

Teemu Hurtig & Emmi Leppänen

MUISTISAIRAAAN PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

Koulutus muistisairaahan palliatiivisen hoidon toteuttamisesta

MUISTISAIRAAN PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

Koulutus muistisairaahan palliatiivisen hoidon toteuttamisesta

Teemu Hurtig & Emmi Leppänen

Opinnäytetyö

Syksy 2021

Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Tekijät: Teemu Hurtig & Emmi Leppänen
Opinnäytetyön nimi: Muistisairaana palliatiivinen hoitotyö
Työn ohjaajat: Pia Mäenpää & Minna Vanhanen
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2021

Sivumäärä: 35 + 7

Kuolema koskettaa jokaisen ihmisen elämää. Hoitotyössä kuolemaa nähdään eri ikäryhmissä, mutta erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä. Palvelukodeissa työskentelevät hoitajat joutuvat kohtaamaan potilaan kuoleman jopa kymmeniä kertoja vuodessa. Tämän vuoksi on tärkeää, että kuolemaa edeltävä hoito on toteutettu hyvin ja potilaan omaa tahtoa kuunnellen ja kunnioittaen. Hyvän palliatiivisen hoidon toteuttaminen on tärkeää erityisesti potilasryhmässä, joka ei enää itse osaa tahtoaan ilmaista. Siksi aiheeksemme valikoitui muistisairaana palliatiivinen hoito.

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostuu teoriaosuudesta, ja sen pohjalta muodostetusta koulutuksesta. Koulutus pidettiin Attendo Savotanpuiston henkilökunnalle 1.11.2021. Attendo Savotanpuisto on 45 paikkainen ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoivakoti, joka on valmistunut vuonna 2015 Oulun Metsokankaalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä muistisairaiden kanssa työskentelevien hoitajien osaamista muistisairaana palliatiivisen hoidon hyvistä käytännöistä. Tavoitteena oli myös perehtyä itse syvällisesti opinnäytetyömme aiheeseen, ja lisätä myös omaa osaamistamme.

Lähtökohtana opinnäytetyölle oli työelämästä lähtevä tarve lisäkoulutukselle muistisairaana palliatiivisen hoidon toteuttamisesta. Opinnäytetyön tuotoksena pyrimme tekemään laadukkaan ja kattavan koulutuksen, joka toteutettiin luentona powerpoint-esityksen pohjalta. Luennon aikana käsitelimme keskeisiä muistisairaana palliatiiviseen hoitoon liittyviä teemoja, muun muassa kivunhoitoa ja kivun tunnistamista, ravitsemusta sekä oireenmukaista hoitoa. Lisäksi oppijoiden osallistamisena oli Kahoot-tietovisa, jossa esiintyneet kysymykset pohjautuivat luentomateriaaliin.

Koulutuksen päätteeksi keräsimme palautetta koulutuksen onnistumisesta palautelomakkeella. Pääsääntöisesti koulutusta pidettiin hyödyllisenä työelämän kannalta, ja osallistujat kokivat, että voivat hyödyntää oppimaansa työelämässä. Kehitysehdotuksena koulutukseen toivottiin lisää tietoa kivunhoidosta, erityisesti sairaanhoitajien taholta.

Asiasanat: palliatiivinen hoito, saattohoito, muistisairaus, ennakoiva hoitosuunnitelma, hoidonrajaus, oirehoito, kivun hoito, lääkkeettömät ja lääkkeelliset hoitomenetelmät.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

Authors: Teemu Hurtig & Emmi Leppänen
Title of thesis: Palliative Therapy among Patients with Cognitive Retention Disorder
Supervisors: Pia Mäenpää & Minna Vanhanen
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2021
Number of pages: 35 + 7

Death concerns everyone in life. Working as a nurse, one sees death in every age group, but especially in older ages. Nurses who work at old people's home, see even dozens of deaths annually. That's why it is very important to carry out the care before death well. To carry out good care before death, it is important to listen and respect the wishes of patient. Patients who have cognitive retention disorders, can't always tell what is best for them and can be left without the care they want. That's why we picked *Palliative Therapy among Patients with Cognitive Retention Disorder* of the subject of our thesis.

The work was done by commission of nursing home Attendo Savotanpuisto. The starting point of this thesis was minor education about palliative care among the nurses at the unit of Savotanpuisto. The thesis was carried out as a practice-based thesis. The thesis consists of theory part, on which basis we formed the education to department hour at the unit of Savotanpuisto on 1.11.2021. The presentation included pain recognition and management, nutrition, and symptomatic care. The aim of the education was to increase the knowledge of the participants about palliative care among cognitive retention disorder patients. Another main goal was also to increase our own knowledge about palliative care.

At the end of the lecture, we collected feedback on the usefulness of the presentation. In general, the lecture was found useful and applicable in practice. As a suggestion for improving the lecture, more information on pain management was requested, especially from participants with degree of registered nurse.

Keywords: Palliative Therapy, Hospice Care, Cognitive Retention Disorder, Patient Care Planning, Analgesia, Medical and Non-Medical Analgesia

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT.....	4
SISÄLLYS.....	5
1. JOHDANTO.....	7
2. MUISTISAIRAAN PALLIATIIVINEN HOITO	9
2.1. Muistisairaus	9
2.2. Palliatiivinen hoito	9
2.3. Saattohoito	10
2.4. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen	10
2.5. Psykososiaalinen tukeminen palliatiivisessa hoidossa	12
3. MUISTISAIRAAN OIREHOITO	13
3.1. Muistisairaahan kivun tunnistaminen	13
3.2. Muistisairaahan palliatiivinen lääkkeellinen kivunhoito	15
3.3. Muistisairaahan palliatiivinen lääkkeetön kivunhoito	15
3.4. Ravitsemus ja ruokahalu	16
3.5. Suun hoito	16
3.6. Pahoinvointi ja oksentelu	17
3.7. Hengenahdistus	17
4. ARVOKAS KUOLEMA	19
5. LUENTO OPETUSMATERIAALINA	20
6. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	21
6.1. Lyhyen aikavälin tavoite	21
6.2. Pitkän aikavälin tavoite	21
6.3. Oppimistavoitteet	22

6.4.	Laatutavoite.....	22
7.	<i>PROJEKTIN TOTEUTUS</i>	23
7.1.	Projektin toteutus	23
7.2.	Projektin aikataulu.....	24
7.3.	Projektiorganisaatio.....	25
7.4.	Riskien ja muutosten hallinta.....	26
7.4.1.	Koulutuksen pitämiseen liittyvät riskit ja muutosten hallinta	26
7.4.2.	Palautteen saamiseen liittyvät riskit	26
7.4.3.	Tekniset riskit	27
7.4.4.	Turvallisuuteen liittyvät riskit.....	27
8.	<i>OSASTOTUNNIN ARVIOINTI</i>	28
9.	<i>POHDINTA</i>	31
	<i>LÄHTEET</i>	33
	<i>LIITTEET</i>	36

1. JOHDANTO

Palliativisen hoidon ja saattohoidon tarve lisääntyy tulevaisuudessa yhä enemmän väestön vanhentuuessa. Suomessa verenkiertoelimestön sairaudet ja syövät ovat edelleen suurin kuolinsyy, mutta dementian osuus kuoleman aiheuttajana on lisääntynyt vuosien saatossa. Tähän voi vaikuttaa muun muassa pidentynyt elinikä ja elinajanodote. Vuonna 2012 Suomessa kuoli yli satavuotiaita 16 kertaa enemmän kuin 30 vuotta aiemmin (Antikainen ym. 2015.)

Vuonna 2017 palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä on annettu uudet suositukset sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Uusien suositusten mukaan laadukas palliativinen hoito on jokaisen oikeus. Tähän on sisällytetty mahdollisuus kotisaattohoidon järjestämisestä. Palliativinen hoito on porrastettu kolmeen tasoon: perustasoon, perustason saattohoitoyksiköihin, ja vaativan erityistason yksiköihin (Lehto & Saarto 2019.)

Edelleen ympäri maailmaa ihmisiä elää ja kuolee kivuliaina, peloissaan ja fyysisiä, hengellisiä ja psykososiaalisia oireita yksin kärsien. Palliativisen hoitotyön tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää tätä kärsimystä sekä mahdollistaa ihmiselle arvokas elämän loppuvaihe ja kuolema (Erjanti, Anttonen, Grönlund & Kiuru toim. 2014.) Palliativinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, ja se käsittää niin fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset kuin eksistentiaalisetkin tarpeet (Käypä hoito 2019). Palliativisessa hoidossa otetaan potilaan lisäksi myös omaiset huomioon. Heidän hyvinvointiaan tuetaan ja edistetään hoitoon ja päätösten tekoon mukaan ottamalla, tiedon antamisella sekä tarjoamalla tukea tarvitsemallaan tavalla (Erjanti ym. 2014).

Opinnäytetyön lähtökohtana on hoitajien kokemus liian vähäisestä koulutuksesta muistisairaana palliativisen hoidon toteuttamisesta. Attendo Savotanpuiston yksikössä hoidetaan paljon muistisairaita vanhuksia, ja palliativista hoitoa ja saattohoitoa toteutetaan lähes jokaisen asukkaan kohdalla. Savotanpuiston yksikön hoitajat ovat kokeneet, että palliativisen hoidon toteuttamisesta on saatu liian vähän koulutusta, ja palliativisen hoidon toteuttamisesta muistisairaana sekä muistisairaana omaisten näkökulmasta tarvittaisiin enemmän tietoa ja ohjeistusta.

Myös opinnäytetyön tekijöiden subjektiivisesta näkökulmasta palliativisesta hoitotyöstä opetetaan kohtalaisen vähän, varsinkin ammattikorkeakoulussa hoitotyön tutkinto-ohjelmassa. Kolmen ja puolen vuoden sairaanhoitajaopinnot sisältävät muutaman luennon ja verkkokurssin palliativisesta

hoitotyöstä. Tämän lisäksi syventävistä opinnoista voi vapaasti valita viiden opintopisteen opintokokonaisuuden palliatiivisesta hoitotyöstä. Palliatiivinen hoito kuitenkin koskettaa suurta osaa ihmisistä elämän loppuvaiheessa, minkä vuoksi on tärkeää, että hoitotyön ammattilaiset osaavat palliatiivisen hoidon toteuttamisen.

Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella koulutustuokio työn tilaajan, Attendo Savotanpuiston yksikön, hoitajille muistisairaana palliatiivisen hoidon toteuttamisesta. Koulutuksessa käytettävä Powerpoint-esitysmateriaali annetaan hoitohenkilökunnalle käyttöön myöhempää tarkastelua ja opitun kertaamista varten.

