

Pöllänen Pia

Muistisairaansaattohoito-opas hoitohenkilökunnalle

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

Kevät 2022



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Pöllänen Pia

Työn nimi: Muistisairaahan saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK), Sosiaali- ja terveysala

Asiasanat: kivunhoito, kärsimyksen lievitys, muistisairaus, omaisten tukeminen, opas, saattohoito

Muistisairaus on sairaus, joka rappeuttaa aivoja. Tiedonkäsittely, toimintakyky ja muisti heikkenevät sairauden edetessä niin että sairastunut tarvitsee ympärivuorokautista hoivaa. Etenevät muistisairaudet ovat kuolemaan johtavia sairauksia. Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimer. Saattohoito on kuolevan ihmisen hoitamista ja omaisten tukemista saattohoidossa olevan elämän viimeisten viikkojen tai päivien aikana. Saattohoito on kokonaisvaltaista oirehoitoa, jossa huomioidaan fyysiset, psyykkiset, henkiset ja eksistentiaaliset tarpeet niin saattohoidossa olevalla kuin omaisellakin.

Opinnäytetyönäni kehitin muistisairaahan saattohoito-oppaan hoitohenkilökunnalle Kainuun soten ympärivuorokautista hoitoa ikäihmisille tarjoaviin hoitokoteihin Jalonkoskeen ja Välskäriin Suomussalmelle. Tavoitteena on tukea hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvaa muistisairaahan saattohoito-osaamista. Oppaassa keskitytään muistisairaiden saattohoitovaiheessa yleisimmin esiintyviin oireisiin sekä niiden helpottamiseen. Oppaassa on huomioitu myös saattohoidossa olevan ikäihmisen omaiset.

Opas on laadittu viisi vaiheisen tuotteistamisprosessin mukaisesti. Oppaan sisältö on luotu keräämällä näyttöön perustuvaa tietoa hoitotieteellisistä tutkimuksista ja artikkeleista. Aineisto on analysoitu teemoittelua käyttäen. Teemoittelun aiheiksi tulivat oppaan aihealueet eli syömiseen liittyvät ongelmat, hengittämiseen liittyvät ongelmat, kipu ja kärsimys, painehaavat, infektiot, omaisten tukeminen, henkinen kärsimys ja hoitopaikkasiirrot. Opinnäytetyö on arvioitu laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereiden mukaisesti.

Kehittelyn tuotoksena syntyi 17 sivuinen opas, johon kuuluu kansi, kirjoittajan tervehdys, sisällysluettelo, sisältö ja liitteet. Oppaassa on kerrottu oireesta tai ilmiöstä, mistä se johtuu, miten oireita helpotetaan ja mitä muuta siihen mahdollisesti kuuluu. Oppaan mukaan on liitetty mittareita oirehoidon tueksi.

Oppaan käyttäminen saattohoidon toteuttamisessa hyödyttää työelämää ja saattohoidossa olevia asukkaita. Saattohoidon toteuttaminen on yhteneväisempää ja oirehoito näyttöön perustuvaa. Opas ohjaa ja neuvoo mutta antaa myös lukioilleen mahdollisuuden itse kehittää omia käytänteitä yksiköissään. Opas on helppo käyttöinen käytettynä tietokoneella tai tulostettuna pdf tiedostona.

Jatkokehittämisaiheeksi ehdotan työohjetta saattohoitoa koskevien tilanteiden purkamiseksi ja keskustelun tueksi. Saattohoito on hoitajille henkisesti raskasta, joten työnohjausta tulisi olla enemmän. Työyksiköissä olisi hyvä olla valmiudet myös itsenäiseen tilannepurkuun ulkopuolisen työnohjauksen lisäksi. Toisena kehittämisaiheena on opas painehaavojen ehkäisyyn, hoitoon ja yleisimpien painehaavoille altistavien sairaustilojen tunnistamiseen. Ikäihmiset ovat alttiimpia painehaavoille monien sairauksien ja iän tuomien fyysisten muutosten vuoksi. Näitä tiloja olisi hyvä tunnistaa ikäihmisiä hoitavien, jotta painehaavojen ehkäisy olisi tehokkaampaa.

Abstract

Author(s): Pöllänen Pia

Title of the Publication: End-of-life Care for Persons with Memory Disorders – a guidebook for nurses

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: end-of-life care, guidebook, memory disorder, pain management, relief of suffering, support to relatives

The subject of this thesis is a guidebook on the end-of-life care for people with memory disorders for nurses. The thesis was commissioned by two elderly care homes, namely Jalonkoski and Välskäre which are located in Suomussalmi. They provide round-the-clock care for older people and operate within Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority. The guidebook aims to ensure that end-of-life care is based on evidence-based information and to promote nurses' competence in end-of-life care.

The guidebook was created following the product development process involving five stages. The content of the guidebook is based on research information collected from nursing-scientific publications. The material was analyzed using thematic categorization, and the categories that emerged in the thematic analysis became the titles of the guidebook. The thesis was evaluated using the reliability criteria for qualitative research.

The process resulted in a 17-page guidebook. The guide focuses on problems with eating and with breathing, pain and suffering, pressure sores, infections, support to relatives, mental distress, and intra-institutional transfers. The guidebook provides information about symptoms or phenomena, their causes, treatments, and other related issues. Different meters that facilitate the treatment of symptoms are introduced in the attachments.

The guidebook will benefit nurses and persons in end-of-life care. It gives advice on how the most commonly occurring symptoms in the end-of-life care for persons with memory disorders. Relatives' needs are also considered. The guidebook is easy to use and clear and allows nurses to self-develop the end-of-life practices.

A follow-up study could focus on debriefing and supporting nurses in end-of-life care. End-of-life care is mentally hard for nurses, so it should be discussed more in work units. Another topic of a follow-up study would be a guidebook on pressure ulcers the prevention and treatment of pressure ulcers and ways to identify the most common diseases that predispose to pressure ulcers.

Alkusanat

Iso kiitos kaikille rinnalla kulkijoille opinnäytetyö prosessin aikana: työelämäohjaaja Vappu, vertainen Anni, ohjaava opettaja Merja ja oma perhe! Tämä matka, jonka olen kulkenut opinnäytetyötäni tehden, on opettanut minulle, kuinka tärkeä voimavara inhimillisuus on. Se on tärkeintä mitä ihminen voi itselleen ja toisille tarjota!

Pieni laulu ihmisestä

*Ihminen tarvitsee ihmistä
ollakseen ihminen ihmiselle,
ollakseen itse ihminen.
Lämpimin peitto on toisen iho,
toisen ilo on parasta ruokaa.
Emme ole tähtiä, taivaan lintuja,
olemme ihmisiä, osa pitkää haavaa.
Ihminen tarvitsee ihmistä.
Ihminen ilman ihmistä
on vähemmän ihminen ihmisille,
vähemmän kuin ihminen voi olla.
Ihminen tarvitsee ihmistä.
Tommy Tabermann (Maa, 1987)*

Sisällys

1	JOHDANTO.....	1
2	MUISTISAIRAAAN SAATTOHOITO	3
2.1	Muistisairaus	3
2.2	Saattohoito.....	6
2.3	Saattohoito-osaaminen.....	7
2.4	Muistisairaahan saattohoidossa ilmenevät elimistön yleisimmät oireet	9
2.5	Kärsimyksen lievitys	9
2.6	Sanaton viestintä.....	10
2.7	Kivunhoito	11
2.8	Omaisten tukeminen.....	12
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
4	SAATTOHOITO-OPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI.....	14
4.1	Ongelmien ja kehittämistarpeen tunnistaminen	15
4.2	Ideavaihe	15
4.3	Luonnosteluvaihe	16
4.4	Tuotteen kehittäminen.....	18
4.5	Tuotteen viimeistely.....	21
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	23
5.1	Luotettavuus.....	25
5.2	Eettisyys.....	26
5.3	Ammatillinen kehittyminen.....	27
	LÄHTEET	29
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Maailmalla elää lähes 900 miljoonaa yli 60-vuotiasta ihmistä. Ihmiset elävät yhä vanhemmiksi ja sairastumisen riski kroonisiin sairauksiin kasvaa vanhetessa moninkertaisesti. Esimerkiksi etenevät muistisairaudet ovat maailmanlaajuisesti merkittävä sairausryhmä. Vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa dementiaan johtavien muistisairauksien diagnoosien määrä oli kasvussa, jolloin diagnosoitiin n. 10miljoonaa uutta sairastunutta koko maailmassa eli n. joka kolmas sekunti. Kaikkiaan muistisairaita oli yhteensä 47miljoonaa ja määrän odotetaan kasvavan 75miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. (Prince, Wimo, Guenchet, Ali, Wu, Prina 2015, 1–2.)

Vuonna 2019 eteneviin muistisairauksiin kuoli yli 10 000 ihmistä, joiden asuinpaikkakunta oli Suomessa. Prosentteina luku on 19 % kuolleista, kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa, toiseksi yleisin kuolinsyy yli 75- vuotiailla. Etenevien kuolemaan johtavien muistisairauksien määrä on noussut edeltävien kymmenen vuoden aikana nopeasti minkä osin selittää väestön ikääntyminen. (Suomen virallinen tilasto 2020.)

Saattohoito on kuolevan ihmisen hoitamista. Se on viimeinen vaihe palliatiivisesta hoidosta ja se ajoittuu elämän viimeisille viikoille tai päiville (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito -suositus 2019). Tärkeimpänä on potilaan hyvän elämän laadun ylläpitäminen, oireiden hoitaminen sekä tulevaan kuolemaan sopeuttaminen potilaan kuin myös omaisten kohdalla. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 7.)

Palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan kaikissa palliatiivista hoitoa toteuttavissa yksiköissä. Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen perustaidot ovat valtakunnallisesti puutteellisia, eikä hoidon taso ole yhteneväistä, joka johtuu osaltaan puutteellisesta palliatiivisesta opetuksesta. (Saarto ym. 2017, 10–11.) Suomen terveydenhoitohenkilöstön palliatiivisen- ja saattohoidon osaamista edistää opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama kärkihanke EduPal, joka tutkii ja kehittää korkeakoulutuksen opetuksen laatua sekä laatii suositukset opetussuunnitelmiin koskien palliatiivista ja saattohoitoa. (Perustietoa hankkeesta n.d.)

Opinnäytetyöni on tuotteistettu opinnäytetyö. Rajaan tutkielmani kohteeksi elämän viimeiset viikot. Opinnäytetyöni tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida muistisairaahan saattohoito-opas. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea hoitohenkilöstön näyttöön perustuvaa muistisairaahan saattohoito-osaamista. Haen vastauksia tutkimuskysymyksiini: millaista on muistisairaahan saattohoito? Ja millainen opas tukee hoitohenkilökuntaa muistisairaahan saattohoidossa?

Opinnäytetyöni tilaajana ovat hoitokodit Jalonkoski ja Välskäri. Suomussalmella sijaitsevat hoitokodit kuuluvat Kainuun soten ikäihmisten palveluiden ympärivuorokautista hoitoa tarjoaviin hoitokoteihin (Hoitokodit n.d.). Hoitokotien työntekijöille olen laatinut muistisairaana saattohoito-oppaan, jonka tarkoituksena on kehittää ja yhtenäistää hoitohenkilökunnan saattohoito osaamista.

