

Henna Lehikoinen

IÄKKÄÄN MUISTISAIRAAN POTILAAN HOITO SAIRAALASSA –
HOITAJIEN KOKEMUKSIA JA KEHITTÄMISSUUNNITELMA

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma
2020

IÄKKÄÄN MUISTISAIRAAN POTILAAN HOITO SAIRAALASSA –HOITAJIEN KOKEMUKSIA JA KEHITTÄMISSUUNNITELMA

Lehikoinen, Henna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (YAMK) koulutusohjelma
Tammikuu 2021
Sivumäärä: 38
Liitteitä: 2

Asiasanat: muistisairas potilas, ikääntyvä, sairaala, osaaminen

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia ja kehittää iäkkään muistisairaahan potilaan hoitoa sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien mielipiteitä muistisairaahan hoidosta ja kohtaamisesta sekä saada tietoa hoitajien kokemasta muistisairaahan potilaan hoidon osaamisesta ja koulutuksen tarpeesta. Kehittämistyö toteutettiin Rauman terveystalveille ja työn kyselyosuuteen vastasivat osastojen ja kiirevastaanoton hoitajat.

Kysely toteutettiin paperisena. Kaikilla osastojen sekä kiirevastaanoton hoitajilla oli mahdollisuus siihen vastata. Kysely sisälsi sekä strukturoituja, että avoimia kysymyksiä. Kyselyaineiston strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Kyselyn vastausten pohjalta luotiin muistisairaahan iäkkään potilaan hoidon kehittämissuunnitelma.

Kyselyyn vastanneet hoitajat (n=72) kokivat, että iäkkään muistisairaahan potilaan hoito sairaalassa vie paljon aikaa ja vaatii erityisosaamista. Sairaalaympäristön ja työyhteisön ilmapiiriin ei koettu tukevan iäkkään muistisairaahan potilaan hoitoa. Hoitotyössä tärkeäksi nousivat ajan antaminen ja turvallisuuden tunteen luominen. Haasteiksi koettiin sairaalan virikkeetön ja meluisa ympäristö. Hoitotyöhön liittyviä haasteita olivat kiire, lääkityksen ja rajoitteiden käyttö sekä heikko ravitsemus. Hoitajien negatiivinen asenne, ymmärtämättömyys, potilaan yhteistyöhön pakottaminen ja vähättely nousivat esille vastuksissa.

Alle puolet hoitajista koki, että heillä on riittävästi tietoa muistisairauksista. Suurin osa hoitajista koki tarvitsevansa koulutusta käytösoireisen iäkkään muistisairaahan potilaan hoidosta. Hoitajien mielestä muistisairautta ei aina huomioitu potilaan hoidossa ja tieto muistisairauksista koettiin vanhentuneeksi.

Kehittämissuunnitelma luotiin hoitajien vastauksista nousseiden aiheiden pohjalta. Kehittämisalueita muotoutui viisi kappaletta: muistisairaahan potilaan sijoittaminen, muistisairaahan potilaan hoitotyön kehittäminen, organisaation toiminnan kehittäminen, henkilökunnan koulutus. Jokaiseen kehittämisalueeseen muodostettiin menetelmiä, jonka avulla kyseistä kohdetta lähdetään kehittämään.

HOSPITAL TREATMENT OF AN ELDERLY PATIENT WITH MEMORY DISORDER

- EXPERIENCES OF NURSES AND DEVELOPMENT PLAN

Lehikoinen, Henna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Elderly Care

January 2021

Number of pages: 38

Appendices: 2

Keywords: memory patient, elderly, hospital, competence

The purpose of this thesis was to study and develop the care of an elderly memory patient in a hospital. The purpose of the study was to find out the nurses' opinions about the treatment and encounter of a memory patient and to obtain information about the nurses' experience of caring for a memory patient and the need for training. The development work was carried out for Rauma's health services, and the nurses of the wards and emergency room responded to the questionnaire part of the work.

The survey was conducted on paper. All ward and emergency room nurses had the ability to respond. The survey included both structured and open-ended questions. The answers to the structured questions of the questionnaire were analyzed statistically and the answers to the open questions were analyzed by content analysis. Based on the responses to the survey, a development plan for the care of an elderly patient with memory disorder was created.

The nurses who responded to the survey ($n = 72$) felt that the treatment of an elderly memory patient in a hospital takes a lot of time and requires special expertise. The hospital environment and work community atmosphere were not felt to support the care of an elderly memory patient. Giving time and creating a sense of security became important in nursing. The challenging and noisy environment of the hospital was perceived as a challenge. Challenges related to nursing included urgency, use of medication and limitations to ensure patient's and other people's safety, and poor nutrition. Negative attitudes of nurses, not understanding the tasks, having to force patients to co-operate, and underestimating knowledge also emerged in the answers.

Less than half of the nurses felt they had enough knowledge about memory disorders. The majority of nurses felt they needed training in the care of an elderly memory patient with behavioral symptoms. According to the nurses, memory disease was not always taken into account in the treatment of the patient and the knowledge about memory diseases was considered outdated.

The development plan was created based on the issues raised from the nurses' responses. Five areas of development were formed: where a patient with a memory disorder should be placed inside the ward, development of nursing work for a patient with a memory disorder, development of the organization's treatment plans, and staff training. For each development area, methods were formed to start developing that object.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Iäkäs henkilö	7
2.2	Muistisairaudet.....	7
2.3	Iäkkään muistisairaahan hoito sairaalassa	10
2.3.1	Iäkkään muistisairaahan potilaan erityispiirteet.....	10
2.3.2	Muistisairaahan hoidon osaaminen ja sairaalahoidon resurssit.....	12
2.3.3	Sairaala iäkkään muistisairaahan ympäristönä.....	14
2.3.4	Iäkkään muistisairaahan hoito ja kohtaaminen sairaalassa	15
3	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TOTEUTUS	16
4	TUTKIMUSTULOKSET	19
4.1	Iäkkään muistisairaahan potilaan hoito sairaalassa	20
4.2	Iäkkään muistisairaahan sairaalahoidossa korostuvat tekijät	21
4.2.1	Sairaalaympäristössä korostuvat tekijät	22
4.2.2	Kohtaamisessa korostuvat tekijät	23
4.2.3	Muistisairaahan potilaan käyttäytymisessä ja hoitotyössä korostuvat tekijät.....	24
4.3	Hoitajien osaaminen ja koulutuksen tarve	25
4.4	Muistisairaahan sairaalahoidon haasteet.....	27
4.4.1	Hoitoon liittyvät haasteet.....	28
4.4.2	Henkilökunnan osaamiseen liittyvät haasteet.....	29
4.4.3	Sairaalaympäristöön liittyvät haasteet	30
5	KEHITTÄMISPROSESSI	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Tulosten tarkastelu	32
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	33
6.3	Jatkokehittämisehdotukset	34
6.4	Omia pohdintoja.....	34
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Väestö ikääntyy vauhdilla ja yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus lisääntyy. Ikääntyminen johtuu elinajanodotteen kasvusta ja pienestä syntyvyydestä. Vuoden 2017 lopussa Suomessa väkiluku oli 5,513 miljoonaa ja tästä 21,4 % oli yli 65-vuotiaita. Väestöennusteiden mukaan yli 65-vuotiaiden osuus Suomessa kasvaa 25,6 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. (Terveyskylä www-sivut 2020.) Väestön ikääntymisen myötä myös muistisairaudet lisääntyvät. Vuosittain arvioidaan noin 14 500 henkilön sairastuvan muistisairauteen (THL www-sivut 2019).

Hoitotyössä, myös akuutti- ja erikoissairaanhoidossa kohdataan lisääntyvässä määrin muistisairaita. Vuonna 2001 erikoissairaanhoidon laitoshoidossa muistisairaita asiakkaita oli 5,2% kaikista asiakkaista, vuonna 2015 määrä oli 8,4%. (Sotkanet www-sivut 2020.) Muistisairaita iäkkäitä sairaalassa hoitavat hoitajat kokevat osaamisvajetta iäkkään muistisairaana potilaan hoidossa. Puutteellinen tieto-taito aiheuttaa uupumusta hoitotilanteissa ja hoitajat kokevat, ettei peruskoulutukseen sisältyvä ikääntyneen hoitotyö ja työharjoittelu ole riittävää (Hynninen 2016, 49).

Kansallisen muistiohjelman (2012-2020) yhtenä tavoitteena oli parantaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattihenkilöstön tietoja ja taitoja muistisairauksista sekä luoda oikeat asenteet muistisairaana potilaan hoitoon ja palveluihin. Tavoitteena oli, että koulutusviranomaiset ja -organisaatiot kiinnittävät huomiota siihen, että sosiaali- ja terveysalan perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa olisi riittävästi sisältöä muistisairauksien tunnistamisesta, hoidosta, kuntoutuksesta ja muistisairaana läheisten tukemisesta. Asennemuutokseen pyritään jo varhaiskasvatuksessa, peruskouluissa ja lukioidissa, joissa otetaan esille muistiystävällisen Suomen keskeisiä elementtejä, kuten muistisairaiden ihmisten hyvä kohtelu ja aivoterveysten vaaliminen. (STM 2012, 15-17).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia ja kehittää iäkkään muistisairaana potilaan hoitoa sairaalassa. Muistisairauksiin liittyvä aihe työhöni valikoitui, koska muistisairaiden potilaiden määrä lisääntyy jatkuvasti sairaaloissa ja hoitajat kokevat usein muistisairaat potilaat raskaiksi hoidettaviksi ja asenteet muistisairaita kohtaan saattavat olla negatiivisia. Hoidossa ja hoitotoimissa ongelmia saattavat aiheuttaa muistisairaiden käytösoireet, jotka usein korostuvat sairaalassa.