2. MUISTISAIRAAN PALLIATIIVINEN HOITO

2.1. Muistisairaus

Muistisairaudella tarkoitetaan muistia, tiedonkäsittelyä ja kognitiota heikentävää sairautta. Näistä käytetään myös nimikettä dementia, joka ei kuitenkaan ole sairaus vaan edellä mainittujen toimintojen heikentymisestä johtuva tila, joka haittaa selviytymistä arjen toiminnoista. Yleisimmät muistisairauksien ja dementian syyt ovat Alzheimerin tauti ja aivoverenkierrosairauksiin liittyvät muistisairaudet. Usein esiintyy myös näiden kahden sekamuotoista muistisaurautta. Muita syitä ovat Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus sekä otsa- ja ohimolohkorappeumat. (THL 2020).

Muistisairauden ensioireina on usein lieviä muistivaikeuksia, uupumista ja masentuneisuutta, päivittäisten asioiden hoitamisesta tulee hankalaa tai asioiden hoitaminen unohtuu, tavaroiden käyttötarkoitus tai itse tavarat ovat hukassa. Useinkaan sairastunut ei itse huomaa kykyjensä heikentymistä, vaan omaiset tai muut läheiset huomaavat poikkeavaa käytöstä ja muutoksia sairastuneen persoonallisuudessa. Muistisaurautta aiheuttavia riskitekijöitä ovat muun muassa korkea ikä, geeniperimä, ylipaino, vähäinen liikunta, diabetes, kohonnut verenpaine ja kolesteroli sekä pitkittynyt stressi. (Kelo ym. 2015 s. 207–208).

2.2. Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa, jossa pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä sekä vaalimaan elämänlaatua sairauden siinä vaiheessa, jossa sen kulkuun ei voida enää olennaisesti vaikuttaa. Kuolema on normaali tapahtuma palliatiivisen hoidon päätteeksi. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei kuitenkaan ole pidentää eikä lyhentää elämää, vaan parantaa ihmisen elämänlaatua lääkkeellisin ja lääkkeettömin keinoin ennen kuoleman kohtaamista. Käsitettä palliatiivinen hoito eli oireita lievittävä hoito käytetään kaikissa sairauden vaiheissa riippumatta hoitolinjasta, ja varhain aloitetulla palliatiivisella hoidolla voidaan kroonisen sairauden hoidon rinnalla merkittävästi parantaa potilaan elämänlaatua (Käypä hoito 2019.)

Siinä vaiheessa, kun sairauden kulkuun ei voida olennaisesti vaikuttaa, puhutaan palliatiivisesta hoitolinjasta. Palliatiivisessa hoidossa palliatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan palliatiiviseen hoitoon johtavia kroonisia sairauksia, joita ovat muun muassa erilaiset sydän- ja keuhkosairaudet, syöpä,

neurologiset sairaudet sekä vaikea munuaisten vajaatoiminta. Usein vaikean vaiheen dementia johtaa palliatiiviseen hoitolinjaukseen (Käypä hoito 2019.)

2.3. Saattohoito

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteet voivat olla monelle epäselviä, ja niiden välistä rajaa ei osata erottaa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ja sillä tarkoitetaan palliatiivisen hoidon viimeistä vaihetta, joka ajoittuu lähelle kuoleman hetkeä, eli viimeisiin elinpäiviin tai -viikkoihin, ja päättyy kuolemaan. Saattohoidon tavoitteena pidetään kuolemaa edeltävän kärsimyksen lievittämistä ja hyvää kuolemaa (Terveyskyä.fi 2018).

Saattohoidossa on erityisen tärkeää eettisten periaatteiden kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeutta pidetään sosiaali- ja terveydenhuollon johtavana periaatteena (Valvira 2018). Itsemääräämisoikeuden säilyminen, eli oikeus toimia ja päättää asioistaan ilman ulkopuolista vaikuttamista, on myös yksi saattohoidon tärkeimmistä toimintaperiaatteista (Erjanti ym. 2014.)

Myös laki puhuu potilaan itsemääräämisoikeuden puolesta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. Jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan, on potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista kuultava ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä. Näin voidaan parhaiten taata ihmiselle hänen tahtonsa mukainen hoito. Muussa tapauksessa, esimerkiksi läheisten ristiriitatilanteissa, potilasta tulee hoitaa tavalla, joka on hänen henkilökohtaisen etunsa mukaista (Asetus potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 6 §.)

2.4. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen

Palliatiivisessa hoidossa korostuvat potilaan omat toiveet ja mieltymykset loppuvaiheen hoidon suhteen. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu hyvissä ajoin tehty hoitosuunnitelma (advance care planning eli ACP) ja hoitolinjaukset. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan ja hänen omaistensa sekä lääkärin kanssa. Yhdessä potilaan kanssa laadittu hoitosuunnitelma huomioi potilaan ja omaisten toiveet ja näin vältetään epätarkoituksenmukaisilta hoidoilta ja sairaalajaksoilta (Käypä hoito 2019.)

Hoitosuunnitelmaan tulee sisällyttää kirjaukset ja keskustelut sairauden vaiheesta, käytettävistä hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksista ja hoidon rajauksista sekä hoidosta

vastaavasta tahosta. Hoitosuunnitelmaan tulee myös sisällyttää potilaan toiveet ja pelon aiheet sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitosuunnitelman tarkentaminen sairauden edetessä on usein tarpeen (Käypä hoito 2019.)

Hoitotahto on tärkeä osa palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelmaa. Siinä potilas ilmaisee tahtonsa tulevasta hoidosta siltä varalta, ettei itse pysty hoitoratkaisuihinsa osallistumaan esimerkiksi tajuttomuuden vuoksi. Hoitotahto on näin ollen voimassa vain silloin, kun potilas ei pysty itse tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Hoitotahto tulisi mieluiten laatia kirjallisena ja omakätisesti allekirjattuna. Myös kahta perheeseen tai lähisukuun kuulumatonta todistajaa suositellaan käyttämään, mutta hoitotahto on voimassa ilman todistajakin (Terveyskirjasto 2016.)

Hoitotahto voidaan tarvittaessa laatia suullisena, ja tässä tapauksessa se tulee kirjata sairauskertomukseen ja pyytää siihen mahdollisuuksien mukaan potilaan allekirjoitus. Hoitotahdon voi laatia missä tahansa elämän vaiheessa ja sen voi tallettaa Kantaan eli Kansalliseen terveysarkistoon. Hoitotahto tulisi tarkistaa säännöllisin väliajoin, mieluiten alle kymmenen vuoden välein (Terveyskirjasto 2016.)

Hoitosuunnitelmaa laatiessa on tärkeää keskustella hoitolinjauksista ja hoidon rajauksista. Hoitolinjauksella voidaan määritellä hoidon tavoite, ja potilaalle turvataan hänen arvojensa ja toiveidensa mukainen, mutta myös lääketieteellisesti perusteltu paras mahdollinen hoito. Näin hyödyttömät ja kärsimystä lisäävät hoidot vältetään. Kun sairauden ennusteeseen ei voida vaikuttaa tai potilas ei sitä tahdo, puhutaan palliatiivisesta hoitolinjauksesta. Kuoleman lähestyessä tehdään saattohoitopäätös, jolla ilmaistaan palliatiivisen hoitolinjan vaihe, jossa hoidetaan kuolevaa potilasta. Päätös pidättäytyä elvytyksestä sisältyy saattohoitopäätökseen (Käypä hoito 2019.)

Hoitosuunnitelman ja hoitotahdon laatiminen tulisi aloittaa hyvissä ajoin, etenkin muistisairaana kohdalla, sillä toiveiden ilmaiseminen vaikeutuu muistisairauden edettyä loppuvaiheeseen. Kun hoitosuunnitelman laatiminen aloitetaan muistisairauden varhaisessa vaiheessa, on ihminen usein kykeneväisempi ilmaisemaan toiveitaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suhteen, kuin muistisairauden edetessä pidemmälle (Palliatiivinentalo.fi 2018.)

2.5. Psykososiaalinen tukeminen palliativisessa hoidossa

Palliativinen hoitotyö ja kuoleman lähestyminen herättää usein paljon erilaisia tunteita erityisesti potilaassa, mutta myös hänen omaisissaan ja läheisissään sekä hoitohenkilökunnassa. Parantumattomasti sairas ja kuolemaa lähestyvä ihminen kokee laajan skaalan erilaisia tunteita, negatiivisia ja positiivisia, aina kärsimyksestä ja kuolemanpelosta toivon ja iloon. Tunteiden kohtaamisessa ja käsittelemisessä on kuolevan potilaan hoitajilla suuri rooli (Surakka ym. 2015.)

Parantumattomasti sairastunutta ja hänen omaisiaan lähestyttäessä tulee muistaa kunnioittava ote ja emotionaalisuus eli tunneherkkyys. Tähän ei kuulu pyrkimys tulkita tunteita tai osoitus ymmärtämisestä, mitä potilas tai omaiset kokevat kuoleman lähestyessä. Tunteiden tulkitsemista voidaan pitää jopa jonkinasteisena tunneväkivaltana. Tunneväkivaltaa harjoittaa myös hoitaja, joka ryhtyy kuvaamaan potilaalle tämän tunteita, minkä seurauksena potilas ei tunne tulewansa nähdyksi ja kuulluksi. Tämä lisää yksinäijämisen tunnetta, ja sitä kautta pelkoa ja epätoivoa (Surakka ym. 2015 s. 88–89.)

Kun ihminen kuulee olevansa parantumattomasti sairas, haluaa hän vastustaa tätä tietoa, sillä se uhkaa hänen olemassaoloaan. Tässä tilanteessa ihminen haluaa ymmärrystä, miksi juuri hän kuolee. Puhutaan niin sanotusta potilaan eksistentiaalisesta kärsimyksestä, ja potilas usein tarvitsee emotionaalista tukea tunteidensa käsittelyyn. Hoitajan tehtävänä on tässä tilanteessa alkaa rohkeasti vuorovaikutukseen potilaan kanssa ja asettua potilaan tunteiden peiliksi (Surakka ym. 2015.)

