



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Muistisairaudet ja muistisairaalan potilaan hoito vanhuspsykiatrian poliklinikalla

Junttila, Juho & Sandholm, Joni

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Muistisairaudet ja muistisairaalan potilaan hoito vanhus- psykiatrian poliklinikalla

Juho Junttila Joni Sandholm
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2016

Juho Junttila, Joni Sandholm

Muistisairaudet ja muistisairaana potilaan hoito vanhuspsykiatrian poliklinikalla

Vuosi 2016 Sivumäärä 41

Opinnäytetyö tuli tilaustyönä suomalaisen psykiatrisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolta, joka kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Osaltaan säästösyistä sekä HUS uuden hankkeen takia alkuperäinen suunnitelma oli yhdistää vanhuspsykiatrian poliklinikkatyö osastotyöhön. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää vanhuspsykiatrian poliklinikan toimintaa. Tavoitteena oli luoda poliklinikalle toimintamalli, jolla pystytään parantamaan poliklinikan toimintaa. Vanhuspsykiatrian poliklinikka yhdistettiin aluksi osaksi vanhuspsykiatrian osaston kanssa. Ensiksi toimintaan irrotettiin 2 sairaanhoitajaa osastotyöstä. Potilaiden vähyyden takia määrää laskettiin yhteen sairaanhoitajaan. Poliklinikan toiminnassa ajanvaraukset ja niiden toimittamisen potilaille huolehtii osastosihteeri ja lisäksi lääkärinä toimii osaston lääkäri.

Opinnäytetyöhön kerättiin tietoa muistisairaiden hoitoa koskevasta kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Tutkimukset sisälsivät pääasiassa muistisairaiden potilaiden hoitoa laitoshoidossa. Opinnäytetyö tehtiin juurruttamisen menetelmällä. Nykytilanteen kartoittamiseen käytettiin haastattelua, jossa haastateltavina olivat poliklinikan toiminnassa mukana olevat sairaanhoitajat sekä osaston osastonhoitaja. Haastattelut litteroitiin. Haastatteluissa käytiin läpi poliklinikan nykytilannetta sekä kehittämiskohteita. Kehittämiskohteiden löydettyä, opinnäytetyön tekijät tekivät omat kehittämisehdotuksensa poliklinikan henkilökunnalle. Kehittämisehdotusten pohjalta ruvettiin tekemään poliklinikalle uutta toimintamallia. Tämä sisälsi poliklinikalle kalenterin, jossa käydään läpi minä päivinä ensitapaamiset, hoitotapaamiset sekä laitoskäynnit tulee sijoittaa.

Opinnäytetyöhön kuului myös esittelymateriaalin tekeminen potilaille, yhteistyökumppaneille ja omaisille. Esite on kaksipuolinen ja esite on kooltaan A4. Esitteessä kerrotaan lyhyesti poliklinikan toiminnasta, sijainnista sekä yhteystiedoista.

Tulosten analysoimisessa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, jossa keskityttiin poimaan aineistosta pääasiat. Alun perin tarkoituksena oli arvioida uuden toimintamallin vaikutusta poliklinikan toimintaan. Uutta toimintamallia ei kuitenkaan ehditty ottamaan käyttöön ennen opinnäytetyön valmistumista. Tästä syystä arviointi kohdistui opinnäytetyön tekijöiden ja poliklinikan henkilökunnan yhteistyöhön sekä poliklinikalle tehtyyn esitteeseen. Poliklinikan työntekijät kuitenkin kokivat opinnäytetyön tekoprosessin hyödylliseksi muistisairaiden hoidon kehittämisessä.

Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä selvittää muistisairaiden vanhuspotilaiden hoitoa akuuttipsykiatrian poliklinikalla.

Asiasanat: muistisairaus, hoitotyö, iäkäs potilas.

Juho Junttila, Joni Sandholm

Memory disorders and the treatment of a patient with memory disorder in geriatric psychiatry outpatient clinic

Year	2016	Pages	41
------	------	-------	----

This thesis was commissioned by the unit of geriatric psychiatry of a Finnish psychiatric hospital, which is part of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). Partly due to economic considerations and because of HUS's new project, the original plan was to combine the outpatient clinic operations of geriatric psychiatry with the ward work. The purpose of this thesis was to develop the operations of geriatric psychiatry's outpatient clinic. The purpose was to create an operational model for the clinic that would enable the clinic to improve its operations. The geriatric psychiatry's outpatient clinic was first integrated as a part of the geriatric psychiatric ward. First, two nurses were removed from their ward duties and appointed to the operations. Due to the small number of patients, the number of appointed nurses was reduced to one. With regard to the operations of the outpatient clinic, the Departmental Secretary takes care of making the appointments and notifies the patients about them, while the ward's doctor also acts as the outpatient clinic's doctor.

For this thesis, information from the literature and research concerning the treatment of people with memory disorders was collected. The research mainly included information about institutional care of patients with memory disorders.

This thesis was made using the method of dissemination Interviews were used to review the current situation, where the interviewees were nurses involved in the outpatient clinic operations and the ward's head nurse. The interviews were transcribed. The outpatient clinic's current situation and its development needs were discussed during these interviews. After the development needs were identified, the authors of the thesis made their own development suggestions to the outpatient clinic's personnel. Based on these development suggestions, a new operational method for the clinic was drafted. This included a calendar for the clinic, which states on which days first meetings, treatment appointments and institutional visits should be scheduled.

The thesis also included making presentation material intended for patients, their loved ones and cooperation partners. The created brochure is two-sided and A4 in size. The brochure describes in brief the outpatient clinic's operation, location and contact information.

Qualitative research was used to analyse the results and it focused on identifying the key matters from the materials. Originally, the intention was also to evaluate the new operational method's influence on the outpatient clinic's operations. However, the clinic did not have the time to introduce the new operational method before this thesis was completed. Therefore, the evaluation focused on the cooperation between the authors of the thesis and the clinic staff as well as the brochure designed for the outpatient clinic. However, the employees of the outpatient clinic felt that the thesis process was useful for developing the treatment of patients with memory disorders.

A good topic for further study would be the treatment of elderly patients with memory disorders at an acute psychiatric outpatient clinic.

Keywords: memory disorder, nursing, elderly patient

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämisympäristö.....	7
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	8
3.1	Lainsäädännöllinen tausta	8
3.2	Prosessi	8
3.3	Muistisairaudet	9
3.4	Muistisairauksien hoitotyö	14
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	19
4.1	Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä.....	19
4.2	Haastattelu- tai kysely tiedonkeruumenetelmänä	21
4.3	Tiedonkeruuaineiston litterointi ja sisällönanalyysi	22
5	Kehittämistoiminnan toteutus	23
5.1	Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta	23
5.2	Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta	23
5.3	Uuden toimintatavan rakentaminen	24
6	Uusi toimintatapa	25
6.1	Kooste uudesta toimintatavasta.....	28
6.2	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet.....	29
7	Kehittämistoiminnan arviointi	29
7.1	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi.....	29
7.2	Eettiset kysymykset kehittämistyössä	30
8	Lopuksi	31
	Lähteet	32
	Kuviot	35
	Taulukot	36
	Liitteet.....	37

1 Johdanto

Väestön ikärakenteen muuttuessa myös muistiongelmista kärsivien ihmisten määrä kasvaa. Vuonna 2000 keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsi Suomessa noin 80 000 henkilöä, minkä lisäksi noin 30 000 oli lievästi muistisairaita. Vuoteen 2010 mennessä keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivien määrä oli noussut 89 000. Lieviä muistin ja kognition ongelmia oli ainakin 200 000 henkilöllä. Vuoteen 2060 mennessä keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivien määrän arvellaan nousevan 239 000 henkilöön. (Hänninen & Soininen 2004; Viramo & Sulkava 2010.) Sairaalassa lisääntyvään muistipotilaiden määrää ja kasvavaan muisti-asiantuntijuuden tarpeeseen on reagoitu perustamalla vanhuspsykiatrian poliklinikka, missä keskeisessä asemassa on iäkkäiden potilaiden muistisairauksien tunnistaminen. Poliklinikka on toiminnassaan vielä varsin varhaisessa vaiheessa ja sen toiminta on alkanut varovaisesti.

Tässä opinnäytetyössä aiheena on prosessikuvauksen tekeminen vanhuspsykiatrian poliklinikan toiminnasta sekä toimintatavan kehittämisen yhdessä yhteistyökumppanin kanssa. Opinnäytetyö tehdään kehityshankkeena käyttäen hyödyksi juurruttamisen menetelmää.

Vanhuspsykiatrian poliklinikan henkilökuntaa haastateltiin, jolla kartutettiin poliklinikan nykytilanne. Nykytilanteen kartoituksen jälkeen yhdessä poliklinikan henkilökunnan kanssa etsittiin kehittämiskohteet, joiden pohjalta lähdettiin rakentamaan poliklinikalle uutta toimintamallia. Opinnäytetyön tekijät tekivät toimintamalli ehdotuksen, joka esiteltiin poliklinikan henkilökunnalle. Poliklinikan henkilökunta antoi palautteen ja korjausehdotukset toimintamalliin. Uutta toimintamallia kehitettiin poliklinikan henkilökunnan kanssa yhteensä kolme kertaa. Toimintamallin yhteydessä poliklinikalle tehtiin myös esittelymateriaali.

Alkuperäisessä suunnitelmassa toimintamalli olisi pitänyt ottaa osastolla käyttöön ja sen jälkeen tehdä sen toimivuudesta arviointi. Osasto, jolle toimintamalli suunniteltiin, suljetaan vuoden 2015 vuoden lopussa ja poliklinikka yhdistyy akuuttipsykiatrian poliklinikkaan. Arvioinnin kohteena tässä opinnäytetyössä oli poliklinikan henkilökunnan ja opinnäytetyön tekijöiden välinen yhteistyö. Yhteistyötä arvioitiin kyselylomakkeella, joka koostui neljästä strukturoidusta kysymyksestä sekä kahdesta avoimesta kysymyksestä. Kaksi kysymyksistä käsitteli esittelymateriaalia. Kyselylomakkeiden kanssa jokainen vastaaja sai saatekirjeen, jossa oli ohjeet kyselylomakkeeseen vastaamisesta. Kyselylomake jaettiin kolmelle henkilölle, jotka olivat poliklinikan kehittämisessä mukana. Kyselyihin vastattiin anonyymisti. Vastausten analysoinnissa käytettiin laadullista menetelmää.

2 Kehittämisympäristö

Kehitystyön kohteena on sairaalan vanhuspsykiatrian poliklinikka, joka on osa Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvaa sairaanhoitoaluetta. HUS-kuntayhtymä on Uudenmaan kuntien vuonna 2000 perustama sairaanhoitopiiri. Sen synnyssä yhdistyivät Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Helsingin sairaanhoitopiiri sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntayhtymä Hyks. HUS:lla on 21 sairaalaa ja lisäksi joitakin pienempiä yksiköitä. HUS huolehtii Uudenmaan erikoissairaanhoidosta. HUS koostuu Hyksin-, Hyvinkään-, Lohjan-, Länsi-Uudenmaan- sekä Porvoon sairaanhoitoalueista (HUS 2014a; HUS 2014b).

