kivun arviointiin olemassa useita mittareita ja työkaluja. Opinnäytetyön tulosten mukaan parhaiten muistisairaan kivun arviointiin sopii PAINAD kipumittari.

- Moniammatillinen yhteistyö sekä yhdenmukaisuus tärkeää muistisairaan kipua arvioitaessa.
- Sujuvan tiedonkulun ja havainnoinnin myötä myöskin kivun hoito ja arviointi on toimivaa.
- Kivun kokemusten säännöllinen seuranta, vastuullisuus sekä kipulääkityksen tarpeen arviointi aina tarvittaessa.

○ Jokaisen muistisairaana kohdalla tulee lääkkeettömät menetelmät miettiä yksilöllisesti.

○ Varsinkin musiikilla on, tulosten mukaan, rauhoittava vaikutus, koska se vie ajatukset pois kivun kokemuksesta.

○ Liikuntatarjoitteet estävät kehon menemisen entistä huonompaan kuntoon.

○ Lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien käyttö ei tarkoita, että lääkähoidosta luovuttaisiin kokonaan, mutta lääkkeettömien menetelmien avulla voidaan mahdollisesti päästä tilanteeseen ettei kipulääkkeitä tarvittaisi niin paljon.

○ Lääkkeetöntä kivunhoitoa voidaan tehdä perushoidon yhteydessä.

Lähteet

○ Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. (2013). Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. (50-65). Saarijärvi: Saarijärven offset Oy.

○ Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kuva 20-21. Hoitohenkilökunnalle ja lähijohtajalle pidetyn luennon diat 9-10

PILOTOINTISUUNNITELMA

Opinnäytetyön kolmannen syklin tarkoitus on kartoittaa muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin mittarin käytön osaaminen sekä muistisairaana asukkaan kivun arviointitulosten yhteneväisyys. Kehittämiskysymys on mitä osaamista hoitotyöntekijät tarvitsevat käyttäessään PAINAD -mittaria muistisairaana asukkaan kivun arvioinnissa?

Tämä pilotointisuunnitelma on tarkoitettu ohjaamaan hoitohenkilöstön osaamisen varmistamista muistisairaana asukkaan kivun arviointi mittarin pilotoinnissa Pihtiputaan asumispalveluissa. Tällä pilotointisuunnitelmalla varmistetaan, että pilotoinnilla saavutetaan sille asetetut tavoitteet.

Pilotoinnin tavoitteet:

- Kehittää hoitohenkilöstön osaamista muistisairaana asukkaan sanattoman viestinnän avulla tapahtuvan kivun ilmaisemisessa ja sen arvioinnissa.
- Kehittää projektiryhmäläisten sanattoman viestinnän sekä osaamisen käsitteiden teoreettista perustaa.
- Selvittää, mitä osaamista hoitotyöntekijät kokevat tarvitsevansa käyttäessään muistisairaana asukkaan hoitotyöhön suunniteltua PAINAD kivun arviointi mittaria.
- Selvittää, kivun arvioinnin mittarilla saatujen tulosten mahdollisia eroja, saman asukkaan kohdalla, eri hoitotyöntekijöiden arvioidessa asukkaan kipua.

Pilotointia johtaa opinnäytetyön projektijohtaja Heli Marttinen. Hän toimii pilotoinnin vastuuhenkilönä ja kouluttajana. Kivun arvioinnin mittarin käytön pilotointiin sekä ”vertailu” käyttöön projektijohtaja ei osallistu.

Opinnäytetyön projektityöntekijät vastaavat Pihtiputaan asumispalveluissa tehtävistä muistisairaana asukkaan kivun arvioinnin mittarin ”vertailu” käytöistä sekä niistä saatujen tulosten kirjauksesta. Ennen arviointien alkamista pidetään projektiryhmänkokous, jossa käydään keskustelua osaamisen käsitteistä. Projektiryhmässä myös selkiytetään sanattoman viestinnän käsitettä sekä sitä, miten sanaton viestintä ilmenee muistisairaana asukkaan kohdalla. Projektiryhmässä suunnitellaan myös, miten osaamisen sekä muistisairaana asukkaan sanattoman viestinnän kehittämistä toteutetaan koko henkilöstölle, jotta he osaisivat jatkossa tulkita muistisairaana asukkaan sanaton viestintää. Kokouksesta kirjoitetaan pöytäkirja.