3. MUISTISAIRAAN OIREHOITO

3.1. Muistisairaahan kivun tunnistaminen

Kivulla tarkoitetaan epämiellyttävää kokemusta kudoksen vaurion tai sen uhan yhteydessä (Käypä hoito 2017). Kipua esiintyy monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa, erityisesti kuoleman lähestyessä. Lähtökohtaisesti kipua arvioidaan potilaan subjektiivisesta näkökulmasta. Muistisairaahan edetessä potilaan kivun tunnistaminen hankaloituu, sillä potilaan kyky ilmaista kipua verbaalisesti vaikeutuu. Myös potilaan kyky hahmottaa tuntemuksiaan ja esimerkiksi kivun sijaintia vaikeutuu. Kun muistisairas ei enää voi kipua sanallisesti kertoa tai ei osaa paikantaa sitä, voi kipu näyttäytyä esimerkiksi erilaisina käytösoireina ja kasvojen eleinä (Finne-Soveri yms. 2015.)

Kivun tunnistaminen on vaikeinta siinä vaiheessa, kun muistisairas ei pysty enää ilmaisemaan kipuaan sanallisesti. Tämä vaihe voi kestää pitkiäkin aikoja, jopa vuosia, ennen kuolemaa, ja tämän vuoksi muistisairas voi tuntea suurta kärsimystä, kun ei itse pysty kertomaan, mitä tarvitsee. Tämän seurauksena kivun tunnistaminen ja arviointi jää hoitohenkilökunnan varaan. Potilasta havainnoimalla on myös hankala arvioida, onko potilaan tuntemus kipua, vai johtuuko tuntemus jostain muusta, esimerkiksi pelon tai ahdistuksen tunteesta, tai jostakin epämiellyttävästä aiheuttavasta tekijästä, kuten limaisuudesta tai epämiellyttävästä asennosta. Käsitettä epämiellyttävyys (discomfort) käytetään loppuvaiheen dementiassa. Osa tästä tuntemuksesta voi myös olla kipua (Finne-Soveri yms. 2015.)

Kivun voimakkuuden säännöllinen arviointi on tärkeää kivun hoidon tarpeen selvittämiseksi ja hoitovasteen seuraamiseksi. Kivun on muistisairaahan potilaan kohdalla osoitettu liittyvän kasvojen ilmeisiin, käytökseen, ääntelyyn, viitteisiin masennuksesta sekä uniongelmiin. Otsan rypistäminen, kireä tai irvistelevä kasvojen ilme sekä suupieltä ja leukojen kireys voivat viitata kipuun. Myös motorinen levottomuus, vihaisuus, huokailu ja tiheä, pinnallinen hengitys voivat antaa viitteitä kivusta (Finne-Soveri yms. 2015.)

Jos vain mahdollista, on kivun voimakkuutta ja sijaintia kysyttävä potilaalta itseltään, jolloin potilas saa itse mahdollisuuden kertoa subjektiivisesti tuntemustaan kivusta. Lievää dementiaa sairastavilta voidaan kivun selvittelyssä käyttää apuna esimerkiksi sanallisia tai numeerisia asteikoita tai kasvoasteikoita. Jos muistisairas ei pysty kipuaan ilmaisemaan, voidaan kivun

arvioinnissa käyttää PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). Tällä mittarilla arvioidaan kivun voimakkuutta hengityksen, ääntelyn, ilmeiden, kehon kielen sekä lohduttamisen vaikutuksen avulla (Finne-Soveri yms. 2015.)

TAULUKKO 1. PAINAD-mittari

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä
Hengitys	Ääntelystä riippumatta normaali. Lyhytkestoinen hyperventilaatiojakso.	Hengitys vaivalloista. Pitkäkestoinen hyperventilaatiojakso.	Äänekäs ja vaivalloinen hengitys.
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Vaikerointi ja voihkinta satunnaista. Valittavaa, hiljaista puhetta.	Äänekäs ja vaivalloinen hengitys.
Ilmeet	Ilmeetön tai hymytön.	Pelokas, surullinen.	Irvistää.
Elekieli	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireys. Ahdistunutta kävelyä. Levoton liikehdintä.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Poisvetämistä tai työntämistä.
Lohduttaminen	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.

3.2. Muistisairaahan palliatiivinen lääkkeellinen kivunhoito

Palliatiivisen potilaan kipua pyritään hoitamaan ensisijaisesti suun kautta (p.o.) otettavilla tablettilääkkeillä. Jos potilas ei pysty nielemään, voidaan lääke antaa vaihtoehtoisella tavalla, kuten liuksena tai bukkaalisesti eli limakalvoille. Käytössä on myös kipulaastareita, erilaisia tablettimuotoja, nenäsumutteita ja peräpuikkoja. (Antikainen ym. 2015 s. 312–313).

Suonensisäinen nesteytys ja antibiootti sekä letkuruokinta lisäävät tutkimusten mukaan vain kärsimystä, eivätkä paranna ennustetta tai lievitä oireita. Pahimmassa tapauksessa hyväksi tarkoitetut hoidot siis voivat pahentaa oireita ja potilaan kärsimyksiä elämän viimeisinä hetkinä. (Antikainen ym. 2015 s. 561–562).

Saattohoitopotilaan pääsääntöisenä kipulääkkeenä käytetään opioidilääkitystä. Opioidilääkitystä käytetään usein myös hengenahdistuksen ja hengitysvaikeuden ensisijaisena hoitona. Opioidit aiheuttavat usein ummetusta sileän lihaksen jännitystason lisääntyessä ja sen myötä suolen estäen suolen normaalin toiminnan. Tämän vuoksi opioidilääkityksen aloituksen yhteydessä on myös huolehdittava suoliston toiminnasta, sillä pitkään jatkunut ummetus voi aiheuttaa suolen tukkeutumisen aiheuttaen potilaalle lisää kärsimystä (Käypä hoito 2019.)

3.3. Muistisairaahan palliatiivinen lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeellisen kivunhoidon tukena on tärkeää käyttää lääkkeetöntä kivunhoitoa. Ylimääräiset ja potilaan kipua ja kärsimystä lisäävät toimenpiteet ja hoitopaikkasiirrot ovat tärkeää jättää suorittamatta (Käypä hoito 2019.)

Muistisairaahan kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt, eikä hän varsinkaan sairauden loppuvaiheessa pysty huolehtimaan esimerkiksi omista perustarpeistaan (THL 2021). Tämän vuoksi hyvä perushoito ja perustarpeista huolehtiminen kuuluu ehdottomasti muistisairaahan palliatiivisen hoidon perusteisiin. Sen avulla voidaan vähentää merkittävästi kipua lisääviä tekijöitä, kuten erilaisia painehaavoja (Terveyskirjasto 2019.). Kiristävät vaatteet lisäävät epämiellyttävää tunnetta ja voivat hankaloittaa hoitotoimenpiteitä. Ne on saattohoitovaiheessa hyvä riisua pois, ja vaihtaa esimerkiksi helposti puettavaan ja riisuttavaan avopaitaan (Henttonen ym. 2020.)

Rentoutuminen ja jännityksen lievittäminen vähentää kipua. Muistisairas ei välttämättä pysty käsittämään rentoutumisen merkitystä kivun hoidossa. Tämän vuoksi potilaan asennolla voidaan vähentää kehon jännitystiloja (Terveyskylä.fi 2018.) Asennonvaihdot tulee muistaa tehdä säännöllisesti myös painehaavojen ehkäisemiseksi (Terveyskirjasto 2019).

3.4. Ravitseminen ja ruokahalu

Kuoleman lähestyessä ruokahaluttomuutta voivat lisätä makuaistin muutokset, kuiva tai kipeä suu, ummetus, mahasuolikanavan tukos sekä psyykkiset oireet, kuten ahdistuneisuus (Antikainen ym. 2018, s. 70). Tärkeintä on huolehtia muistisairaana riittävän monipuolisesta ruokavaliosta ja tarpeellisten ravintoaineiden saamisesta. Muistisairauden edetessä proteiinin ja energian saaminen ravinnosta on ennalta tärkeämpää ja tarvittaessa tulee käyttää lisäproteiinivalmisteita. Laadukas ja näyttävä ruoka-annos, rauhallinen ruokailutila ja yhdessä syöminen voivat parantaa muistisairaana ruokahalua. Henkilökohtaiset lempiruuat on hyvä ottaa huomioon (Lehtisalo & Suominen 2020.)

Muistisairaana ravitsemusta tulee seurata säännöllisesti. Esimerkiksi punnitsemalla muistisairas vanhus kuukausittain saadaan ajoissa ehkäistyä painon liiallinen putoaminen, ja painonlaskua voidaan alkaa hillitsemään ajoissa (Lehtisalo & Suominen 2020.) Kakeksiaksi kutsutaan hyperkatabolista tilaa, johon kuuluu tahaton painon lasku, luurankolihasten kato, vähentynyt rasvakudos ja laajat aineenvaihdunnan muutokset. Kakeksia yleensä lisää ruokahaluttomuutta. Kakeksian välttäminen ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä on tärkeää, ja tärkeää onkin varhainen riskipotilaiden tunnistaminen aliravitsemusseulonnalla (Antikainen ym. 2018, s. 70.)

3.5. Suun hoito

Suun ja ylähengitysteiden kuivuminen on palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa monen potilaan ongelma. Suun kuivuminen on seurausta yleensä syljen erityksen vähenemisestä tai syljen koostumuksen muuttumisesta (Käypä hoito 2019.)

Suun kipua hoidetaan ensisijaisesti selvittämällä kivun aiheuttaja. Proteesien tulisi istua suuhun hyvin ja hampaiden ja ienten kunnosta on tärkeää huolehtia päivittäisellä puhdistuksella. Huonokuntoiset hampaat toimivat infektioporttina. Limakalvojen kuivuminen altistaa kipua aiheuttavilla rikkoumille. Suun kivun lääkkeellisessä hoidossa voidaan käyttää kolmos- ja

nelosgeeliä, jotka sisältävät antiseptistä ja puuduttavaa komponenttia. Morfiinisuuvedellä voidaan myös paikallisesti vähentää suun kipua (Antikainen ym. 2018, s. 48–49.)

Saattohoitovaiheessa suun hoidossa on tärkeää muistaa suun säännöllinen puhdistaminen ja kostuttaminen useita kertoja vuorokaudessa. Suun puhdistamiseen soveltuu keittosuolaliuoksella kostutettu taitos. Saattohoitovaiheessa hammasproteesit tulisi poistaa. Suun limakalvoja voidaan kosteuttaa esimerkiksi oliiviöljyllä tai apteekista saatavilla suun kostutukseen tarkoitetuilla valmisteilla. Suun kuivuessa myös huulet usein kuivuvat, joten huulten rasvauksesta on hyvä pitää huolta samalla suun hoidon yhteydessä (Terveyskylä.fi 2018.)