Vanhuspsykiatrian poliklinikka on toiminut osastolla vuoden verran. Toiminta toteutuu osaston sairaanhoitajien toimesta, jotka sekä ottavat potilaita vastaan sairaalan tiloissa, että tekevät kotikäyntejä ja konsultaatiokäyntejä hoitolaitoksiin. Poliklinikka on vielä niin uusi asia, että siitä ei ole vielä tehty prosessikuvauksia tai esittelymateriaalia. (Osastonhoitaja 2014a.) Alustavassa kehittämisprojektin suuntaa määrittäneessä keskustelussa ilmeni, että poliklinikalla oli yksi vakituinen puolipäiväinen sairaanhoitaja, joka oli ainoa poliklinikan toimintaan keskittynyt sairaanhoitaja. Vanhuspsykiatrian poliklinikalle oli vasta äskettäin saatu oma puhelin. Kaiken kaikkiaan poliklinikan toiminta oli vielä varsin alkutekijöissään. Poliklinikan tilanne on muuttunut alustavasta suunnittelukeskustelusta paljon. Poliklinikan toimintaan vaikuttavat sairaanhoitajat saivat luvan tehdä omaa kehittämistyötä. Poliklinikan työhön irrotettiin osastotyötä kaksi sairaanhoitajaa, jotka tekivät poliklinikkatyötä. Yksi sairaanhoitajista hoiti ajanvaraukset ja toinen sairaanhoitaja hoiti potilastapaamiset. Tarkoituksena oli kierrättää osaston työtekijöitä 9 viikon jaksoissa poliklinikkatyössä. Tämä tarkoittaa sitä, että nämä kaksi sairaanhoitajaa tekee 9 viikkoa poliklinikkatyötä, jonka jälkeen he palaavat osastotyöhön ja osastolta tulee kaksi uutta sairaanhoitajaa tekemään poliklinikkatyötä. Tämä malli ei kuitenkaan jatkunut pitkään. Huomattiin ettei potilaita käy poliklinikalla riittävästi, jotta työtä olisi tarpeeksi kahdelle sairaanhoitajalle. Tämän takia päädyttiin irrottamaan poliklinikkatyötön vain yksi sairaanhoitaja. Yhdelle sairaanhoitajalle ei kertynyt viikossa tarpeeksi töitä, jotta häntä kannattaisi irrottaa kokonaan osastotyöstä. Poliklinikan sairaanhoitaja tekee keskiviikkoisin poliklinikkatyötä 8h. Viikon muina päivinä poliklinikkavastaanottoja, joissa lääkäri ja hoitaja ovat työpari päivittäin iltapäivisin. Työ riippuu kuitenkin potilasmäärästä, joten työviikkoa on vaikea ennakoida. Sairaanhoitajan apuna on osastonsihteerit, jotka huolehtii ajanvarauksista ja niiden lähettämisen potilaille. Potilaita ei oteta vastaan osastolla, vaan sairaalan ensimmäisessä kerroksessa sijaitsevassa vastaanottohuoneessa. Alustavassa keskustelussa poliklinikalla ei ollut toimitiloja missä pitää potilastapaamisia. Sairaalan vanhuspsykiatrian osaston osastonhoitaja on vastuussa vanhuspsykiatrian poliklinikan toiminnasta hoitotyön osalta. Arkipäivisin osastolle tulee useita yhteydenottoja puhelimitse, jotka vievät kirjaamisineen ja asioiden selvittelyineen aikaa osastotyöstä (Osastonhoitaja 2014b.)

3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

Kehittämistoiminnan tietoperusta muodostuu alaa koskevasta lainsäädännöstä sekä prosessikuvauksesta, vanhuspsykiatria ja etenkin muistisairauksia ja niiden hoitoa koskevasta tutkimus- ja teoritiedosta.

3.1 Lainsäädännöllinen tausta

Suomen perustuslaki (731/1999) takaa kaikille oikeuden tarvittaviin terveyspalveluihin. Terveystieteidenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään terveydenhuollon palveluista. Terveystieteidenhuoltopalveluiden käyttäjien oikeuksia suojaava laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Mielen-terveyspalveluiden järjestämisestä säädetään mielenterveyslaissa (1116/1990). Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) säädetään ikääntyneitä koskevista sosiaali- ja terveyspalveluista.

Hallitus kertoi 9.11.2015 sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen linjoista. Maahan perustetaan yhteensä 18 itsehallintoaluetta. Näistä alueista 15 järjestävät oman alueensa sosiaali- ja terveyspalvelut. Loput 3 aluetta järjestävät terveyspalvelunsa toiseen itsehallintoalueeseen tukeutuen. Muutokset tulevat voimaan 1.1.2019. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

3.2 Prosessi

Prosessi voidaan määritellä joukoksi toistuvia, toisiinsa liittyviä toimintoja, jotka muokkaavat tiedot ja materiaalit halutuksi lopputulokseksi. Prosessikaaviossa toimintoja kuvataan graafisesti, jotta toimintojen järjestys ja niiden keskinäiset riippuvuudet tulisivat helpommin ymmärrettäviksi. Prosessikuvaus tulee toimimaan työvälineenä, jonka avulla me ja muut kehittämishankkeen osalliset kykenemme ymmärtämään vanhuspsykiatrian poliklinikan nykyistä toimintaa sekä helpommin näkemään kehittämismahdollisuuksia. (JUHTA 2012, 2-3.)

Prosessikuvausta laadittaessa on tärkeää mikä on kuvauksen tarkoitus, jotta lopputuloksesta tulisi tarkoituksenmukainen. Prosessikuvauksen koostuu useasta vaiheesta. Kuvattavasi valittavien prosessien tulee olla sellaisia, että kohdeorganisaation työntekijät tunnistavat ne ja pystyvät määrittelemään niiden kulun alusta loppuun. Heillä tulisi olla myös käsitys prosessin syötteistä sekä tarkoituksista ja tuloksista. Kun tarvittavat prosessit on tunnistettu, valitaan se prosessi, jonka kuvaus on kehittämistyön kannalta tarkoituksenmukainen. Tässä opinnäytetyössä täksi prosessiksi on jo rajattu vanhuspsykiatrian poliklinikan toiminta. Yhdessä kohdeorganisaation kanssa selvitetään mikä on tarkoituksenmukainen kuvaamisen taso. Oikean kuvaustason selvittämiseksi, olisi hyvä selvittää prosessin perustiedot, kuten prosessiin osallistuvien vastualueet ja tehtävät. (JUHTA 2012, 4-6.)

Prosessin kuvaamiseen on valittava sopivat kuvausvälineet ja kuvaustapa. On myös päätettävä millainen olisi tarkoituksenmukainen prosessikaavio. Prosessikuvauksessa tulisi esittää perustiedot prosessista sekä kuvata prosessia sanallisesti ja graafisesti. Lopuksi prosessikuvaukset tulisi sovittaa kohdeorganisaation toiminnan kokonaisuuteen, jotta se ei jäisi irralliseksi ja muiden prosessikuvausten kanssa ristiriitaiseksi asiakirjaksi. (JUHTA 2012, 4-6.) Hoitoketjun eheys on keskeisessä asemassa hyvän hoidon takaamisessa. Muistipalveluiden järjestämisessä potilaan tarpeiden ja palveluiden läheisyys ovat lähtökohtia. Hoito tulisi järjestää lähialueena. Keskeistä muistipotilaan hyvän hoidon järjestämisessä on ehyen hoitoketjun varmistaminen. (Käypä hoito 2010.)

3.3 Muistisairaudet

Ikääntyneiden muistisairauksista puhuttaessa tulee erottaa normaalistikin ikääntyneillä esiintyvä tiedonkäsittelykykyjen maltillinen heikkeneminen ja joustavuuden väheneminen varsinaisesta dementiasta. Kehittymässä olevan muistisairauden aiheuttamia oireita on kuitenkin alkuvaiheessa hankala erottaa normaalista joustavuutta vaativien kognitiivisten kykyjen heikkenemisestä. Jopa kognitiivisesti terveillä vanhuksilla kognitiivisten kykyjen heikkeneminen vaikuttaa epäsuotuisasti päätöksentekokykyyn. (Hänninen & Soininen 2004; Soininen & Hänninen 2010; Boyle, Yu, Wilson, Gamble, Buchman & Bennet 2012.)

Dementiassa muistin heikentymisen lisäksi potilaalla on heikentymistä ainakin yhdellä muulla kognition osa-alueella. Näitä osa-alueita ovat; tarkkaavuus, toiminnanohjaus, abstrakti ajattelu, orientaatio sekä kielelliset toiminnot. Dementiaa sairastavalla kognitiiviset häiriöt ovat jo sitä luokkaa, että ne häiritsevät merkittävästi ammatillista - ja sosiaalista elämää ja on selkeää toiminnan tason laskua. (Hänninen & Soininen 2004; Käypä hoito 2010.)

Merkittävästi ammatillista - ja sosiaalista elämää häiritsevä muistin ja muiden kognitiivisten taitojen heikkeneminen ei ole osa normaalia ikääntymistä, vaan kyseessä on sairaus. Mitä varhaisemmassa vaiheessa muistihäiriöt havaitaan, sitä paremmat mahdollisuudet on estää tai hidastaa vakavien muistiongelmien muodostumista. Tämän vuoksi on tärkeää huomata ongelmat ennen kuin ne kehittyvät dementiaksi. (Hänninen & Soininen 2004.)

Muistisairauksia on enemmän vanhemmissa ikäluokissa, joten ikääntyneiden osuuden kokonaisväestöstä kasvaessa myös dementiasta sairastavien määrä kasvaa. Ihmisistä, jotka ovat täyttäneet 65 vuotta, keskivaikea tai vaikea muistisairaus on 8,1 %. Joka vuosi noin 13 500 yli 64-vuotiaista sairastuu muistisairauteen. Yli puolet muistipotilaista on yli 80-vuotiaita ja 2/3 pitkäaikaishoidon iäkkäämmistä potilaista potee muistisairautta. (Hänninen & Soininen 2004; Viramo & Sulkava 2010.)

ApoE-ε4-alleeli lisää Alzheimerin tautiin sairastumisen riskiä, vaikkakin korkea ikä ja taudin esiintyminen lähisuvussa ovat tärkeimpiä riskitekijöitä. APP-geenin ja preseniliinigeenin muutokset tietyissä tapauksissa johtavat aina Alzheimerin kehittymiseen. Suuret

kolesteroliarvot ja ylipaino sekä korkea verenpaine ja poikkeava glukoosiaineenvaihdunta lisäävät riskiä. Henkinen, fyysinen ja sosiaalinen aktiivisuus sekä terveellinen ruokavalio todennäköisesti suojaavat dementialta ja Alzheimerin taudilta. Runsaaseen alkoholin käyttöön ja tupakointiin liittyy suurempi dementiaan sairastumisen riski. (Soininen & Kivipelto 2010.)

Vuonna 2000 keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta kärsi Suomessa noin 80 000 henkilöä, minkä lisäksi noin 30 000 oli lievästi dementoituneita. Vuoteen 2010 mennessä keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivien määrä oli noussut 89 000. Lievistä muistin ja kognition ongelmista sairasti ainakin 200 000 henkilöä. Vuoteen 2060 mennessä keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivien määrän arvellaan nousevan 239 000 henkilöön. Tavallisin muistisairaus on Alzheimerin tauti, jota sairastaa jopa 70 % muistipotilaista. Vaskulaarisista kognitiivisista heikentymisen ja Lewyn kappaletaudin osuus on noin 15 % molempien osalta. Alle 5 % muistipotilaista sairastaa otsa-ohimolohkorapppautumista. (Hänninen & Soininen 2004; Viramo & Sulkava 2010.)

Muistisairauspotilaan hoidon suorien kustannuksien on arvioitu olevan noin miljardi euroa vuodessa. Omaishoidon kustannukset mukaan lukien vuosittaiset kokonaiskustannukset voivat nousta jopa 2,5 miljardiin. (Martikainen, Viramo & Frey 2010.) Erkinjuntti (2010) jakaa muistihäiriöiden syyt neljään ryhmään: Paikallisissa vaurioissa on kyse aivojen rakenteen vaurioitumisesta alueilla jotka liittyvät muistamiseen. Näitä alueita ovat esimerkiksi sisempi ohimolohko sekä yhteydet frontaalilohkoon. Aineenvaihdunnan häiriöistä aiheutuvia muistihäiriöitä voivat aiheuttaa esimerkiksi hypotyreoosi ja B12-vitamiinin puutos. Niillä on vaikutus hermovälittäjäaineisiin ja hermosolujen yhteyksiin. Neuronalisiksi häiriöiksi Erkinjuntti (2010) kuvaa hermosoluissa ja solujen välisissä yhteyksissä ilmeneviä häiriöitä. Vaurioituminen tapahtuu synapsien katoamisen tai niiden rakenteen muutoksen, hermovälittäjäaineiden puutoksen sekä dendriittien, aksonien ja neuronien vähenemisen. Toiminnallisessa häiriössä hermoverkostot ovat estyneet toimimasta tehokkaasti, vaikka ne ovat rakenteellisesti kunnossa. (Erkinjuntti 2010.)

Muistisairauksien hoidon tulee noudattaa hyviä hoitokäytäntöjä. Kaikkien tulee ottaa vastuuta muistisairauksien estämisestä ja muistioireet on pyrittävä tunnistamaan mahdollisimman pian. Oireiden syyt tulee selvittää Käypä hoito-suositusten mukaisesti. Diagnoosi on hyvä keskittää siihen erikoistuneeseen poliklinikkaan. Potilasta ja hänen läheisiään tulee informoida diagnoosin merkityksestä ja potilaalle on laadittava hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Potilaan tilaa on seurattava tarkasti oireenmukaisen lääkehoidon toteutumiseksi. Käyttöoireet on pyrittävä ennakoimaan. Ehyen hoitoketjun luomiseksi on saatava kaikki ymmärtämään, että muistisairauksien ehkäisy ja aivojen terveyden edistäminen ovat kaikkien tehtävä. On ymmärrettävä kansanterveydellinen ja - taloudellinen haaste jonka suuri ja kasvava muistipotilaiden joukko muodostaa. On järjestettävä avohuollon tarpeisiin räätälöityjä terveys- ja sosiaalipalveluita. Loppuvaiheen hoito vaatii erityisosaamista ja resursseja. Palveluiden saumaton yhteenliittyminen on tärkeää. Yhteistyö

on tärkeää sekä potilaiden, että hoitavien yksiköiden turhan kuormittamisen välttämiseksi. Tavoitteena on potilaan elämänlaadun takaaminen läpi sairauden kaikkien vaiheiden. Tämä tapahtuu taustaa ja elämäntapaa takaamalla, sosiaalista verkostoa ja arvokkuutta ylläpitämällä sekä turvaamalla potilaan autonomia. (Käypä hoito 2010.)