2 KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Iäkäs henkilö

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) määrittelee iäkkään henkilön *sellaiseksi henkilöksi, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta*. Ikääntyneellä väestöllä laissa tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 28.12.2012/980, 3§.) Yk:n julkaisemassa vuoden 2019 väestöraportissa työikäiset käsittävät maailman 25-64-vuotiaat ja ikääntyneenä väestönä raportissa pidetään yli 65-vuotiaita henkilöitä (United Nations 2019, 1). Vanhustyön keskusliiton Taloustutkimuksella teettämän suomalaisten ikägallupin mukaan vanha ihminen on keskimäärin 74-vuotias, jolloin häntä tulisi kutsua ikäihmiseksi. (Vanhustyön keskusliiton www-sivut 2020). Tässä työssä ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta henkilöä.

2.2 Muistisairaudet

Muistisairaudet koskettavat maailmanlaajuisesti 50 miljoonaa ihmistä. Joka kolmas sekunti joku sairastuu muistisairauteen jossain päin maailmaa. (Alzheimers Disease International www-sivut 2020.) Suomessa arvioidaan olevan 190 000 muistisairasta henkilöä ja vuosittain arvioidaan noin 14 500 henkilön sairastuvan muistisairauteen (THL www-sivut 2019). Muistisairaudet liittyvät korkeaan ikään ja niiden vallitsevuus on 85-vuotiaissa 15-kertainen verrattuna 60-vuotiaisiin (Viramo & Sulkava 2015, 37). Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja heikentävät laaja-alaisesti toimintakykyä. Edetessään etenevät muistisairaudet johtavat dementiaoireyhtymään. (Muistiliiton www-sivut 2019.) Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat: Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja otsa-ohimolohkorapeumasta johtuva muistisairaus (Muistiliiton www-sivut 2019; Viramo & Sulkava 2015, 35). Myös Parkinsonin tautiin ja MS-tautiin voi liittyä muistin heikentymistä ja

tiedonkäsittelyn vaikeutta. Lisäksi on olemassa harvinaisempia muistisairauksia, suomalaiseseen tautiperimään kuuluvaa eteneviä muistisairauksia, jotka puhkeavat yleensä jo työiässä. (Muistiliiton www-sivut 2019.)

Alzheimerin tauti on tavallisin dementiaa aiheuttava tauti. 65-70% keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneista potilaista sairastaa Alzheimerin tautia (Viramo & Sulkava 2006, 27-28). Alzheimerin tauti on hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus, johon liittyy aivoalueiden ja niiden välisten yhteyksien sekä neurokemiallisten järjestelmien selektiivinen vaurioituminen. Alzheimerin kliininen oirekuva voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin: oireeton eli prekliininen vaihe, varhainen Alzheimerin tauti, lievä Alzheimerin tauti, keskivaikea Alzheimerin tauti ja vaikea Alzheimerin tauti. (Käypähoito www-sivut 2019.) Varhaisessa Alzheimerin taudissa uuden muistiaineksen oppiminen tulee työläämmäksi ja unohtaminen korostuu. Neuropsykologisessa tutkimuksessa voidaan havaita selvää heikkenemistä kielellisen muistin tehtävissä, kuten loogisen kertomuksen ja sanalistan viivästetyssä mieleenpalautuksessa. Lievässä Alzheimerin taudissa on laajempaa muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymistä, joka vaikeuttaa omatoimisuutta. Muistin lisäksi myös toiminnanohjaus, kielelliset toiminnot ja havaintotoiminnot heikkenevät. Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa arki selviytyminen heikkenee ja psyykkisten toimintojen säätely muuttuu ja ilmaantuu käyttäytymisen muutoksia. Joillekin potilaille saattaa ilmaantua ekstrapyramidaalioireita kuten jähmeys, ilmeettömyys ja hidas kävely. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 122-124.) Alzheimerin taudin eteneminen on yksilöllistä ja keskimääräinen elin-aika oireiden alkamisesta on noin 10 vuotta. Oireiden etenemistä ei voida yksilön osalta ennustaa. Varhain aloitettu lääkehoito ja kuntoutus auttavat Alzheimerin tautiin sairastunutta selviytymään kotona pidempään. (Remes ym. 2015, 131.)

Toiseksi yleisin etenevä muistisairaus on aivoverenkiertosairauden muistisairaus, jota esiintyy 15-20%:lla kaikista muistisairaista (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137). *Aivoverenkiertosairauden muistisairauden lajeja ovat pienten aivoverisuonten tauti, suurten aivoverisuonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat* (Melkas ym. 2015, 137). Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen muistisairauden sekamuoto on myös yleinen. Verisuoniperäisen muistisairauden varhaisoireisiin kuuluvat usein puhehäiriö, lievä muistihäiriö, kömpelyys, kävelyvaikeudet (ns. töpöttelykävely) ja hahmottamisvaikeudet. Verisuoniperäiseen

muistisairauteen sairastuneella on usein myös tunneherkkyyttä ja mielialat vaihtelevat helposti itkusta nauruun. Oireet vaihtelevat päivittäin tai kausittain ja saattavat alkaa nopeastikin. Oireet riippuvat myös siitä, missä kohtaa aivoja vaurioita on syntynyt. (Muistiliiton www-sivut 2019.)

Lewyn kappale -tauti on etenevä muistisairaus, joka alkaa 50-80 vuoden iässä (Rinne 2015, 165). Lewyn kappale on saanut nimensä aivoissa havaittavien löydösten, Lewyn kappaleiden, kertymisestä aivojen kuorikerroksen alueelle (Muistiliiton www-sivut 2019). Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti, ja sen ydinpiirteet ovat tarkkaavuuden, vireyden ja tiedonkäsittelytoimintojen vaihtelu, näköharhat sekä ekstrapyramidaalioireet eli jäähmeys, hitaus, kävelyvaikeus ja joskus vapina. (Käypähoito www-sivut 2019.) Merkittäviä muistihäiriöitä ei taudin alkuvaiheessa välttämättä ole, mutta sairauden edetessä muistikin heikkenee (Muistiliiton www-sivut 2019). *Parantavaa hoitoa Lewyn kappale -tautiin ei ole.* Tautiin liittyviä käytösoireita sekä parkinsonismia voidaan lievittää lääkkeillä. (Rinne 2015, 170.)

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus on yleisnimitys niille oireyhtymille, joille on ominaista aivojen otsa- ja ohimolohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuvat oireet. Sairaus alkaa usein hiipien ja etenee vähittäin. (Muistiliiton www-sivut 2019.) Tautia alkaa usein käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutoksella, johon kuuluu estottomuutta, tahdittomuutta, arvostelukyvyyttömyyttä ja apatiaa. Ominaispiirteitä ovat toiminnanohjauksen vaikeudet (suunnitelmallisuus, keskittymiskyky, tarkkaavuus), sosiaalisten taitojen varhainen heikentyminen sekä sympatia- ja empatiakyvyn heikentyminen, stereotyyppinen toistava käyttäytyminen, päättely- ja ongelmanratkaisukyvyn heikkeneminen, puheen tuoton vaikeutuminen, sairaudentunnon heikentyminen sekä muistin ja spatiaalisten taitojen säilyminen alkuvaiheessa. (Käypähoito www-sivut 2019.)

2.3 Iäkkään muistisairaahan hoito sairaalassa

Lähes 25%:lla sairaalapotilaista on Alzheimer tai jokin muu dementoiva sairaus. (Zonsius, Cothran & Miller 2020, 34.) Muistisairautta sairastavien potilaiden osuus kokonaispotilasmäärästä on Suomessa vaihdellut erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla viimeisten vuosien aikana. 2000-luvun alusta tähän päivään tarkasteltaessa muistisairaiden asiakkaiden määrä sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastohoidossa on noussut. Sotkanetin mukaan vuonna 2001 erikoissairaanhoidon laitoshoidossa muistisairaita asiakkaita oli 5,2% kaikista asiakkaista, vuonna 2015 (uusin saatavissa oleva tieto) määrä oli 8,4%. Terveyskeskuksen lyhytaikaisessa laitoshoidossa muistisairaita kaikista asiakkaista vuonna 2001 oli 19,2% ja vuonna 2015 27,7%. (Sotkanet [www-sivut](http://www.sotkanet.fi) 2019.)

Muistisairailta on kaksinkertainen määrä sairaalahoitojaksoja verrattuna iäkkäisiin, joilla ei ole muistisairautta. Muistisairailta potilailla on myös merkittävä määrä sairaalahoidon komplikaatioita kuten virtsatieinfektioita, painehaavaumia, keuhkokuumetta ja deliriumia. Komplikaatiot aiheuttavat pidentyneitä sairaalahoitojaksoja ja lisäkustannuksia. (Zonsius ym. 2020, 34.) Muistisairaahan potilaan hoidossa sairaalassa saattaa olla merkittäviä haasteita hoito- ja tutkimustilanteissa, koska muistisairas ei ymmärrä mitä tehdään ja miksi. *Alentunut käsityskyky vaikeuttaa sairastuneen osallistumista itseään ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.* (Lääkäriliiton [www-sivut](http://www.laakariliiton.fi) 2020.) Muistisairaahan kohtaaminen on haastava tilanne. Potilaan tarpeita ja toiveita ei pidä silti ohittaa. Muistisairaahan potilaan hoito ja tutkiminen edellyttää erityisosaamista ja jokaisen hoitajan ja lääkärin tulisi tietää muistisairaahan potilaan kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulisi tietää muistisairauden aiheuttamat rajoitukset ja keskustella potilaslähtöisellä ja ymmärrettävällä tavalla muistisairaahan potilaan kanssa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3144.)