3.6. Pahoinvointi ja oksentelu

Kuoleman lähestyessä pahoinvointi ja oksentelu lisääntyvät haitaten merkittävästi elämänlaatua. Pahoinvointi ja oksentelu lisäävät myös ruokahaluttomuutta ja ummetusta. Pahoinvointia voivat lisätä esimerkiksi ruuansulatuskanavan ongelmat, kuten vähentynyt motiliteetti, ummetus tai suolitukos, tietyt lääkkeet, kuten opioidit, kakeksia ja psyykinen ahdistuneisuus (Antikainen ym. 2018, s. 52–53.)

Pahoinvoinnin hoidossa on tärkeää selvittää pahoinvointia provosoivat tekijät ja niiden välttäminen. Jos potilaalla esiintyy oksentelua, on potilaan nesteyttämisestä tärkeää huolehtia. Ensisijaisesti nesteyttäminen suun kautta on suotavaa, mutta jos potilaan hoidonrajoituksessa on sallittu suonensisäinen nesteytys, voidaan tarvittaessa nesteytys toteuttaa suonensisäisesti. Jos pahoinvoinnin syynä on psyykkiset tekijät, tulee potilaalle antaa hänen tarvitsemaansa psyykkistä tukea (Antikainen ym. 2018, s. 52–55.)

3.7. Hengenahdistus

Kuoleman lähestyessä hengenahdistus tyypillisesti lisääntyy, ja hengitysvaikeutta onkin raportoitu esiintyvän kolmanneksella palliatiivisessa hoidossa olevilla muistisairailta (Käypä hoito 2019). Hengenahdistus voi olla keuhkoperäistä, tai liittyä kipuun, ahdistukseen tai masentuneisuuteen. Tämä vuoksi happisaturaatio ei aina kerro hengenahdistuksen voimakkuutta. Hengenahdistuksen voimakkuuden arvioinnissa tulee tarkastella myös hengitystaajuutta, hengitysäniä ja apuhengityslihasten käyttöä (Antikainen ym. 2018, s. 38.)

Hengenahdistusta voidaan hoitaa lääkkeellisesti ja lääkkeettömästi. Lääkkeettöminä hoitokeinoina voidaan käyttää happea, jos potilaalla on hypoksemia, ja saturaatio selvästi alentunut. Jos hengenahdistus ei johdu hypoksemiasta, voidaan oloa helpottaa ilmavirran avulla, esimerkiksi avaamalla ikkuna tai käyttämällä tuuletinta. Hengitysvaikeutta ja siitä aiheutuvaa kipua voidaan helpottaa säätämällä ylävartalon asento ylöspäin puoli-istuvaan asentoon. Jos tiedetään toisen keuhkon funktion olevan huonompi, voi makuu huonommin hengittävä keuhko alaspäin lievittää hengitysvaikeutta (Antikainen ym. 2018, s. 39–40.)

Opioidit ovat yleisin hengenahdistuksen lääkkeellinen hoitokeino. Annos ja siitä saatava hyöty vaihtelevat potilaskohtaisesti. Muistisairaalle opioidien annostelu on yleensä helpointa suun limakalvolle annettavana liuksena. Jos hengenahdistus liittyy ahdistuneisuuteen, voidaan ahdistuneisuutta, ja sen avulla hengenahdistusta lievittää bentsodiatsepiineilla (Antikainen ym. 2018, s. 40.)

Runsas hengitystie-erite voi lisätä hengenahdistusta. Jos potilas on kovin limainen, voidaan limaisuutta vähentää imemällä limaa hengitysteistä. Kuolemaa edeltää usein kuolinrohina ("death rattle"), joka kolmessa neljästä tapauksesta viittaa alle kahden vuorokauden elinajanennusteeseen. Kuolinrohinasta ei ole tutkimusnäyttöä, eikä sen häiritsevyydestä ole tietoa. Tässä vaiheessa eritteiden imeminen suusta riittää (Antikainen ym. 2018, s. 41–42.)

3.8. Psykkiset oireet

Muistisairasta vanhusta tulee hoitaa yksilönä, jolla on oma identiteetti ja omat tarpeet. Palliatiivisessa hoidossa oleva muistisairas saattaa kärsiä psyykkisistä oireista, esimerkiksi kuolemanpelosta, ja muistamattomuus voi aiheuttaa ahdistusta. Tämä voi lisätä potilaan kokeman kivun voimakkuutta (Käypä hoito 2019.)

Psykkistä kärsimystä on hyvä lievittää olemalla läsnä, rauhoittelemalla potilasta ja vaikkapa kuuntelemalla potilaalle mieluista, nuoruudesta tuttua musiikkia. Saattohoitovaiheessa olisi tärkeää, että potilaan luona olisi koko ajan joku läsnä, joko hoitaja tai omainen. Psykososiaalisen tuen tarvetta voidaan vähentää hyvällä palliatiivisella hoidolla sekä hyvällä vuorovaikutuksella (Käypä hoito 2019.)

4. ARVOKAS KUOLEMA

Arvokasta kuolemaa pidetään laadukkaan palliativisen hoidon ja saattohoidon päätepysäkinä. Muistisairasta hoidettaessa on tärkeää muistaa, että jokaisella on oikeus yksilölliseen kulttuurinsa, tapojensa ja vakaumuksensa mukaiseen kuolemaan. Jokainen muistisairas vanhus on yksilö, joten häntä hoidettaessa on tärkeää puhutella vanhusta omalla nimellään. Muistisairas ei enää välttämättä osaa ja pysty huolehtimaan yksityisyydestään, joten yksityisyyden turvaaminen jää häntä hoitavien vastuulle (Antikainen ym. 2018, s. 244.)

Kuolevan ruumiin omistaa edelleen vanhus itse. Jos muistisairas on hoitotahdossaan määrännyt tai rajannut tiettyjä toimenpiteitä, on tätä tahtoa kunnioitettava. Läheisiä on hyvä rohkaista olemaan kuolevan lähellä. Palvelutaloissa asuu usein yksinäisiä vanhuksia, joilla ei ole omaisia tai omaiset eivät pidä yhteyttä. Näissä tilanteissa yksinäistä vanhusta ei tule jättää yksin kuoleman kanssa. Hänelle hoitajan tuki voi olla tärkeää loppuun saakka (Antikainen ym. 2018. s. 244.)

5. LUENTO OPETUSMATERIAALINA

Opinnäytetyömme ja luennon tarkoitus on lisätä osallistujien tietoperustaa muistisairaana palliatiivisen hoidon toteuttamisesta mahdollisimman paljon. Yksisuuntainen luennointi, eli luento, jossa kouluttaja esittelee aiheensa ilman osallistujien aktivoimista, laskee kuulijoiden tarkkaavaisuutta jo 15–25 minuutin kuluttua (Hätönen ym. 2010). Luento on menetelmänä hyvä tilanteisiin, joissa tarkoituksena on laajentaa osallistujien tietopohjaa (Hätönen ym. 2010.) Tarkoituksenamme on suunnitella ja luoda luentomateriaali, jonka esittämiseen kuluu noin 30 minuuttia. Jos haluamme tehostaa kuuntelijoiden oppimista, on meidän yksisuuntaisen luennoimisemme sijasta aktivoitava kuuntelijoita luennon aikana.

Kuulijoiden aktivointi luennon aikana onnistuu kouluttajan ja osallistujien välisen vuorovaikutuksen lisäämisellä. Vuorovaikutuksen mahdollistamiseksi luento tulee suunnitella riittävän väljäksi, jolloin vuorovaikutukselle jää tilaa. Luennon aikana vuorovaikutusta voi lisätä esimerkiksi osallistujille osoitetuilla kysymyksillä tai pienillä ryhmä- tai paritöillä (Hätönen ym. 2010.)

Osallistujien aktivoimiseksi olemme suunnitelleet liittää luennon yhteyteen mahdollisuuksia keskustella omista kokemuksista ja kyseisen yksikön toimintaperiaatteista palliatiivista hoitoa toteutettaessa. Mielekkäintä olisi mielestämme ensin keskustella yksikön toimintatavoista ja sen jälkeen luennoita maksimissaan 15 minuuttia pitäen näin yhdensuuntaisen luennoimisen keston lyhyenä. Luennoinnin jälkeen varaamme aikaa keskustella ja pohtia teorian pohjalta. Näin yritämme minimoida osallistujien mielenkiinnon ja tarkkaavaisuuden herpaantumisen koko luennon ajan.

Uuden asian oppimisessa kertaaminen on keskeistä tiedon tallentamisessa pitkäkestoiseen muistiin. Luennoinnin loppuun olemme suunnitelleet pitävämme lopputestin, jonka olemme luoneet Kahoot-sovelluksella. Tämän avulla osastotunnilla opittujen asioiden kertaaminen onnistuu hyvin. Kertauksen tehostamiseksi annamme opetusmateriaalin Attendon Savotanpuiston yksikön käyttöön säilyttäen tekijänoikeudet itsellämme. Näin yksikön työntekijät voivat tarvittaessa kerrata luentomateriaalia itsenäisesti myöhemmin.

6. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

6.1. Lyhyen aikavälin tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena oli pitää koulutustuokio Attendo Savotanpuiston henkilökunnalle muistisairaana palliatiivisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli siirtää oppimamme tieto eteenpäin suullista ja kirjallista viestintää käyttäen paikkaan, joka on muistisairaana hyvän palliatiivisen hoidon ytimessä, ja jossa koulutusta aiheesta koettiin tarvittavan.

Opinnäytetyön hyödynsaajina on Savotanpuiston hoitohenkilökunta, jotka pääsevät laajentamaan osaamistaan palliatiivisen hoidon osalta koulutuksen myötä. Muistisairaana potilaat ja heidän omaisensa hyötyvät myös koulutuksesta hoidon laadun paranemisen myötä. Laadukas ja arvokas hoito jättää usein omaisille kauniin ja rauhallisen muiston kuolemasta (Terveyskylä 2021).

6.2. Pitkän aikavälin tavoite

Pitkän aikavälin tavoitteena opinnäytetyössämme on kehittää muistisairaana palliatiivista hoitoa toteuttavien hoitajien osaamista hyvistä hoitomenetelmistä. Ammattitaidon kehittäminen parantaa palliatiivisen hoidon laatua. Jos Attendo Savotanpuiston yksikkö kokee kokoamamme teoretiedon olevan hyödyllistä muistisairaana palliatiivisen hoitotyön parantamisessa, pitkän ajan kehitystavoitteena voidaan pitää tietoisuuden lisäämistä muistisairaana palliatiivisen hoitotyön toteuttamisesta myös muissa Attendon yksiköissä. Näin voitaisiin parantaa palliatiivisen hoidon laatua laajemmin, kuin yhdessä hoivakodin yksikössä.