Suontaka-Jamalainen (2011) on tutkinut muistisairaana käytösoireita ja toimintakykyä vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Muistisairaudet ovat Suomessa kasvava kansantauti, johon liittyy kognitiivisten toimintojen, kuten ajattelun heikkeneminen. Hoidon tavoitteena on toimintakykyjen säilyttäminen mahdollisimman pitkään ja välttää laitoshoidon joutumista. Tutkimuksen mukaan 90 %:lla muistisairaista esiintyy erilaisia käytösoireita. Käytösoireita ovat mm. persoonallisuuden muutokset, apatia, aggressiivisuus ja ärtyneisyys. Käytösoireiden hoito riippuu kuinka voimakkaasti oireet esiintyvät. Arvio tehdään potilaan fyysisestä ja henkisestä vireystilasta sekä kivun tuntemuksen perusteella. Arvion tulee olla kartoitettu perusteellisesti, jotta potilaan hoitolinjasta voidaan tehdä selkeä linjaus. Muistisairaana potilaan hoitoon käytetään erilaisia lääkkeettömiä hoitoja sekä lääkehoitoa. Käytösoireiden hoitoon suositellaan pitkälti lääkkeettömiä hoitoja, joita kutsutaan psykososiaalisiksi hoitomuodoiksi. Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat erilaiset terapeutit viriketoiminnat, joiden tarkoituksena on vaikuttaa potilaan tunnetiloihin ja kognitiivisiin toimintoihin. (Suontaka-Jamalainen 2011.)

Lääkehoidon tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen. Lääkehoidon tavoitteet kuitenkin ovat riippuvaisia sairauden vaiheen kanssa. Lievässä vaiheessa tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitämisen lisäksi oireiden etenemisen estäminen. Keskivaikeassa vaiheessa keskitytään vireystilan, keskittymiskyvyn ja käytösoireiden helpottamiseen. Vaikeassa vaiheessa käytösoireiden helpottaminen on pääasiallinen kohde jonka helpottamiseen pyritään. (Suontaka-Jamalainen 2011.)

Tutkimuksessa tutkittiin 85 vanhuspsykiatrian poliklinikan potilasta, joista naisia oli 54 ja miehiä 31. Keski-ikä potilailla oli 77.6 vuotta. Nuorin potilaista oli 53 vuotta ja vanhin 93 vuotta. Tutkimuksen mukaan yleisin käytösoire oli apatia. Tutkittavista 85:llä todettiin apatiata, jonka tutkimus on määrittänyt kiinnostuksen puutteesta ympärillä tapahtuvaan toimintaan. Osastolle tulleista potilaista 78 % vaikutti surulliselta tai masentuneelta. Ahdistuneisuutta ilmeni 69 %:lla, jolloin potilas on hermostunut tai peloissaan ilman selvää syytä. Potilaat tulivat poliklinikalle kotoa, sairaaloiden osastoilta, dementiayksiköistä sekä erilaisista hoivakodeista. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 46 vuorokautta. Lyhin hoitajakso oli 30 vuorokautta ja pisin 60 vuorokautta. (Suontaka-Jamalainen 2011.)

Ennen osastolle tuloa potilaan lääkkeet eriteltiin lääkeluokituksen (2010) mukaan. Useimmin potilaiden kesken esiintyneet lääkkeet kuten keskushermoston lääkkeet eriteltiin ensiksi. Näitä lääkkeitä ovat mm. psyyyke, epilepsia, parkinsonin ja muistihäiriölääkkeet. Näiden jälkeen

eriteltiin somaattisiin sairauksiin määrättyt lääkkeet ja viimeiseksi muu lääkitys. Potilaista hoitoon tullessa 59 %:lla oli käytössä psykoosilääke, 45 %:lla rauhoittava lääke, 22 %:lla unilääke, 24 %:lla masennuslääke ja 53 %:lla muistihäiriölääke. (Suontaka-Jamalainen 2011.)

Hoitojakson päättymisen jälkeen psykoosilääkettä oli määrätty 77 %:lle potilaista. Rauhoittavaa lääkettä 65 %:lle ja muistihäiriölääkettä 68 %:lle. Lääkkeistä ainoastaan vain unilääke ja masennuslääke olivat pysyneet samalla tasolla (21 %). (Suontaka-Jamalainen 2011.) Tässä opinnäytetyössä on havainnointu lääkkeiden määrä ennen osastolle tuloa ja sen jälkeen (Taulukko 1).

	A	B
Psykoosilääke	59	77
Rauhoittava lääke	45	65
Unilääke	22	21
Masennuslääke	24	21
Muistihäiriölääke	53	68

Taulukko 1: Lääkkeiden prosentuaalinen osuus muistisairaiden potilaiden hoidossa A) osastolle tullessa B) hoitojakson päätyttyä

Käytösoireita (Taulukko 2) ilmeni hoitojakson aikana potilailla seuraavasti: yleisin käytösoire oli apatia, jota ilmeni 79 %:lla potilaista. Apatialla tarkoitetaan kiinnostuksen menettämistä ympärillä tapahtuviin tapahtumiin. Tämä oli tutkimuksen oma määritelmä. Masennusta esiintyi 78 %:lla potilaista, levottomuutta ja aggressiivisuutta 75 %:lla sekä harhaluuloja 73 %:lla. Ärtynisyyttä ja mielialan vaihtelua oli 72 %:lla, ahdistuneisuutta 69 %:lla, aistiharhoja 58 %:lla, poikkeavaa motorista käyttäytymistä 48 %:lla, estottomuutta 38 %:lla ja kohonnuttua mielialaa 12 %:lla potilaista. (Suontaka-Jamalainen 2011.)

Oireet	%
Apatia	79
Masennus	78
Levottomuus	75
Aggressiivisuus	75
Harhaluuloja	73
Ärtyneisyys	72
Mielialan vaihtelu	72
Ahdistuneisuus	69
Aistiharhoja	58
Poikkeavaa motorista käyttäytymistä	48
Estottomuutta	38
Kohonnutta mielialaa	12

Taulukko 2: Oireiden ilmeneminen prosentteina potilailla

Lipton, Hirsch, Katz, Wang, Sanders, Verghese, Barzilai & Derby (2010) tutkivat onko ihmisillä, joilla on pitkäaikaisiksi elävät vanhemmat, pienempi riski sairastua muistisairauteen kuin ihmisillä, joilla on lyhyemmän aikaa elävät vanhemmat. Tutkimukseen osallistui 424 henkilöä, joista 149:n vanhemmat olivat pitkäikäisiä ja 275, joiden vanhemmat olivat lyhytikäisempiä. Pitkäikäisten ryhmää kutsuttiin tutkimuksessa OPEL nimellä ja lyhytikäisiä OPUS nimellä. OPEL ryhmäläisillä oli vähintään yksi vanhempi, joka oli elänyt 85-vuotiaaksi tai pitkäikäisemmäksi. OPUS ryhmän vanhemmista sen sijaan ei kumpikaan elänyt 84 vuotta vanhemmaksi. OPUS ryhmään laskettiin myös sellaiset tapaukset, joissa vanhempi oli kuollut ulkopuolisista syistä, kuten esim. auto-onnettomuudessa. (Lipton ym. 2010.)

Tähän tutkimukseen osallistuvat henkilöt olivat 75 - 85 vuotta täyttäneitä, joilla ei ole diagnoosi muistisairaudesta. Henkilöt olivat kotoisin Bronx Countyn alueelta. Tutkimus alkoi vuonna 1980 ja se kesti yhteensä 23 vuotta. Tutkittaville tehtiin 12 -18 kuukauden välin kontrollikäyntejä, jotka koostuivat: neurologisista tehtävistä, neurologisen tilan arvioinnista ja sairaushistorian päivityksistä. Neurologisissa testeissä käytettiin BMC testiä sekä WAISC testiä, joka mittasi tutkittavan puhetta tuottavuutta sekä älykkyyssosamäärää. Strukturoituja kysymyksiä käytettiin selvittäessä tietoa tutkittavien mielenterveyden häiriöistä ja lääkkeiden käytöstä. Päivittäisiä toimintoja arvioitiin Lawton Brodyn mittarilla. Tutkimuksessa mahdollisuuksien mukaan haastateltiin tutkittavat perheenjäsentä tai läheistä ystävää, joilta varmistetaan tutkittavien antaman tiedon todellisuus. (Lipton ym. 2010.)

Tutkimuksen aikana muistisairauden sai 113 tutkittavaa. Heistä 80:lle tuli Alzheimerin tauti ja 33:lle jokin muu muistisairaus. Muistisairauden diagnoosin saaneet henkilöt olivat hieman vanhempia kuin he jotka eivät saaneet muistisairautta. Muistisairaus diagnosoitiin BIMC menetelmällä. Tämän lisäksi haastateltiin tutkittavien perheenjäseniä ja ystäviä diagnoosin varmistamisessa. (Lipton ym. 2010.) Tuloksissa ilmeni että OPEL-ryhmäläisillä oli 36 % pienempi riski sairastua muistisairauteen kuin OPUS-ryhmäläisillä. Pitkäikäisyys suojaa täten muistisairaudelta. Tämän lisäksi OPUS ryhmäläiset altistuvat sydän- ja verisuonisairauksille enemmän kuin OPEL ryhmäläiset. Erityisesti verenpainetautiin ja diabetekseen OPEL-ryhmäläiset sairastuivat vähemmän kuin OPUS-ryhmäläiset. (Lipton ym. 2010.)

Kim, Kim, Jang, Kim ja Chang (2014) tutkivat huhtikuu 2010 - kesäkuu 2011 välisenä aikana B-vitamiinisaannin ja kognitiivisen toiminnan tason yhteyttä Korean vanhusväestön keskuudessa. Tutkimuksessa oli mukana MCI (mild cognitive impairment) ja Alzheimer-potilaita. Tutkimuksessa tutkittiin B12-vitamiinin oton ja plasman B-vitamiinikonsentraation suhdetta kognitiivisiin kykyihin. Tutkimukseen osallistui 100 MCI- ja 100 Alzheimer-potilasta sekä 121 muistihäiriöstä kärsimätöntä korealaista vanhusta. Koehenkilöiden mediaani-ikä oli 74.8 ± 7.2 . B-vitamiinilisät paransivat kognitiivista suoriutumiskykyä Alzheimer- ja MCI-potilaiden kohdalla. Terveiden vanhusten kohdalla vastaavaa ei saatu tulokseksi. (Kim ym. 2014.)

3.4 Muistisairauksien hoitotyö

Hultqvist (2013) on selvittänyt hoitajien toimintamalleja iäkkäiden muistisairaiden potilaiden hoitotyössä. Tutkielman tarkoituksena oli kuvata hoitajien keskeisiä toimintamalleja, joita käytetään muistisairaahan potilaan hoitotyössä. Tutkimusaineiston keräämisessä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Kyselyt kerättiin erilaisista ikääntyvien hoitoyksiköistä etelä-suomalaisessa kaupungista. Hoitajien toimintamallit on määritelty karkeasti viiteen osaan. Nämä toimintamallit hoidon suorittamisessa ovat: hyljeksivästi, kylmästi rutiinilla, robottimaisesti, kasettimaisesti ja taitavasti. (Hultqvist 2013.)