Projektiryhmäläiset vastaavat myös itse oman osaamisensa arvioinnin tekemisestä. Arviointi tehdään projektiryhmän kokouksessa pilotoinnin jälkeen, jossa yhdessä projektityöntekijöiden kanssa käsitellään heidän kokemuksiaan ja mielipiteitä muistisairaana asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaamisesta sekä siihen vaadittavasta osaamisesta. Itsearvioinnin aluksi jokainen projektiryhmän jäsen arvioi omaa muistisairaana kivun arviointimittarin käytön osaamistaan sekä sanattoman viestinnän osaamistaan sovelletun SWOT-analyysin (kuva 1) avulla ja saatujen vastausten kautta käydään keskustelua ennen kirjallisen koosteen tekemistä. Kehittämistoimenpiteitä mietittäisiin sanattoman viestinnän menetelmien osaamisen tukemiseen sekä vahvistamiseen ja muistisairaana asukkaan kivun arviointi mittarilla saatavien tulosten tasalaatuisuudelle. SWOT-analyysin avulla on tarkoitus arvioida, miten pilotointijakso sekä osaamisen käsitteen ja sanattoman viestinnän käsitteen avaaminen, vaikuttivat hoitotyöntekijöiden muistisairaana asukkaan kivun arviointi mittarin käytön osaamiseen sekä yhteneväisten mittaus tulosten saamiseen.

Sovellettu SWOT-analyysi

1) Toiminnan vahvuudet	2) Toiminnan heikkoudet
3) Toimintaan liittyvät mahdollisuudet	4) Toimintaan liittyvät uhat
5) Kehittämistoimenpiteet	
6) Toiminnalla aikaansaadut tulokset ja vaikutukset	

Kuva 1. Hoitotyöntekijöiden osaamisen arviointi sovelletun SWOT -analyysin avulla (Itsearviointiopas n.d., 28)

Pilotointia tehdään siten, että jokainen projektiryhmään kuuluva hoitotyöntekijä arvioi rinnakkain jokaisen projektiryhmään kuuluvan hoitotyöntekijän kanssa saman asukkaan kipua kivun arviointimittaria käyttäen. Arviointeja tulee yhteensä kuusi. Mahdollisuuksien mukaan tulisi myös arvi

vioinnin mittarilla saatuja tuloksia vertailla toisiinsa. Jokaisen arvioinnin jälkeen projektiryhmäläiset kirjaavat ajatuksiaan ylös paperille heille ennalta annetun kysymyslistan mukaisesti. Ajatukset tulisi kirjata heti arvioinnin jälkeen. Esimerkiksi näin:

Asukas	Tulos
1.	5, 5
2.	2, 3

Pilotoinnille määriteltiin aikataulu, joka on kuvattuna Taulukossa 1. Ennen pilotoinnin aloitusta pidettiin projektiryhmä.