Oman havaintoni mukaan pitkäaikaishoitokodeissa ikäihmiset kuolevat pääsääntöisesti ilman omaisten läsnäoloa. Tämä luo omalta osaltaan paineita hoitohenkilökunnalle saattaa kuoleva parhaalla mahdollisella tavalla viimeiselle matkalleen. Tässä korostuvat myös hoitohenkilökunnan ammattitaito. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat itselle sydäntä lähellä oleva aihe. Sairaanhoitaja opintojen harjoitteluiden sekä palkkatyössä tuleva kokemus kuolevista ihmisistä toivat tunteen, että haluan tietää enemmän saattohoidossa olevan ihmisen hoitamisesta ja hänen läheistensä kohtaamisesta. Olenkin suuntautunut 15 op syventävissä opinnoissa palliatiiviseen hoitoon, jonka mahdollisti EduPal hanke (Palliatiivisen hoidon perusopetus n.d).

2 MUISTISAIRAAAN SAATTOHOITO

Hyvä kuolema on jokaisen oikeus, myös muistisairautta sairastavan. Muistisairaus on krooninen, etenevä, kuolemaan johtava sairaus (Pihlakari, Immonen & Hallikainen 2019, 244). Kuolemaa edeltävään vaikeaan vaiheeseen etenee 15 % dementia oireyhtymää sairastavasta. Muistisairaudet ovat toiseksi yleisin yli 85-vuotiailla kuolemaan johtava sairausryhmä. Muistisairaat ovat yleensä monisairaita ja heidän vastustuskykynsä ovat alentuneet. Loppuvaiheen lähestyessä oireina ja lähestyvän kuoleman merkkeinä tavallisesti ovat syömiseen ja hengittämiseen liittyvät ongelmat, kivut, painehaavaumat ja infektiot, kuten keuhkokuume, joka on yleinen edenneen muistisairaahan kuolemaan johtava sekundaarinen sairaus. Tärkeintä muistisairaahan saattohoidossa on kärsimyksen lievittäminen, kivun hoito sekä omaisten tukeminen. (Hagelberg, Finne-Sovari & Antikainen 2015, 560–561, 563.)

2.1 Muistisairaus

Muistisairaus on sairaus, joka kohdistuu aivojen alueille rappeuttaen ja heikentäen niiden toimintaa kuten muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita mm. kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnan ohjausta (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021). Etenevät muistisairaudet johtavat muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymisen dementia-asteiseen heikentymiseen. Yleisimpiä muistia heikentäviä sairauksia on Alzheimer tauti, aivoverenkiertosairaudet AVH, Lewyn- kappale -patologiaan liittyvät sairaudet mm. Lewyn kappale -taudin ja Parkinson taudin muistisairaudet ja otsa- ohimolohkorappeumat, joita diagnosoidaan vuosittain noin 14500. (Muistisairaudet: Käypähoito -suositus 2021; Hagelberg ym. 2015, 560.)

Kaikkien etenevien muistisairauksien oireisiin kuuluu kognitiivisia oireita ja käyttäytymisen muutoksia omatoimisuuden heikkenemisen lisäksi. On hyvin yksilöllistä, miten muistisairaus etenee tai mitä tyyppisiä oireita kullekin ilmaantuu. (Hallikainen 2019, 54.) Etenevä muistisairaus jaotellaan vaiheisiin oireiden ja toimintakyvyn perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan muistisairauteen (Muistisairaudet: Käypähoito -suositus 2021). Lievässä vaiheessa kyky itsenäiseen elämään on säilynyt, vaikka työkyky ja sosiaalinen selviytyminen ovat heikentyneet merkittävästi. Keskivaikeassa vaiheessa itsenäinen selviytyminen on vaikeampaa ja tuen tarve on kasvanut. Ajo-

kyky on heikentynyt sekä oikeustoimi- ja testamenttikelpoisuus ovat rajoittuneet. Vaikeassa vaiheessa omatoimisuus on heikentynyt niin, että jatkuva avun ja tuen tarve on ilmeinen. (Hallikainen 2019, 55.)

Toimintakykyä ja etenevän muistisairauden tilaa voidaan arvioida yleistesteillä, kuten CDR tai GDS/FAST- asteikoilla. CDR- asteikossa testattavia osa-alueita ovat muisti, orientaatio, arvostelukyky, yhteisölliset toiminnot, koti ja harrastukset sekä itsestä huolehtiminen. Vaikeaa dementiaan vaihetta kuvaavat GDS asteikolla 7, FAST asteikolla 7-> ja CDR- luokka 3. (Muistisairaudet: Käypähoito -suositus 2021.)

Useamman kognitiivisen toiminnan heikentymistä aiempaan nähden kutsutaan dementiaksi. Toimintojen heikentyminen heikentää potilaan itsenäistä selviytymistä ja aiheuttaa merkittävää haittaa arjessa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa. Dementia ei ole sairaus vaan oireyhtymä, joka johtuu elimellisestä syystä, joka voi olla etenevä sairaus tai hoidolla parannettava sairaus. (Muistisairaudet: Käypähoito -suositus 2021.)

Dementia oireyhtymän keskeisin oire on muistihäiriö, jossa uuden oppiminen ja jo opittujen asioiden mieleen palauttaminen vaikeutuvat. Dementia oireyhtymästä on kyse kun, muistihäiriön lisäksi henkilöllä on vähintään yksi kognitiivinen muutos, joka vaikeuttaa elämää. Afasia on kielellinen häiriö, jossa lukeminen, puheen tuottaminen ja kirjoittaminen vaikeutuu. Apraksiassa kyky liikesarjojen tuottamiseen vaikeutuu motoriikan kuitenkin ollessa kunnossa. Agnosiassa havaitseminen hämärtyy, ennalta tuttujen ihmisten, esineiden ja asioiden tunnistaminen vaikeutuu. Toiminnanohjauksen häiriintymisessä henkilölle vaikeuksia tuottaa asioiden suunnitelmallisuus, kokonaisuuden jäsentäminen ja abstrakti ajattelu. (Hallikainen 2019, 54–55.)

Kun vaikeassa vaiheessa oleva dementoitunut iäkäs on kykenemätön kävelemään, kykenemätön pukeutumaan tai syömään ilman runsasta apua, hänellä on nielemisvaikeudet lisääntyneet, toistuvia infektiota ja aspiraatioita, hän ei hallitse rakon tai suolen toimintaa tai hänen yhteistyökynsä on heikentynyt ja hän ei tunnista sukulaisiaan; on aika siirtyä palliatiiviseen hoitoon. Palliatiivinen hoitopäätös tehdään dementiaa sairastavalle harvemmin kuin monen muun sairauden kohdalla. Elinajan odote on kuitenkin samaa luokkaa kuin edennyttä syöpää sairastavan potilaan. (Hänninen 2015, 39–40.)

Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus kattaen 70 % kaikista etenevistä muistisairauksista. Yleisyys kasvaa iän myötä. Alzheimer etenee hitaasti ja tyypillisesti vaiheittain. Sekamuotoisen Alzheimer taudin esiintyvyys, jossa Alzheimerin kanssa aivoja rappeuttaa jokin toinen sairaus on yhä yleisempää yli 80-vuotiailla, kuin puhtaasti Alzheimerin. (Hallikainen 2019, 328.)

Alzheimerin kliininen oirekuva jaetaan neljään vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea vaihe. Varhaisessa vaiheessa omaiset huomaavat ensioireet unohtelusta ja muistamattomuudesta sekä oudosta käytöksestä. Potilas itse pitää oireita harmittomana. Kognitiiviset taidot, kuten uuden oppiminen vaikeutuu ja keskittyminen heikkenee. Lievässä vaiheessa ympäristön hahmottaminen vaikeutuu mikä saattaa johtaa potilaan eksymiseen vieraassa ympäristössä. Vaativimpien kotiaskareiden tekeminen vaikeutuu. Monimutkaista hahmottamista vaativien asioiden ajattelu ja sanojen löytäminen vaikeutuvat. Keskivaikeassa vaiheessa sairaudentunto heikentyy merkittävästi, niin ettei potilas itse tunnista sairauden aiheuttamaa heikentymistä arjessa. Reagoi hyvin ympäristöönsä, kuten hoitajan huonoon tuuleen ja kireään ilmapiiriin. Puheen tuottaminen vaikeutuu ja lähimuisti hämärtyy. Kognitiiviset taidot heikentyvät entisestään, kuten kätevyys ja ympäristön hahmotus heikentyy. Ruoanlaitto ei onnistu ja asianmukainen pukeutuminen vaikeutuu. Vaikeassa vaiheessa potilas elää lapsuuttaan. Hän ei tunnista enää läheisiään vaan pitää heitä lapsuuden aikaisina henkilöinä. Puheentuottaminen on rajoittunutta ja puheen ymmärtäminen on huomattavasti vaikeutunut. Pidätyskyvyttömyys ja perustoiminnot eivät onnistu ilman apua. Kävely muuttuu töpötteleväksi sekä mahdolliset ekstrapyramidaalioireet ja primaariheijasteet ilmenevät. (Hallikainen 2019, 330–332.)

Alzheimerin tautiin voi liittyä varhaisesta vaiheesta vaikeaan vaiheeseen asti käyttäytymisen muutoksia. Potilas on ahdistunut, masentunut ja ärtyinen, jotka vaikeutuvat taudin edetessä. Aggressiivista käytöstä voi esiintyä vaikeassa vaiheessa. Univaikeuksia ja ongelmia voi esiintyä alusta lähtien aina vaikeaan vaiheeseen asti. Taudin edetessä harhaluuloisuus ja hallusinaatiot sekä levottomuus yleistyvät. Laihtumista esiintyy lievästä vaiheesta lähtien aina vaikean vaiheen hauras- raihnausoireyhtymään asti. (Hallikainen 2019, 330–332.)

2.2 Saattohoito

Saattohoito on kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista ja on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. Saattohoito ajoittuu elämän viimeisille viikoille tai päiville. Palliatiivinen hoito ja saattohoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavalle. Myös läheisen tukeminen ja huomioiminen on osa palliatiivista hoitoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Palliatiivisessa hoidossa ei enää paranneta ihmistä tai edistetä tulevaa kuolemaa vaan ylläpidetään hyvää elämänlaatua, hoidetaan oireita sekä sopeutetaan potilasta sekä hänen omaisiaan tulevaan kuolemaan. Palliatiiviseen hoitoon siirrytään yhteisymmärryksessä lääkärin, potilaan sekä omaisten kanssa, silloin kun jäljellä olevan elämän pituuteen ei voida enää sairautta jarruttavien hoidoin vaikuttaa tai hoidot aiheuttavat kipua ja kärsimystä enemmän kuin niistä on hyötyä sairauden hoidossa. (Saarto ym. 2017, 7).

Saattohoidossa olevan potilaan toimintakyky on heikentynyt huomattavasti ja jolloin kuolema on normaali tapahtuma (Saarto ym. 2017, 7). Palliatiivisessa ja saattohoidossa keskeistä on kivun lievitys sekä fyysisten, psyykkiset, sosiaalisten kuin eksistentiaalisten tarpeiden täyttäminen ja kärsimyksen lievitys (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito -suositus 2019; Saarto ym. 2017, 7).

Etenevien sairauksien yhteydessä hyvissä ajoin ennakoivan hoitosuunnitelman teko on keskeistä, jossa suunnitellaan tulevan palliatiivisen hoidon tavoite(hoitolinjaus), tarvittavat hoitokeinot sekä hoidon rajaukset (Saarto ym. 2017, 7–8). Hoitolinjauksista päättäminen parantaa niin muistisairaana ja omaisten elämänlaatua sekä vähentää turhia sairaalasiirtoja (Pihlakari ym. 2019, 244). Hoitosuunnitelman laatii hoidosta vastaava lääkäri, hoitotiimi sekä potilas ja hänen omaisensa yhteisymmärryksessä. Potilaan itsensä laatima hoitotahto on osa hoitosuunnitelmaa. Hoitotahdon tekemiseen kannustetaan hyvissä ajoin. (Saarto ym. 2017, 7–8.)