Hyljeksivää hoitoa suoritetaan silloin, kun hoitaja suhtautuu dementiapotilaan hoitoon kielteisesti, jättää potilaan selviytymään yksin eikä luo vuorovaikutussuhdetta potilaan kanssa. Kylmästi rutiinilla suoritettavassa hoitotyössä hoitaja suhtautuu kyllästyneesti muistihäiriöpotilaan hoitoon. Vuorovaikutusta potilaan välillä tapahtuu vähäisesti tai ei lainkaan. Hoitaja pyrkii tekemään työnsä nopeasti, jolloin hän ei tue potilaan omatoimisuutta kannustamalla häntä mukaan hoitotyöhön. Robottimaisessa hoitotyössä hoitaja ei suhtaudu kielteisesti tai myönteisesti potilaan hoitoon. Hoitaja on neutraali, jolloin hän ei käyttäydy ystävällisesti tai töykeästi. Potilasta kohdellaan kuin tämä olisi esine. Hoitaja ei puhu potilaalle tai jos puhuu, tällöin puheesta puuttuu lämminhenkisyys. Työ tehdään nopeasti ja rutiinilla. Potilasta kannustetaan

omatoimisuuteen eikä hänelle ei anneta tarvittavaa aikaa, vaan työ tehdään usein hänen puolestaan. Hoitaja joka toimii kasettimaisesti, suhtautuu myönteisesti ja ystävällisesti potilaaseen. Vuorovaikutuksessa hoitaja on potilasta kohtaan suojeleva, lämmin ja roolimainen. Hoitaja toimii näin kaikkia potilaita kohtaan, ei vain tiettyjä potilaita. Työskentelyssä tuetaan potilaan omatoimisuutta eikä työtä tehdä nopeasti vaan rauhallisesti ja teknisesti hyvin. Taitavasti hoitava hoitaja tuntee potilaan taustat ja ominaispiirteet sekä osaa huomioida niitä potilaan hoidossa. Vuorovaikutuksessa tämä näkyy potilaan kohtaamisena kunnioittavasti ja ystävällisesti. Hoitajan työ on rauhallista, yksilöllistä ja turvallista. Hoitaja tietää jokaisen potilaan kyvyt ja rajoitukset, jolla suorittaa omatoimista hoitotyötä vaarantamatta potilasta. (Hultqvist 2013.)

Tutkimuksen kyselyssä käytettiin sekä kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivista menetelmää käytettiin tuomaan tietoa hoitajan toimintamallien esiintymisen määrästä, sekä selvitettiin niiden aiheuttamia syy-seuraus suhteita. Kvalitatiivista tutkimusta käytettiin tuomaan tietoa miksi ja millaiset ovat olosuhteet, jotka saavat hoitajat toimimaan hyljeksivästi, kylmästi rutiinilla, robottimaisesti, kasettimaisesti tai taitavasti. Tutkimukseen osallistui 132 työntekijää, jotka luotellaan tutkimuksessa muistisairaana hoitotyön ammattilaisiksi. Vastausprosentti oli 46 %. Suurin osa tutkimukseen osallistujista oli naisia, joita oli 124. (93,9 %). Miehiä tutkimuksessa oli 7 (5,3 %). Vastaajista yhden sukupuolta ei tiedetty.

Koulutustaustaltaan hoitajat olivat lähihoitajia (63,6 %), sairaanhoitajia oli (31,8 %) ja muun koulutuksen käyneitä (3,9 %). (Hultqvist 2013.) Hoitajista 61,4 % vastasi tekevänsä työtä taitavan toimintamallin (Taulukko 3) mukaan. Erityisesti niiden hoitajien kohdalla, jotka ovat tehneet hoitotyötä kauemmin, samanmielisyys korostui. Hoitajista 26,8 % kokee tekevänsä työtä jonkin verran taitavan toimintamallin mukaisesti. Hoitajista 7,9 % vastasi, ettei tee työtä taitavan toimintamallin mukaan. Hoitajista selvä vähemmistö 3,9 % vastasi, että eivät ollekaan työskentele taitavan toimintamallin mukaan. (Hultqvist 2013.)

Taitavan toimintamallin mukaisesti	%
Vahvasti samaa mieltä	61,4
Jonkin verran samaa mieltä	26,8
Jonkin verran eri mieltä	7,9
Vahvasti eri mieltä	3,9

Taulukko 3: Taitavan toimintamallin ilmeneminen prosentteina

Kasettimainen toimintamalli (Taulukko 4) jakoi hoitajat tasaisesti. Vahvasti samaa mieltä vastasi 22,5 % hoitajista ja jonkin verran samaa mieltä 25,8 %. Eniten vastaajista (33,3 %) olivat jonkin verran eri mieltä. Pienimmän osuuden sai vahvasti eri mieltä, jonka määrä oli 18,2 %. (Hultqvist 2013.)

Kasettimaisesti toimintamallin mukaisesti	%
Vahvasti samaa mieltä	22,5
Jonkin verran samaa mieltä	25,8
Jonkin verran eri mieltä	33,3
Vahvasti eri mieltä	18,2

Taulukko 4: Kasettimaisen toimintamallin ilmeneminen prosentteina

Robottimaisen toimintamallin (Taulukko 5) kanssa vahvasti samaa mieltä oli 18,1 % hoitajista. Jonkin verran samaa mieltä oli 19,8 % ja jonkin verran eri mieltä 29,3 %. Suurin osa hoitajista eli 32,8 % oli vahvasti eri mieltä. Tutkimus osoittaa että yli puolet hoitajista (60 %) olevan sitä mieltä ettei robottimainen toimintamalli ei toteudu hoitotyössä, tai toteutuu harvoin. (Hultqvist 2013.)

Robottimaisen toimintamallin mukaisesti	%
Vahvasti samaa mieltä	18,1
Jonkin verran samaa mieltä	19,8
Jonkin verran eri mieltä	29,3
Vahvasti eri mieltä	32,8

Taulukko 5: Robottimaisen toimintamallin ilmeneminen prosentteina

Kylmästi rutiinimaiselle toimintamallille (Taulukko 6) tuli täysi tyrmäys. Hoitajista 78 % oli vahvasti eri mieltä kylmästä rutiinimaisen toimintamallin käytöstä. Jonkin verran eri mieltä oli 8,3 % hoitajista. Kokonaisuudessaan yli 85 % hoitajista torjui rutiinimaisen toimintamallin. Jonkin verran samaa mieltä oli selvä vähemmistö eli 4,5 % hoitajista. Osa hoitajista (9,7 %) ei ole ilmoittanut mitään mielipidettä asiasta. (Hultqvist 2013.)

Kylmästi rutiinimaisen toimintamallin mukaisesti	%
Vahvasti eri mieltä	78
Jonkin verran eri mieltä	8,3
Jonkin verran samaa mieltä	4,5
Ei mielipidettä	9,7

Taulukko 6: Kylmästi rutiinimaisen toimintamallin ilmeneminen prosentteina

Hyljeksivä toimintamalli (Taulukko 7) sai rutiinimaisen tapaan täyden tyrmäyksen. Hoitajista 76,5 % oli vahvasti eri mieltä hyljeksivästä toimintamallin käytöstä. Jonkin verran eri mieltä oli 10 % ja jonkin verran samaa mieltä myös 10 %. Vahvasti eri mieltä oli noin 3,4 % hoitajista. Eroa kylmästi rutiinimaisen toimintamallin ja hyljeksivän toimintamallin välillä on. (Hultqvist 2013.)

Hyljeksivän toimintamallin mukaisesti	%
Vahvasti eri mieltä	76,5
Jonkin verran eri mieltä	10
Jonkin verran samaa mieltä	10
Vahvasti samaa mieltä	3,4

Taulukko 7: Hyljeksivän toimintamallin ilmeneminen prosentteina

Tuloksista ilmenee, että taitavaa ja kasettimaista toimintamalliin vaikuttavat hoitajan asenne potilaisiin sekä työhön, ammattitaito, hyvä johtajuus ja työ hyvinvoinnin saatavuudet. Muistisairaahan ihmisen hoidossa näihin tekijöiden kehittäminen edesauttaa hoitajaa toimimaan taitavan tai kasettimaisen toimintamallin mukaisesti. Näihin panostamalla ja kannustamalla ennaltaehkäistään hoitajien tyytymättömyyttä. Hoitajien tyytymättömyys saattaisi johtaa siihen, että nämä alkaisivat toteuttaa kylmästi rutiinimaisesta ja hyljeksivää toimintamallia. (Hultqvist 2013.)

Kylmästi rutiinilla ja hyljeksivää toimintamallin käyttämistä edistävät erilaiset tekijät, jotka vaikuttavat työntekijän henkiseen ja fyysiseen terveyteen. Hoitajiin kohdistuva työn kuormittuminen, työ hyvinvoinnin rajallinen saatavuus sekä hyvän hoitotyön toteuttamisen haasteet. Näiden puutteiden ilmetessä muistisairaahan potilaan hoidon laadun taso laskee. (Hultqvist 2013.)

Robottimaisen toimintamallin edistävät toiminnot, jotka ehkäisevät taitavaa ja kasettimaista toimintamallia. Työ hyvinvoinnissa kohdatut haasteet, ammattitaidon puuttuminen ja hoitajien kuormittuminen ovat syitä robottimaisen toimintamalliin siirtymiselle taitavasta ja kasettimaisesta toimintamallista. (Hultqvist 2013.)

Hyvän hoidon takaamiseksi muistisairaille, tulee työyhteisön miettiä erilaisia ratkaisuja, joilla lisätään työhyvinvointia. Lisäkoulutukset muistisairaahan potilaan hoitotyöstä sekä töissä esiintyvien haasteiden ratkaiseminen edesauttavat hoitajien jaksamista töissä. Tällä tavalla taataan hoitajalle hyvä hyvinvointi, joka taas takaa potilaalle hyvälaatuisen hoidon. (Hultqvist 2013.)

Lehtiranta, Leino-Kilpi, Koskeniemi, Jartti, Hupli, Stolt ja Suhonen (2014) tutkimus aiheesta muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät. Arvioinnin muistisairaiden riskeistä kotoa laitoshoidon siirtymisestä tekivät kotona potilaan asuvien omaiset (n=182) sekä laitoshoidossa olevien potilaiden läheiset (n=122). Yhteensä vastaajia oli 304.

Muistisairaahan potilas tuli täyttää seuraavat kriteerit päästäkseen tutkimukseen.

1. Muistipotilas oli yli 65-vuotias ja kotihoidon piirissä.
2. Muistitesti S-MMSE-mittarin pistemäärä oli 24 tai sen alle.
3. Lääkäri on diagnosoinut potilaalla muistisairaouden.
4. Muistipotilas asui kotona läheisen kanssa, tai läheinen kävi säännöllisesti vähintään kaksi kertaa kuukaudessa vierailemassa potilasta.
5. Terveystieteiden ammattilainen arvioi potilaan riskin joutua laitoshoidon seuraavan 6 kuukauden aikana. (Lehtiranta ym. 2014.)

Aineisto kerättiin haastattelulla. Haastattelun apuna käytettiin hankkeessa ollutta standardoitua lomaketta, joka sisälsi avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Haastattelut kestivät 1-3 tuntia, ja ne suoritettiin joko muistipotilaan kotona tai hoitokodissa. Perustietojen lisäksi (ikä, sukupuoli jne.) läheisiltä kysyttiin missä tilanteessa laitoshoidon siirtymisestä tulisi tarpeellinen? Tämä kysymys osoitettiin läheisille, joiden omaiset olivat kotihoidon piirissä, eikä vielä laitoshoidossa. Laitoshoidossa olevien muistipotilaiden läheisiltä kysyttiin, mitkä olivat syyt potilaan laitoshoidon siirtymiseen? (Lehtiranta ym. 2014.)

Kotihoidon piirissä olevien läheisten vastaukset jakautuivat neljään luokkaan. Suurin luokka oli muistipotilaan liikkumiseen liittyvät ongelmat, joka sai 32 % vastauksista. Seuraavana oli muistipotilaan pärjäämättömyys kotona, joka sai 28 % vastauksista. Harhailu ja eksyminen sain 22 % ja päivittäisten toimintojen rajoitukset 17 %. Liikkumisessa riskitekijöinä oli liikuntakyvyn heikkeneminen ja siitä johtuva suurempi riski kaatumisille. Pärjäämättömyys liitettiin muistisairaouden etenemiseen ja yleiskunnon laskuun, ei liikkumiseen. Päivittäisen toiminnan rajoitukset sisälsivät syömisen ja hygienian itsenäisen hoitamisen. (Lehtiranta ym. 2014)

Laitoshiitoon siirtyneiden potilaiden läheisten vastaukset jakautuivat viiteen luokkaan. Vastaukset olivat monipuolisempia kuin kotihoidon piirissä olevien läheisten vastaukset. Muistipotilaan liikkumisen ongelmat oli suurin syy 49 %:lla. Rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa sai 43 %. Pärjäämättömyys kotona sai 32 % vastauksista ja harhailu ja eksyminen 29 %. Pienin määrä oli rajoitukset psyykkisessä toimintakyvyssä, joka sai 21 %. Liikkumisen ongelmissa listattiin erityisesti kaatumiset. Yleinen pärjääminen liittyi pärjäämättömyyteen kotona. Psyykkisen toimintakyvyn rajoituksia olivat mm. turvattomuuden tunne, harhat, epäillyt sekä yleisen psyykkisen tilan heikkeneminen. (Lehtiranta ym. 2014.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Tähän opinnäytetyöhön valittiin juurruttamisen menetelmä, koska prosessikuvauksen lisäksi poliklinikalle laaditaan omaa esittelymateriaalia. Esittelymateriaalin avulla kehitetään vanhuspsykiatrian poliklinikan toimintaa. Vanhuspsykiatrialta puuttuu kokonaan oma toimintasuunnitelma poliklinikalle, jonka avulla potilaita otetaan vastaan ja hoidetaan. Tällä hetkellä poliklinikan toiminnasta vastaa yksi sairaanhoitaja, joka toimii osa-aikaisena. Juurruttamisen menetelmällä kyetään kartoittamaan nykytilannetta ja toteuttamaan sekä kehittämään poliklinikan toimintaa. Opinnäytetyön tekemiseen on saatu asiaan kuuluva tutkimuslupa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää vanhuspsykiatrian poliklinikan toimintaa. Alustavassa keskustelussa opinnäytetyön tavoitteet määrittäytyivät seuraaviksi: 1. Prosessikuvauksen ja kaavion laatiminen nykytilanteesta. 2. Muutosehdotuksen muodostaminen teoreettisen- ja tutkimustiedon sekä hyvien käytänteiden perusteella. 3. Esittelymateriaalin valmistaminen, jotta poliklinikalla olisi tarjota asiakkaille ja heidän omaisilleen sekä asiantuntijoille ja muille yhteistyökumppaneille esite. Esite esittelisi lyhyesti ja selkeästi poliklinikan toimintaa.