2.3.1 Iäkkään muistisairaahan potilaan erityispiirteet

Hynnisen (2016, 47) mukaan ikääntyvän muistisairaahan potilaan erityispiirteet voidaan jakaa seitsemään osioon: käytösoireiden korostuminen, riski leikkauksen jälkeisestä

sekavuudesta, kognitiivisen toimintakyvyn taantuminen, auktoriteetin kunnioittaminen, henkilökohtainen minä, nykyisyydestä kiinni pitävä minä sekä sairauteen liittyvä minä. Käyttösoireiden korostuminen vuodeosastolla oli Hynnisen (2016, 45) tutkimuksen mukaan epämiellyttävä yllätys vaikka hoitajat toivatkin esille, että muistisairaille potilaille käyttösoireet olivat yleisiä.

Muistisairaille potilaille on riski joutua äkilliseen sekavuustilaan (delirium) muun sairauden yhteydessä (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015, 510). Myös leikkauksen jälkeinen äkillinen sekavuus on yleistä (Hynninen 2016, 45). Noin neljännes iäkkäistä sairaalapotilaista sairastuu deliriumiin sairaalajakson jossakin vaiheessa. Muistisairaus on yksi vahvimmin deliriumille altistavista tekijöistä, ja kahdella kolmasosalla deliriumpotilaista on taustalla etenevä muistisairaus. (Laurila, Pitkälä & Erkinjuntti 2015, 221-223; Strandberg 2013; Zonsius ym. 2020, 34.) Muita deliriumille altistavia tekijöitä ovat korkea ikä, toimintakyvyn heikkeneminen, vaikeat perussairaudet, monilääkitys, liian vähäiset tai runsaat sensoriset ärsykkeet, heikentynyt näkö tai kuulo, outo ympäristö, pimeys tai unenpuute (Laurila, Pitkälä & Erkinjuntti 2015, 222-223). Liiallinen äänitaso saattaa myös aiheuttaa disorientaatiota (Zonsius ym.2020, 39). Sairaanhoidajilla voi olla vaikeuksia ymmärtää delirium-potilaiden käyttäytymistä tai kommunikointia ja kokevat hoitaessaan epämiellyttävyyttä (Belanger & Ducharme 2011).

Ikääntyneen muistisairaana potilaan sairauteen liittyvä minä tulee esille erityisesti kognitiivisen toimintakyvyn alentumisena sekä käyttösoireiden korostumisena. Iäkkään muistisairaana potilaan toimintakyvyn alentuminen saattaa näkyä erityisesti potilaan puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeutena sekä heikentyneenä ajan- ja paikan-tajuna. (Hynninen 2016, 46.) Muistisairaalla saattaa olla myös tiedon ymmärtämisen ja tiedonhaun heikentymistä (Zonsius ym.2020, 37). Hynnisen (2016, 45) mukaan muistisairaana potilaan kognitiivisen toimintakyvyn taantuminen näkyy esimerkiksi potilaan kyvyttömyytenä noudattaa annettuja ohjeita tai huolehtia itsestään. Muistisairas potilas saattaa tuoda tarpeitaan esille sanattomasti esimerkiksi muuttamalla äänenpainoaan, puhetahtiaan tai toistamalla (Zonsius ym.2020, 37). Omaiset saattavat myös tuoda esille huomioitaan muistisairaana potilaan toimintakyvyn laskusta. Auktoriteetin kunnioittaminen tulee esille lääkärintierroilla, jolloin muistisairas potilas usein terävoituu vaikka käytös muuten saattaa olla sekavaa ja aggressiivista. (Hynninen 2016, 46.)

Sairaalassa olevilla muistisairailta oletetaan olevan rajoitettu toimintakyky ja sen vuoksi heitä ei osallisteta aktiviteetteihin ja tämä aiheuttaa toimintakyvyn laskua. Muistisairaasta potilasta tulisi rohkaista aktiivisuuteen päivittäisissä toimissa. Muistisairaalle potilaalle tulisi varmistaa turvallisen liikkuminen, jotta voidaan ylläpitää toimintakykyä. Muistisairaahan potilaan lääkitykseen tulisi kiinnittää huomiota ja tiettyjä lääkkeitä tulisi käyttää varoen muistisairailta. Muistisairaille kuten muillekaan ikääntyneille sopimattomia ovat muun muassa antipsykootit, bentsodiatsepiinit, antidepressantit ja antikolinergiset lääkkeet. Muistisairaahan potilaan kohdalla myös kotiutumiseen tulee kiinnittää huomiota. Kotiutumisen suunnittelussa otetaan mukaan muistisairas potilas ja läheiset. (Zonsius ym. 2020, 39.)

2.3.2 Muistisairaahan hoidon osaaminen ja sairaalahoidon resurssit

Muistisairautta sairastavien hoito sairaaloissa on haastavaa (Turner ym. 2015, 75). Muistisairas kokee sairaalahoidon usein negatiivisena asiana (Cowdell 2010, 44). Sairaalassa hoitajat taistelevat muistisairautta sairastavien potilaiden moninaisten tarpeiden kanssa ja se johtaa usein negatiiviseen käsitykseen muistisairaista potilaista (Jackson ym. 2017, 2). Tutkimuksissa on havaittu tiettyjä esteitä muistisairaahan potilaan hyvän, yksilöllähtöisen hoidon tarjoamiselle. Näitä esteitä ovat mm. tehottomat hoitopolut; hoitoympäristöt, jotka eivät huomioi muistisairautta sairastavan tarpeita; riittämättömät resurssit tai henkilöstö sekä muistisairaita hoitavan henkilöstön koulutustaso. Akuuttia muistisairautta sairastavia potilaita sairaalassa hoitavilla sairaanhoitajilla on turhautumisen, yleisen tyytymättömyyden, voimattomuuden ja syyllisyyden tunteuksia (Mendes 2017, 890.)

Muistisairaahan iäkkään potilaan hoito sairaalassa keskittyy usein fyysisiin tarpeisiin. Osaston rutiineja noudatetaan enemmän kuin vastataan potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. (Cowdell 2010, 45.) Hoitohenkilökunnalla ei ole tarpeeksi aikaa muistisairaalle potilaalle ja heidän fyysisten ja psykososiaalisten tarpeidensa kohtaamiselle (Turner 2015, 75). Alzheimer Society (2009) -tutkimuksen mukaan 77% hoitohenkilöistä oli tyytymätön dementiaa sairastaville henkilöille tarjottavan hoidon yleiseen laatuun

akuuteissa olosuhteissa (Houghton, Murphy, Brooker & 2016). Ikääntyvän muistisairaahan potilaan psyykkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen vaatii henkilökunnalta keskimäärin enemmän aika- ja henkilöstöresursseja (Hynninen 2016, 46). Muistisairaahan yksilölähtöistä hoitotyötä haittaavat henkilöstö- tai aikaresurssit ja hoitohenkilökunnan kiire tuli esiin hoitajan tehtäväkeskeisenä toimintana. (Turner 2015, 73, Hynninen 2016, 50). Beardon ym. tutkimuksessa omaishoitajat kokivat, että muistisairaahan sairaalahoito oli lääketieteellisyyteen keskittyvää, eikä yksilöllisiä tarpeita huomioitu (Beardon, Patel, Davies & Ward 2018, 5). Terveystieteiden ammattilaisille olisi tarjottava kehittymismahdollisuuksia kohdata potilas emotionaalisella tasolla sekä sallia heille uusia lähestymistapoja muistisairaahan hoidossa. (Cowdell 2010, 48.) Sairaalaorganisaatioiden – ja järjestelmien rakenne on riittämätön muistisairaiden potilaiden tarpeille (Fukuda, Shimizu & Seto 2015).

Hoitohenkilökunnalla ei useinkaan ole luottamusta itseensä ja kykyihinsä hoitaa muistisairasta iäkästä potilasta (Turner ym. 2015, 75; Cowdell 2010, 44; Hynninen 2016, 49). Dementiaa sairastavat potilaat nähdään usein negatiivisena asiana (Turner ym. 2015, 71). Vuoden 2019 maailman Alzheimer raportin mukaan 40% väestöstä on sitä mieltä, että lääkärit ja hoitajat jättävät dementiaa sairastavat huomiotta (World Alzheimer report 2019, 12). Hynnisen (2016, 49-50) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta toi esille oman osaamisvajeensa liittyen ikääntyvän muistisairaahan potilaan hoitotyöhön, estäväksi tekijäksi koettiin myös muistisairaahan potilaan hajautettu kokonaisuuden vastuu. ”Potilaan tunne ulkopuolisuudesta muodostui potilaan epätietoisuudesta omasta hoidostaan.” Myös omaiset kokivat ulkopuolisuuden tunnetta kun eivät saaneet riittävästi tietoa potilaan hoidosta. Ristiriitallanteita hoitohenkilökunnan ja potilaan välille muodostui rajoitteiden käytöstä. Kiire näkyi hoitohenkilökunnan tehtäväkeskeisenä toimintana. Puutteellinen kivunhoito rajoitti potilaan liikkumista. Omaisen huoli potilaasta ja epätietoisuus tulevasta uuvutti omaisia. (Hynninen 2016, 49-50.)