Saattohoitoon siirtyminen ja saattohoidon alkaminen tapahtuu saattohoitopäätöksellä, kun kuoleman odotetaan olevan lähellä, viikkojen tai päivien päässä. Saattohoitopäätöksen teosta vastaa hoitovastuussa oleva lääkäri. Laaditaan saattohoitosuunnitelma, jossa huomioidaan hoidon tarpeen ja tuen lisääntyminen niin potilaalle kuin hänen omaisilleen ja se lisätään osaksi hoitosuunnitelmaa. Saattohoitopäätökseen kuuluu päätös pidättäytyä elvytyksestä. (Saarto ym. 2017, 7–8.)

Muistisairaahan saattohoito pyritään toteuttamaan kotona tai tutussa tehostetun palveluasumisen yksikössä tiiviissä yhteistyössä omaisten, läheisten sekä hoitohenkilöstön kanssa. Mikäli muistisairaahan saattohoito ei edellytä erityishoitoa tai toimenpiteitä, hoidossa noudatetaan perustason hoitolinjaa. (Pihlakari ym. 2019, 245.)

2.3 Saattohoito-osaaminen

Suomessa on eritasoiset vaatimukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisen osaamisessa. Tasot on jaoteltu kolmiporras malliksi, jossa on perustaso, perustaso A, erityistaso B ja vaativa erityistaso C. Perustasaan kuuluvat kaikki saattohoitoa toteuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jolloin perustason osaaminen ja hallitseminen kuuluvat kaikille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Perustaso A:n kuuluvat esimerkiksi terveyskeskuksien vuodeosastot. Tasoon B:n ja C:n kuuluvat saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa toteuttavat yksiköt. Hoitokoti Jalonkoski sekä Välskäri kuuluvat perustason saattohoitoa toteuttaviin yksiköihin. (Saarto ym. 2017, 15.)

Perustason yksiköiden hoitohenkilökunnan osaamisen vaatimuksiin kuuluu mm. hyvät vuorovaiikutustaidot, yleisimpien oireiden eli kivun, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin ja ahdistuneisuuden arvioimisen ja hoitamisen. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulee tuntee erilaiset lääkkeiden annostelureitit ja lääkkeettömät hoitomenetelmät. Tulee kyetä antamaan potilaalle ja hänen omaiselleen perustason psykososiaalista ja henkistä tukea. Hoitohenkilökunnalle tulee mahdollistaa säännöllinen palliatiivisen- ja saattohoidon lisäkoulutautuminen. (Saarto ym. 2017, 29.)

Palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan kaikissa palliatiivista hoitoa toteuttavissa yksiköissä hoivayksiköistä erikoissairaanhoidon. Palliatiivisen ja saattohoidon perustaidot kuuluvat kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, mutta ne ovat valtakunnallisesti puutteellisia eikä hoidon taso ole yhteneväistä. Henkilökunnan riittävä osaaminen ja ammattitaito vähentävät esimerkiksi sairaala, terveyskeskuksen vuodeosaston sekä päivystysvastaanotto käyntejä. Kotona tai hoivayksikössä toteutettu hyvä ja asianmukainen hoito vähentävät terveydenhuoltokustannuksia yhteiskunnalle. Terveys ja sosiaalihuollon ammattihenkilöstön puutteellinen palliatiivisen ja saattohoidon osaamistaso johtuu osaltaan puutteellisesta ja liian vähäisestä opetuksesta tai sen eriävyyksistä. Opetussuunnitelmat voivat vaihdella kouluittain. Lisä- ja täydennys koulutuksia on tarjolla vaihtelevasti ja ne eivät kartuta tutkintopätevyyttä. (Saarto ym. 2017, 10–11.) Henkilöstön vaihtelevan palliatiivisen osaamisen lisäksi suuria haasteita koko Suomen tasolla on palliatiivisen hoidon vajavainen integroiminen terveyspalveluiden kaikille tasoille sekä palliatiivisen hoidon

suunnitelman puute (Palliativisen koulutuksen kehittäminen n.d.). Laki (1994/559) terveydenhuollon ammattihenkilöistä kuitenkin edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan päämääränä on mm. kärsimyksen lievittäminen yleisesti hyväksyttävien ja näyttöön perustuvien menettelytapojen mukaisesti. Laki myös velvoittaa ammattihenkilöstöä ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan täydentävillä koulutuksilla ammattitoiminnan edellyttämällä tiedoilla ja taidoilla.

Perustasolla työskenteleville hoitoalan ammattilaisille on ilmaiseksi opiskeltavissa THL:n saattohoitopassi- täydennyskoulutus. Verkossa käytävä kurssi kokoaa palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta tarvittavan perustiedon palliativisen hoidon suositusten mukaisesti. Täydennyskoulutus on 1 op laajuinen ja siitä saa todistuksen. Tarkoituksena ja tavoitteena on yhtenäisen koulutuksen saamisen ja saattohoito osaamista varmistaminen valtakunnallisesti. (Saattohoitopassi-verkkokurssi 2021.)

Suomen terveydenhoitohenkilöstön palliativisen- ja saattohoidon osaamista edistää opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama kärkihanke EduPal. EduPal hanke tutkii ja kehittää korkeakoulutuksen opetuksen laatua sekä laatii suositukset opetussuunnitelmiin koskien palliativista ja saattohoitoa. (Perustietoa hankkeesta n.d.) WHO:n mukaan palliativinen hoito tulee sisällyttää kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen. Hankkeen tavoitteena on kehittää valtakunnallisesti hoitotyön ja lääketieteen opetusohjelmia perus- kuin erikoistumiskoulutuksien osalta niin että ne saavuttavat Suomessa kansainvälisen huipputason. Kehittämisen ydinajatuksena on monialaisuus palliativisen hoidon hengen mukaisesti. (Palliativisen koulutuksen kehittäminen n.d.) Kajaaniin ammattikorkeakoulu sairaan- ja terveydenhoidon osaamisala on tähtihankkeen päätoteuttaja. Hankkeen muina toteuttajina toimii Suomen 14 ammattikorkeakoulua sekä viisi yliopistoa. Hanke toteutetaan ajalla 1.2.2018-30.6.2021. (Perustietoa hankkeesta n.d.) Hankkeen päätyttyä hankkeen aikana muodostettu monitieteinen verkosto jatkaa koulutuksen laadun kehittämistä sekä työelämäyhteistyötä tutkimustyön ja kehittämistyön edistämiseksi (Palliativisen koulutuksen kehittäminen n.d.).

Vihelän, Hökän ja Kaakisen (2020, 281–283.) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan hyvään saattohoito osaamiseen kuuluvat vahva palliativinen ja saattohoito osaaminen ja kliiniset taidot, ihmissuhdetaidot ja empaattisuus. Omaisilta ja saattohoidossa oleville potilailta on kartoitettu tärkeimpiä ominaisuuksia, joita saattohoitoa toteuttavalla sairaanhoitajalla tulisi olla. Omais- ja potilaan edellyttävät sairaanhoitajalta hyvin laaja-alaista ja kokonaisvaltaista osaamista. Keskeisimpinä taitoina nousivat ihmissuhdetaitoihin ja vuorovaikutustaitoihin perustuvat taidot kliinisten taitojen lisäksi.

2.4 Muistisairaahan saattohoidossa ilmenevät elimistön yleisimmät oireet

Elimistön pitkälle edennyt rappeutuminen johtaa iäkkään ihmisen kuolemaan. Gerastenia eli hauraus-raihnausoireyhtymä (HRO) on tila, joka edeltää kuolemaa. Sukukypsyyden jälkeen ihmisten kehon toiminta alkaa heikentyä ja kudokset ovat vanhetessaan alttiita sairauksille. Gerastenian biologinen oireyhtymä on yleisen terveydentilan ja fysiologisten kompensatiomekanismien heikkous, jolloin elimistön stressinsietokyky on heikentynyt fyysisiltä, että psyykkisiltä osa-alueilta merkittävästi. Heikentymä altistaa edetessään akuuttien, että kroonisten sairauksien ja elinten vajaatoimintojen kautta kuolemalle. Gerastenian tunnusmerkkejä ovat tahaton painonlasku, heikentynyt lihasvoima, huomattava potilaan tuntema uupuminen, vähentynyt fyysinen aktiivisuus sekä hidastunut kävelynopeus. Kolme oiretta täyttävät gerastenian kriteerit ja 1–2 oiretta gerastenian esiasteen. Gerastenia potilaat eivät välttämättä ole laihoja, jolloin hauraus on sisällä päin. (Konsensuspaneeli 2014, 524–525; Strandberg 2015, 558.) Gerastenia altistaa sairauksille mutta myös krooniset sairaudet gerastenialle. Gerastenian vaikeus etenee saman tasoisesti muistisairaouden kanssa. (Alakare & Stranberg 2020, 1369–1372.)

Edenneen muistisairaahan lähestyvän kuoleman merkkejä ovat toimintakyvyn laskeminen, sänkyyn jääminen, ruokahaluttomuus, fyysisten oireiden lisääntyminen, erittämisen väheneminen, kuumailu, kipulääkkeiden käyttämisen kasvaminen, hengityksen pinnallisuus ja hengityskatkosten lisääntyminen. (Pihlakari ym. 2019, 245.) Kuolemaa edeltävinä oireina yleisimmin ovat myös yleiskunnon alenemisen lisäksi syömisongelmat. Vaikeuksia on ruoan nielemisessä, pureskelussa, syömisestä haluttomuudessa sekä ruoan aspiroinnissa. (Hagelberg ym. 2015, 562.) Keuhkokuume on yleinen vaikeassa vaiheessa olevan muistisairaahan infektio viimeisten kuukausien aikana. Keuhkokuume ennakoii lähestyvää kuolemaa. Antibioottihoidolla ei ole enää tässä vaiheessa ennustetta parantavaa vaikutusta, mutta voi lisätä elämän laatua lievittäen hankalia oireita. (Hagelberg ym. 2015, 561.)

2.5 Kärsimyksen lievitys

Kärsimys voi olla niin fyysistä, psykososiaalista kuin eksistentiaalista kärsimystä (Saarto 2015, 10). Kärsimyksen lievittämisen ja sen taidon tärkeys korostuvat saattohoidossa. Koska ihminen on kokonaisuus, kärsimyksen lievittäminen on kivunhoitoa, muiden oireiden hoitoa sekä ihmisen aitoa kohtaamista, läsnäoloa ja kosketusta. Lääkkeettömiin hoitoihin kuuluvat myös mieluisuus musiikki ja ruoka, tärkeät tavarat tai tavat. (Mattila 2017, 917–918.)

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan tajunnantason alentamista lääkkeillä. Sedaatio tulisi pitää mahdollisimman kevyenä, tavoite ei ole yleisanestesia. Palliatiivisen sedaation päätarkoitus on hallitsemattomien oireiden lievittäminen sekä kuoleman kriisin hoito. Sedaatioon voidaan siirtyä, mikäli muut hoitotoimenpiteet ja lääkitykset ovat kokeiltu ilman tyydyttävää tulosta. Aiheita sedaatiolle on hallitsematon delirium, hengenahdistus, psyykkinen ahdistus, kipu, oksentelu sekä muut hallitsemattomat oireet. Sedaation tarpeellisuudesta hoitava lääkäri keskustee potilaan, omaisten ja hoitotiimin kanssa. Lopullisen päätöksen hoidon aloittamisesta tekee kuitenkin lääkäri. (Pöyhiä 2015, 265–266.)