Sosiaali- ja terveysalan opetuksessa on riittämätön määrä palliatiivisen hoidon koulutusta. Ainoastaan lähihoitajakoulutuksessa on asetettu kriteerit palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vaatimalle ammattitaidolle. Terveysalan ammattilaisille ei ole tarjolla kolmannella asteella palliatiivisen hoidon lisäkoulutusta kuin satunnaisesti, eikä näistä erityisosaamisen lisäkoulutuksista saa pätevää tutkintoa. Lisäksi palliatiivisen koulutuksen tarjonta vaihtelee runsaasti ammattikorkeakoulujen välillä. (STM 2017).

6.3. Oppimistavoitteet

Opinnäytetyötä tehdessämme haluamme saada laajan tietoperustan muistisairaahan palliatiivisen hoidon toteuttamisesta, oppia lisää tiedon hakemisesta ja näin kehittää omaa ammattitaitoa tulevaisuuden työelämää ajatellen. Koulutuksen pitämisestä ja esiintymisestä yleisölle meillä ei ole juurikaan kokemusta, joten tavoitteena on oppia laadukkaan koulutuksen sisällön muodostamista sekä muiden kouluttamista. Opinnäytetyö on molemmille ensimmäinen laaja projektityö, joten tavoitteena on sujuva projektityöskentely, sen aikatauluttaminen sekä omien yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Koulutuksen arvioinneista saamme oppia mahdollisia tulevia koulutuksiamme ajatellen.

6.4. Laatutavoite

Tämän opinnäytetyön laatutavoitteena on tuottaa laadukas ja ajantasainen koulutustuokio hoivakodin henkilökunnalle. Koulutuksen laatutavoitteena on selkeästi esitetty ja helposti ymmärrettävä suullinen osio sekä selkeästi jäsennelty powerpoint-esitys, joka tulostetaan Attendo Savotanpuiston yksikön myöhempää käyttöä varten.

Laatutavoitteenamme on kokonaisuudessaan hyvin suunniteltu koulutus, jonka pitämiseen on valmistauduttu hyvin kooten ajantasaisen kokonaisuuden mahdollisimman tuoreista ja luotettavista lähteistä. Lähteet merkitään esityksen ja kirjallisen työn loppuun. Koemme laatutavoitteen täytyneen, jos koulutukseen osallistujat kokevat koulutuksen hyödylliseksi, ja pystyvät hyödyntämään oppimaansa työelämässä, ja tämän myötä parantamaan muistisairaahan palliatiivista hoitoa.

7. PROJEKTIN TOTEUTUS

7.1. Projektin toteutus

Koulutuksessa oli keskeistä lisätä kuulijoiden tietoperustaa, minkä vuoksi valitsimme luennoinnin opetusmenetelmäksi. Opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden mukaan yksisuuntaisessa luennoinnissa kuulijoiden tarkkaavaisuus laskee noin 20 minuutin kuluttua, mikä vähentää opitun tiedon painamista muistiin (Hätönen ym. 2010). Tästä huolimatta koimme, että luennointi on paras menetelmä kohderyhmän tietoperustan lisäämiseen. Kuulijoiden mielenkiinnon ylläpitämiseksi pyrimme esittämään kysymyksiä luennoinnin lomassa, mikä osaltaan aktivoi kuulijoita.

Opinnäytetyöhön oli tarkoitus koota monipuolisesti ajantasaisin tieto muistisairaahan hyvän palliatiivisen hoidon toteuttamisesta mahdollisimman tuoreita lähteitä käyttäen. Lähteenä opinnäytetyössä on käytetty laajasti kirjallisuutta, pääsääntöisesti kotimaisia tutkimuksia ja artikkeleita. Lähteiden pohjalta muodostettiin teoriapohja muistisairaahan hyvän palliatiivisen hoidon toteuttamisesta. Teoriapohja siirrettiin powerpoint-muotoon, jonka pohjalta luennoimme. Powerpoint-esityksen materiaali tulostettiin Savotanpuiston yksikön käyttöön. Näin yksikön työntekijöiden on helppo kerrata muistisairaahan hyvän palliatiivisen hoidon periaatteita.

Esityksen lopuksi pidimme koulutuksen osallistujille tietovisan, käyttäen sähköistä Kahoot-alustaa. Tietovisan avulla pyrimme testaamaan koulutuksen sisällön sisäistämistä, sekä kertaamaan opittua. Kertauksen merkitystä pidimme tärkeänä, sillä sen merkitys on suuri tiedon painamisessa työmuistista pitkäkestoiseen muistiin. Työmuistia käytetään yleensä tiedon lyhytaikaiseen säilyttämiseen, minkä jälkeen opittu asia unohtuu (Hietanen ym. 2020). Tietovisalla pyrimme lisäksi aktivoimaan osallistujia välttääksemme liian pitkää yksisuuntaista luennointia, joka laskee kuulijoiden tarkkaavaisuutta ja mielenkiintoa (Hätönen ym. 2010).

Mittasimme tavoitteiden saavuttamista seuraamalla laatukriteereiden täyttymistä. Teetimme luennotte osallistuneille hoitajille ja opiskelijoille palautekyselyn, jolla oli tarkoitus kerätä palautetta kohderyhmältä luennon hyödyllisyydestä ja onnistumisesta.

7.2. Projektin aikataulu

Opinnäytetyön toteuttaminen aloitettiin joulukuussa 2020 opinnäytetyön suunnitelman laatimisella. Tavoitteenamme oli saada opinnäytetyön suunnitelma hyväksytyksi ennen syyslukukauden 2021 alkua. Opinnäytetyön suunnitelman saimme valmiiksi ja hyväksytyksi elokuun lopussa 2021. Suunnitelmaan sisällytimme opinnäytetyömme aiheesta kattavasti teoriapohjaa, jota hyödynsimme varsinaista opinnäytetyötä kirjoittaessa.

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen aloitimme varsinaisen opinnäytetyön kirjoittamisen. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, ja projektiimme kuuluu luennon pitäminen aiheemme pohjalta Attendon Savotanpuiston henkilökunnalle. Opinnäytetyö koostuu itse opinnäytetyöstä, sen pohjalta luodusta luentomateriaalista sekä palautekyselystä. Opinnäytetyön kirjallisen osuuden pyrimme saamaan valmiiksi marraskuun 2021 loppuun mennessä. Luento oli suunniteltu pidettäväksi marraskuun 2021 puoleen väliin mennessä, jolloin esityksen tuli olla valmis. Luento pidettiin 1.11.2021.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön aikataulusuunnitelma

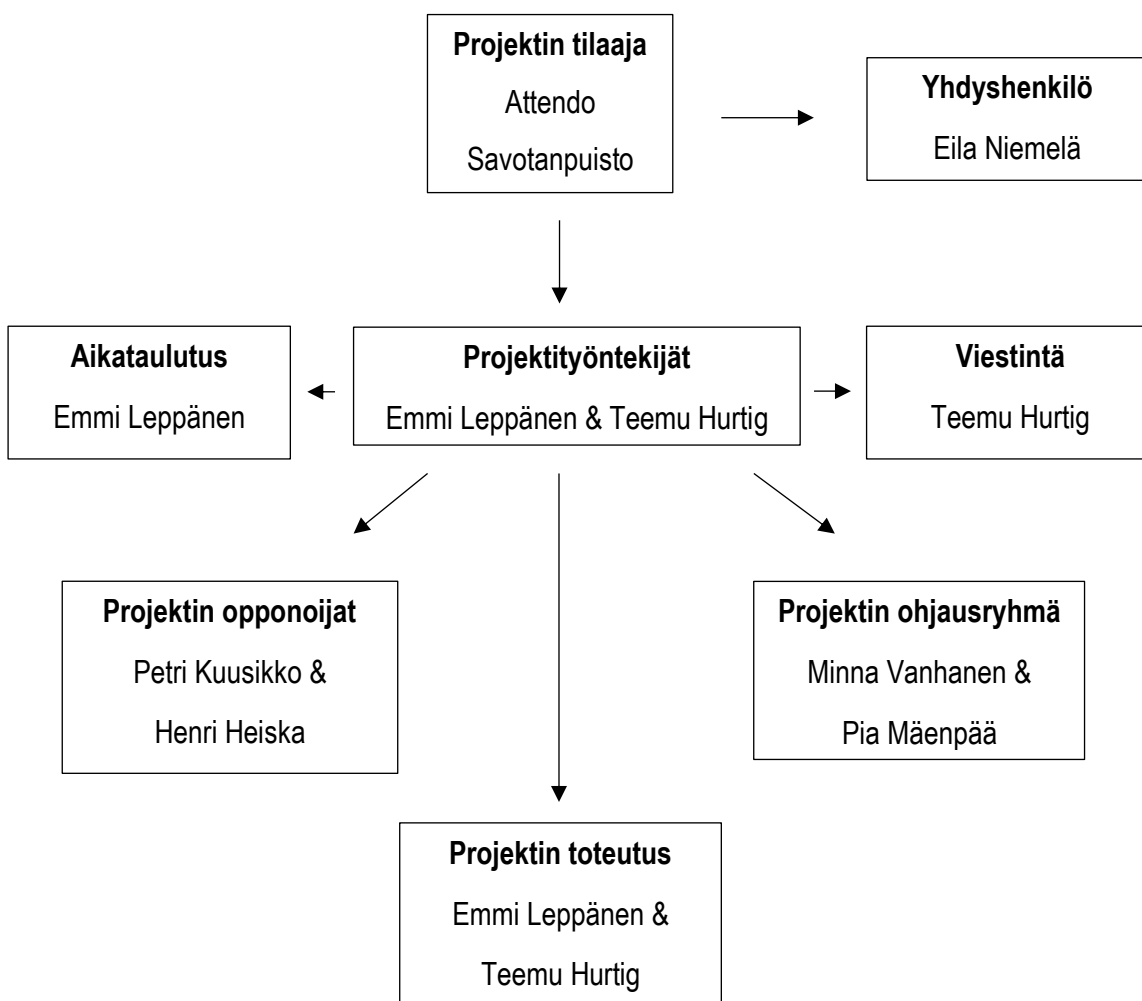
Kevät 2021	Kesä 2021	Syksy 2021	Syksy/Talvi 2021
Opinnäytetyön suunnitelman kirjoittaminen.	Opinnäytetyön suunnitelman korjausten tekeminen.	Opinnäytetyön kirjoittaminen. Opinnäytetyön tuotoksena esitettävän PowerPoint-esityksen valmistaminen ja esittäminen.	Opinnäytetyön lopullinen palauttaminen.