4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä

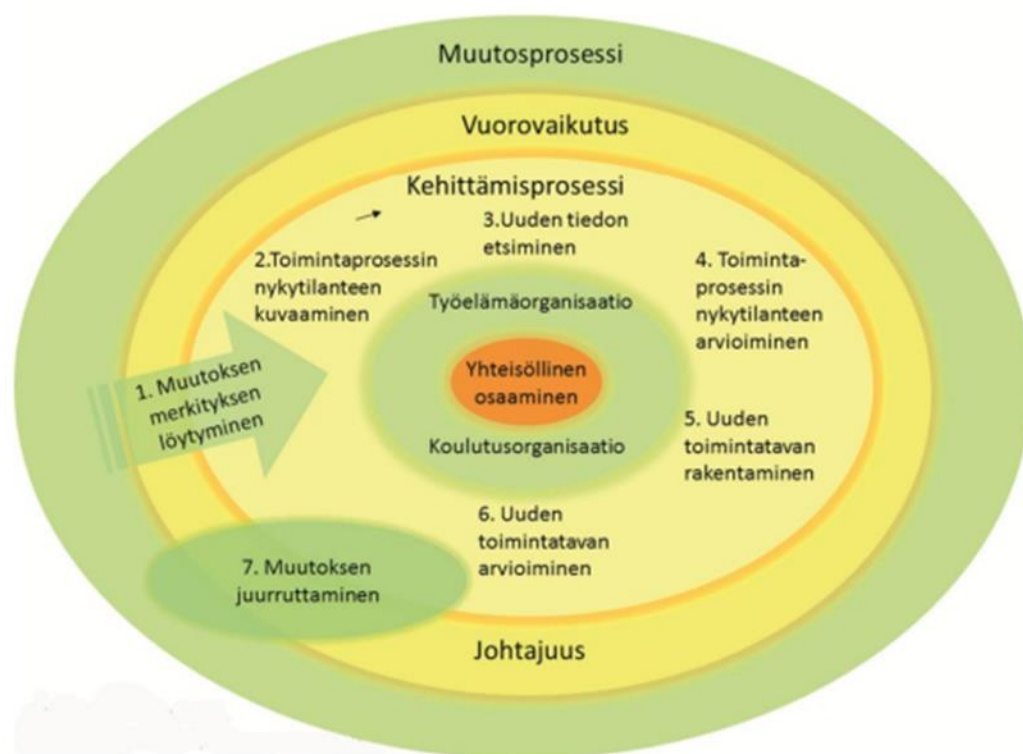
Juuruttaminen on työtapojen kehittämisen menetelmä, jossa tavoitteena on luoda uusi toimintatapa. Uuden toimintatavan on tarkoitus tulla heti käytäntöön sen valmistuessa. Juurruttamisesta muodostettiin alun perin työkalu ammattikorkeakoulujen ja työorganisaatioiden välille. Siitä on kuitenkin kehittynyt sosiaali- ja terveydenhuollolle toimintatapa, jolla pyritään saada uusia toimintatapoja käyttöön käytännössä. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen ja Partamies 2012.)

Juuruttamista hyödynnetään muuallakin kuin terveydenhuollossa. Juurruttamista käytetään liikemaailmassa tuotteiden kehittämisessä ja niiden markkinoinnissa. Juurruttaminen alkaa tuotteen kehittämisen vaiheessa ja etenee vaiheeseen, jossa tuotteen tuominen yhteiskun-

taan alkaa. Tuotetta juurrutetaan ihmisten käyttöön, jotta siitä tulisi osa ihmisten toimintatapaa. Juurruttaminen tapahtuu yhteistyönä, jossa osallisena ovat työryhmään valitut henkilöt. Poliklinikan henkilökunta valitsee henkilökunnastaan työryhmän, joka tulee työskentelemään ammattikorkeakoulun opiskelijoiden ja ohjaavan opettajan kanssa. (Kivisaari 2001.) Kaikkien osallisten on osallistuttava aktiivisesti kehittämistyöhön, jotta kehittämiseen tarkoitettuja toimintatapoja pystytään toteuttamaan käytännössä (Ora-Hyytiäinen ym. 2012).

Vuorovaikutus on keskeisin lähtökohta juurruttamisessa. Osapuolet, jotka tekevät kehittämisessä mukana, lähtevät tekemään työtä kommunikoinnin kautta. Osapuolet käyvät vuorovaikutusprosessin aikana läpi ideoita, joita ovat tuottaneet ja lähtevät niiden pohjalta rakentamaan uutta toimintamallia. Uuden toimintamallia suunnitellaan pitkäjänteisesti osaksi normaalia käytäntöä juurruttamalla se osaksi toimiyksikön omaksi toimintamalliksi, jotta siitä muodostuu yritykselle keskeinen toimintatapa. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012.)

Kuviossa 1 kuvataan juurruttamisen prosessia. Kaikki alkaa muutoksen merkityksen löytymisestä. Tällä tarkoitetaan sitä, että on tarvetta uudelle toimintatavalle. Seuraavaksi siirrytään toiseen vaiheeseen, jossa kartoitetaan toimintaprosessin nykytilannetta. Vuorovaikutus on tässä keskeisessä asemassa. Nykytilanteen kuvauksesta edetään uuden tiedon etsimiseen. Uuden tiedon etsimisessä valittu työryhmä alkaa kehittää uusia ideoita, joilla voidaan parantaa organisaation toimintakykyä. Ennen uuden toimintatavan rakentamista, arvioidaan kuitenkin toimintaprosessin nykytilanteen arvioiminen. Uuden toimintatavan rakentamisen jälkeen arvioidaan toimintatavan arvioimisella pyritään löytämään uuden toimintatavan mahdollisia kehittämiskohteita, joita voidaan vielä kehittää tehokkaammaksi ja hyödyllisemmäksi. Johtajuus on tärkeää koko juurruttamisen prosessin aikana mutta varsinkin muutoksen juurruttamisessa johtajuutta tarvitaan. Johtajan tarkoitus on motivoida työporukkaa aluksi suunnittelemaan uutta työtapaa ja lopuksi ottamaan se käyttöönsä. Viimeiseksi uusi työtapa juurrutetaan yhteisölle, jotta siitä tulisi heille uusi toimintatapa, jonka mukaan he tulevat toimimaan yhteisössä.



Kuvio 1: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä kehittämisessä (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012)

4.2 Haastattelu- tai kysely tiedonkeruumenetelmänä

Haastattelu on Suomessa yleisimpiä käytettyjä laadullisen tutkimuksen menetelmä. Haastattelussa on mukana vähintään kaksi ihmistä, haastattelija, joka esittää kysymykset ja haastateltava, joka vastaa niihin kysymyksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2006.) Haastattelut jaetaan erilaisiin haastattelutyyppyeihin. Näitä haastattelutyyppyejä ovat mm. lomake, teema ja avoin haastattelu. Näitä haastatteluita on mahdollista toteuttaa sekä yksilö että ryhmähaastatteluna. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013.)

Alasuutarin (2011) mukaan lomakehaastattelu voidaan karkeasti jakaa kahteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään aineiston keräämiseen ja muuttujien määrittelyyn. Toisessa vaiheessa tulkitaan aineistosta saadut tulokset. Lomaketutkimuksessa on olennaista tutkijaa kiinnostavat kysymykset. Tutkija tekee tutkimukseen kysymykset ja määrittelee itse vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee itselleen mieleisen. (Alasuutari 2011.)

Lomakehaastattelua suositellaan silloin käytettäväksi, kun tiedetään tutkimuksen tavoite ja osataan hahmotella valmiiksi siihen tarvittavat kysymykset. Tutkijalla on selvä näkemys siitä, minkälaisia vastauksia voi saada kysymyksiin ja osaa määritellä siihen oikeat vastausvaihtoeh-

dot. Kysymykset täytyy muotoilla siten, että ne ovat vastaajille helposti ymmärrettäviä. (Vuorela 2005.)

Teemahaastattelu on ns. välimuoto lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välillä. Teemahaastattelussa on valmiiksi mietityt teemat, joita käydään haastattelu tilanteessa läpi. Vastaajan vastaukset ovat vapaamuotoisemmat kuin lomakehaastattelussa annetut tarkat vastausvaihtoehdot. Teemahaastattelussa ei käydä asioita läpi kuitenkaan niin syvällisesti kuin avoimessa haastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2006.)

Kaikista vapaamuotoisin näistä haastattelumuodoista on avoin haastattelu. Vastausvaihtoehdot ja ei ole ennalta määritelty, vaan siinä keskustellaan tietystä aiheesta. Haastattelu voi mennä hyvinkin syvälle tasolle. Haastateltava kysyy haastateltavilta uusia kysymyksiä heidän vastauksensa perusteella. Avoin haastattelu muistuttaa paljon keskustelua, joka jatkuu vastausten jälkeen uuden kysymyksen muodossa. (Hirsjärvi & Hurme 2006.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään haastattelua (Liite 1) ja lomakekyselyä (Liite 2) tiedonkeruussa. Haastattelut nauhoitetaan nauhuriin, joka litteroidaan haastatteluiden jälkeen. Opinnäytetyössä kysytään ensiksi kysymyksiä, jotka auttavat kartoittamaan poliklinikan nykytilanteen. Nykytilanteen kartoittamisen jälkeen luodaan uusia ideoita, joilla kyetään parantamaan vanhuspsykiatrian poliklinikan toimintaa. Seuraavaksi esitellään ideoita vanhuspsykiatrian poliklinikan henkilökunnalle, joiden kanssa yhdessä suunnittelemme uusien toimintatapojen juurruttamista käytäntöön. Poliklinikan toiveesta poliklinikalle laaditaan oma esittelymateriaali, joka on suunnattu potilaille, läheisille ja yhteistyökumppaneille. Esittelymateriaalin suunnittelussa laadinta ja suunnittelu tehdään yhteistyössä poliklinikan kanssa.

4.3 Tiedonkeruuaineiston litterointi ja sisällönanalyysi

Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun aineiston puhtaaksi kirjoittamista. Aineisto kirjoitetaan muotoon, jota on helppo analysoida. Litteroinnissa on usein epäselvää kuinka tarkasti haastattelu täytyy kirjoittaa puhtaaksi. Tutkimuksen analysointi vaikuttaa litterointiin, jos sisällössä vuorovaikutus ja kielelliset asiat, kuten murteet ei ole analysoinnin kohteena, silloin ei tarvitse kirjoittaa litterointia tarkasti puhtaaksi. Tärkeintä on saada sisällöstä keskeiset lauseet ja sanat esille, joiden avulla analysointi on helpompaa. Haastattelusta voidaan ottaa ylös vain keskeiset asiat, tällöin voidaan rajata aineistoa jolloin merkitsevät asiat tulevat analysoinnissa esille. Tarkasti ja kattavasti litteroitu on kuitenkin hyvä tehdä ensin, jonka jälkeen lähtee poimimaan keskeisiä asioita aineistosta. Litterointiin menee paljon aikaa. Tarkkaa ajanmäärää ei voida määrittää, vaan mitä pidempi haastattelu, sitä kauemmin menee sen puhtaaksi kirjoittamisessa. Litterointiin kannattaa varata aikaa. (Saaranen-Kauppinen & Puuniekka 2009.)