Eksistentiaalinen kärsimys on henkistä kärsimystä, jossa eletty elämä ja sekä elämän rajallisuus tiedostuvat ja tulevat konkreettiseksi. Siinä prosessoidaan elettyä elämää ja tulevan kuoleman hyväksymistä. Eksistentiaalinen kärsimys on henkilökohtaista ja sen voimakkuuteen vaikuttavat niin oma kuin omaisten hyväksymisen taso tulevasta kuolemasta. Kärsimyksen aiheuttavat luopumisen tuska niin kuolevalle kuin omaisille, koska se on väistämätöntä. (Mattila 2017, 917–918.)

Eksistentiaalista kärsimystä voidaan lievittää läsnä olemalla, lohduttamalla, kuuntelemalla ja ymmärtämällä. Se vaatii pahanolon vastaanottamista ja kestämistä sekä aikaa ja myötätuntoa toista kohtaan, silloinkin vaikka välitöntä helpotusta ei siitä saada. Eksistentiaalisen kärsimyksen hoitoon voi kuulua myös lääkehoito, kuten kipu- tai rauhoittava lääkitys. (Mattila 2017, 917–918.)

2.6 Sanaton viestintä

Kun etenevän muistisairauden myötä sanojen tuottaminen ja niiden ymmärtäminen vaikeutuvat, sanattoman viestinnän merkitys korostuu. Etenevien muistisairauksien taudin kuvaan kuuluu, että muistisairaalle on tärkeää kokea olevansa turvassa. Sanallisen ja sanattoman viestinnän tulee olla harmoniassa, jotta ei välitetä kaksoisviestintää. Kuitenkin sanaton viestintä on puhuttua kieltä voimakkaampaa, joten kiireetön, aito läsnä oleminen hetkessä on tärkeää luottamuksen ja turvallisuuden tunteen luomiseksi. Ihmisen tuottamaan sanattomaan viestintään kuuluvat kosketus, ilmeet ja eleet. Välittämistä voidaan ilmaista hymyllä sekä arvostavalla ja hellällä koskettamisella. Suora katse samalta tasolta ja rauhallinen, matala puhetapa luo turvallisuutta ja viestii aidosta läsnä olemisesta. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016.)

Koskettaminen on terapeuttista. Se viestii lämpöä, huolenpitoa sekä arvostusta sanoja helpommin. Tuntoaisti on ihmisen pisinpään säilyvin aisti, joten se on myös parhaiten säilyvä viestintä-

tapa. Kädestä pitäminen ja hellä kosketus auttaa levottomuuteen ja keskittymiseen sekä huomaamaan toisen ihmisen läsnäolon. Tuntoaistimuksen avulla on mahdollisuus luoda vielä kontakti ja viestittää läsnäolosta, kun mitään muuta kontaktitapaa ei enää ole. (Laaksonen ym. 2016.)

2.7 Kivunhoito

Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio, joten kipua tuottavan syyn etsiminen on kivun hoitamisen perusta. Kivun syntymiseen vaikuttavat myös fysiologiset, psykologiset sekä ympäristötekijät. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 47.) Kipu on yleistä kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kivun ajoittainen arvioiminen ja kirjaaminen on hyvän hoidon perusedellytys, jolla mm. saadaan selville kipulääkkeiden riittävyys ja kivun voimakkuus. Kirjaamisessa tulisi käydä ilmi voimakkuus, vaikutus: toimintakykyyn, mielialaan liikkumiseen ja nukkumiseen, luonne, mahdolliset tuntohäiriöt, sijainti, esiintymisaika ja läpilyöntikivun esiintyminen. PAINAD-asteikko on kivun mittaustyökalu dementiapotilaille tai potilaille, jotka ovat muuten estyneet sanallisesti kertomaan kivusta. Potilaasta havainnoidaan eleitä, ilmeitä, ääntelyä, asentoa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Pitkälle edenneessä muistisairaudessa kivun tunnistaminen ja mittaaminen on haasteellista, kun sanoja ilmaisemiseen ei enää ole. Kivun tunnistamiseen vaikuttavaa myös ympäristön kyky tulkita potilaan kipua sekä asenteet ja uskomukset. Potilaan muuttunut käytös voi johtua kivusta tai muusta tuntemuksesta kuten pelosta, kuivasta suusta, epämukavasta asennosta tai limaisuudesta. Loppuvaiheessa, vaikeassa dementiassa käytetään käsitettä epämukavuus, joka voi johtua myös kivusta. Kärsimyksen lievitys on tällöin hoidon tärkein tavoite. (Hagelberg ym. 2015, 82–83.)

Epämukavuuden tai kivun tunnistaminen perustuu havainnointiin potilaan kaikkina vuorokauden aikoina. Kipu ja sen vaikeusaste pyritään tunnistamaan myös havainnoimalla. Tämän tueksi on PAINAD mittarin lisäksi erilaisia tarkistuslistoja missä kipuun liittyviä ilmiöitä pyritään havainnoimaan, joihin kipu on osoitettu liittyvän. Tarkistuslistassa tarkistetaan mm. kasvojen ilmeet, käytös, ääntely, viitteet masennuksesta ja uni. (Hagelberg ym. 2015, 82–83.)

Lääkehoidon rinnalla tulee käyttää lääkkeettömiä hoitoja, kuten asento- ja liikehoitoa, rentoutusta, distraktiota (harhauttamista) jne. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät auttavat rentoutumaan, rauhoittumaan ja ennaltaehkäisemään ja siirtämään ajatuksia. Tehokkain vaste saadaan yhdistämällä lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito. Musiikki rentouttaa ja vähentää ahdistusta. Kosketus vähentää kipua endorfiinisen

erittymisen kautta, auttaa rentoutumaan ja rauhoittaa. Kosketus myös antaa mielihyvää, lohduttaa ja se antaa henkistä tukea. Asentohoito lievittää paikallista kudosaärsytystä ja ehkäisee painehaavojen syntymistä. Kylmähoito vähentävät turvotusta, kipua ja kutinaa sekä lisää lihasten liikkuvuutta. Lämpöhoito vilkastuttaa verenkiertoa, rentouttaa, vähentää kipua sekä lisää lihasten ja jänteiden venyvyyttä. Hyvä perushoito ennaltaehkäisee ja lievittää kipua, kuten ihorikkojen ennaltaehkäisy rasvauksella ja suun säännöllinen hoito. Vuodepotilaan liikeharjoitukset hoitavat ja ennaltaehkäisevät kipua. (Koskelo 2015, 28.)

2.8 Omaisten tukeminen

Saattohoidossa olevan potilaan lisäksi omaiset tarvitsevat moniulotteista tukea ja huomioimista saattohoidon aikana ja sen jälkeen. Omaiset tarvitsevat empaattista läsnäoloa, laajaa tietoa saattohoidosta ja sen toteuttamisesta. (Vihelä ym. 2020, 281–283.) Muistisairaana saattohoidossa on tärkeää, että omaiselle kerrotaan rehellisesti ja ymmärrettävästi, että missä vaiheessa saattohoitoa muistisairas kyseisellä hetkellä on. Avoimuudella vältetään turhat odotukset paranemisesta ja omaiset saavat valmistautua läheisensä kuolemaan. (Pihlakari ym. 2019, 246.)

Omaisten on hyvä saada keskustella saattohoitoa toteuttavan henkilökunnan kanssa omista ajatuksistaan, peloistaan ja ahdistuksistaan, joten hoitohenkilökunnalta odotetaan hyvää vuorovaikutus- ja myötäelämisen taitoja (Vihelä ym. 2020, 281–283). Omaisten kanssa lähestyvästä kuolemasta puhuessa, puhutaan elämästä ja kerrataan elettyä elämää. Omaisille annetaan mahdollisuus puhua sekä käsitellä kuolemaa ja surua saattohoidon aikana ja saattohoidossa olevan potilaan kuoleman jälkeen. (Pihlakari ym. 2019, 246.)

Hoitohenkilökunnan on osattava antaa tilaa omaiselle ja saattohoidossa olevalle mutta tarvittaessa oltava lähellä antamassa tukensa. Omaiset ja saattohoidossa oleva saavat toteuttaa saattohoitoa omalla tavallaan hoitohenkilöstön tukien heidän ratkaisujaan. (Pihlakari ym. 2019, 246.) Omaisia tulisi kuitenkin ohjata ja kannustaa osallistumaan saattohoitopotilaan hoitoon potilaan ja omaisten itse niin halutessaan (Vihelä ym. 2020, 281–283).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida muistisairaahan saattohoito-opas.

Opinnäytetyön tavoitteena on tukea hoitohenkilöstön näyttöön perustuvaa muistisairaahan saattohoito-osaamista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on muistisairaahan saattohoito?
2. Millainen opas tukee hoitohenkilökuntaa muistisairaahan saattohoidossa?

Käytin tuotteistetun opinnäytetyön kehittämisen apuna Jämsän ja Mannisen Osaamisen tuotteistamisen kirjaa. Kirjan mukaan sosiaali- ja terveysalan tuotteen ominaisuuksiin kuuluu terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistäminen. Tuotteiden suunnittelu sekä kehittäminen rakentuu tuotekehityksen perusvaiheiden mukaan. Suunnittelua ja kehittämistä ohjaa tuotekehityksen perusvaiheet, jota kutsutaan tuotekehitysprosessiksi. Tuotekehitysprosessissa on viisi vaihetta, joita on ongelman ja kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja viimeistely. Seuraavaan vaiheeseen siirtyminen ei edellytetä edellisen vaiheen päättymistä. (Jämsä & Manninen 2000, 24–28.)

Opinnäytetyön aihetta miettiessäni oli selvää, että teen työelämää hyödyntävän opinnäytetyön. Halusin aiheen kiinnostavan itseäni aidosti, koska opinnäytetyön tekeminen olisi itselle aikaa vievä ja ennenkokematon projekti. Tiesin että, vaihtoehtoisina opintoina tulisin valitsemaan palliatiivisen hoitotyön, joten oli luonnollista, että valitsin opinnäytetyön aiheen samasta aihepiiristä. Näiden omien lähtökohtien pohjalta syntyi ajatus konkreettisen tuotteen tekemisestä liittyen palliatiiviseen hoitotyöhön.

Koska valmista aihetta ei ollut, ehdotin opinnäytetyön tekemistä Suomussalmella sijaitsevien hoitokotien Jalonkosken ja Välskärin silloiselle palveluesimiehelle ja hän innostui asiasta. Lopullisena tuotteena syntyi tuotteistamisprosessin mukaisesti muistisairaana saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle ikäihmisille ympärivuorokautista hoitoa tuottaviin Kainuun soten hoivakoteihin.

Toimeksiantaja

Opinnäytetyöni tilaajana oli hoitokodit Jalonkoski ja Välskäri. Työelämäohjaajanani toimi apulaispalveluesimies, sairaanhoitaja ja saattohoitovastaava Vappu Kaikkonen. Suomussalmella sijaitsevat ikäihmisille suunnatut palveluita tuottavat hoitokodit kuuluvat Kainuun soten ympärivuorokautista hoitoa tuottaviin hoivakoteihin. Kainuun sote eli Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä vastaa Kainuun alueen seitsemän kunnan kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista ja niiden tuottamisesta. (Kainuu sote työnantajana n.d.)