7.3. Projektioorganisaatio

Opinnäytetyön alkuvaiheessa projektille perustettiin projektiryhmä, johon kuuluivat opinnäytetyön tekijät ja opinnäytetyötä ohjaavat opettajat. Opinnäytetyön projektin työntekijöinä olivat opinnäytetyön tekijät. Opinnäytetyölle valittiin alussa opponijot, jotka arvioivat projektia sen eri vaiheissa. Opponijoina projektille toimivat Pauliina Järvelä ja Laura Korkala.

Projektioorganisaatioon kuului myös työn tilaaja eli Attendo Savotanpuiston yksikkö, jonka kanssa olemme tehneet tiiviisti yhteistyötä koko opinnäytetyön ajan. Projektin tilaajan puolelta yhdyshenkilöksi asetettiin yksikön esimies Eila Niemelä. Viestinnästä ohjaaville opettajille ja projektin tilaajalle on vastannut Teemu Hurtig. Projektin aikataulutuksesta ja aikataulussa pysymisestä on vastannut Emmi Leppänen. Oheisessa kaaviossa on vielä tuotu esille projektioorganisaatioon kuuluvat tahot

KAAVIO 1. Projektioorganisaatio.



7.4. Riskien ja muutosten hallinta

7.4.1. Koulutuksen pitämiseen liittyvät riskit ja muutosten hallinta

Vallitsevan maailmantilanteen vuoksi koronavirus voi aiheuttaa omat riskinsä, ja haitata näin opinnäytetyöhön sisältyvän koulutuksen toteuttamista. Maaliskuussa 2020 Attendon Savotanpuiston yksikköön asetettiin vierailukiello, kuten lähes kaikkiin muihinkin palvelutaloihin Suomessa. Koronatilanteen jatkuvasti muuttuessa riskinä voi olla koronaviruksesta johtuva uusi vierailukiello, jolloin emme saisi mennä pitämään esitystä paikan päälle.

Olemme pyrkineet varautumaan hyvin koronan mahdollisesti aiheuttamiin muutoksiin koulutuksen pitämiseen liittyen. Tämän vuoksi emme näe tätä kuitenkaan projektin kannalta suurena riskitekijänä, sillä viimeisen vuoden aikana erilaiset etäyhteydellä järjestetyt tapaamiset ovat tulleet molemmille projektin tekijöille tutuksi, ja vaihtoehtoisesti voimme järjestää esityksen etäyhteydellä. Toisena vaihtoehtona on myös, että Teemu voi yksikön työntekijänä mennä paikan päälle pitämään esityksen yksin.

7.4.2. Palautteen saamiseen liittyvät riskit

Koulutuksen jälkeen keräämme palautetta osallistujilta palautelomakkeen muodossa. Palautelomakkeen vastaukset ovat tärkeässä roolissa koulutuksen ja opinnäytetyön onnistumisen arvioinnissa. Riskinä palautteen saamisessa on, että koulutukseen osallistuja eivät vastaa lähetettyyn palautelomakkeeseen.

Palautelomake sisältää väittämiä, joihin vastataan yksinkertaisesti ympyröimällä itselle mieluisin vaihtoehto (samaa mieltä – eri mieltä). Tarkoituksena on muodostaa mahdollisimman yksinkertainen palautelomake, johon jokaisen osallistujan on helppo vastata. Vastaajille annetaan kyselyn lopussa myös mahdollisuus kirjoittaa omin sanoin, mihin olivat tyytyväisiä ja olisivatko kaivanneet esitykseen vielä jotain lisää. Näin mahdollistamme jokaiselle osallistujalle mahdollisuuden antaa rehellisen palautteen koulutuksen onnistumisesta. Lähi- ja sairaanhoitajien työ Savotanpuiston yksikössä voi olla kiireistä, minkä vuoksi pyrimme muodostamaan palautekyselyn siten, että siihen ehtii vastaamaan työaikana työn lomassa.

7.4.3. Tekniset riskit

Tekniset riskit liittyvät koulutuksen pitämiseen, sillä emme entuudestaan tunne Attendo Savotanpuiston teknisiä järjestelmiä. Omat tekniset riskinsä tuo, jos koulutus järjestetään etäyhteydellä. Molemmat koulutuksen pitäjät osaavat melko hyvin käyttää erilaisia tietokoneohjelmia, joilla koulutuksen järjestäminen etäyhteydellä saadaan onnistumaan. Lisäksi olemme ennalta testanneet diaesityksen näyttämisen Savotanpuiston näytöltä onnistuneesti.

7.4.4. Turvallisuuteen liittyvät riskit

Koronatilanteen vallitessa on tärkeää huolehtia palvelukodin asukkaisen ja hoitajien, mutta myös koulutuksen pitäjien turvallisuudesta, ja pyrkiä minimoimaan mahdolliset tartuntariskit. Koulutuksen pitäjillä on molemmilla kaksoisrokotus koronavirusta vastaan, joten tämä suojaa koulutuksen pitäjiä koronaviruksen tarttumiselta ja tartunnan saadessa taudin vaikealta muodolta. Myös Savotanpuiston henkilökunnalle ja asukkaille on mahdollistettu kaksoisrokotteen saaminen.

Koulutustilaisuus pyritään järjestämään mahdollisimman koronaturvallisesti. Sekä kouluttajat, että osallistujat ovat veloitettuja huolehtimaan riittävästä käsihygieniasta ja maskin käytöstä koulutuksen aikana. Pyrimme järjestämään koulutuksen riittävän suuressa tilassa, jolloin osallistujat voivat istua väljästi, ja näin tartuntariskin mahdollisuutta pienennetään. Jos Attendo Savotanpuiston yksikössä on huono koronatilanne koulutuksen järjestämisen aikaan, järjestetään koulutus etäyhteyden kautta. Näillä toimenpiteillä pyrimme minimoimaan turvallisuuteen liittyvät riskit.

8. OSASTOTUNNIN ARVIOINTI

Osastotunnin keskeisimmäksi tavoitteeksi olimme laatineet laadukkaan koulutuksen pitämisen Attendo Savotanpuiston yksikön hoitohenkilökunnalle. Meille oli tärkeää, että hoitohenkilökunta pystyy koulutuksen avulla lisäämään osaamistaan muistisairaana palliatiivisen hoitotyön toteuttamisesta. Osastotunnin jälkeen keräsimme koulutukseen osallistuneilta palautetta, jonka avulla pystyimme arvioimaan koulutuksen onnistumista ja hyödyllisyyttä.

Osastotunnin pitäminen onnistui mielestämme hyvin. Pysyimme hyvin suunnittelemassamme aikataulussa, ja jokaisen aiheen käsittelemiseen oli varattu riittävästi aikaa. Osastotunnin pitoa hankaloitti opetustilan puute, johon olimme ennestään varautuneet, ja koulutus saatiin pidetyksi yksikön oleskelutilassa. Koulutusta hankaloitti hieman yksikön asukkaiden läsnäolo, johon emme olleet varautuneet. Kuitenkin pystyimme tilanteessa ottamaan huomioon yksikön asukkaat, sekä pitämään itse koulutuksen.

Olimme rakentaneet ja aikatauluttaneet koulutuksen siten, että aiheiden välissä olisi aikaa kysymyksille ja mahdollisuus myös jakaa omia kokemuksia. Tätä kuitenkin hankaloitti yksikön asukkaiden läsnäolo, jonka vuoksi emme saaneet kysymyksillämme kunnollista keskustelua aikaan. Tämän vuoksi luennointi oli käytännössä lähes kokonaan yksisuuntaista. Luento ei kuitenkaan ollut liian pitkä, minkä vuoksi osallistujien tarkkaavaisuus ei kerennyt liiaksi laskea.

Palautekysely toteutettiin paperisella kyselylomakkeella, joka sisälsi yksitoista väittämää ja kaksi avointa kysymystä. Ensimmäisessä väittämässä kysyttiin vastaajan koulutusta, ja muut väittämät sekä avoimet kysymykset koskivat koulutuksen sisältöjä, pohtivat osallistujan omaa oppimista ja antoivat mahdollisuuden antaa kehitysideoita jatkoon. Palautelomakkeen väittämiin vastattiin asteikolla 1-5 (1 = täysin samaa mieltä, 5 = täysin eri mieltä). Vastausten keskiarvot on kerätty liitteenä olevaan taulukkoon (taulukko 3) ammattiryhmittäin. Mitä pienempi keskiarvo on, sitä enemmän vastaajat olivat väittämän kanssa samaa mieltä. Väittämät oli muotoiltu niin, että

opinnäytetyön tekijöiden näkökulmasta täysin samaa mieltä on paras/mieluisin vastaus, ja kuvaa koulutukselle asetettujen tavoitteiden täyttymistä.

Koulutukseen osallistui palautekyselyiden perusteella kuusi lähihoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa. Lisäksi kaksi osallistujaa on valinnut koulutukseen muu (opiskelijat). Yhteensä koulutukseen osallistui siis kymmenen hoitoalan nykyistä ja tulevaa ammattilaista. Palautekyselyn täyttämiseen oli varattu aikaa noin 5–10 min, ja tässä ajassa kaikki kerkesivät täyttää kyselyn, eikä kenelläkään jäänyt kyselyn täyttäminen kesken.

Pääsääntöisesti väittämisen kanssa oltiin täysin samaa mieltä (1), lähes samaa mieltä (2) tai ei samaa eikä eri mieltä (3). Muutama vastaajista vastasi lähes eri mieltä (4) ja ainoastaan yksi vastaajista oli täysin eri mieltä yhden väittämän kohdalla. Eniten samaa mieltä vastaajat olivat keskiarvoisesti väittämien kaksi, viisi ja yhdeksän kanssa. Eniten vastaajat olivat eri mieltä väittämien kuusi ja seitsemän kanssa.