Analyysin aloittamisessa, tulee ensiksi käydä aineisto kokonaisuudessaan läpi. Laadullisen tutkimuksen analyysissa ei ole käytettävissä teknisiä työkaluja, vaikka usein niin oletetaan. Aineiston läpikäymisessä tulee uusien tarkastelutapojen ja näkökulmien avulla tehdä systemaattista tarkastelua aineistosta. Aineiston tiivistämisellä voidaan ottaa keskeisimmät asiat esille ja tehdä niiden pohjalta päätelmä. Tutkimuksen lopputulosta on vaikea hahmottaa laadullisessa tutkimuksessa, koska siinä ei ole numeraalisia vastauksia. Tulosten sijaan tulee keskittyä havainnointiin ja tulkintaan, joiden pohjalta tehdään päätelmän. Analysointia tehtäessä tulee tutkijan päätelmien jälkeen miettiä mitä tämä ilmiö kertoo? Päätelmää voidaan vertailla muiden samankaltaisten tutkimusten tulkintoihin ja katsoa esiintyykö niissä mitään ristiriitoja. (Saaranen-Kauppinen & Puuniekka 2009.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Poliklinikan toiminnan kehittämisessä käytetään juurruttamisen menetelmää. Juurruttamisessa tehdään yhteistyötä organisaation henkilökunnan kanssa eli vanhuspsykiatrian henkilökunnan kanssa. Yhdessä henkilökunnan kanssa käymme läpi kehittämiskohteet ja kuinka yhdessä lähdetään kehittämään niitä.

5.1 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta

Vanhuspsykiatrian poliklinikka aloitti toimintansa sairaalassa vuoden 2013 alussa. Se toimii vuodeosaston yhteydessä. Poliklinikkatyötä tekee osastotyön ohessa yksi sairaanhoitaja yhteistyössä osaston lääkärin ja sairaanhoitajien kanssa. Poliklinikan työntekijä tekee sekä koti- ja laitospäivien, mikä ottaa potilaita vastaan sairaalan tiloissa. Kotikäynnille osallistuu turvallisuussyistä vähintään 2 hoitajaa tai hoitaja/lääkäri.

Poliklinikan toiminta on vielä uutta eikä siitä ole tehty prosessikuvausta. Lisäksi poliklinikalta puuttuu esittelymateriaali. Poliklinikka toimii pitkälti osastotyön ehdoilla, sillä ei ole omaa lääkäriä vaan osastonlääkäri toimii myös poliklinikan lääkärinä. Tämä tarkoittaa että lääkäri aikoja voidaan toteuttaa iltapäivisin ja niin, että se sopii osaston aikatauluihin.

Kehittämiskohteeksi valikoitui uuden toimintamallin kehittäminen ja esittelymateriaalin. Nämä kohteet tulivat suoraan yhteistyökumppaneiltamme eli poliklinikkatyöhön osastuvilta sairaanhoitajilta ja osasto osastonhoitajalta.

5.2 Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta

Vanhuspsykiatrian poliklinikan työntekijöitä haastateltiin kolmesti kehittämiskohteiden etsimisen yhteydeksi. Haastattelut nauhoitettiin ja myöhemmin litteroitiin. Haastatteluiden sisäl-

töä analysoitiin laadullisella tutkimusmenetelmällä, jossa pyrittiin nostamaan esille pääpiirteet saadusta aineistosta.

5.3 Uuden toimintatavan rakentaminen

Uuden toimintatavan rakentamisessa käytettiin juurruttamisen menetelmää, jonka keskeisenä toimintana on tehdä yhteistyötä kehittämissympäristön henkilökunnan kanssa ja edettiin juurruttamisen kehän mukaisesti. Ensiksi käytiin läpi muutoksen merkityksen löytymisen eli opinnäytetyön tilaaja näki tarpeen muutokselle. Tämän jälkeen edettiin toiseen vaiheeseen, jossa kartoitettiin poliklinikan nykytilanteen. Nykytilanteen kartoituksen jälkeen etsittiin uutta teoriatieta muistisairauksista, niiden etenemisestä, hoidosta sekä ennaltaehkäisemisestä. Nykytilanteen kartoittamiseksi tehtiin kolme haastattelua.

Seuraavaksi arvioitiin nykytilanne, jossa keskityttiin löytämään kehityskohteet. Suurin ongelma poliklinikan toiminnassa oli aikataulun puuttuminen. Poliklinikan päiväohjelmaa ei pystytty järjestelmällisesti suunnittelemaan, koska poliklinikalta puuttui aikataulu. Aikataululla tarkoitetaan lukujärjestyksen kaltaista taulukkoa, johon laitetaan jokin tietty aika tapaamisille ja sen kellonaika. Aikataulu mahdollistaisi toiminnan järjestelmällisen suunnittelun. Hoitotapaamisia ei laiteta esim. päiville, jolloin lääkärin täytyy olla osastolla paikalla. Osaston päivärytmi vaikutti suoraan poliklinikan aikataulun suunnitteluun. Osastonlääkäri, joka on sama kuin poliklinikan lääkäri, on velvoitettu hoitamaan ensin osaston potilaat, jonka vuoksi osaston päivärytmi ei saa mennä täten päällekkäin poliklinikan ajanvarausten kanssa.

Kehittämiskohteiden valinnan jälkeen lähdettiin rakentamaan uutta toimintatapaa. Ehdotus uudesta aikataulusta tehtiin vanhuspsykiatrian osastonhoitajalle ja poliklinikan toiminnassa oleville sairaanhoitajille. Aikataulun esittämisen jälkeen pyysimme heiltä palautetta aikataulusta. Ehdotuksessa oli havaittavissa puutteita, joita opinnäytetyön tekijät eivät olleet havainneet. Yhteistyössä henkilökunnan kanssa tehtiin selvennyksiä aikatauluun ja suunniteltiin yhdessä toimintatavan rakennetta. Palautteen jälkeen tehtiin uuden version aikataulusta, joka on määrä näyttää vanhuspsykiatrian poliklinikalle uudestaan. Tämä suunnitelma annettiin myös osaston työntekijöille tiedoksi.

Uusien korjausten jälkeen tämän opinnäytetyön tekijät kävivät uudestaan esittelemässä uutta toimintamallia ja esittelymateriaalia. Opinnäytetyö ja esittelymateriaali oli lähetetty poliklinikan henkilökunnalle sähköpostissa pari päivää ennen tapaamista, jotta he ehtivät tutustua työhön kunnolla. Tapaamisessa käytiin läpi tehdyt korjaukset sekä kysyttiin uusista mahdollisista korjauksista. Toimintamallia ja esittelymateriaalia pidettiin pääosin hyvänä. Toimintamalliin toivottiin pieniä muutoksia. Poliklinikkatyötä tehdään tällä hetkellä kerran viikossa. Poliklinikkaa tekevä sairaanhoitaja tekee myös osastotyötä, ja hänellä on mukana

poliklinikan puhelin. Poliklinikan puhelimeen on tullut paljon soittoja osastotyön aikana, mikä vaikeuttaa osastotyötä sekä poliklinikkatyötä. Sillä hoitaja ei ole välttämättä tietokoneen äärellä, josta voisi tarkistaa potilaan lääkitystä tai muita tietoja. Poliklinikan henkilökunnan kanssa suunniteltiin soittoaika kello 12-13 maanantaista perjantaihin. Tämä tulee toimintamallin aikatauluun sekä esittelymateriaaliin. Näiden korjausten jälkeen pidetään uusi tapaaminen, jossa poliklinikalle luovutetaan aikataulupohja, jonka mukaan voivat alkaa suunnittelemaan tapaamisia. Uuden toimintatavan arviointia ei kyetä tämän opinnäytetyön tiimoilta toteuttamaan vaan se jää myöhempien mahdollisten tutkimusten aiheeksi. Muutoksen juurruttamisen arvioiminen myös jää tulevien tutkimusten aiheeksi.

6 Uusi toimintatapa

Poliklinikan alkaessa ei poliklinikalla ollut käytössä aikaisempaa toimintamallia ja sen toiminta oli riippuvainen osastotyöstä. Poliklinikan alkaessa toiminta oli haastavaa, koska alkuperäisessä suunnitelmassa poliklinikkatyötä ja osastotyötä ei saanut erottaa toisistaan. Hoitajat ja lääkäri tekivät samaan aikaan kahta työtä.

Nii siinä vasemmalla kädellä tehdään sitä poliklinikkaa.

Kuten yllä olevasta viittauksesta voi päätellä, poliklinikan työskentely on haastavaa. Ensisijaisesti hoitajat ja lääkäri ovat osastotyössä eli poliklinikan aikataulu määräytyy osaston päivärhythmin ja kiireen mukaan. Poliklinikalla ei tämän vuoksi ollut järjestelmällistä aikataulua. Työtä tehtiin silloin kuin ehdittiin osastotyöltä. Hoitotietoihin ei ajan puutteen takia pystytty välttämättä ennalta tutustumaan, mikä tekee poliklinikan tavoitteiden saavuttamisen hankalaksi. Poliklinikan tavoitteena on antaa nopeaa ja tiivistä hoitoa, jolla estetään mahdollinen sairaalaan tulo.

Sit kun me täältä osastotyöltä keritään.

Me pyritään iltapäivään, jotta toi osastotyö oli rauhallisempi et siel olis vahva miehitys.

Et kyllähän meidän toive olis, et saatais joku, siis vaan keskittyä siihen poliklinikkatyöskentelyyn.

Ajanvaraukset yritettiin sijoittaa ajankohtaan, jolloin osastolla ei olisi kiirettä. Poliklinikka työ jäi taka-alalle ja sitä pyrittiin tekemään silloin, kun oli mahdollista. Hoitotapaamiset menivät iltapäivälle, iltavuoro on alkanut ja osastolla olisi muutenkin rauhallisempaa. Poliklinikka työ koettiin raskaaksi, koska se tehtiin osastotyön ohessa. Hoitohenkilökunnan toiveena olikin saada joku, joka keskittyisi pääasiassa poliklinikka työskentelyyn. Erillisiä tiloja poliklinikan toimintaan ei ollut tarjolla, mikä vaikeutti työhön keskittymistä.

Osasto on tehnyt omaa kehitystyötänsä alkuperäisestä tilanteestaan. Nykyisessä toimintamallissa osastotyöstä poliklinikkatyöhön on irrotettu yksi hoitaja joka huolehtii potilaiden hoidosta ja tapaamisesta. Sihteeri hoitaa ajanvaraukset ja niiden toimittamiset potilaille. Poliklinikalla on käytössään sairaalan tiloissa oma huone, jossa potilastapaamiset järjestetään. Tapaamishuone ei ole osaston yhteydessä. Vaaratilanteiden varalta tapaamishuoneessa olisi hyvä olla toinenkin uloskäynti. Nykyisessä tapaamishuoneessa ei tällaista lisäuloskäyntiä ole. Poliklinikalla on käytössään oma tietokone, josta hoitaja voi tarkistaa esim. potilaan lääkityksen ja kirjata tapaamisesta. Poliklinikkatyö on helpottunut hoitajien tekemän kehittämistyön myötä.

Tämän opinnäytetyön tekijät tekivät oman toimintamalliehdotuksen poliklinikalle ennen kuin tuli tietoa heidän omasta kehittämistyöstä. Toimintamalli käytiin yhdessä poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa läpi. Yhdessä hoitohenkilökunnan alettiin suunnitella aikataulutusta heidän tekemän kehittämistyön pohjalta. Tässä opinnäytetyössä kehitettiin aikataulu, jossa on päivärhythmi poliklinikan toiminnalle. Aikatauluun laitetaan ensisijaiset päivät, johon tulee sijoittaa ensitapaaminen, hoitotapaaminen ja mahdolliset laitoskäynnit lukujärjestyksen taiseen aikatauluun. Aikataulusta laaditaan Excel taulukko, johon poliklinikka kirjaa hoitotapaamisia. (Taulukko 8. sivu 28)

Lääkärin tekemän lähetteen saavuttua järjestetään ensitapaaminen lähetteen kiireellisyysluokan mukaan. Kiireellisyysluokka kuvaa potilaan hoidontarpeen kiireellisyyttä. Kiireellisyysluokat ovat neljässä kategoriassa. Päivystys luokassa potilas tarvitsee heti kiireellistä hoitoa. Sen jälkeen tulee ensimmäinen luokka, jossa hoitoon pääsy tulee järjestää 7 vuorokauden sisällä. Toisessa kiireellisyysluokassa potilas ei tarvitse kiireellistä hoitoa. Potilaan vointi voi huonontua varsinkin jos odotusaika kestää yli 30 vuorokautta. Viimeisessä luokassa eli kolmannessa luokassa potilaan tila ei huonone eikä terveys vaarannu, jonka vuoksi odotusaika voi venyä yli kuukauden päähän. Ensikäynnin päiväksi tulisi valita ensisijaisesti keskiviikko. Ajanvaraukset tulee sijoittaa kello 11 eteenpäin. Näin hoitaja saisi aikaa aamulla kello 8 -11 tutustua potilaan tietoihin ja lääkäri ehtii hoitaa aamulla osaston potilaita ennen poliklinikan vastaanottoja. Osaston potilaiden hoitamisen jälkeen lääkäri tapaa poliklinikan potilaan yhdessä hoitajan kanssa. Tapaamisen jälkeen lääkäri tekee päätökset potilaan hoidosta eli otetaanko esim. potilas osastolle, jatketaanko poliklinikka käynneillä vai lähetetäänkö muualle hoitoon. Hoitaja yhdessä potilaan kanssa sopii seuraavan ajanvarauksen, mikäli poliklinikkakäyntejä jatketaan. Tapaamisen päätyttyä hoitaja kirjaa ja lääkäri sanelee tapaamisesta. Tämän lisäksi hoidetaan mahdolliset muut kontaktit potilaiden omaisiin tai jatkohoidon suunnittelua esim. perusterveydenhuoltoon.