Jalonkoskessa ja Välskärissä hoidetaan ikäihmisiä, jotka eivät pärjää kotona sinne tuotettujen palveluidenkaan varassa (Hoitokodit n.d.). Hoitokoti Jalonkoskessa on neljä ryhmäkotia, joissa on 10

yhdenhengen huonetta kodeittain. Asukaspaikkoja on yhteensä 40. Hoitokodissa työskentelee perus- ja lähihoitajia, jotka pääsääntöisesti vastaavat asukkaiden päivittäisestä hoidosta. Asukkaiden kanssa Jalonkoskessa työskentelee myös sairaanhoitaja ja kuntahoitaja. Hoitokoti Välskärissä on 19 asiakaspaikkaa. Hoitokodissa työskentelee lähi- ja perushoitajia, sairaanhoitajia sekä fysioterapeutti. Välskärissä hoidetaan pitkäaikaisasukkaiden lisäksi vuorohoitoasiakkaita, sekä siellä on myös pitkäaikaishoitopaikan odottajia sekä äkillisen hoitopaikan tarvitsijoita.

4.1 Ongelmien ja kehittämistarpeen tunnistaminen

Sosiaali- ja terveysalalla eri tavoin selvitetään, tutkitaan ja kerätään tietoa nykyisistä palveluista sekä käytänteistä. Tutkimuksien pohjalta voidaan analysoida tuloksia ja osoittaa kehittämistarpeet. Tavoitteena on olemassa olevien palveluiden tai tuotteen parantaminen tai uudelleen kehittäminen. Tavoite voi olla uusi tuote tai palvelu vastaamaan nykyistä tarvetta. Ongelmia tai kehittämistarpeita täsmennetään selvittämällä ketä ongelma koskettaa ja kuinka usein sekä mitkä ovat ongelman olosuhteet. (Jämsä & Manninen 2000, 29–31.)

Työskennellessäni hoitokoti Jalonkoskessa havaitsin, että työntekijöillä ei ole saattohoitoa tukevaa ja tietoa antavaa materiaalia. Koin, että kyseiselle tiedolle olisi käyttöä, joka yhtenäistäisi ja kehittäisi saattohoidon toteuttamista sekä vastaisi yhteiskunnan saattohoitoa koskevia suosituksia. Keskustellessani työntekijöiden kanssa saattohoidosta, myös he itse kokivat, että lisäkoulutukselle ja tietomateriaalille olisi tarvetta yksiköissä. Tälle hetkellä jokainen toteuttaa saattohoitoa omalla tavallaan.

4.2 Ideavaihe

Kehittämistarpeen varmistuttua käynnistyy ideointiprosessi, jossa selvitetään, miten ongelmaan saadaan ratkaisu. Uuden tuotteen kohdalla ratkaisuja etsitään ongelmaan erilaisia lähestymis- ja työtapoja käyttäen. Yleisimpiä ovat luovan toiminnan ja ongelmanratkaisun menetelmät. Luovan ongelmanratkaisun menetelmällä etsitään vastausta kysymykseen millainen tuote auttaa ongelman ratkaisussa ja vastaa tarpeisiin. Mikäli päätös tuotteesta ja sen ominaisuuksista on tehty jo alkuvaiheessa, pääpaino on tuotteen valmistamisessa. (Jämsä & Manninen 2000, 28–35.)

Opinnäytetyön aihetta etsiessä kysyin Jalonkosken silloiselta palveluesimieheltä sähköpostitse, että olisiko kiinnostusta ja tarvetta haavanhoito-oppaalle, kivunhoito-oppaalle tai kansiolle saattohoidossa. Hän kiinnostui kivunhoidosta saattohoidossa ja ehdotti muistisairaahan kivunhoito-opasta saattohoidossa, mutta mainitsi myös muun saattohoitoon liittyvän materiaalin tarpeellisuudesta. Haavanhoito-oppaalle hän ei kokenut tarvetta. Hän toivoi mahdollisen kivunhoito-oppaan olevan sähköisessä muodossa mahdollisen paperiversioon lisäksi. Hän pyysi miettimään erilaisia vaihtoehtoja kysyen mielipidettä myös ohjaavalta opettajalta. Opinnäytetyöpajoissa ohjaavien opettajien kanssa mietittiin, että rajaus olisi hyvä keskittää elämän kahteen viimeiseen viikkoon. Koska muullekin kuin kivun hoidolle oli tarvetta, muotoutui lopullinen ajatus tuotteeseen muistisairaahan saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle.

4.3 Luonnosteluvaihe

Ideointi vaiheen jälkeen käynnistyy tuotteen luonnosteluvaihe. Tuotteen luonnostelu käynnistyy, kun on päätetty, että millainen tuote on aikomus suunnitella ja valmistaa. Ydinkysymysten huomioiminen suunniteltavan tuotteen kannalta turvataan tuotteen laatu. Tuotteen luonnostelua ohjaavia näkökohtia ovat mm. asiakasprofiili, tuotteen asiasisältö, palvelujen tuottaja, asiantuntijatieto, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö sekä säädökset ja ohjeet. (Jämsä & Manninen 2000, 43.)

Lopullisen tuotteen ollessa muistisairaahan saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle sisältö rajattiin elämän viimeisimpien viikkojen oireiden ja ongelmien lievittämiseen ja helpottamiseen. Suunnitelmaa kirjoittaessa tutustuin laajasti erilaisiin lähteisiin kirjoittamalla teoreettista viitekehystä muistisairauksista ja saattohoidosta saadakseni itse tietoa käsiteltävästä ilmiöstä. Myös vaihtoehtoiset opinnot syksyllä lisäsivät ja tukivat tätä tietoa. Tämä pohjatieto auttoi ymmärtämään mitä muistisairaahan saattohoito on ja mitä siinä pitää ottaa huomioon sekä millaista tietoa oppaaseen tuli laittaa.

Palvelu tai tuotteen luonnostelu perustuu analyysiin tarpeista ja odotuksista sekä ketkä ovat tuotteen hyödynsaajat ja millaisia he ovat tuotteen käyttäjinä. Parhaiten asiakasta palvelee tuote, joka on suunniteltu käyttäjäryhmän tarpeet, kyvyt ja muut ominaisuudet huomioiden. Vaikka asiakkaat eivät ole tuotteen ensisijaisia hyödynsaajia, hyöty välittyy hoitohenkilökunnan kautta myös heille. (Jämsä & Manninen 2000, 45.)

Oppaan käyttäjinä ovat hoitohenkilökunta joka omaa kokemusta saattohoidon toteuttamisesta. Oppaan on tarkoitus tukea ja lisätä näyttöön perustuvaa tietoa saattohoidosta ja yhtenäistää henkilökunnan toimintatapoja. Mahdollisesti myös kannustaa henkilökuntaa kehittämään yksiköiden saattohoitokäytänteitä.

Muistisairaahan saattohoidossa yleisimmät oireet ja ongelmat tulivat oppaan otsikoiksi ja tiedon hakusanoiksi eli syömiseen liittyvät ongelmat, hengitykseen liittyvät ongelmat, painehaavat, infektiot, kipu ja kärsimys. Omaisten tukeminen on olennainen osa saattohoitoa, joten se oli yksi otsake ja tiedonhaun kohde. Tiedonhaun yhteydessä otsikot täydentyivät henkiselällä kärsimykseällä ja hoitopaikkasiirroilla, koska nämä ilmiöt esiintyivät monessa lähteessä ja koin että ne tärkeiksi. Hakusanoina käytettiin myös sanojen muunnelmia. Lähteet oppaaseen olivat maksuttomia ja suomenkielisiä väärän tulkinnan välttämiseksi.

Oppaan sisältö koottiin tutkimuksista, tutkimuksista tehdyistä lehtiartikkeleista ja muista luotettavista lähteistä, jotta sisältö on näyttöön perustuvaa tietoa. Rajasin tiedonhaussa suunnitelman mukaisesti lähteet 2021–2016, mutta hyväksyin muutaman vanhemman lähteen mukaan, koska ne olivat yhä päteviä ja toivat lisää arvoa oppaan sisällölle. Vanhimmat artikkelit olivat vuodelta 2013. Tietoa hain laajasti Medici:stä, internetistä, kirjastosta, yksityisiltä ihmisiltä, jotka omaavat tiettyjä ammattilehtiä. Ensin valikoin lähteitä nimen, johdannon tai tiivistelmän mukaan. Lopulliset lähteet oppaaseen valikoituivat tarkan harkinnan lopputuloksena monien esivalittujen lähteiden joukosta. Valinnassa auttoivat vastaukset kysymyksiin, millaista on muistisairaahan saattohoito ja millainen oppaan tieto tukee hoitohenkilökuntaa muistisairaahan saattohoidossa?

Kerätyn aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätökset ovat tutkimuksen ydinasia. Se on tärkeä vaihe: siihen tähdätään tutkimusta aloittaessa. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiinsa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2018, 221.) Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimustehtävään tai ongelmaan. Aineistoon tutustuessaan tutkija tekee jo alustavia valintoja. (Hirsjärvi ym. 2018, 224.) Teemoittelu on aineiston pilkkomista ja ryhmittelemistä erilaisten aihepiirien mukaan eli etsitään aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Teemoittelussa korostuu se mitä asioita teemojen aiheiden alle kerääntyy. Koska valmiit ryhmien aiheet ovat olemassa, aineiston analyysi on teorialähtöistä, voidaan analyysiä kuvailla deduktiiviseksi analyysiksi. Se analyysin muoto, jossa aineiston analyysia ohjaa logiikka yleisestä lähtökohdasta kohti yksittäiseen asiaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 79, 80–82.)

Kerätty aineisto analysoitiin teemoittelun avulla. Teemojen aiheiksi ja oppaan otsikoiksi tulivat muistisairaahan saattohoidossa olevat yleisimmät loppuvaiheen oireet ja ongelmat eli syömiseen ja hengitykseen liittyvät ongelmat, kivut ja kärsimys, painehaavat, infektiot, henkinen kärsimys sekä lisäksi tärkeät olennaisesti saattohoitoon liittyvät asiat eli omaisten tukeminen ja sairaalasiirrot. Olin alustavasti valinnut myös otsikon kollegat/työyhteisö aineiston keruun aikana mutta luovuin otsakkeesta myöhemmin aineiston vähyyden sekä liian isoksi laajentuneen työn vuoksi. Rajasin näkökulman asiakkaan ja omaisen tarpeiden helpottamiseen.

Valittujen tiedostojen käsittely vaiheittain oppaaksi.

- 1. Vaihe:** kopioin valikoiduista lähteistä laajat kappaleet otsikoita vastaavista aihepiireistä ja tallensin ne tiedostolle asiaa koskevan otsakkeen alle. Etsin jokaista otsaketta kohti vähintään kolme lähdettä tuomaan monipuolisuutta ja luotettavuutta. Tallennettuja sivuja tuli ensimmäisessä vaiheessa 17.
- 2. Vaihe:** näistä laajoista kappaleista poimin tärkeimmät asiat, jotka koskivat kyseisen oireen tai ilmiön hoitamista, miten oire ilmenee ja miksi, mitä muuta huomioimista tai tarkastamista kyseinen asia vaatii. Aineisto kaventui 8 sivuiseksi.
- 3. Vaihe:** muokkasin ja yhdistelin aiheiden asioita tiiviiseen, informatiiviseen muotoon selkeäksi kokonaisuudeksi oppaan pohjalle nykyiseen muotoonsa.