Palautekyselyn vastausten perusteella osallistujat kokivat koulutuksen hyödylliseksi, ja kouluttajien tietoperusta palliatiivisesta hoidosta oli hyvä. Koulutukseltaan lähihoitajat ja muu (opiskelijat) vastanneet olivat tyytyväisiä kivun hoitoon sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömästi, ja kokivat, että pystyvät hyödyntämään oppimaansa työssään. Heidän mielestään koulutus vastasi lähes täysin odotuksia ja koulutus oli mielenkiintoisesti koottu. Huonoin keskiarvo (3) tuli väittämälle ”koulutuksessa tuli esiin itselle tuntematonta asiaa”. Tämä kertoo, että onneksi muistisairaana palliatiivisen hoidon toteuttaminen ei ole aivan uusi asia yksikössä, joka on muistisairaana palliatiivisen hoidon ytimessä.

Sairaanhoitajaksi itsensä koulutukseltaan luokittelevien vastaukset erosivat hieman lähihoitajien ja koulutukseltaan muu vastausten kanssa. Pääsääntöisesti sairaanhoitajat kokivat myös hyötyneensä koulutuksesta, ja kokivat, että voivat hyödyntää oppimaansa työssään. Sairaanhoitajat kuitenkin kokivat, että sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä palliatiivista kivunhoitoa olisi pitänyt käsitellä enemmän (ka 2,5). Sairaanhoitajat olivat myös keskimäärin lähes eri mieltä siitä, että olisivat oppineet koulutuksessa uutta.

Saaduista vastauksista voimme päätellä, että sairaanhoitajien osaaminen Attendon Savotanpuiston yksikössä on parempaa kuin muiden yksikön työntekijöiden. Kuitenkin sairaanhoitajat olisivat kaivanneet enemmän tietoa kivunhoidon toteuttamisesta. Sanallisen palautteen perusteella aihetta pidettiin tärkeänä. Dia-esitys oli osallistujien mielestä hyvin toteutettu, koulutus oli selkeää ja asiapitoista. Tämän lisäksi Kahoot-visaa pidettiin hauskana lisänä. Lisäksi kouluttajat saivat positiivista palautetta yleisön hyvästä huomioimisesta katsekontaktilla ja välikysymyksillä. Sanallisessa palautteessa kehitysehdotuksina osallistujat toivoivat enemmän asiaa kivunhoidosta.

9. POHDINTA

Opinnäytetyömme suunnittelu ja ideointi lähti suoraan työelämästä, omista ja työkavereiden kokemuksista. Olimme yhdessä sitä mieltä, että palliatiivisen hoitotyön opetusta on ainakin sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnoissa liian vähän. Tämän vuoksi opinnäytetyön keskeisenä tavoitteena oli tuottaa laadukas koulutus, jonka avulla pystyisimme lisäämään palliatiivisen hoitotyön osaamista.

Palliatiivisesta hoidosta löytyi helposti kirjallisuutta paperisena, mutta myös nettikirjallisuutta sekä runsaasti eri lähteitä internetistä. Tiedonhaussa olimme kriittisiä, ja tarvittaessa haimme varmistuksen tiedolle muista lähteistä. Teoriatietoa etsimme ennalta sovituista aihealueista, opinnäytetyön avainsanoihin perustuen. Koko ajan työskentelyämme ohjasi tuleva koulutus ja koulutuksen pitäminen. Pyrimme pitämään esityksen selkeänä ja helposti ymmärrettävänä. Visuaalisesti esityksestä teimme näyttävän, jotta koulutuksen osallistujilla pysyisi mielenkiinto yllä koko koulutuksen ajan. Opinnäytetyön tietoperustan ja powerpoint -esityksen muokkasimme ohjaavien opettajien ohjeiden mukaan. Annoimme esityksen myös Attendo Savotanpuiston johtajalle arvioitavaksi ennen varsinaista esitystä, mutta muutoksille ei ilmennyt tarvetta.

Aiheena muistisairaahan palliatiivinen hoito oli meille tekijöille ennestään jo varsin tuttu työelämästä. Palautekyselyn perusteella aihe oli verrattain tuttu myös koulutuksen osallistujille, mutta suullisen palautteen perusteella aiheen kertaamiselle oli kuitenkin tarvetta. Koulutuksen pitäminen oli meille uutta ja uskalsimme rohkeasti astua omalle epämukavuusalueelle. Itse koulutus sujui mukavasti ja rennolla otteella sekä saimme osallistujat osallistumaan hyvin mukaan koulutuksen lopuksi tietovisaan sekä palautelomakkeiden täyttämiseen.

Opinnäytetyötä tehdessämme opimme lisää palliatiivisen hoidon erityispiirteistä, saattohoidosta sekä muistisairauksista. Koimme erittäin hyväksi sen, että pystyimme jakamaan oppimaamme tietoa koulutuksen muodossa. Tavoitteenamme oli, että koulutuksen osallistujan saivat käytännön työhön tarvittavaa tietoa ja ottavat opitut asiat käytännön työhön mukaan.

Opinnäytetyön tekeminen parityöskentelynä sujui pääpiirteittäin hyvin, vaikka haasteitakin oli mukana matkassa, mutta niistäkin selvisimme. Teimme työtä pääosin erikseen ja muutamia kertoja

yhdessä. Toisinaan olimme etäyhteyden päässä tai keskustelimme tekstiviestein opinnäytetyöhön liittyvistä asioista. Työn tekeminen tuntui välillä uuvuttavalta, sillä teimme samalla runsaasti töitä ja viimeistelimme muita opintoja sekä harjoitteluja.

Koulutuksen pitämisen osalta olisimme toivoneet rauhallisempaa tilaa, sillä muistisairaat toivat hieman haastetta koulutuksen pitämiselle. Koulutuksen osallistujien huomio kiinnittyi välillä muistisairaiden tekemisiin, ja nauru keskeytti esityksemme muutaman kerran. Itse koulutuksen pitäjänä olisimme voineet valmistautua mahdollisiin muutoksiin ja häiriötekijöihin ennalta paremmin, jotta koulutuksen pitäminen olisi ollut sujuvampaa.

Palautekyselyn perusteella muutamat osallistujat, erityisesti sairaanhoitajat, olisivat kaivanneet lisää tietoa palliatiivisesta kivunhoidosta. Opinnäytetyön kehitystehtävänä voisi olla sairaanhoitajille suunnattu koulutus palliatiivista kivunhoitoa koskien. Tekijöiden ja ohjaavan opettajan mielestä esityksessä oli kuitenkin riittävästi tietoa kivunhoidosta, sillä kivunhoito on vain yksi, mutta tärkeä osa palliatiivisen hoidon kokonaisuutta. Lisäksi esityksen laajuutta kavensi esitykselle varattu rajallinen aika, vaikka kerkesimmekin hyvin pitämään koulutuksen määräajassa.

Yhteenvedonä pidimme koulutusta kaikin puolin onnistuneena. Olemme tyytyväisiä koulutuksen koulutuksesta saamaamme palautteeseen, ja saadun palautteen mukaan myös osallistujat olivat pääsääntöisesti saamaansa koulutukseen tyytyväisiä, ja koulutus vastasi odotuksia. Koulutuksesta jäi puuttamaan omaisten huomioiminen, mutta olimme opinnäytetyötä tehdessämme sitä mieltä, että palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan omaisten huomioiminen on niin laaja aihe, että sen sisällyttäminen opinnäytetyöhömmme olisi hankalaa. Palliatiivinen hoito kuitenkin koskettaa kokonaisvaltaisesti myös potilaan läheisiä, joten toivottavasti tästäkin aiheesta saataisiin lisää koulutusta, esimerkiksi opinnäytetyön muodossa.

LÄHTEET

Finto.fi 2021. Vocabularies. Hakupäivä 25.9.2021, <https://finto.fi/en/?clang=fi>.

Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2019. PAINAD-mittari. Hakupäivä 24.3.2021, <http://www.epshp.fi/files/11541/PAINAD-mittari.pdf>.

Finlex 2021. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Hakupäivä 25.3.2021, <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Finne-Soveri, H. & Hagelberg, N. 2015. Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Duodecim Oppiportti. Kustannus Oy Duodecim 2020. Hakupäivä 10.2.2021, https://www.oppiportti.fi/op/pli00042/do?p_haku=palliatiivinen%20hoito#q=palliatiivinen%20hoito.

Hietanen, M., Hokkanen, L., Hänninen, T. & Kallio, E. 2020. Muistin osavaiheet. Kliininen neuropsykologia. Kustannus Oy Duodecim 2021. Hakupäivä 13.12.2021, <https://www.oppiportti.fi/op/npg00702/do>.

Hätönen, H. & Mykrä, T. 2010. Opas opetusmenetelmistä. 25–29. Edita Prima Oy 2010. Helsinki. Hakupäivä 3.10.2021.

Kaunonen, M., Kylmä, J., Mattila, K., Surakka, T. & Åstedt-Kurki, P. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. 87–89. Otavan kirjapaino Oy 2015. Keuruu. Hakupäivä 8.1.2021.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikäntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Hakupäivä 23.4.2021.

Kivunhallintatalo.fi 2018. Lääkkeetön kivunhoito. Terveyskylä. Hakupäivä 25.3.2021, <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/syöpäkivu/syöpäkivun-hoito/lääkkeetön-kivunhoito>.

Lehtisalo, J. & Suominen, M. 2020. Muistisairaus ja ravitseminen. Lääkärikirja Duodecim. Hakupäivä 27.5.2021, <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01269>.

Lehto, J. & Saarto, T. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2021. Hakupäivä 10.2.2021, <https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>.

Lumio J. 2019. Painehaavat eli makuuhaavat. Kustannus Oy Duodecim 2021. Hakupäivä 10.2.2021, <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313>.

Mustajoki, P. & Halila, R. 2016. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim 2021. Hakupäivä 8.2.2021, https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809.

Palliatiivientalo.fi 2018. Hoidon suunnittelu. Terveyskylä. Hakupäivä 9.2.2021, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivientalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-suunnittelu>.

Palliatiivientalo.fi 2021. Kuoleman lähestyminen. Terveyskylä. Hakupäivä 2.12.2021, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivientalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-l%C3%A4hestyminen>.

Palliatiivientalo.fi 2018. Mitä saattohoito on? Terveyskylä. Hakupäivä 8.2.2021, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivientalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/mita-saattohoito-on>.

Palliatiivientalo.fi 2018. Suun alueen oireet. Terveyskylä. Hakupäivä 25.3.2021, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivientalo/oireiden-hoito/oireet/suun-alueen-oireet>.

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio. Hakupäivä 2.12.2021. https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2017. Kipu. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021. Hakupäivä 16.2.2021, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2019. Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021. Hakupäivä 8.2.2021, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.

THL 2020. Muistisairaudet. Kansansairaudet. Hakupäivä 10.2.2021, <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>.