Ensikäynnin jälkeen, jos potilaan hoitoa jatketaan poliklinikalla, sovitaan potilaan kanssa uusi tapaaminen, josta käytetään nimitystä hoitokäynti. Hoitokäynti järjestetään hoidon tarpeen

mukaan eli tässä ei ole tiettyä aikarajaa kuten läheteiden kiireellisyysluokituksissa. Hoitokäyntien ajankohtana voisi olla kello 13 -15 välinen aika. Ensisijaisina päivinä olisivat maanantaina, tiistaina, perjantai sekä torstai jos tapaaminen ei vaadi lääkärin läsnäoloa. Aamupäivät olisivat ensisijaisesti ensikäyntejä varten ja iltapäivät hoitokäyntejä varten. Kello 12-13 välinen aika on soittoaika, jolloin potilaat voivat soittaa poliklinikalle ja tarkistaa lääkityksiä, tapaamisia yms.

Poliklinikka tekee laitospäiväkäyntejä, jolloin sinä päivänä ei tule suunnitella muita tapaamisia. Mikäli hoitokäynti vaadi lääkärin läsnäoloa, voi hoitaja hoitaa siihen asetetun tapaamisen. Torstaina osastolla on ylilääkärin kierto, jonka vuoksi torstaille ei sovi poliklinikalle hoitokäyntejä jotka vaativat lääkärin läsnäoloa.

Toimintamallin lisäksi poliklinikalle suunnitellaan oma esittelymateriaali, jonka tarkoituksena on antaa tietoa potilaille, läheisille sekä yhteistyökumppaneille poliklinikan toiminnasta.

Suunnitelkaa ihan vapaasti.

Joo, mut jos sitä pääsisältöä miettii, niin sehän on se, että meidän tarkoitus on palvella koko tän [...] sairaanhoitoalueen kuntien ikääntyvää väestöä. Eli yli 65-vuotiaita erilaisissa psykiatrisissa ongelmissa ja muistiin liittyvissä.

Tietyllä tavalla tiivistetty, yksinkertainen ja selkeä ja helposti luettava.

Ei me edes tiedetä missä me sijaitaan siinä vaiheessa. Mutta nehan on sellaisia muokattavia asioita, osoitetiedot ja puhelinnumero.

Esittelymateriaalissa opinnäytetyön tekijöille annettiin vapaat kädet suunnittelun suhteen. Poliklinikan hoitohenkilökunta toivoi esitteestä yksinkertaista, selkeää ja helposti luettavaa. Pääsisältö esittelymateriaalissa on antaa tietoa, että poliklinikan tarkoituksena on palvella ja antaa hoitoa yli 65-vuotiaille erilaisissa psykiatrisissa ja muistiin liittyvissä ongelmissa. Materiaalin tulisi olla korkeintaan kaksipuolinen taitettava A4, jossa olisi yleistietoa poliklinikasta. Yleistiedolla tarkoitetaan poliklinikan sijaintia, palveluita ja yhteistietoja. Sairaalan tulevaisuus on epävarmaa, mahdollisesta lakkauttamisesta on puhuttu. Tämä tarkoittaa, että poliklinikka voi jatkua uusissa tiloissa, se voidaan lopettaa tai siirtää muualle. Tämän vuoksi esittelymateriaalista on toivottu saatavan sähköiseen muotoon, jolloin siihen kyetään tekemään itsenäisesti muutoksia mm. yhteistietoihin.

Tähän taulukkoon ei ole erillisesti laitettu laitospäiväkäyntejä. Laitospäiväkäynnit tulee sijoittaa seuraaville päiville: maanantain, tiistai tai perjantai. Tällöin laitospäiväkäynnin ohella ei saa laittaa muita hoitokäyntejä samalle päivälle.

Klo	Ma	Ti	Ke	To	Pe
8-11	Tietoihin tutustuminen	Tietoihin tutustuminen	Tietoihin tutustuminen	Tietoihin tutustuminen	Tietoihin tutustuminen
11-12	Hoitokäynti	Hoitokäynti	Ensikäynti	Hoitokäynti ilman lääkäriä	Hoitokäynti
12-13	Soittoaika	Soittoaika	Soittoaika	Soittoaika	Soittoaika
13-15	Hoitokäynti	Hoitokäynti	Ei tapaamista	Hoitokäynti	Hoitokäynti

Taulukko 8: Poliklinikan aikataulu

6.1 Kooste uudesta toimintatavasta

Osasto on omatoimisesti tehnyt omaa kehittämistyötä vanhuspsykiatrian poliklinikan toimintamalliin. Nykyisessä toimintamallissa osastotyöstä poliklinikka työhön on irrotettu yksi hoitaja joka huolehtii potilaiden hoidosta ja tapaamisesta. Sihteeri hoitaa ajanvaraukset ja niiden toimittamiset potilaille. Poliklinikalla on käytössään sairaalan tiloissa oma huone, jossa potilastapaamiset järjestetään. Tapaamishuone ei ole osaston yhteydessä. Vaaratilanteiden varalta tapaamishuoneessa olisi hyvä olla toinenkin uloskäynti. Nykyisessä tapaamishuoneessa ei tällaista lisäuloskäyntiä ole. Poliklinikalla on käytössään oma tietokone, josta hoitaja voi tarkistaa esim. potilaan lääkityksen ja kirjata tapaamisesta.

Lääkärin tekemän lähetteen saavuttua tapaaminen järjestetään lähetteen kiireellisyysluokituksen perusteella. Ensikäynnin päiväksi tulisi valita ensisijaisesti keskiviikko. Ajanvaraukset kello 11 eteenpäin. Näin hoitaja saisi aikaa aamulla kello 8-11 tutustua potilaan tietoihin ja lääkäri ehdii hoitamaan aamulla osaston potilaita ennen tapaamista. Osaston potilaiden jälkeen lääkäri tapaa poliklinikan potilaan yhdessä hoitajan kanssa. Tapaamisen jälkeen lääkäri tekee päätökset potilaan hoidosta eli otetaanko esim. potilas osastolle, jatketaanko poliklinikka käynneillä vai lähetetäänkö muualle hoitoon. Hoitaja tekee yhdessä potilaan kanssa toisen ajanvarauksen, jos poliklinikka käyntejä jatketaan. Tapaamisen päätyttyä kirjaa tapaamisesta.

Ensikäynnin jälkeen, jos potilaan hoitoa jatketaan poliklinikalla, seuraavista tapaamisista käytetään nimitystä hoitokäynti. Hoitokäynnit tulee järjestää 1-4 viikon päähän. Tällöin ajankohdaksi voisi olla kello 13-15 välinen aika. Aamupäivät olisivat ensisijaisesti ensikäyntejä varten ja iltapäivät hoitokäyntejä varten.

Poliklinikka tekee laitoskäyntejä, jolloin sinä päivänä ei tule suunnitella muita tapaamisia. Ellei hoitokäynti vaadi lääkärin läsnäoloa, voi hoitaja vastaanottaa potilaan. Lisäksi torstaina ei tule järjestää poliklinikalle aikoja, jotka vaativat lääkärin läsnäoloa.

Esittelymateriaalia ei ehditty ottamaan käyttöön, mutta se on sähköisessä muodossa ja sitä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää uusien esitteiden valmistamisessa.

6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Toimintatavan suunnittelun jälkeen poliklinikan henkilökunta ottaa toimintatavan käyttöönsä. Hoitotapaamiset järjestellään toimintatavan ohjeiden mukaisesti, joiden mukaan aletaan työtä tehdä. Toimintatavassa saatetaan havaita uusia puutteita, kun poliklinikkatyötä toteutetaan käytännössä.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

Opinnäytetyön tekijät pyysivät poliklinikan toiminnassa olevilta kahta sairaanhoitajaa ja osastonhoitajaa arvioimaan yhteistyötä kyselylomakkeeseen vastaamalla. Vastajat saivat saatekirjeen (Liite 3), jossa kerrottiin ohjeet lomakkeeseen vastaamiseen sekä taattiin anonymitteetti vastaajille. Lomakkeessa poliklinikan työntekijät olivat sitä mieltä, että tapaamiset sujuivat hyvin ja tehokkaasti. Kiitosta annettiin keskustelun avoimuudesta ja sujuvuudesta. Poliklinikan työntekijät kokivat päässeensä toimintatavan suunnitteluun koko prosessin ajan. Haastetta toi poliklinikan toiminnan jatkuva muuttuminen tapaamisten välisinä aikoina. Uuden toimintatavan kehittämisprosessi sujui työntekijöiden mielestä hyvin tai kohtalaisesti. Tilanteet vaihtuivat nopeasti. Toimintatapaa saatiin kehitettyä parempaan suuntaan. Opinnäytetyön tekeminen mahdollisti pysähtymisen yhdessä miettimään toiminnan ongelmakohtia ja niiden ratkaisuja, mikä selkeytti poliklinikan tilannetta. Poliklinikalle tehty erillinen esite (Liite 4) oli lyhyt ja ytimekäs sekä sisälsi oleelliset tiedot. Myös esitteen ulkonäköä pidettiin hyvänä. Opinnäytetyön tekemisessä poliklinikan työntekijät kokivat haasteellisena toiminnan kehittämisen, koska tilanteet muuttuivat niin nopeasti eikä poliklinikalla ollut valmista toimintamallia.

7.1 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Poliklinikan kanssa tehtiin kehittämistyötä, jossa toimintamallia suunniteltiin useaan otteeseen yhdessä. Osasto suljetaan vuoden lopussa ja vanhuspsykiatrian poliklinikka siirtyy osaksi akuuttipsykiatrian poliklinikkaan, joten uutta toimintamallia ei sellaisenaan ehditä ottaa käyttöön. Esittelymateriaali saatetaan kuitenkin ottaa käyttöön joko sellaisenaan tai muokattuna. Alkuperäisessä suunnitelmassa oli tarkoituksena arvioida toimintamallia ja sen toimi-

vuotta käytännössä. Toimintamallia ei ehditä kuitenkaan ottaa käyttöön, joten arviointi keskittyy prosessin sujuvuuteen ja esitteeseen. Oppinäytetyössä ei saavutettu alkuperäistä tavoitetta eli uuden toimintamallin käyttöönottoa ja arviointia. Seuraava opinnäytetyön aihe esimerkiksi voisi olla vanhuspotilaiden hoito akuuttipsykiatrian poliklinikalla.

7.2 Eettiset kysymykset kehittämistyössä

Vuosien aikana eettiset ohjeet ja säännöstö on muuttanut muotoonsa monien eettisten väärinkäyttöjen vuoksi. Eettiset ongelmat ja niitten väärinkäytöt ovat saaneet paljon julkisuutta viimeisen 20 vuoden aikana. Väärinkäyttöä on esiintynyt tutkimuksen aikana, raportoinnissa ja julkaisemisessa. Väärinkäyttöjen takia yhdysvalloissa on perustettu tutkimusten eettisyyttä valvova virasto ORI (Office of Research Integrity). ORI:n tehtävänä on puuttua tutkimuksissa tapahtuviin eettisiin väärinkäyttöihin. (Burns, Grove & Gray 2013.)

Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (2006) mukaan tutkimuksen pääasiallinen tehtävä on tuottaa uutta tietoa. Tutkijan suhdetta tutkimusympäristöön, tutkittavaan, tulosten julkaisemiseen ja tutkimusongelmien tunnistamiseen tulee tarkkailla erityisen tarkasti. Tutkimusympäristön kanssa tutkijan täytyy sopia tutkimusta tehtäessä kaikkien tarpeellisten lupien hakemisesta ja käsittelyistä. Tutkijan tulee varata tarpeeksi aikaa, jotta hän saa tarpeeksi aikaa lupien saamiseen. Tutkimusta ei voi aloittaa ennen lupien myöntämistä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006.)