Maailman kaikissa tuloluokissa dementiaa sairastavat ovat kokeneet epäoikeudenmukaista kohtelua monilla elämän alueilla kuten esimerkiksi sairaaloissa (World Alzheimer report 2019, 21). Muistisairaahan iäkkään potilaan hoidon perustana on Cowdellin (2010) mukaan enemmän yksilön uskomukset kuin tutkittu tieto. Monet hoitajat ovat sitä mieltä, että heidän tuli hoitaa muita niin kuin haluaisivat itseään hoidettavan.

(Cowdell 2010, 44). Hynnisen (2016, 49) mukaan henkilökunta toivoo lisäkoulutusta muistisairauteen ja käytösoireisiin liittyen. Terveysthuollon ammattilaisille olisi tarjottava kehittymismahdollisuuksia kohdata potilas emotionaalisella tasolla sekä sallia heille uusia lähestymistapoja muistisairaahan hoidossa (Cowdell 2010, 48). Henkilökunta tarvitsee koulutusta, joka on erityisesti suunnattu sairaalahenkilöstölle. Keskitymällä hyvin kouluttamaan sairaalahenkilökuntaa, panostamaan riittävään ja arvostavaan hoitotyöhön sekä käyttämällä yksilökeskeistä lähestymistapaa, voidaan parantaa muistisairaahan hoidon laatua potilaan ja omaishoitajan näkökulmasta. (Beardon ym. 2018, 9.)

2.3.3 Sairaala iäkkään muistisairaahan ympäristönä

Useimmat sairaalat eivät ole suunniteltu muistisairaille (World alzheimer report 2020, 15). Sairaalaosaston ympäristö ei tue muistisairaahan hoitoa, vaan saattaa pahentaa sekavuutta ja levottomuutta (Turner 2015, 75). Muistisairaant potilaat kokevat ympäristön äänekkääksi ja stressaavaksi. Muistisairaahan potilaan toipumista häiritsevät muiden potilaiden levottomuus ja ääntelyt, kun taas rauhallinen ympäristö edistää toipumista. (Cowdell 2010, 44.) Hynnisen (2016, 47) tutkimuksen mukaan muistisairaalle turvallisen ympäristön luomiseksi heidän vuodepaikkansa sijoitetaan usein hoitajien kanslian viereen ja koko osaston henkilökuntaa tiedotetaan muistisairaasta. Iäkkäälle muistisairaalle vieras ympäristö saattaa aiheuttaa aggressiivisuutta ja levottomuutta. Muistisairaahan kyky ymmärtää tilannetta ja tehdä havaintoja saattaa olla puutteellinen. Hän ei tahallisesti aiheuta vaivaa tai häiriötä lähiympäristölleen. ”Ympäristön ilmapiiri heijastuu herkästi muistisairaahan käyttäytymiseen.” (Hallikainen 2019.)

Sairaalaympäristössä on paljon hallittavia riskejä, kuten infektiot, putoamisen ehkäisy, ja henkilöstön loukkaantuminen. Muistisairaant potilaat hyötyvät standardoiduista sairaalasuunnittelusta, joita tehdään sairaiden potilaiden ja leikkauksesta toipuvien suojelemiseksi. Näitä suunnittelussa huomioon otettavia asioita ovat luistamattomat ja iskuja vaimentavat lattiat, riittävästi kaiteita ja tartuntatankoja, riittävä valaistus sekä kylpyhuoneen ja sängyn etäisyys. Kiiltävät lattiapinnat, kontrastit lattian väreissä saat-

tavat aiheuttaa kaatumisriskiä muistisairaille potilaille, joilla on häiriöitä hahmottamisessa. Luonnonvalo voi vähentää muistisairaahan levottomuutta, vahvistaa vuorokausirytmisiä ja parantaa unta. (World alzheimer report 2020, 57-59.)

2.3.4 Iäkkään muistisairaahan hoito ja kohtaaminen sairaalassa

Muistisairaajat potilaat viipyvät sairaalassa usein pidempään ja hoidon painopiste on perushoidossa ja avuntarpeet liittyvät ruokailuun, lepoon, puhtauteen ja ympäristöön (Houghton ym. 2016). Hoitoon liittyviä erityispiirteitä on potilaan kielteinen asenne, joka kohdistuu sairaalahoidossa olemiseen tai lääkehoitoon (Hynninen 2016, 47-48). Muistisairaahan potilaan on vaikea noudattaa lääkehoitoa ja sairaalaympäristön rajoituksia (Fukuda ym. 2015). Akuutit tulehdukset nopeuttavat muistisairaiden potilaiden toiminnallista ja kognitiivista heikkenemistä (Jackson, Gladman, Harwood, MacLulich, Sampson, Sheehan & Davis 2017, 2-3). Henkilökunnan olisi ymmärrettävä, että muistisairaajat ihmiset pysyvät tuomaan esille tarpeensa kunhan saavat tukea ja aikaa. Henkilökunnan tulisi kuunnella potilaitaan ja oppia heidän kokemuksistaan. (Cowdell 2010, 48.) Muistisairautta sairastavien potilaiden yhteistyö henkilökunnan kanssa on vähäistä ja keskittyy lähinnä fyysiseen hoitoon huolimatta siitä, että potilaat pyrkivät ilmaisemaan muita tarpeitaan (Cowdell 2010, 44). Hoitajien tulisi arvioida muistisairaahan potilaan kielelliset kyvyt ja viestintäkeinot ja kysyä läheisiltä tietoja, jotka auttavat kommunikoimaan potilaan kanssa (Zonsius ym. 2020, 37).

Muistisairaita potilaita sairaalassa hoitavat hoitajat kohtaavat ongelmallista käyttäytymistä. Ongelmallinen käyttäytyminen johtuu potilaalle vieraasta ympäristöstä, vieraista ihmisistä ja fyysisistä rajoituksista. Jokaisella muistisairaalla on oma ainutlaatuinen tapa ilmaista oireitaan. Potilaan tarkkailu voi auttaa havaitsemaan käytöshäiriöitä ennakoivia merkkejä. Muistisairaahan potilaan oireiden ymmärtäminen on kuitenkin vaikeaa ja ennakointi ei yleensä onnistu. Sairaanhoitajat yrittävät ennaltaehkäistä

ongelmallista käyttäytymistä perheenjäsenten avulla. Useinkaan muistisairaana omaisten apua ei ole mahdollista saada, koska omaiset saattavat olla itse iäkkäitä tai heitä ei ole. (Fukuda ym. 2015.)

Omaisten (epävirallisten hoitajien) kokemus hoidosta oli positiivisempi silloin, kun heitä tiedotettiin, tuettiin ja otettiin mukaan hoitoon sairaalahoitajakson aikana (Beardon ym. 2018, 9). Lääkärit ja hoitohenkilökunta kokivat omaisen roolin olevan keskeisessä osassa muistisairaana potilaan hoitoprosessia (Hynninen 2016, 47). Omaisten avulla sairaanhoitajat voivat ratkaista muistisairaana potilaan sairaalahoidon haasteita kuten syömättömyyttä ja riittämätöntä hygieniaa. Omaisten ymmärtämättömyys on myös este muistisairaana lääketieteelliselle hoidolle. Perheenjäsenet turhautuvat usein muistisairaiden kanssa ja se voi aiheuttaa ongelmia sairaalahoidossa. Omaiset voivat esimerkiksi antaa vettä sydämen vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle, jolla on nesteraajoitus. (Fukuda ym. 2015.)

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia ja kehittää iäkkään muistisairaana potilaan hoitoa sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien mielipiteitä muistisairaana hoidosta ja kohtaamisesta sekä saada tietoa hoitajien kokemasta muistisairaana potilaan hoidon osaamisesta ja koulutuksen tarpeesta. Tulosten pohjalta laaditaan kehittämissuunnitelma.

Kehittämistyön tarve nousi hoitajien kokemuksesta ja tehdyistä HaiPro-raporteista. HaiPro on terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Hoitajat voivat kirjata vaaratapahtumia järjestelmään nimettömänä ja kirjaaminen on vapaaehtoista. HaiPro-ilmoituksia käytetään oman organisaation toiminnan kehittämiseen. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 11-16.) HaiPro-järjestelmään voidaan ilmoittaa potilaan turvallisuutta vaarantavat tapahtumat, jotka aiheuttavat tai saattavat aiheuttaa

haittaa potilaalle. HaiPro-järjestelmään kirjataan myös henkilöstön turvallisuutta vaarantavat tapahtumat. Työtapaturmien isäksi raportoidaan läheltä piti -tilanteet. (HaiPro www-sivut 2020.)

Rauman terveystalveissa on käytössä HaiPro-ohjelma, jonka avulla hoitajat ilmoittavat vaaratapahtumat. Rauman terveystalvelujen HaiPro-ilmoituksissa on tullut esille vaaratilanteita muistisairaahan hoidossa. Ongelmat ovat koskeneet muistisairaiden potilaiden sekavuutta, levottomuutta, uhkaavaa käytöstä ja aggressiivisuutta, jotka ovat aiheuttaneet läheltä piti -tilanteita henkilöstön turvallisuuteen. HaiPro-ilmoitusten pohjalta on noussut tarve kehittää muistisairaahan potilaan hoitoa ja kohtaamista kokonaisvaltaisesti tulotilanteesta kotiutukseen (Lehtimäki sähköposti 29.11.2018.)