Taulukko 1. Pilotoinnin aikataulu

Aika	Sisältö
21.11.2018 Klo. 13.00	Luento asumispalveluiden hoitotyöntekijöille sekä lähijohtajalle aiheesta muistisairaahan kivun arviointi ja lääkkeettömän kivun hoidon menetelmät. Tarkoitus on hoitotyöntekijöiden lääkkeettömien kivun hoitomenetelmien osaamisen kehittäminen sekä PAINAD kivun arviointimittarin käytön opastaminen. Tarkoituksena on myös tuoda viimeisin tutkittu näyttö muistisairaahan asukkaan kivun arvioinnista sekä lääkkeettömän kivun hoidon menetelmistä hoitotyöntekijöiden tietoon.
7.12.2018- 6.1.2019	Surveykysely asumispalveluiden hoitotyöntekijöille internetissä. Kyselyn tarkoitus on arvioida, miten hoitotyöntekijät kokevat PAINAD -mittarin käytettävyyden ja hyödynnettävyyden toteutuvan omassa työssään ja miten mittari tukee hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittymistä. Linkki kyselyyn https://fi.surveymonkey.com/r/8VVSVWK
1/2019	Kyselyiden tulosten analysointi ja pilotointisuunnitelman laatiminen vertaisarviointia varten.
2/2019	Projektiryhmän toinen kokous, jossa käsitellään osaamisen käsitettä, sanatonta viestintää ja sitä, mitä osaamista mittarin käyttö edellyttää. Pilotoinnin toteutus 4.2.2019-17.2.2019. Pilotoinnin tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarin käytön osaamista ja hoitotyöntekijöiden tekemien muistisairaahan asukkaan kivun arviointien tasalaatuisuutta. Viikolla 8 kokoontuu projektiryhmä, jossa pilotointiin osallistuneet hoitotyöntekijät tekevät itsearviointin SWOT -analyysin avulla. Pilotoinnin tulosten kerääminen 6-3-5 -menetelmällä ja tulosten avaaminen induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Ennen pilotoinnin toteutusta tehtiin muistisairaahan asukkaan kivun arviointimittarille käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arviointi survey -kyselyn avulla. Internetissä tehtävä kysely antaa mahdollisuuden vastata siihen muuallakin kuin työpaikalla. Kivun arviointityökalun arvioinnin jälkeen voidaan todeta, että se koettiin hyväksi, helpoksi, nopeaksi ja toimivaksi menetelmäksi arvioida asukkaan kipua.

että ennen PAINAD -mittarin käyttöönottoa asumispalveluiden osastoilla projektipäällikkö eli opinnäytetyöntekijä pitää luennon hoitotyöntekijöille, jossa PAINAD -mittarin käyttö ohjeistetaan. Opinnäytetyöntekijä tuo esille ensimmäisen ja toisen syklin tulokset.

LÄHTEET

Itsearviointiopas. (n.d.) Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus. Viitattu 27.1.2019. Haettu osoitteesta <https://www.stea.fi/documents/2184241/2492102/Itsearviointiopas/9c90fac1-47a8-4bdc-a35f-9b22d9020080>

Taulukko 11. 4-3-5 aineiston litterointi ja koodaus

ONGELMA	RATKAISUEHDOTUKSET		
1 Ei uskota omiin kykyihin tehdä päätöksiä	1A Annetaan palautetta rakentavasti 1AA Ei tyrmätä toisen päätöksiä.	1B Arvostetaan työkaveria 1BB tuetaan häntä päätöksenteossa 1BBB annetaan jokaiselle mahdollisuus tehdä päätöksiä	1C Esimies antaa palautetta 1CC esimies tukee hoitajia heidän työssään.
2 Kivun oireiden tunnistamiseen ei osaamista	2A Kivunhoidon sekä arvioinnin osaamiseen enemmän koulutusta	2B Keskustellaan kivun hoidosta ja kivun arvioinnista työyhteisössä 2BB tehdään kivun arviointia yhdessä keskustellen	2C Tehdään kivun arviointia kivun arviointimittarin avulla usein, jotta osaaminen oireiden tunnistamiseen kasvaa
3 Muistisairauksien vaikutus käytökseen ei tiedossa	3A Vanhustyön laaja-alaista osaamista lisättävä	3B Säännöllisin väliajoin koulutusta muistisairauksista hoitohenkilökunnalle	3C Asukkaan muuttaessa palvelukeskukseen omaisten ja asukkaan kanssa elämänhistoria kartoitus, jossa käydään läpi myös asukkaan käyttäytymistä ennen ja nyt. Esimerkiksi miten hän osoittaa olevansa vihainen tms.
4 Vuorovaikutustaitojen puute	4A Luottamuksellisen ilmapiirin luominen sekä työkavereiden että asukkaiden kanssa	4B Säännöllisesti muistutellaan hoitajia siitä, miten työpaikalla käyttäytyään ja miten työkavereita ja asukkaita kohtaan käyttäytyään	4C Otetaan käyttöön viikkopalaverit, joissa jokainen sanoo jotain ja jokaisen esille tuoma asia otetaan vastaan kritisoidumatta
5 Ei osata hyödyntää kivun arvioinnista saatuja tuloksia oikein	5A Olisi hyvä, jos olisi konkreettiset ohjeet siitä, miten minkäkin kivun arviointimittarin tuloksen saatuasi etenet kivun hoidossa	5B Keskustellaan tuloksesta ja siitä, miten edetään yhdessä muiden hoitajien kanssa	5C Keskustellaan lääkärin kanssa siitä, miten tulos vaikuttaa asukkaan kivun hoitoon
6 Ajankäyttö ja sen hallinta. Ei ole riittävästi aikaa arvioida kipua.	6A Työyhteisön tuki eli annetaan kivun arviointia tekevän hoitajan tehdä arviointi rauhassa ja kiireettömästi. Ei turhia keskeytyksiä.	6B Pyritään katsomaan rauhallinen tilanne, kun kipua arvioidaan. Aina se ei silti ole mahdollista.	6C Hyvä kivun arvioinnin tekemisen osaaminen eli panostetaan kivun arvioinnin tekemisen osaamiseen
7 Kivun arviointi tuloksen kirjaaminen oikein ja hyödynnettävästi	7A Sovitaan yhdessä työkavereiden kanssa mihin kivun arviointi tulos kirjaetaan, jotta se tulisi kaikille näkyväksi	7B Ei kirjata pelkkää numero tulosta vaan avataan myös sanallisesti se mistä tulos koostui eli miten kipu ilmeni	7C Kirjataan kivun arviointi tulos heti, ettei esimerkiksi ilmeet ja eleet unohdu
8 Yhteistyön puute	8A Uskalletaan nostaa ristiriitatilanteet esille ja yhdessä käydä ne läpi	8B Jokainen auttaa toinen toistaan tarvittaessa	8C Yhtenäinen toimintamalli auttaa siinä, että asiat tehdään samalla lailla eikä kukaan voi sanoa, ettei sitä noin tehdä tai