Tutkimuksen kohteena olevalla henkilöllä on oikeus tietää mihin osallistuu kun on tutkimuksessa osallisena. Tutkijan tulee luoda luottavainen suhde tutkittavan kanssa ja taata hänelle anonymiteetti. Tutkittavan tulee tietää tutkimuksesta tulevia hyötyjä ja mahdollisia haittoja. Yhteistyön tulee toimia molempien osapuolien kesken, jotta saadaan molempia osapuolia hyödyttävä tulos aikaiseksi. Esimerkiksi tutkija voi tutkimalla saada sellaista tietoa ilmi, joka hyödyttää tutkittavan elämää. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006.)

Tutkimuksen eettisyydelle voidaan asettaa omat kriteerit, jotka tutkimuksen eettisyys tulee sisältää. Eettisyydelle on laadittu oma normisto, jota on pyrittävä noudattamaan tutkimusta tehtäessä. Normiston tarkoituksena on oikean ja hyvän tieteellisen tutkimuksen edistäminen ja ennaltaehkäistä tieteellistä epärehellisyyttä. (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali 2006.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2003) muistuttavat, että tutkimukselle löytyvät omat eettiset ohjeet ja lainsäädäntö, joilla pyritään turvaamaan tutkimuksen eettisyyttä. Suomessa on kansainvälisesti hyväksytty ohjeistus nimeltään Helsingin julistus (1964). Helsingin julistus määrittää tutkimuksen tarpeeseen liittyviä perusteluita ja siihen liittyviä lainsäädäntöjä. Ju-

listuksessa painotetaan tutkittavan suostumuksen tärkeyttä, erityisesti alaikäisten ja vakavasti sairaiden ihmisten kohdalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2003.)

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä tulee ottaa huomioon tutkittava ryhmä. Helsingin julistus sisältää muistisairaita koskevan eettisen ohjeen, jossa he tarvitsevat erityistä suojaa. Lainsäädännön noudattamisen takia tulee hakea luvat opinnäytetyön tekemiseen, jotta voimme toteuttaa opinnäytetyön. Yksi haettava lupa oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin lupa, joka myönnettiin. HUS valvoo tutkimusta, kun siihen liittyy HUS alueen potilaita, henkilökuntaa tai omistamia tiloja. Opinnäytetyötä toteuttamista ei voi aloittaa ennen tutkimusluvan myöntämistä. (HUS 2014 c.)

8 Lopuksi

Tämän opinnäytetyön kehityskohteiksi valikoituivat varsin varhaisessa vaiheessa uuden toimintamallin kehittäminen, sekä esitemateriaalin tekeminen vanhuspsykiatrian poliklinikalle. Teoriaosuutta tehtäessä osoittautui haasteelliseksi löytää muistisairaiden hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia, jotka olivat suoraan sovellettavissa opinnäytetyön aiheeseen. Teoriatiedon löytäminen muistisairauksista itsestään onnistui hyvin. Haastatteluita tehdessä päädyttiin puolistruturoituihin haastatteluihin. Haastatteluiden avulla muodostettiin kuva poliklinikan sen hetkisestä toiminnasta ja työntekijöiden tunnistamista ongelmakohdista. Opinnäytetyön valmistuminen viivästyi alkuperäisestä aikataulusta monista syistä. Opinnäytetyön tekijöiden puolelta nämä syyt liittyivät kouluun ja työasioihin. Poliklinikan puolella ongelmia tuotti toimintatavan muuttuminen erillään opinnäytetyöntekijöiden kanssa tehdystä kehitystyöstä. Aikataulun venymisen takia uuden toimintatavan käyttöönoton ja vaikuttavuuden arviointia ei voitu sisällyttää tähän opinnäytetyöhön. Näiden asioiden arviointi jääkin tulevien opinnäytetöiden aiheeksi. Poliklinikan työntekijät kuitenkin kokivat opinnäytetyön tekoprosessin hyödylliseksi muistisairaiden hoidon kehittämisessä.

Lähteet

Kirjalliset lähteet

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Burns, N. & Grove, S. 2005. The practice of nursing research conduct, critique, and utilization. USA: Elsevier.

Erkinjuntti, T. 2010. Muistioireiden ja -sairauksien mekanismit ja syyt. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 73 - 74.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S., & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.

Hänninen, T. & Soininen, H. 2004. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. (toim.) Gerontopsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY, 182.

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

Kim, H., Kim, G., Jang, W., Kim, S. Y. & Chang, N. 2014. Association between intake of B vitamins and cognitive function in elderly Koreans with cognitive impairment. Nutrition Journal 2014, 13:118, 1 - 13.

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskeniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M., & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. Hoitotiede. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy, 113-122.

Osastonhoitaja. 2014a. Opinnäytetyöehdotuksia Lohjan sairaanhoitoalueella. 2014. Muistisairaudet ja muistisairaahan potilaan hoito vanhuspsykiatrian poliklinikalla. HUS. Esitely 23.1.2014

Martikainen, J., Viramo, P. & Frey, H. 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 37.

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.

Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 76 - 96.

Soininen, H. & Kivipelto, M. 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 448 - 452.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 28-29.

Sähköiset lähteet

Boyle PA., Yu L., Wilson RS., Gamble K., Buchman AS., Bennett DA. 2012. Poor Decision Making Is a Consequence of Cognitive Decline among Older Persons without Alzheimer's Disease or Mild Cognitive Impairment. *PLoS ONE* 7(8): 4. Viitattu 21.9.2014
<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9ccfa589-7625-49bf-9d81-f28b58c92616%40sessionmgr4002&vid=14&hid=4109>

Hultqvist, A. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. 2013. Oulun Yliopisto, 1 - 59. Viitattu: 2.9.2014. <http://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201311011841.pdf>

HUS 2014 a. Viitattu 30.3.2014. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/historia/Sivut/default.aspx>

HUS 2014 b. Viitattu 30.3.2014. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/Sivut/default.aspxf>

HUS. 2014 c, Tutkimusluvan hakeminen. Viitattu 28.3.2014
<http://www.hus.fi/tutkijalle/tutkimusluvan-hakeminen/Sivut/Tutkimusluvan%20hakeminen.aspx>

JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Viitattu 30.3.2014 <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna, 15. Viitattu. 2.9.2014
<http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf>

Kim, H., Kim, G., Jang, W., Kim, S. Y. & Chang, N. 2014. Association between intake of B vitamins and cognitive function in elderly Koreans with cognitive impairment. *Nutrition Journal* 2014, 13:118, 1 - 13.

Käypä hoito 2010. Muistisairaudet. Viitattu 1.4.2014
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi50044&p_haku=muisti_sairaudet#s23

Lipton, R.B., Hirsch, J., Katz, M.J., Wang, C., Sanders, A.E., Verghese, J., Barzilay, N., Derby, A.C. 2010. Exceptional Parental Longevity Associated with Lower Risk of Alzheimer's Disease and Memory Decline. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1 -13. Viitattu: 13.1.2015.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=067242db-8309-4845-911c-c294f69a4130%40sessionmgr115&vid=0&hid=125>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puuniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Tampereen yliopisto. Viitattu: 19.9.2014, 79 - .
http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Hallitus päätti sote uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Viitattu: 16.11.2015 http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto, 1 - 30. Viitattu: 2.9.2014.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1>

Vuorela, S. Haastattelumenetelmät. 2005. Tampereen yliopisto. Viitattu 28.3.2014.
<http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/3-Vuorela.pdf>

Muut lähteet

Osastonhoitaja. 2014b. Alustava keskustelu 4.3.2014.

Kuviot

Kuva 1: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä kehittämisessä (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012).

Taulukot

Taulukko 1: Lääkkeiden prosentuaalinen osuus muistisairaiden potilaiden hoidossa A) osastolle tullessa, B) hoitajakson päätyttyä.	12
Taulukko 2: Oireiden ilmeneminen prosentteina potilailla.	13
Taulukko 3: Taitavan toimintamallin ilmeneminen prosentteina.	16
Taulukko 4: Kasettimaisen toimintamallin ilmeneminen prosentteina.	16
Taulukko 5: Robottimaisen toimintamallin ilmeneminen prosentteina.	17
Taulukko 6: Kylmästi rutiinimaisen toimintamallin ilmeneminen prosentteina.	17
Taulukko 7: Hyljeksivän toimintamallin ilmeneminen prosentteina.	17
Taulukko 8: Poliklinikan aikataulu.	28

Liitteet

Liite 1 Haastattelukysymykset	38
Liite 2 Lomakehaastattelu kysymykset.....	39
Liite 3 Saatekirje.....	40
Liite 4 Esite	41

Liite 1 Haastattelukysymykset

Haastattelu kysymykset (ensimmäinen haastattelu)

1. Miten poliklinikka on saanut alkunsa?
2. Mikä on poliklinikan nykytilanne?
3. Mitkä ovat poliklinikan tavoitteet?
4. Koska otatte potilaita vastaan?
5. Tulevatko potilaat lähetteellä hoitoon?
6. Kuinka paljon potilaita käy vastaanotolla?
7. Koska lääkäri tutkii potilaita?

Toinen haastattelu

1. Mikä on osaston päivärytmi?
2. Tuleeko poliklinikan työntekijät eri aikaan töihin osaston työntekijöihin verrattuna?
3. Mihin aikaan potilaita otetaan aikaisintaan vastaan?
4. Minne poliklinikka käynnin jälkeen muistisairaat potilaat menevät?
5. Onko poliklinikalla käynyt muistisairaita potilaita jotka asuvat kotona?
6. Onko poliklinikalla käynyt muistisairaita potilaita jotka asuvat laitoksissa?
7. Onko potilailla minkäänlaisia kontrollikäyntejä?
8. Mikä on muistisairaahan potilaan hoidon tavoite poliklinikalla?

Kolmas haastattelu

1. Oletteko miettineet kuinka pitkä esittelymateriaalin tulee olla?
2. Kenelle esittelymateriaali on tarkoitettu?
3. Mitä tietoa esittelymateriaalissa tulee olla?
4. Tuleeko esittelymateriaaliin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin logo?

Liite 2 Lomakehaastattelu kysymykset

Lomakehaastattelun kysymykset

1. Miten yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden ja poliklinikan työntekijöiden välillä sujui?
A) Hyvin Perustele lyhyesti:
B) Kohtalaisesti
C) Huonosti

2. Oletteko mielestänne päässeet vaikuttamaan uuden toimintatavan suunnitteluun?
A) Kyllä Perustele lyhyesti:
B) Vähän
C) Ei

3. Mitä mieltä olet uuden toimintatavan kehittämisprosessista?
A) Sujui hyvin Perustele lyhyesti:
B) Sujui kohtalaisesti
C) Sujui huonosti

4. Oliko opinnäytetyön tekemisestä hyötyä poliklinikan toiminnalle?
A) Oli Perustele lyhyesti:
B) Ei
C) En osaa sanoa

5. Mitä mieltä olette poliklinikan esitteestä? (Tarvittaessa jatka toiselle puolelle)

6. Mitä parannettavaa toimintamallin kehittämisessä oli? (Tarvittaessa jatka toiselle puolelle)
Vastaus:

Liite 3 Saatekirje

Saatekirje

Hyvä vastaanottaja. Teemme opinnäytetyötä teidän tilaamastanne aiheesta ”muistisairaudet ja muistisairaanpotilaan hoito vanhuspsykiatrian poliklinikalla.” Tarkoituksena on arvioida meidän ja teidän välistä yhteistyötä opinnäytetyötä tehtäessä. Alkuperäinen suunnitelma olisi ollut arvioida meidän työn vaikutusta poliklinikan toimintaan, mutta osasto lopettaa toimintansa vuoden vaihteessa ja vanhuspsykiatrian poliklinikka yhdistyy akuuttipsykiatrian poliklinikkaan. Eli kehitysehdotuksen vaikutuksia ei keritä arvioimaan. Lomake sisältää neljä strukturoitua kysymystä, sekä kaksi avointa kysymystä. Arviointiin vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen on saatu tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimihenkilöltä.

Vastaustanne odottaen Juho Junntila ja Joni Sandholm.

Liite 4 Esite



YHTEYSTIEDOT

Soittoaika klo 12-13

Hoitaja:

Sihiteeri:

Osoite:

Otsikko

Kuva

Kuva

YLEISTÄ

ASIAKKAALLE TIEDOKSI

Teksti

Teksti