Kehittämistyön tehtävänä on:

1. Kuvata hoitajien kokemuksia iäkkään muistisairaahan potilaan hoitamisesta sairaalassa
2. Tuottaa tietoa hoitajien kokemasta osaamisesta ja koulutuksen tarpeesta liittyen iäkkään muistisairaahan potilaan hoitoon ja kohtaamiseen
3. Laatia suunnitelma muistisairaahan potilaan hoidon kehittämiseksi.

Tämä kehittämistyö on konstruktivistinen tutkimus. ”Konstruktivistinen tutkimusote on innovatiivisia konstruktioita tuottava metodologia, jolla pyritään ratkaisemaan reaali maailman ongelmia ja tällä tavoin tuottamaan kontribuutioita sille tieteenalalle, jossa sitä sovelletaan.” Konstruktivistisen tutkimusotteen piirteet edellyttävät, että se keskittyy tosielämän ongelmiin, tuottaa innovatiivisen konstruktion, joka on tarkoitettu ratkaisemaan ongelma. Konstruktivistinen tutkimus merkitsee tutkijan ja käytännön edustajien läheistä tiimimäistä yhteistyötä sekä se on huolellisesti kytketty olemassa olevaan teoreettiseen tietämykseen, ja kiinnittää erityistä huomiota empiiristen löydösten reflektointiin takaisin teoriaan. (Lukka 2018.) Konstruktivistinen tutkimusote tähtää käytännössä todetun ongelman ratkaisemiseen tarvittavan menetelmän tai työkalun kehittämiseen. Toiminnallisuus, käytännöllisyys ja hyödyllisyyden tarkastelu on tyypillistä konstruktivistiselle tutkimusotteelle. Tärkeä osa prosessia on tutkijan rooli. Tutkija

osallistuu aktiivisesti konstruktion kehittämiseen, mutta konstruktion käytännön toimivuuden arviointi jää sen käyttäjille. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 281.)

Konstruktiiivisessa tutkimuksessa käytettävät menetelmät voivat olla erilaisia ja tarvittavaa aineistoa kerätä monin eri tavoin. Oleellista on tuntee tuotoksen tulevien käyttäjien tarpeet. ”*Konstruktiiivisessa tutkimuksessa kehittäjä on myös muutosagentti ja hänen vaikuttaa voimakkaasti kohdeympäristössä*”. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 68.)

Tavallisin määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetty aineiston keräämisen tapa on kyselylomake. Kyselystä voidaan käyttää myös nimeä survey-tutkimus eli kysely on vakioitu (standardoitu). Vakioiminen tarkoittaa, että kyselyyn vastaavilta kysytään täsmälleen samalla tavalla sama asiasisältö. Kyselylomaketutkimukseen vastaaja lukee kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa siihen kirjallisesti. Tämän tyylinen aineiston keräämistapa soveltuu hyvin suurelle hajallaan olevalle joukolle ihmisiä. (Vilkkä 2015, 94.)

Tämän kehittämistyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella (Liite 1). Kyselylomake muodostettiin kirjallisuuskatsauksessa esiinnousseiden iäkkään muistisairaahan potilaan hoidon erityispiirteiden sekä muistisairaahan potilaan hoidosta tulleiden HaiPro-ilmoitusten pohjalta. Kyselyn kysymykset oli jaoteltu iäkkään muistisairaahan potilaan hoitoon sekä hoitajien osaamiseen ja koulutustarpeeseen liittyviin kysymyksiin. Avoimet kysymykset koskivat muistisairaahan sairaalahoidon epäkohtia ja asioita, jotka korostuivat muistisairaahan potilaan hoitotyössä sairaalassa, sekä hoitajien toiveita lisäkoulutukseen liittyen.

Kyselyn vastaajiksi valittiin kaikki halukkaat Rauman terveystalvelujen muistisairaita osastoilla tai kiirevastaanotolla hoitavat hoitajat. Vastauslomakkeet olivat vapaasti saatavilla osastojen kahvihuoneessa kolme viikkoa. Otanta perustuu muistisairaahan potilaan hoidosta tulleisiin HaiPro-ilmoituksiin sekä tutkimusongelmaan. Kyselyyn saivat vastata niin sairaanhoitajat kuin perus- ja lähihoitajatkin. Hoitajia Rauman terveystalvelujen vuodeosastoilla ja kiirevastaanotolla on yhteensä noin 100 ottaen huomioon

mahdolliset poissaolot kuten lomat. Kyselylomake jätettiin kaikkien valittujen yksiköiden hoitajien saataville jokaisen yksikön taukotilaan. Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä.

Kyselylomake tulee aina ennen virallista mittausta testata muutamalla perusjoukkoa vastaavalla ihmisellä, jotka arvioivat kyselylomaketta kriittisesti (Vilka 2015, 108). Tämän kehittämistyön kyselylomake testattiin ennen virallista mittausta kahdella sairaanhoitajalla sekä sosiaalityöntekijällä. Testaajien ohjeesta lisättiin yksi kysymys ja muokattiin muutamien kysymyksen sanamuotoa. Jälkikäteen tarkasteltaessa, olisi yhden kysymyksen sisältö pitänyt tarkentaa, jotta kysymyksen asettelusta johtuvat tulokinnanvaraisuudet olisi minimoitu.

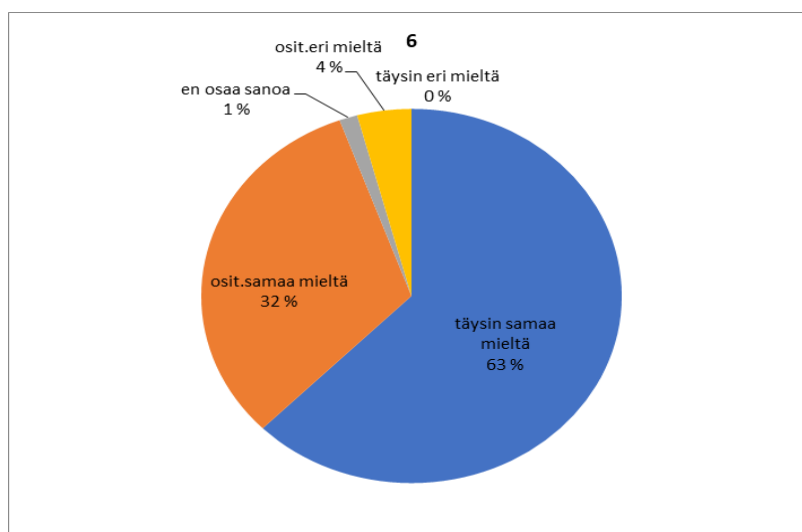
Kyselyaineiston strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Kyselyn avointen kysymysten vastauksiin perehdyttiin lukemalla ne läpi, jonka jälkeen kaikki vastaukset kirjoitettiin ylös. Vastauksista eriteltiin kysymykseen liittyvät pelkistetyt ilmaukset. Seuraavaksi pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia. Samaan asiaan liittyvät ilmaukset alleviivattiin samalla värillä. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmitelyssä pelkistetyt ilmaisut jaettiin alaluokkiin (Kuvio 3).

4 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastasi 72 hoitajaa (n=72) sadasta. Vastausprosentti oli 72%. Suurin osa vastaajista oli yli 36-vuotiaita. Ikäluokkaan 36-45-vuotiaat kuului 26% vastaajista ja 46-55-vuotiaisiin myös 26%. 56-65-vuotiaita oli 24% vastaajista. Noin kolmasosalla (33%) vastaajista oli 11-20 vuoden työkokemus alalta. Vakituudessa työsuhteessa oli 76% vastaajista ja 19% oli määräaikaisia, yli kuusi kuukautta työssä olleita.

4.1 Iäkkään muistisairaahan potilaan hoito sairaalassa

Iäkkään muistisairaahan potilaan hoito sairaalassa koettiin vaativan erityisosaamista ja vievän paljon aikaa. Yli puolet hoitajista (63%) oli sitä mieltä, että iäkkään muistisairaahan potilaan hoitaminen vaatii erityisosaamista (Kuvio 1.) Hoitajat kokivat muistisairaahan potilaan hoitamisen sairaalassa vievän enemmän aikaa kuin muiden potilaiden. 69% kyselyyn vastanneista hoitajista oli täysin samaa mieltä siitä, että muistisairaahan potilaan hoitaminen vie enemmän aikaa kuin potilaiden, jolla ei ole muistisairautta. Vain 1% vastanneista oli sitä mieltä, että muistisairaalle potilaalle on sairaalassa mahdollista antaa riittävästi aikaa. Kommunikointi muistisairaahan potilaan kanssa eroaa kommunikoinnista muiden potilaiden kanssa. Hoitajista vain alle puolet (36%) kommunikoi iäkkään muistisairaahan potilaan kanssa samalla tavalla kuin muidenkin potilaiden.