4.4 Tuotteen kehittäminen

Tuotteen kehittäminen jatkuu luonnosteluiden tuottamien valintojen, ratkaisujen ja rajausten mukaisesti. Ensimmäisenä työvaiheena on tuotteen tarkempi luonnostelu ns. työpiirustusten tekeminen. Kun valmistettava tuote on informaatio, työpiirustusta vastaa tuotteen asiasisällön jäsentely. (Jämsä & Manninen 2000, 54.)

Koko oppaan aineiston keräämisen ja teon aikana tein erilaisia ratkaisuja valmiin tuotteen sisällystään ja ulkonäköön. Oppaan ollessa tekstipainotteinen, tein oppaan Word tiedostolle. Mikäli oppaan materiaali olisi painottunut kuviin, Power Point tiedosto olisi ollut soveliaampi. Tämän ratkaisun tekemisen apuna minulla oli koulun oma it-tukihenkilö, jolta tiedustelin oppaaseen soveliainta ohjelmaa tai tiedostoa. Word ohjelmalla sain luotua selkeän ja helppokäyttöisen tiedoston, joka on vaivattomasti muokattavissa.

Tehtäessä informaatiota välittävää tuotetta keskeisin sisältö muodostuu tosiasioista, täsmällisesti ja ymmärrettävästi kertoen ja huomioiden vastaanottajan lähtökohta tiedon tarpeeseen. Asiakkaalle tai omaisille tuotetun tuotteen näkökanta ja lähtökohtaiset tarpeet ovat eri kuin, että se on tuotettu ammattilaisten käyttöön. (Jämsä & Manninen 2000, 54–55.)

Tärkeintä oppaan ohjeissa on olennainen tieto, tiedon pätevyys ja miten tiedotettavat asiat ilmaistaan. Opas informoi, tuottaa merkitystä ja kutsuu lukijaa osallistumaan. On tärkeää tietää, kuka opasta lukee, että osataan kirjoittaa tiedotettavat asiat tarpeeksi yksinkertaisesti, yksityiskohtaisesti ja selkeästi, jotta lukija ymmärtää asioiden merkityksen, niin kuin kirjoittaja on sen ajatellut. Opasta laatiessa tulisi miettiä keneen oppaalla halutaan vaikuttaa. Käytännön hoitotyön tarpeet ja pulmat ovat lähtökohta oppaan kirjoittamiselle. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 11–17, 19–20, 35.)

Oppaan sisältö on kerätty huolella aikaa käyttäen luotettavista lähteistä. Sisältöä miettiessäni tutkin paljon erilaisia saattohoitoon tehtyjä oppaita ja poimin niistä vinkejä oman oppaan tekemiseen. Oppaan luomisessa kiinnitin huomiota siihen, millaisista asioista on hyötyä hoitotyössä toteuttaessa saattohoitoa muistisairaalle. Oppaassa on selitetty oireiden taustaa, hoitoa ja hoidon merkitystä saattohoidossa olevalle. Se ei välttämättä anna suoria ohjeita kaikkeen vaan antaa mahdollisuuden lukijalle miettiä ja kehittää itse millaista oirehoitoa juuri kyseisessä yksikössä on mahdollisuus toteuttaa. Oppaan lukijana ovat hoitohenkilökunta, joten hoitotyössä tavanomaisien asioiden yksityiskohtaiselta selittämiseltä on vältytty.

Usein sosiaali- ja terveysalalla painotuotteella informoidaan ja opastetaan, joten tekstityyli on asiatyyli. Tekstin tulee aueta lukijalle heti sekä ydinasian tulee olla selkeää. Sitä tukevat hyvä otsikointi ja tekstin jäsentely. (Jämsä & Manninen 2000, 56.)

Tekstin fonttina on käytetty Calibria ja fonttikoko on 11. Fontti on selkeä, hyvin luettavissa ja tuttu kaikille. Tekstin sisällä väliotsikoissa käytettiin fonttikokoa 12 otsikoiden erottuvuuden parantamiseksi. Aiheotsikoiden tyyli on valittu Word ohjelman valikoista, joka on Calibri Light, tuovat sivuille pientä visuaalista ilmettä ja keveyttä sinisellä värillään. Asioita on ilmaistu pitkien raskaiden kappaleiden sijasta listaamalla luettavuuden parantamiseksi. Sivut on pyritty pitämään mahdollisimman keveinä.

Kirjoittamistyyli viestii kirjottajan näkökohtia ammattikunnan kulttuuriin, arvoihin ja ihmiskäsityksiin. Ne ovat tunnistettavissa tekstin tyylistä ja tavasta kirjoittaa. Nämä ovat oheisviestintää asia-

sisällön lisäksi ja voivat muuttaa tarkoitusta, edistää tai estää viestin vastaanottamista. Oheisviestinnäksi katsotaan myös painoasu. Erilaisilla valinnoilla voidaan erottua ja tehostaa tekstin tuomaa viestintää. (Jämsä & Manninen 2000, 57.)

Kirjoittamistyyli on pyritty pitämään asiallisena ja persoonattomana asiategistinä. Joidenkin asioiden ilmaisuun on käytetty korostavia sanoja tai lauserakenteita, mikäli asia on koettu tärkeäksi. Asian ilmaisemiseen on kiinnitetty huomiota, jotta asia välittyy lukijalle niin kuin se on tarkoitettu. Lauseet on pyritty pitämään lyhyenä helppolukuisuuden parantamiseksi. Ulkoasu on pidetty selkeänä ja yksinkertaisena arvokkuuden lisäämiseksi.

Kaikkien tuotteiden kehittelyn eri vaiheissa tarvitaan palautetta ja arviointia. Tuotteen koekäyttö tai esitastaus on parhain keino valmisteluvaiheessa. Koekäyttäjinä voivat olla tuotteen tilaajat tai asiakkaat. Parhaimmat palautteen antavat sellaiset koekäyttäjät, jotka eivät tulle tuotetta entuudestaan. Tuotteen koekäyttötilanteiden tulisi olla mahdollisimman todellisia tuotteen käyttö tilanteita. (Jämsä & Manninen 2000, 80.)

Oppaasta kerättiin palautetta Jalonkosken ja Välskärin työntekijöiltä. Palautteenantoaika oli rajallinen, joten palaute kerättiin suoraan kysymällä vuorossa olevilta hoitohenkilökunnan jäseniltä. Oppaan ollessa aika kookas, haluttiin että, oppaaseen tutustutaan huolella rakentavan palautteen saamiseksi. Palautteen antaminen oli vapaaehtoista. Saattohoitotilanteita ei arvioinnin aikana yksiköissä ollut, joten todellisessa tilanteessa ei opasta voitu testata. Palautetta saatiin kolmelta henkilöltä. Palautteiden määrään vaikuttivat kohdennettu palautekysyminen sekä joulupyhät, jolloin palaute kerättiin. Palautteen keräämisaikaa ja resursseja rajoittivat myös työelämäohjaajan lomat joulukuussa sekä työstä koituvat kiireet. Suunnitelmasta poiketen palautetta ei kysytty Kuhmon Honkalinnasta edellä mainituista syistä.

Palautetta oppaasta kysyttiin ulkoasusta ja sisällöstä apukysymyksin. Palautteenannon tueksi arvioijat saivat saatekirjeen, jossa oli kerrottu taustatietoa oppaasta, miten se on tehty ja mitä varten. Palautteissa ilmeni seuraavaa:

	PLUSAT	MIINUKSET
ULKOASU	Tekstiä pidettiin hyvänä, selkeänä ja helppo lukea	Fontti liian pieni Otsikko eri sivulla kuin teksti

	Ulkoasu ”korumainen”, rauhallinen ja teemaan sopiva	
ASIASISÄLTÖ	Kokonaisuus hyvä, selkeä ja sopivan laaja Asioiden/ilmiöiden/hoidon perustelut Lääketieteellisten termien selitys Selkeät, monipuoliset liitteet	Liikaa lääketieteellisiä termejä
MUUTA	Opasta pidettiin hyvänä ja toimivana työkaluna	

Vastaukset käsiteltiin yhdessä työelämäohjaajan kanssa. Oppaaseen korjattiin kirjoitusvirheitä ja lisättiin muutamalle lääketieteelliselle termille käännös. Yleisemmät termit päätimme olla kääntämättä. Päätimme myös rajauksesta olla kasvattamatta oppaan kokoa esim. fontin suurentamisella.

4.5 Tuotteen viimeistely

Korjauksien ja muutosten jälkeen tuote saa lopullisen muodon, käynnistyy viimeistely. Viimeistely voi olla yksityiskohtien hiomista, käyttö- ja toteutusohjeiden laadintaa sekä huoltotoimenpiteiden ja päivittämisen suunnittelua. Viimeistelyvaiheeseen sisältyy tuotteen jakelun suunnittelu, jossa on myös tuotteen markkinointi. Markkinoinnilla taataan tuotteen kysyntä ja käyttöönotto. (Jämsä & Manninen 2000, 81.)

Oppaan valmistuttua lopulliseen muotoonsa tein saatekirjeen oppaan esittelemiseksi yksiköiden työntekijöille. Saatekirjeessä esittelen tekijän, oppaan sisällön, oppaan käyttötarkoituksen ja merkityksen hoitohenkilökunnalle sekä hoitokotien asukkaille. Kerroin myös mistä oppaan löytää. Saatekirje lähetettiin työntekijöiden sähköpostiin oppaan kanssa.

Opas on sähköisessä muodossa sen helppokäyttöisyytensä vuoksi. Opas jaettiin yksiköihin Y: kansioon PDF versiona henkilökunnalle, josta sen voi tulostaa käyttöön kokonaisuina tai osina. Word tiedosto luovutettiin apulaispalveluesimiehelle muokkaamista varten. Käyttöoikeus oppaaseen siirtyi luovuttamisvaiheessa palveluesimiehelle. Oppaan päivittämisestä huolehtivat yksiköt itse.

Päivittämisen mahdollistamiseksi on laadittu tekijänoikeussopimus, joka luovutetaan toimeksiantajalle.

Opinnäytetyönäni oli kehittää muistisairaahan saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle. Oppaan tavoite on yhtenäistää hoitohenkilökunnan saattohoito-osaamista näyttöön perustuvalla tiedolla. Vastaavanlaisia oppaita on tehty monia mutta ei kuitenkaan täysin samanlaista. Rajasin tekemästäni oppaasta pois palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteiden käsittelemisen ja keskityin vain yleisimpiin oireisiin ja niiden helpottamiseen. Siihen mitä mahdollisesti on odotettavissa pitkälle edenneen muistisairaahan elämän kahden viimeisen elinviikon aikana. Saattohoitovaiheessa käsitteiden kertaamisella ei ole enää käytännön merkitystä. Toki muistisairasta hoidetaan ensisijaisesti hänen mahdollisen elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmansa ja hoitotahtonsa mukaisesti mutta mikäli sellaisia ei ole, opas on hyödyllinen työkalu hoitohenkilökunnalle muistisairaahan saattohoitoon. Opas myös tuo saattohoitoon liittyviä suosituksia ja lakeja lähemmäs arjen saattohoidon toteuttamista. Toivon, että opas myös herättää halun hoitohenkilökunnassa itse kehittää saattohoidon käytänteitä eteenpäin yksiköissä.