Tilastokeskus 2012. Suuret ikäluokat eläkeiässä. Hakupäivä 10.2.2021, https://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-03-12_001.html?s=0.

Valvira 2018. Potilaan itsemääräämisoikeus. Hakupäivä 8.2.2021, <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>.

LIITTEET

Osastotunnin suunnitelma

LIITE 1

OSASTOTUNNIN SUUNNITELMA

Opetuksen toteutus

Opetettavana aiheena on muistisairaahan palliatiivinen hoito sekä saattohoito. Avaamme käsitteitä liittyen muistisairaahan palliatiiviseen hoitoon, ja kerromme tarkemmin eri aihealueista, kuten lääkkeettömästä ja lääkkeellisestä kivunhoidosta, ja sen eri muodoista. Lisäksi käsittelemme tarkemmin saattohoitoa ja arvokasta kuoleman kohtaamista.

Kuulijoina on Attendon Savotanpuiston työntekijöitä; lähihoitajia, sairaanhoitajia sekä mahdollisesti hoiva-avustajia. Kuulijat ovat eri-ikäisiä, eri ammateissa ja eripituisilla työkokemuksella varustettuja. Osalla on enemmän ja toisilla vähemmän kokemusta muistisairaahan palliatiivisesta hoidosta. Kuulioista suurimmalla osalla on motivaatiota oppia lisää muistisairaahan palliatiivisesta hoidosta. Opinnäytetyön aihekin on tullut suoraan työntekijöiden toiveista sekä heidän kokemastaan puutteellisesta tieto-taitotasosta.

Koulutuksen tavoitteet

Tavoitteena on osata tuottaa innostava ja motivoiva, laadukas koulutus aiheesta. Tarkoituksena on tuoda oppijoille uutta tietoa, kerrata jo opittua tietoa sekä saada oppijat ajattelemaan ja kehittämään nykyisiä työskentelytapojaan.

Tavoitteena on kouluttaa oppijat toteuttamaan laadukkaasti ja eettisesti oikein muistisairaiden palliatiivista hoitoa. Tavoitteena on, että oppijat ymmärtävät palliatiivisen hoidon eri osa-alueiden merkityksen, ja osaavat toteuttaa muistisairaahan palliatiivista hoitoa kokonaisvaltaisesti sen eri vaiheissa. Koulutuksen tavoitteena on myös motivoida kuulijat pohtimaan omaa toimintaansa työyksikössä palliatiivista hoitoa toteutettaessa, sekä auttaa pohtimaan ja löytämään kehitystarpeita omasta toiminnastaan.

Opetusmenetelmät

Opetusmenetelmänä koulutuksessa käytämme luennointia. Luennointia pidetään hyvänä menetelmänä tilanteisiin, joissa on tarkoituksena laajentaa osallistujien tietopohjaa (Hätönen ym. 2010). Tavoitteenamme on osallistujien tietopohjan laajentaminen muistisairaana palliatiivisen hoidon toteuttamisesta, minkä vuoksi valitimme luennoinnin opetusmenetelmäksi.

Luennointia pidetään kouluttajälhtöisenä menetelmänä, joka voi olla yksi- tai kaksisuuntainen. Yksisuuntaisessa luennoinnissa kuulijoiden tarkkaavaisuus laskee jo 15–20 minuutin kuluttua. Tämän vuoksi tarkoituksena on esittää aiheestamme kysymyksiä luennon aikana, ja kuulijat saavat kertoa omia kokemuksiaan muistisairaana palliatiivisen hoidon toteuttamisesta. Tällä pyrimme pitämään kuulijoiden mielenkiintoa ja tarkkaavaisuutta yllä. Luennon lopuksi pidämme Kahoot-sovelluksen avulla tietovisan, jossa kuulijat pääsevät vielä kokeilemaan osaamistaan.

Koulutuksen pitäjinä meillä on hyvä teoriapohja muistisairaana palliatiivisen hoidon toteuttamisesta, sillä olemme tutustuneet laajasti aiheen kirjallisuuteen sekä keränneet kattavasti tutkittua tietoa aiheesta ja sen eri osa-alueista. Aikaa on ollut hyvin käytettäväksi osastotunnin suunnitteluun ja teoriapohjan keräämiseen.

Resurssit

Itse koulutuksen pitämiseen meille on varattu aikaa noin yksi tunti. Tässä ajassa ehdimme hyvin luennoita Powerpoint-esityksemme pohjalta. Tämän lisäksi aikaa on myös kysymysten esittämiseen puolin ja toisin, ja oppijat voivat myös yhdessä pohtia kysymyksiin vastauksia. Luennointiin ja kysymysten esittämiseen jää kokonaisuudessaan aikaa noin 40 minuuttia. Osastotunnin loppuun varaamme noin 10 minuuttia koulutuksessa opitun testaamiselle Kahoot-sovelluksessa tehdyllä tietovisalla sekä noin 5–10 minuuttia palautekyselyn täyttämiseksi sekä suullisen palautteen antamiselle.

TAULUKKO 1. Aikataulukus

Sisältö	Opetusmenetelmä	Havainnollistaminen/ oppimateriaali	Oppijan tavoite	Aika
Osastotunnin aiheen esittely.	Luennointi		Osastotunnin aiheen hahmottaminen.	5 min
Keskeisten käsitteiden määrittely	Luennointi	Ennen käsitteiden avaamista kuulijat saavat pohtia esim. pareittain, mitä käsitteet tarkoittavat. Sen jälkeen avataan käsitteet.	Ymmärtää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteiden keskeiset erot.	10 min
Lainsäädäntö ja ennakoiva hoitosuunnitelma	Luennointi	Käydään läpi palliatiivisen hoidon lainsäädännön keskeiset asiat. Luennoidaan ennakoivan hoitosuunnitelmasta ja sen merkityksestä palliatiivisen hoidon toteuttamisessa.	Osallistujat ymmärtävät lainsäädännön ja ennakoivan hoitosuunnitelman merkityksen palliatiivisen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa.	5 min
Palliatiivinen kivun hoito	Luennointi	Käydään läpi muistisairaana kivun tunnistaminen ja PAINAD-mittarin käyttö, sekä lääkkeellinen ja lääkkeetön kivunhoito.	Kivun arviointi ja hoito monipuolisilla menetelmin.	10 min
Palliatiivisen potilaan perushoito ja sen merkitys	Luennointi	Käydään läpi perushoidon osien alueiden merkitystä palliatiivisessa hoidossa.	Osallistujat ymmärtävät palliatiivisen potilaan ravitsemuksen ja suun hoidon merkityksen.	5 min

Palliatiivinen oirehoito (pahoinvointi, oksentelu, hengenahdistus, psyykkinen oireilu)	Luennointi	Käydään läpi palliatiivista oirehoitoa.	Osallistujat tunnistavat erilaisia kuoleman lähestyessä ilmeneviä oireita, ja osaavat niiden hoitosuosituksen.	5 min
Palliatiivisen hoidon loppuminen kuolemaan	Luennointi	Käydään läpi kuoleman läheisyyteen sijoittuvat keskeiset asiat	Osallistujat ymmärtävät kuoleman läheisyyteen ajoittuvat keskeiset asiat.	5 min
Opitun testaaminen	Kahoot-sovellus	Kysymykset oppimateriaalista	Osastotunnilla opitun kertaaminen.	10 min
Palautekyselyn täyttäminen	Paperinen palautekysely	Palautteen antaminen.	Osallistujat saavat antaa palautetta osastotunnin onnistumisesta, sekä kertoa vapaasti kehityskohteita.	5 min

Arviointi

Koulutuksen onnistumista arvioimme palautekyselyllä osastotunnin päätteeksi. Palautekyselyssä on kysymyksiä luennon eri osa-alueista. Kyselyn lopussa on mahdollisuus antaa sanallista palautetta sekä kehittämissuhteita.

Lähteet

Käytettävät lähteet kirjataan Powerpoint-esityksen ja opinnäytetyön loppuun.

Palautekysely – Muistisairaan palliatiivinen hoitotyö

Opinnäytetyö, Teemu Hurtig & Emmi Leppänen OAMK

Palautekyselyssä on yhteensä 12 kohtaa, 10 matriisikysymystä ja kaksi avointa kohtaa. Ympyröi mielestäsi sopivin vastausvaihtoehto. Palautekysely tehdään anonyymisti. Vastauksia käytetään koulutuksen onnistumisen arvioinnissa, ja vastaukset tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Olen koulutukseltani

1. Sairaanhoidaja
2. Lähihoitaja
3. Hoiva-avustaja
4. Muu

1. Koulutuksesta oli minulle hyötyä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

2. Koulutuksessa käsiteltiin riittävästi palliatiivista kivunhoitoa

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

3. Koulutuksessa käsiteltiin riittävästi lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

4. Pystyn hyödyntämään koulutuksessa oppimaani hoitotyössä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

5. Opin uutta koulutuksen aikana

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

6. Koulutuksessa tuli esiin itselleni ennestään tuntematonta asiaa

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

7. Ammattitaitoni parani koulutuksen myötä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

8. Kouluttajien tietoperusta muistisairaana palliatiivisesta hoidosta oli hyvä

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

9. Koulutus oli mielenkiintoisesti koottu

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

10. Koulutus vastasi odotuksiani

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

11. Olisitko kaivannut koulutukseen jotain lisää? Mitä?

12. Vapaa palaute koulutuksesta

Palautekyselyn vastaukset

LIITE 3

TAULUKKO 3. Palautekyselyn vastausten keskiarvo.

Väittäjä (2–11)	Sairaanhoitaja (n=2) Vastausten keskiarvo	Lähihoitaja (n=6) Vastausten keskiarvo	Muu (n=2) Vastausten keskiarvo
Koulutuksesta oli minulle hyötyä	1,5	1,5	1
Koulutuksessa käsiteltiin riittävästi palliativista kivunhoitoa	2,5	1,5	1
Koulutuksessa käsiteltiin riittävästi lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä	2,5	1,7	1,5
Pystyn hyödyntämään koulutuksessa oppimaani hoitotyössä	1,5	1,2	1,5
Opin uutta koulutuksen aikana	4	2,2	2
Koulutuksessa tuli esiin itselle ennestään tuntematonta asiaa	4	3	3
Ammattitaitoni parani koulutuksen myötä	3	1,8	2,5
Kouluttajien tietoperusta palliativisesta hoidosta oli hyvä	2	1	1
Koulutus oli mielenkiintoisesti koottu	2	1,3	1
Koulutus vastasi odotuksiani	2,5	1,5	1