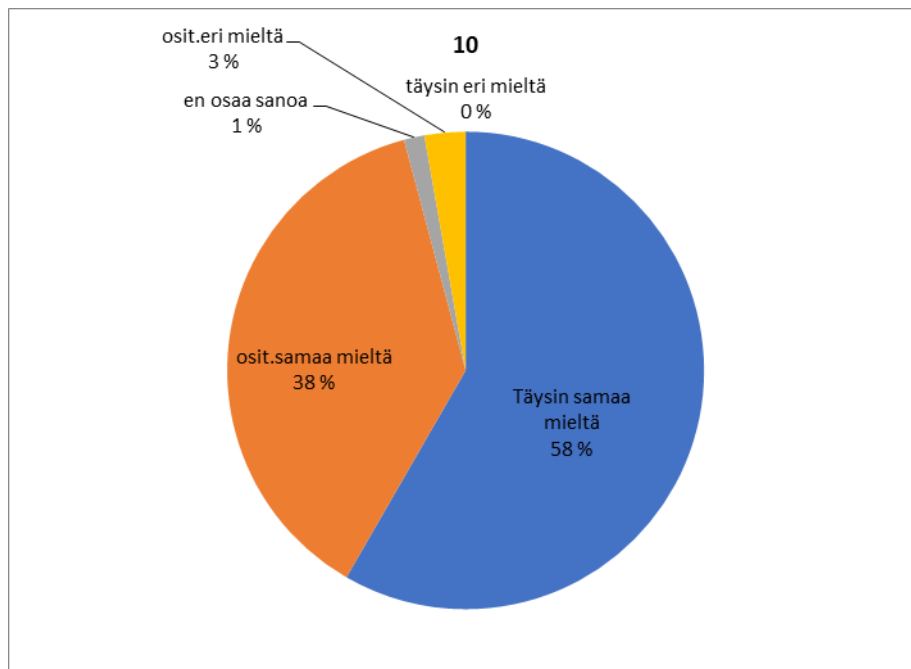


Kuvio 1. Iäkkään muistisairaahan potilaan hoitamisen vaatii erityisosaamista -väittämän vastausten jakauma.

Sairaalaympäristön ja työyhteisön ilmapiirin ei koettu tukevan iäkkään muistisairaahan potilaan hoitoa. Suurin osa (95%) kyselyyn vastanneista hoitajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että sairaalaympäristö ei ole iäkkään muistisairaahan potilaan hoitoa tukeva. Alle puolet hoitajista (35%) koki työyhteisön ilmapiirin tukevan iäk-

kään muistisairaahan potilaan hoitoa. Yhteistyö omaisten kanssa nähtiin kuitenkin toimivan ja 69% hoitajista vastasi keskustelelevansa muistisairaahan potilaan omaisten kanssa potilaan hoidosta.

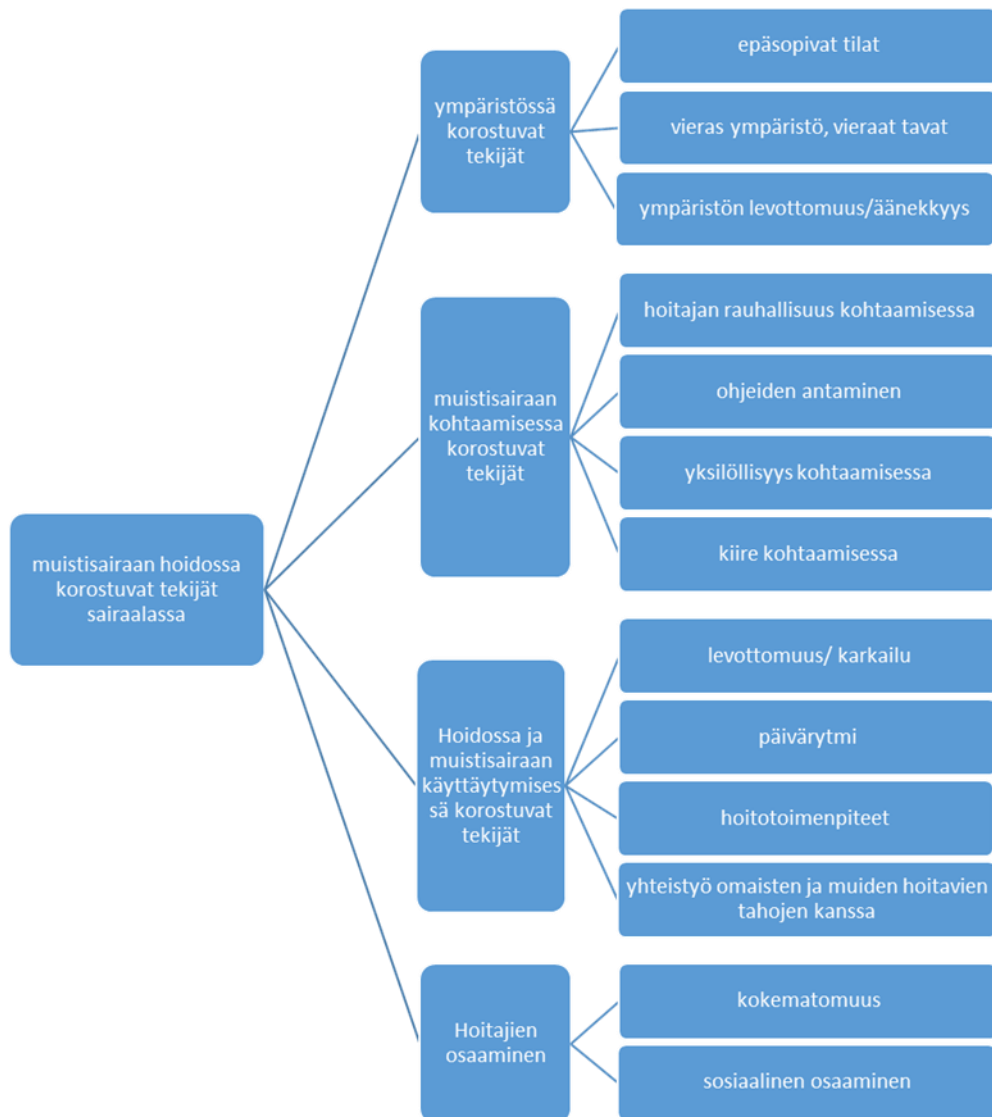
Iäkkään muistisairaahan potilaan käytösoireilla koettiin olevan vaikutusta hoitoon, ja taas hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoilla koettiin olevan vaikutusta käytösoireisiin. 78% hoitajista koki, että iäkkään muistisairaahan potilaan käytösoireet vaikuttivat hoitotilanteisiin. Lähes kaikki hoitajat 96% (Kuvio 2.) olivat täysin tai osittain samaa mieltä, että hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on vaikutusta iäkkään muistisairaahan potilaan käytösoireisiin.



Kuvio 2. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on vaikutusta iäkkään muistisairaahan potilaan käytösoireisiin -väittämän vastausten jakaantuminen.

4.2 Iäkkään muistisairaahan sairaalahoidossa korostuvat tekijät

Muistisairaahan potilaan hoitotyössä korostuvat asiat jakaantuivat vastauksissa hoitoa edistäviin ja estäviin tekijöihin. Sairalahoidossa korostuvat asiat jakaantuivat neljään osioon: ympäristöön, kohtaamiseen, hoitotyöhön ja käyttäytymiseen sekä hoitajien osaamiseen liittyviin tekijöihin (Kuvio 3).



Kuvio 3. Sisällönanalyysissä esiin nousseet muistisairaahan hoidossa korostuvat tekijät.

4.2.1 Sairaalaympäristössä korostuvat tekijät

Muistisairaahan sairaalahoidossa korostuvat ympäristöön liittyvät asiat jakautuivat fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Vieras ympäristö nähtiin haasteena muistisaraan potilaan hoidossa, sekä hyvää hoitoa estävänä tekijänä ja mahdollisena sekavuuden

aiheuttajana tai lisääjänä. Kotiympäristön vaihtuminen sairaalaan nähtiin lisäävän levottomuutta.

”Potilaalle vieras ympäristö lisää haastetta potilaan hoidossa.”

”Tutun kotiympäristön vaihtuminen sairaalaan usein lisää levottomuutta (ajanpuute/resurssien vähyys).”

”Vieras ympäristö tuo potilaalle ongelmia, luottamus kärsii.”

Sairaalan hoitoympäristössä korostui levottomuus ja hälinä, joiden koettiin aiheuttavan ahdistuneisuutta ja käytösoireiden voimistumista. Muistisairaat potilaat saattoivat olla pelokkaita vieraassa ympäristössä, vieraiden ihmisten ja uusien tuoksujen ympäröimänä. Muistisairaana sairaalahoidossa korostuivat fyysiset tilat ja vapaasti liikkuminen. Epäkohdaksi koettiin ympäristöstä johtuva liikkumisen rajoittaminen ja ulkoilumahdollisuuden puute. Huonejärjestelyt nähtiin tärkeänä asiana ja iäkkään muistisairaana potilaan mahdollinen karkailu mainitaan korostuvana tekijänä.

”Potilaat usein pelokkaita+levottomia vieraassa ympäristössä, vieraiden ihmisten kanssa.”

”Yleinen hälinä lisää levottomuutta ja ahdistuneisuutta.”

”Pitäisi olla rauhallinen ympäristö.”

4.2.2 Kohtaamisessa korostuvat tekijät

Muistisairaana potilaan kohtaamisessa korostui ajan antaminen ja kiireettömyys. Muistisairaana potilaan nähtiin tarvitsevan muita enemmän ohjausta ja ohjeet tulisi antaa selkeästi yksi asia kerrallaan. Muistisairaana potilaan kohdalla olisi toistettava samoja asioita, mutta pakottelua ei tulisi olla. Kommunikointiin muistisairaana kanssa tulisi olla riittävästi aikaa ja se tulisi tapahtua rauhallisesti todellisuutta vahvistaen. Useassa vastauksessa tuotiin esille, että muistisairaana kohtaamisessa korostuu hoitajan kärsivällisyys ja rauhallisuus sekä kiireetön ilmapiiri. Kohtaamisessa korostuvina asioina nähtiin myös koskettelu ja katsekontakti.