		8BB keskustellaan yhdessä kivun arvioinnista ja tuloksista sekä mahdollisista kivun hoidon keinoista	ei olisi saanut antaa kipulääkettä, jos ohjeiden mukaan sitä saa siinä kohtaa antaa.
9 Kivun arviointi tulosten raportointi suullisesti	9A Annetaan tulos myös sanallisesti, koska kaikki eivät välttämättä osaa tai tiedä miten esimerkiksi tulos 5 voi vaikuttaa asukkaan vointiin tai kivun hoitoon	9B Harjoitellaan säännöllisesti kivun arviointimittarilla saadun tuloksen sanallista raportointia, koska tärkeää on kertoa mistä tulos koostuu esimerkiksi, miten kipu näkyy asukkaan ilmeissä.	9C Raportointi vaikuttaa jatkohoidon suunnitteluun siksi se on tärkeää, jotta seuraava vuoro tietää miten jatkaa kivun arviointia ja kivun hoitoa.
10 Hoitajien huonot asenteet kivun arviointimittarin tarpeellisuudesta ja motivaation puute sen käytössä	10A Motivoidaan hoitajia kivun arviointimittarin käyttöön osoittamalla sen hyödyt kivun hoidon tukena	10B Otetaan jokaisen hoitajan mielipiteet huomioon kivun arviointimittarin käytöstä sekä sen tarpeellisuudesta	10C Muistutetaan jokaista hoitajaa omasta vastuustaan tehdä työ hyvin ja ammattitaidolla 10CC jokaisella vastuu olla kehittämässä osaamistaan
11 Asukkaiden yksilöllisyyden huomioiminen	11A Suunnitellaan jo asukkaan muuttessa osastolle hänen kivun hoitoaan yhdessä asukkaan ja omaisten kanssa. Elämänhistorialomake.	11B Erilaisuuden ymmärtäminen sekä erilaisuuden hyväksyminen 11BB Erilaisuudesta keskusteleminen avoimesti työyhteisössä	11C Säännöllisesti keskustellaan työyhteisössä yksilöllisyyden vaikutuksesta kivun kokemiseen
12 Tukeudutaan liikaa kivun arviointimittariin unohdetaan asukkaan näkemys	12A Muistutetaan työntekijöistä, että aina on otettava myöskin asukkaan näkemys huomioon, jos se vain on mahdollista	12B Kysytään myös asukkaalta itseltään tuntemuksista	12C Jos asukas ei pysty itse puhumaan tai ilmaisemaan muuten itsenään voidaan pyytää omaiselta apua, koska hän tuntee asukkaan hyvin.