Opas on hyvin ajankohtainen valtakunnallisesti saattohoidon ollessa muutos- ja kehitysvaiheessa. Suosituksia on laadittu saattohoidon toteuttamiseen jo vuosikymmen sitten, mutta käytänteet ovat vielä hyvin eriäviä yksiköstä ja paikkakunnasta riippuen. Opas on hyvä esimerkki siitä, että suositukset ovat mahdollista integroida käytäntöön, mikäli ne muokataan arjen hoitotyöhön sopiviksi. Jokainen, joka opasta on lukenut, on löytänyt sieltä itselleen tärkeitä ja puhuttelevia aihealueita sekä herättänyt keskustelua. Opasta on pidetty kaiken kaikkiaan hyvänä kokonaisuutena, joka tukee hoitotyöntekijöitä saattohoidon toteuttamisessa. Mielestäni olen onnistunut vastaamaan asettamiini tutkimuskysymyksiin eli millaista on muistisairaahan saattohoito ja millainen opas tukee hoitohenkilökuntaa muistisairaahan saattohoidossa.

Oppaasta tuli 17 sivuinen tiedosto etukannesta liitteisiin. Oppaan tekeminen oli yllättävän haastavaa. Ensimmäiseksi haasteeksi koitui sopivien lähteiden löytyminen, johon meni yllättävän paljon aikaa. Halusin aineiston antavan tietoa, vinkkejä ja neuvoja sen sijaan että ongelmat ja oireet vain todetaan olemassa oleviksi. Jouduin laajentamaan rajattua vuosi rajausta. Entuudestaan olin rajannut vuosiksi 2016–2021 mutta hyväksyin kolme vanhempaa tutkimusta, jotka ovat 2013 vuodelta. Tähän päätökseen vaikuttivat kyseisten lähteitten sopivuus ja arvokkuus. Suunnitelmassa olin ajatellut, että haen tutkimuksia ja artikkeleista Medic:n lisäksi myös julkarista, google scholarista ja finnasta mutta niistä en löytänyt mitään opinnäytetyöhöni sopivaa. Oli haasteellista saada aineisto muotoutumaan yhteneväiseksi, informatiiviseksi mutta helppolukuiseksi. Katsoin teko- vaiheessa paljon erilaisia oppaita ja otin niistä ideoita ja ajatuksia omaan oppaaseen. Oli tärkeää,

että oppaasta tuli toimiva ja laadukas, joten käytin tekemiseen paljon aikaa. Mielestäni oli oleellista laajentaa oppaan sisältöä kahdella otsikolla, koska hoitopaikkasiirrot ja henkinen kärsimys kuuluvat olennaisena osana saattohoitoon. Mielestäni valinnat ovat kannattaneet laadun ja kokonaisuuden parantamisen vuoksi.

Oppaan tekeminen kesti luultua pidempään. Suunnitelmassa aikaa tekovaiheelle oli varattuna kesäkuukaudet ennen koulun alkamista ja raportille sekä viimeistelylle syksy ennen opinnäytetyön palauttamista lokakuun lopussa. Oppaan raakaversio valmistui vasta joulukuun alussa, jolloin opinnäytetyön raportin tekeminen vasta alkoi. Syitä aikataulun myöhästymiselle oli aineiston pitkä keräämisaika, sen huolellinen analysointi ja työt kesällä, syksyllä sekä syksyn tiivis aikataulu opinnoissa.

Opinnäytetyö on ollut pitkä, raskas mutta myös mielenkiintoinen, opettavainen ja antoisakin prosessi. Opinnäytetyön tekeminen käynnistyi loppusyksystä 2020 aiheen valitsemisella. Kun sopivaa aihetta ei ollut valmiina, tuli kiire kysyä työlle tilaaja suoraan työpaikoita, aikaa oli viikko. Oli onni, että sain tehdä työn itselle mielenkiintoisesta ja tärkeästä aiheesta. Näin jälkeinpäin ajateltuna, en olisi jaksanut tehdä työtä, jos se ei merkitsi itselle mitään. Tein työn yksin ja pidin sitä itselle oikeana vaihtoehtona, vaikkakin yksin tekeminen on monen verroin raskaampaa. Olisin kaivannut monet kerrat ajatusten vaihtoa opinnäytetyön eri vaiheissa. Tätä puutetta on paikannut oma vertainen, ohjaajat koulusta ja työelämästä. Yksin tekemisessä on se hyvä puoli, että olet oman työsi herra ja työstä tulee tekijänsä näköinen.

Opinnäytetyön tekemisen aikana tehty työyhteisön poisrajauksesta tulisi jatkokehittämisaihe seuraavaan opinnäytetyöhön. Oman kokemuksen perusteella palliatiivisen ja saattohoidon aikana sekä niiden jälkeen tehtävää työnohjausta tehdään ihan liian vähän. Tilanteiden purku välittömästi työyhteisön kesken ja yksilöidyt keskustelut pitäisi kuulua olennaisena osana työnkuvaa kaikissa yksiköissä, joissa saattohoitoa toteutetaan, työn vaativuuden ja kuormittavuuden vuoksi. Konkreettinen työohje tilanteiden puheeksi ottamiseen ja purkuun auttaisi työyhteisöä käsittelemään tilanteita ja asukastapauksia.

Toisena jatkokehittämisaiheena on painehaavojen ehkäisemiseen tehtävä opas tai kansio, missä laajemmin on käsitelty painehaavojen ehkäisystä, tunnistamisesta, hoidosta sekä yleisimpiä painehaavoille altistavista sairauksista ja sairauden tiloista. Ikäihmisillä on havaintojeni mukaan paljon ääreisverenkierron vajaatoimintaa, suurimmaksi osaksi laskimoiden vajaatoimintaa, mikä ai-

heuttaa tunnistettavia kudosuutoksia. Ääreisverenkierron vajaatoiminnat altistavat uusien haavojen syntymiselle ja niiden kroonistumiselle esim. syvien painehaavojen kehittymiselle. Altistusta lisäävät myös monet muut sairaudet.

5.1 Luotettavuus

Jotta virheiden tekemiseltä vältyttäisiin, kaikissa tutkimuksissa arvioidaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta voidaan arvioida monin eri tavoin. (Hirsjärvi ym. 2018, 231.) Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on saatu. Arviointi on tärkeää tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tuotteistetun opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2017, 127). Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus on tutkijan arvioinnin ja näytön varassa (Kananen 2014, 146).

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta sekä tulosten todentamista (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128). Saattohoito-oppaaseen käytetty materiaali on kerätty hyvin huolella lähdekritiikkiä käyttäen. Materiaalien tiedot eivät riidelleet keskenään vaan olivat yhdensuuntaista. Materiaalia kerättiin niin paljon, että kerätty tieto alkoi toistaa itseään. Aihekohtaisesti materiaalia kerättiin vähintään kolmesta lähteestä. Oppaassa on käytetty lähteenä myös Palliatiivisen hoidon Käypä hoito- suositusta, joka vahvistaa oppaan sisällön uskottavuutta. Oppaassa on mainittu lähteet minkä kautta voi todentaa asioiden pitävyyden. Myös opinnäytetyön teoreettinen viitekehys tukee oppaan sisältöä ollessa yhtenäinen. Vaihtoehtoisten opintojen syventyessä palliatiiviseen hoitoon, on se tuonut uskottavuutta saattohoito-oppaan laatijalle ja arvoa myös itse oppaalle.

Vahvistettavuus on sitä, että koko tutkimusprosessin tarkan kuvauksen perusteella toinen tutkija pystyy toistamaan tutkimuksen, vaikka päätyisikin erilaiseen tulkintaan tuloksesta (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128). Oppaan tekeminen oli hyvin hallittua ja suunniteltua. Tuotteistamisprosessi raportoitiin avoimesti, laajasti ja tarkasti. Rajaukset ja valinnat on kuvattu ja perusteltu, joten toinen tekijä pystyisi tekemään oppaan samoin tuloksin. Koko tuotteistamisprosessin aikaan tehdyt muistiinpanot asioiden kulusta, rajauksista, perusteluista, mietteistä vihkoon ja tietokoneen tiedostoille auttoivat asioiden hallinnassa ja muistamisessa pitkienkin taukojen jälkeen. Vahvistettavuutta lisää tarkkaan aiheessa ja tutkimuskysymyksissä pidättäytyminen.

Reflektiivisyys on tutkijan itsensä tiedostamat vaikuttimet tutkimukseen ja sen tuloksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Opasta luodessa olen pyrkinyt objektiivisuuteen ja avoimeen rehellisyyteen, mutta en voinut välttyä omien mielipiteiden, kokemusten ja tietämyksen vaikuttamisesta oppaan luomiseen. Oli hyvin selvää millainen oppaasta tulisi. Olen kerännyt oppaan sisällöksi hyvin monipuolisesti materiaalia tärkeimmiksi kokemistani asioista perustellen niitä myös oppaassa. Huomasin että samoja asioita koettiin tärkeäksi myös lukemissani tutkimuksissa, joista osan valitsin oppaan materiaaleiksi.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opas on hyödynnettävissä kaikissa eteneviä muistisairaita hoitavissa hoitokodeissa, joissa asukkaat elävät elämänsä loppuun asti. Vaikka lähtökohtaisesti opas on luotu hoitokoti Jalonkoskeen ja Välskäriin, opas on koottu näyttöön perustuvasta tiedosta, joten se olisi voitu luoda ihan mihin tahansa vastaavanlaiseen yksikköön. Kognition heikkenemistä tapahtuu myös kehitysvammaisilla ja muilla ikäihmisillä elämän viimeisten kuukausien aikana, joten opas on sovellettavissa myös kehitysvammayksiköihin ja muihin ikäihmisiä hoitaviin yksiköihin. Siirrettävyyttä voi heikentää, ettei opas ollut koekäytössä vastaavanlaisessa yksikössä, missä hoidetaan muistisairaita. Oppaan siirrettävyyttä voi heikentää muille esim. erilaiset ulkoasuvaatimukset mutta asiasisältö olisi kuitenkin pysynyt samana.

5.2 Eettisyys

Tutkimuksiin ja niiden tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä (Hirsjärvi ym. 2018, 21). Tutkimuksen tekijällä on laaja-alainen vastuu, koska tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa kauas tulevaisuuteen ja koskettaa monia ihmisiä. Erilaiset tutkimusvaiheiden ratkaisut ovat eettisiä valintoja, kuten aiheen valinta ja tutkimuskysymykset. (Kylmä & Juvakka 2007, 143–144.)

Opinnäytetyön valinta, saattohoito-opas oli jo itsessään eettinen valinta. Koska kohteena ovat epäsuorasti saattohoidossa olevat muistisairaavat ikäihmiset, oppaan tekeminen tuli tehdä huolella. Tuli miettiä koko tuotekehitysprosessin ajan miten eri ratkaisut vaikuttavat heidän hoitoonsa, jos hoito tehdään oppaan ohjeiden mukaan. Tutkimuskysymykset tuli asetella niin että opas vastaa tarkoitustaan.

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa tulee ottaa huomioon tutkimusetiikan periaatteet. Näitä ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus sekä rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 147.)

Oppaan materiaalina on käytetty mahdollisimman uutta, näyttöön perustuvaa tietoa. Materiaali on kerätty lähdekriittisesti. Näyttöön perustuvalla tiedolla taataan oppaan tiedon oikeellisuus. Oikealla ajankohtaisella tiedolla vältetään vanhentuneen ja väärän tiedon antaminen sekä harhaan johtaminen. Oppaan tekemisessä olen pyrkinyt olemaan objektiivinen, vaikka koko opinnäytetyön alusta asti minulla on ollut selvää mitä asioita oppaassa tuli olla.