”Kiireetön ja rauhallinen työskentelytapa helpottaa hoitotoimien tekemistä.”

”Rauhallinen käytös ja kiireetön ilmapiiri olisivat tärkeitä.”

Hoitajat kokivat, että sairaalassa ei useinkaan ole riittävästi aikaa kohdata muistisairasta potilasta rauhallisesti. Hoitajien mielestä hoitotilanteet tulisi tehdä rauhallisiksi. Ajan puute, resurssien vähyys ja kiire nähtiin muistisairaahan potilaan hyvää hoitoa estävänä tekijänä.

”Hoitotyössä nykyään vallitseva kiire vaikuttaa siihenkin, ettei muistisairasta potilasta pystytä huomioimaan kaikkine niine tarpeineen, jotka muistisairaahan potilaan hoitotyössä tulisi ottaa erityisesti huomioon.”

”Muistisairaahan kanssa tulisi olla aikaa keskustella rauhassa. Kiirettä ei saisi näyttää. Potilaan kuuntelu erittäin tärkeää.”

4.2.3 Muistisairaahan potilaan käyttäytymisessä ja hoitotyössä korostuvat tekijät

Muistisairaahan hoitotyössä sairaalassa korostuvat tekijät voitiin vastatusten perusteella jakaa hoitotoimenpiteissä tai perushoidossa korostuviin tekijöihin sekä muistisairaahan läheisten tai hoitopaikan kanssa tehtävään yhteistyöhön. Muistisairaahan potilaan hoitotoimissa turvallisuuden tunteen luominen nähtiin tärkeänä. Myös yksityisyys ja yksilöllisyys mainittiin korostuvina tekijöinä. Muistisairaahan potilaan taustasta tai elämäkerrasta tulisi tietää enemmän, kuitenkin esitietojen ottaminen ja lääkityksen selvittäminen koettiin haastaviksi. Yhteistyö omaisten tai hoitopaikan kanssa nähtiin tärkeänä. Hygieniasta huolehtiminen koettiin haastavaksi tai mahdottomaksi. Oikea, muistitoimintoja tukeva lääkitys koettiin tärkeäksi.

”Hoitohenkilökunnan tulisi tietää potilaan erityistarpeet hoitotilanteissa.”

”Esitietojen ottamisen haasteet, yhteistyö omaisten ja kotihoidon tms. kanssa.”

”Osa hoidosta saattaa vaatia potilaan rauhoittamista lääkkein.”

Muistisairaahan potilaan käyttäytymisessä sairaalahoidossa korostuivat levottomuus ja kuljeskelu. Potilaat koettiin sekavammaksi sairaalassa kuin kotonaan. Muistisairaahan potilaan nähtiin joissain tapauksissa olevan aggressiivinen ja häiritsevän muita potilaita. Hoitajat kokivat, että muistisairas ei ymmärrä hoitotoimenpiteiden tärkeyttä. Karkaileminen, huutaminen, kiroilu ja hoitotoimien vastustaminen korostuivat iäkkään muistisairaahan potilaan käyttäytymisessä sairaalassa.

”Hoitojen vastustaminen, huutaminen kiroilu.”

”Levottomat/kulkevat potilaat, heidän ”vahtiminen”.”

”Häiritsevät välillä muita potilaita.”

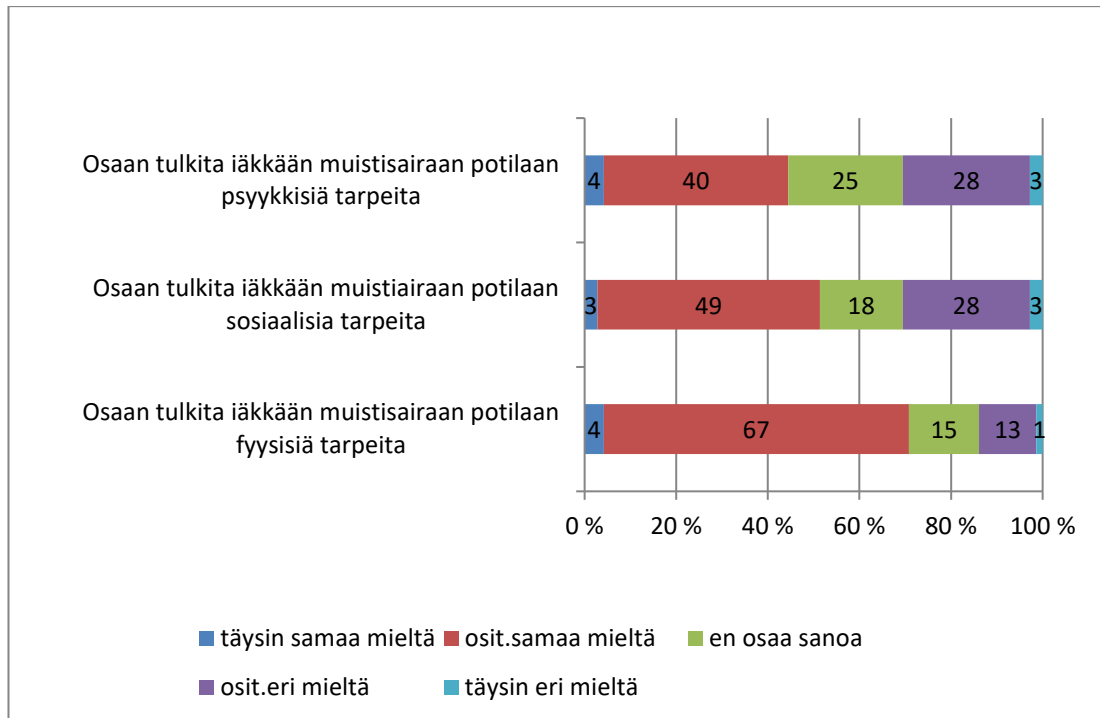
4.3 Hoitajien osaaminen ja koulutuksen tarve

Vain vajaa puolet (42%) hoitajista koki, että heillä on riittävästi tietoa muistisairauksista. Muistisairaahan potilaan hoidossa oikea suhtautuminen käytösoireisiin sekä sosiaalinen osaaminen koettiin tärkeänä. Hoitajien kokemattomuudella nähtiin olevan vaikutusta iäkkään muistisairaahan potilaan hoidossa.

”Monellakaan ei ole kokemusta muistisairaahan hoitamisesta, se näkyy hoitotyössä turhautumisena.”

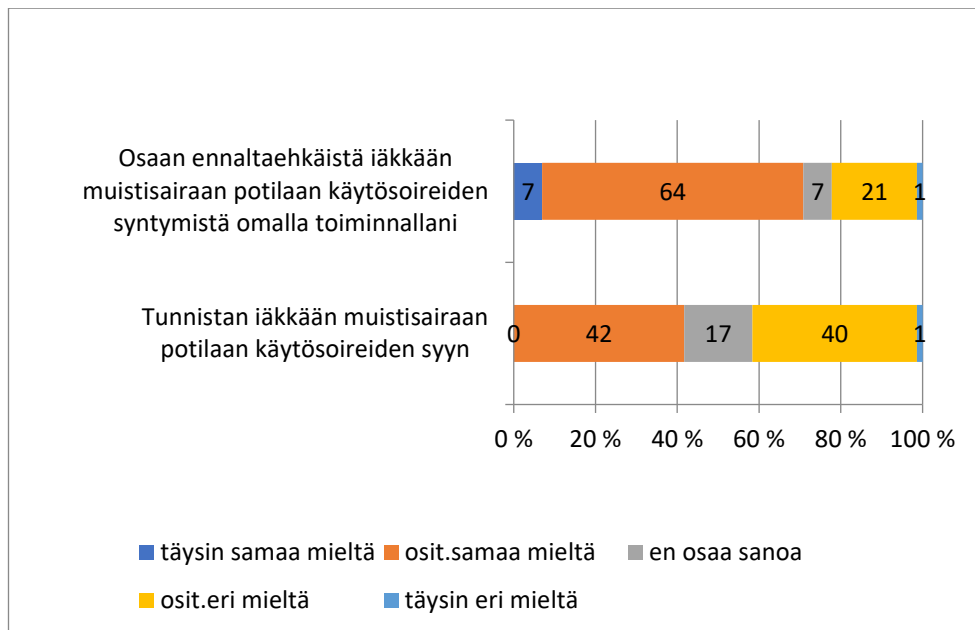
”Oikea suhtautuminen käytösoireisiin.”

Hoitajat kokivat, että hoitohenkilökunnan tulisi tietää potilaan erityistarpeet hoitotilanteissa. Muistisairaahan potilaan tarpeista parhaiten hoitajat (71 %) kokivat osaavansa tunnistaa muistisairaahan potilaan fyysiset tarpeet. Heikoiten hoitajat kokivat osaavansa psyykkisten tarpeiden tulkitsemisen (Kuvio 4).



Kuvio 4. Iäkkään muistisairaana potilaan tarpeiden tulkitsemisen osaaminen

Reilu puolet hoitajista osasi ennaltaehkäistä iäkkään muistisairaana potilaan käytösoireita omalla toiminnallaan (Kuvio 5). Muistisairaana potilaan käytösoireiden syytä kukaan vastaajista ei kokenut täysin osaavansa tunnistaa (Kuvio 5). Iäkkään muistisairaana potilaan kivun koki osaavansa tulkita 60% vastaajista. Pitkälle edennytä muistisairautta sairastavien kivun arviointiin tarkoitettu PAINAD-mittari oli tuttu tai osittain tuttu vain 18 %:lle vastaajista. 67% hoitajista koki mittarin olevan vieras.