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää että, tutkimuksen teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Rehellisyyttä on vaalittava koko tutkimusprosessin ajan kaikissa vaiheissa. Keskeisiä huomioitavia periaatteita on hyvä noudattaa koko prosessin ajan, kuten tutkijan ei tule plagioida toisia. Tutkimustulokset selvitetään rehellisesti niin kuin ne ovat, ei puutteellista tai harhaanjohtavaa raportointia. (Hirsjärvi ym. 2018, 21–26).

Opinnäytetyön raportissa olen raportoinut oppaan kehittämisprosessista hyvin laajasti, yksityiskohtaisesti ja rehellisesti. Oppaan kehittämisen aikana oppaasta kerättiin palautetta vapaaehtoisilta osallistujilta. Oppaasta kerätyt palautteet käsiteltiin luottamuksellisesti ja hävitettiin sen jälkeen asianmukaisesti. Vastaukset raportointiin niin kuin annettiin mutta niin ettei vastauksista selviä yksittäisiä henkilöitä. Plagiointia olen välttänyt koko opinnäytetyön tekemisen ajan merkitsemällä käyttämäni lähteet asianmukaisesti.

5.3 Ammatillinen kehittyminen

Sairaanhoitaja on hoitotyön ammattilainen, jonka tehtävänä on potilainen hoitaminen erilaisissa ja vaihtuvissa toimintaympäristöissä. Sairaanhoitaja toimii työssään näyttöön perustuen ja hoitotyön osaaminen edellyttää sairaanhoitajilta monitieteistä tietoperustaa. Sairaanhoitajan osaamiseen vaikuttavat väestön palvelutarpeissa ja lainsäädännössä tapahtuvat muutokset, uusi tutkimustieto, palvelurakenteen kehittäminen sekä sosiaali- ja terveystieteelliset ohjelmat. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 11.)

Opinnäytetyötä tehdessä omat taidot ovat kehittyneet muistisairaudesta, saattohoidosta, tutkimuksellisesta kirjoittamisesta ja tuotekehitysprosessista. Prosessi on kehittänyt pitkäjänteisyyttä, sitkeyttä ja luottamusta omaan osaamiseen. Vaihtoehtoiset opinnot (15 op) palliatiivisessa hoitotyössä ovat tukeneet ja laajentaneet opinnäytetyön aikana kehittyneitä osaamistani ja luottamusta omaan oppimiseen.

Sairaanhoidajan osaamista säätelevät osaamisvaatimukset eli kompetenssit. Niihin kuuluu osa-alueita, jotka vahvistuivat opinnäytetyötä tehdessä, kuten kliininen hoitotyö osaaminen, ammatillisuus ja eettisyys sekä näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksen teko. (Yleissairaanhoidajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt 2020). Muistisairaanhoidon saattotoimintaan teossa osaamisen alueet tukivat toinen toisiaan.

Kliinisen hoitotyön osaamisen vahvistamista tapahtui koko opinnäytetyön prosessin ajan perehtyessä teoreettisen viitekehyksen osa-alueisiin sekä oppaan aineistoa etsiessä ja käsitellessä. Tiedän enemmän muistisairauksista, muistisairauksien tuomista vaikutuksista ja miten se tulee ottaa huomioon saattohoitoa toteuttaessa. Oppaan tekemisen myötä tiedän miten toteuttaa muistisairaanhoidon oireenmukaista saattohoitoa, sekä millaista tukea saattohoidossa oleva ja hänen läheisensä tarvitsevat.

Ammatillisuus ja eettisyys ovat kehittyneet tämän opinnäytetyön tekemisen aikana. Vaihtoehtoiset opinnot palliatiivisessa hoitotyössä yhdessä opinnäytetyön kanssa ovat tukeneet kasvua kohti palliatiivisen hoidon asiantuntijuutta. Kehittymisen varaa on aina mutta tämä prosessi on ollut hyvä suunnan näyttäjä. Matkan varrella olen ymmärtänyt palliatiivisen hoidon ja saattohoidon merkityksen meille jokaiselle sekä sen, että tulevana hoitotyön ammattilaisena olen myös itse velvollinen kehittämään omalta osaltani saattohoidon tilaa paikallisesti sekä sitä kautta myös yhteiskunnallisesti.

Näyttöön perustuvaa toimintaa, tutkimustiedon hyödyntämistä ja päätöksentekokykyä tarvitsin oppaan teossa. Välillisinä hyödynsääjinä ovat saattohoidossa olevat muistisairaanhoidon, joten oppaan tuli olla laadukas ja turvallinen. Opin hakemaan luotettavaa tietoa erilaisista tietokannoista sekä arvioimaan niiden luotettavuutta kriittisesti. Opin myös hyödyntämään ja suunnittelemaan näyttöön perustuvasta tiedosta materiaalia, joka tuo tutkimustiedon ja saattohoitoa koskevat suositukset lähemmäs arjen hoitotyötä.

LÄHTEET

- Alakare, J. & Stranberg, T. (2020). Gerastenia – Kuinka tunnistan ja miksi? *Lääkärilehti* 75(22), 1369–1372).
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. (2015). Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (82–83). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hagelberg, N., Finne-Soveri, H. & Antikainen, R. (2015). Muistisairaahan vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (560–563). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hagelberg, N. & Heiskanen, T. (2015). Kivun mekanismit ja jaottelu patofysiologisen mekanismin mukaan. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (47). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M. (2019). Muistisairaahan yleiset oireet. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.) *Muistisairaahanhoito*. (54–55). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M. (2019). Tyypillisen Alzheimerin taudin vaiheet. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.) *Muistisairaahanhoito*. (330–332). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2018). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hoitokodit. (N.d.). Kainuun sote. Saatavilla 1.1.2021. <https://sote.kainuu.fi/hoitokodit>
- Hänninen, J. (2015). Elämän loppuvaihe eri sairauksissa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliativinen hoito*. (39–40). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Jämsä, K. & Manninen, E. (2000). *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.
- Kainuun sote työnantajana. (N.d.). Kainuun sote. Saatavilla 1.1.2021. <https://sote.kainuu.fi/palvelut/kainuun-sote-tyonantajana>

- Kananen, J. (2014). *Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Konsensuspaneeli. (2014). Vanhuuskuolema. *Aikakausikirja Duodecim*. 130(5), 523–531.
- Koskelo, K. (2015). Lääkkeetön kivunhoito. AMK opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201504275208>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- L 1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. (2016). *Ymmärrä – tule ymmärretyksi*. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.
- Mattila, K-P. (2017). Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. *Lääkärilehti* 72(14), 917–918.
- Muistisairaudet. (2021). Käypähoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri – yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 26.12.2020. <https://www.kaypahoito.fi>
- Palliativinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen palliativisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 26.12.2020. <https://www.kaypahoito.fi>
- Palliativisen hoidon perusopetus. (N.d.). Palliativisen koulutuksen kehittäminen. Saatavilla 11.1.2021. <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/organisaatio/palliativisen-hoidon-perusopetus/>
- Palliativisen koulutuksen kehittäminen. (N.d.). Palliativisen koulutuksen kehittäminen. Saatavilla 31.1.2021. <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/organisaatio/>
- Perustietoa hankkeesta. (N.d.). Palliativisen koulutuksen kehittäminen. Saatavilla 3.1.2021. <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/perustietoa-hankkeesta/>

- Pihlakari, P., Immonen, A. & Hallikainen, M. (2019). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.) *Muistisairaanhoito*. (244–246). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Prince, M., Wimo, A., Guenchet, M., Ali G-C., Wu, Y-T. & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Lontoo: Alzheimer's Disease International.
- Pöyhkä, R. (2015). Palliatiivinen hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (265–266). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saarto, T. (2015). Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (10). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. (2017). Sosiaali- ja terveysministeriö. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksenteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>
- Saattohoitopassi-verkkokurssi. (2021). THL. Saatavilla 2.1.2022. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoidon-kehittaminen-tutkimus-ja-koulutus/saattohoitopassi-verkkokurssi>
- Strandberg, T. Gerastenia. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (558). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Suomen virallinen tilasto. (2020). Kuolemansyyt 2019. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla 7.1.2021. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2019/ksyyt_2019_2020-12-14_kat_001_fi.html
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. (2002). *Potilasohjeet ymmärrettäväksi: Opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32(4), 275–284.
- Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. (2020). Savonia. Saatavilla 18.1.2021. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/01/31/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

Liitteet

Saatekirje arvioinnin tueksi

Hei Sinä hoitotyöntekijä,

Olen luonut juuri sinua varten opinnäytetyönäni muistisairaiden saattohoitotilanteisiin oppaan, jonka on tarkoitus tukea näyttöön perustuvaa saattohoidon toteuttamista. Oppaassa on vinkkejä ja neuvoja tavanomaisimpiin muistisairaahan saattohoidossa ilmeneviin oireisiin ja ongelmiin. Oppaan neuvot myös toivottavasti auttavat Teitä, koko työyhteisöä löytämään yhteneväiset tavat toteuttaa oirehoitoa, eli opas ei välttämättä suoraan anna ratkaisuja ihan kaikkeen, vaan ohjaa. Oppaan on tarkoitus auttaa mutta myös tuoda saattohoitoon liittyviä ja vaadittavia valtakunnallisia suosituksia osaksi käytännön työtä. Opas ei juuri nyt välttämättä tavoita oikeaa saattohoitotilannetta mutta ennalta koettujen kokemusten myötä arviointi varmasti onnistuu niihin peilaten.

Oppaan sisältö on kerätty erilaisista tutkimuksista, hoitoalan julkaisuista, Käypä hoito- suosituksesta jne. vuosilta 2013–2021. Oppaan sisällössä on keskitytty oleellisimpaan eli esim. oirehoitoon. Oppaan ulkoasu on nyt tarkoituksella pelkistetty ja neutraali. Tarkoitus on täydentää ja muokata opasta palautteiden perusteella rajoittavat tekijät huomioiden. Tavoitteena on saada oppaasta niin hyvä että se juurtuu osaksi teidän hoitotyönne arkea. Opas tulee olemaan valmiinakin kaikkien hoitotyöntekijöiden saatavilla tulostettavana tiedostona A4 kokoisena sen käyttöönoton helppouden vuoksi (tulosta ja ota käyttöön). Oppaasta voi tulostaa esim. liitteitä erikseen asiakkaiden huoneiden seinälle.

Opas on vielä viimeistä viilausta vaille ja nyt on Sinun vuorosi antaa palautetta ja kertoa miten voisit parantaa opasta ennen sen julkaisemista.

- 1. Haluan palautetta oppaan visuaalisuudesta ja luettavuudesta eli kuinka helppo tekstiä on lukea? Kaipaako ulkoasu mielestäsi jotakin joka parantaa sen mielekkyyttä ja luettavuutta? Fontti, kirjainkoko, riviväli jne.**
- 2. Palautetta sisällöstä. Onko asiaa liikaa? Mitä siitä mielestäsi puuttuu? Voisiko mielestäsi asian ilmaista jollain muulla tavoin? Mitä haluaisit korostavan?**
- 3. Mitä muuta ajatuksia opas, oppaan sisältö tai arvioiminen herättää? Onko opas mielestäsi tarpeellinen? Turha?**

Vastata voit joko tulostetun paperin kääntöpuolelle/tyhjälle paperille tai suoraan sähköpostina minulle. Tulosteet voi palauttaa Vapulle. Iso Kiitos rakentavasta palautteestasi!!

Ystävällisin terveisin
Sairaanhoidtajaopiskelija

Pia Pöllänen

Hyvää Joulua!