Kuvio 5. Hoitajien kokema osaaminen iäkkään muistisairaana potilaan käytösoireiden syyn tunnistamisessa ja syntymisen ennaltaehkäisyssä

Suurin osa hoitajista (78%) koki tarvitsevansa koulutusta käytösoireisen iäkkään muistisairaana potilaan hoidosta. Iso osa hoitajista (70%) oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että muistisairaanhoidosta on järjestetty riittävästi koulutusta. Vain pienellä osalla hoitajista (17%) oli ennestään lisäkoulutusta muistisairaana hoidosta. Lisäkoulutusta iäkkään muistisairaana hoidosta ja kohtaamisesta kokee tarvitsevansa 78% vastanneista.

4.4 Muistisairaana sairaalahoidon haasteet

Muistisairaana potilaana sairaalahoidon epäkohtiin liittyvässä kysymyksessä vastaukset voitiin jakaa kolmeen kategoriaan: sairaalaympäristöön, hoitohenkilökunnan osaamiseen ja hoitotyöhön liittyviin epäkohtiin. Vastauksissa painottuivat kiire ja lääkehoidon ongelmat sekä hoitajien osaamisen puute.

4.4.1 Hoitoon liittyvät haasteet

Hoitotyöhön liittyvät epäkohdat olivat kiireeseen/ajan puutteeseen, lääkitykseen, rajoitteiden käyttöön, potilaan taustan tuntemiseen ja ravintoon liittyviä. Muistisairaana sairaalahoidon epäkohdista ajan puute tai kiire nousivat esiin useimmissa vastauksissa. Henkilökuntamitoitus koettiin liian pieneksi ja taas liian vähäisen henkilökuntamäärän koettiin aiheuttavan kiirettä. Enemmistö hoitajista koki, että sairaalassa on muistisairaalle potilaalle liian vähän aikaa ja eikä heille ehditä antamaan aikaa niin paljon kuin he sitä tarvitsisivat. Potilaat myös joutuvat olemaan paljon yksin. Hoitotilanteissa ei ehditä toimia rauhallisesti ja selittää potilaalle, mitä ollaan tekemässä ja miksi. Myös hoitajien vaihtuvuus ja nopeat hoitotilanteet, virikkeettömyys sekä vuorokausirytmien puute koettiin haasteiksi. Voimien seuranta oli vaikeaa, koska muistisairas potilas ei itse pystynyt arvioimaan vointiaan. Hoidosta ei myöskään aina keskusteltu suoraan potilaan itsensä kanssa.

”Kiire korostuu kun potilas on muistamaton: muistamaton vanhus vie enemmän aikaa kuin vanhus, jolla ei ole muistisairautta.”

”Kiire, ei ehditä kunnolla hoitaa muistisairasta potilasta. He vaativat useasti rauhallista kohtaamista.”

”Hoitajat vaihtuvat usein, mikä sekoittaa muistisairasta entisestään.”

”Potilas usein hätäntynyt nopeista hoitotilanteista.”

”Enemmän mielekästä tekimistä potilaalle, ohjausta.”

Muistisairaana potilaan lääkehoito oli haastavaa ja oikean lääkityksen selvittäminen koettiin monessa vastauksessa hankalaksi. Vastauksista nousi esille, että lääkitystä tai rajoittamista käytettiin herkästi potilaan rauhoittamiseksi. Toisaalta mainittiin myös lääkkeellisen hoidon tai oikeanlaisen lääkityksen puute. Fyysisestä rajoittamisesta mainittiin sitominen sänkyyn tai geriatriseen tuoliin. Muistisairaana potilaan ravitsemuksen seuranta koettiin haasteelliseksi ja ravinnonsaannista ei aina ollut varmuutta. Potilaan taustan tai kotiolojen selvittäminen omaisilta tai lähettävästä hoitopakasta koettiin hankalaksi.

”Lääkelistat tarkistamatta eikä päivitettyä listaa mukana, potilaalla itsellään ei mitään tietoa lääkkeistä.”

”Käytetään helposti lääkkeitä potilaan rauhoittamiseksi (ei ole aikaa olla potilaan vierellä ja rauhoittaa).”

”Helposti turvaudutaan lääkkeisiin tai fyysisiin rajoitteisiin esim. sitominen g-tuoliin, jopa magneettivoilla sitominen vuoteeseen.”

”Ravinnon saanti ajoittain satunnaista.”

4.4.2 Henkilökunnan osaamiseen liittyvät haasteet

Hoitajien muistisairaana potilaan hoidon osaaminen koettiin epäkohdaksi. Muistisairautta ei aina huomioida potilaan hoidossa, ja henkilökunnan tiedon ja taidon puute sekä kokemattomuus koettiin epäkohtina. Hoitajien tieto muistisairauksista koettiin vanhentuneeksi. Hoitajien asenne, ymmärtämättömyys, yhteistyöhön pakottaminen, epäasiallisuus ja vähättely nousivat esille vastuksissa. Empaattisuuden ja lähimmäisenrakkauden puuttuminen nähtiin haasteina.

”Kokemattomuus, henkilökuntaa tulisi kouluttaa enemmän muistisairaana kohtaamisesta ja hoitamisesta.”

”Henkilökunnan tiedon/taidon puuttuminen.”

”Hermostutaan kun potilas ei ymmärrä tai toimi johdonmukaisesti.”

”Hoitaja unohtaa, että potilas unohtaa.”

”Yleistä tiuskimista”

”Välillä ehkä sellaista väkisin hoitamista, ei kuitenkaan mitään väkivaltaa, mutta jos potilas ei tahdo jotain niin kuitenkin tehdään.”

”Äänen korottaminen ja vihainen elehdintä aiheuttaa ahdistuksen syvenemistä.”

4.4.3 Sairaalaympäristöön liittyvät haasteet

Sairaala koettiin levottomaksi ja muistisairaille sopimattomaksi ympäristöksi. Tilat eivät ole asianmukaiset muistisairaalle potilaan hoidolle. Virikkeetön ympäristö, hälinä ja meteli saattavat aiheuttaa levottomuutta. Sairaala on paikkana muistisairaalle myös vieras ja sen koettiin aiheuttavan pelokkuutta ja sekavuutta. Huoneen vaihto kesken hoitojakson ja isot potilashuoneet koettiin epäkohdaksi. Erityisesti karkailevien potilaiden kohdalla potilasturvallisuus nousi haasteeksi, koska ovia ei saanut kaikissa tapauksissa lukittua.

”Tilat eivät ole tarkoituksen mukaisia -> ei lukittuja ovia tms.”

”Ei ole turvallista muistisairaalle, joka on levoton ja pääsee liikkeelle, ovet eivät ole lukossa, paljon rappusia ym. kaatumisriski lisääntyy, ek-symisriski lisääntyy.”

”Isot potilashuoneet usein ahdistavat ja lisäävät levottomuutta.”

5 KEHITTÄMISPROSESSI

Muistisairaalle iäkkään hoidon kehittämisen oli tarkoitus perustua hoitajille toteutettuun kyselyyn. Kyselyn vastausten perusteella hoitajien kokema kehittämistarve koski erityisesti muistisairaalle kohtaamisen koulutusta. Maailmanlaajuinen Covid-19 –pandemian vuoksi kehittämistyön kehittämisosio jouduttiin muuttamaan suunnitellusta. Työpaikoille tulleet rajoitukset kielsivät eri osastojen henkilökuntaa tapaamasta toisi-

aan ja näin ollen muistiyhdyshenkilötoiminnan käynnistämisestä jouduttiin luopumaan. Mahdollisuutena olisi ollut etäpalaverin pitäminen osastoilta valittujen muistiyhdyshenkilöiden kanssa, mutta käytännön järjestelyjen vuoksi tämä koettiin hankalaksi. Jokaiselle hoitajalle olisi pitänyt löytää kone ja hiljainen paikka. Etäpalaverinkin pitäminen osoittautui mahdottomaksi järjestää, joten muistiyhdyshenkilötoiminnan aloittamisesta luovuttiin.

Tämän opinnäytetyön kannalta hankala tilanne pyrittiin ratkaisemaan niin, että jo tehty kysely saadaan hyödynnettyä sekä kehittämistyön aihe pystytään pitämään samana. Ylihoitajan kanssa päädyttiin, että tässä tilanteessa opinnäytetyön tekijä tekee kehittämissuunnitelman (Liite 2) ja jatkossa suunnitelman mukaan voidaan kehittää muistisairaahan potilaan hoitoa. Kehittämissuunnitelma laadittiin kyselyn vastausten pohjalta. Kehittämissuunnitelmaan kuului lisäksi posterit, joihin on kerätty muistisairaahan potilaan kohtaamisessa huomioon otettavia asioita.

Kehittämissuunnitelma tehtiin hoitajien vastauksista nousseiden aiheiden pohjalta. Kehittämisaalueita muotoutui viisi kappaletta: muistisairaahan potilaan sijoittaminen, muistisairaahan potilaan hoitotyön kehittäminen, organisaation toiminnan kehittäminen, henkilökunnan koulutus. Jokaiseen kehittämissuunnitelmaan muodostettiin menetelmiä, jonka avulla kyseistä kohdetta lähdetään kehittämään (Liite 2).

Muistisairas osastolla -posteriin kerättiin iäkkään muistisairaahan kohtaamisen periaatteet ja hoidossa huomioon otavat asiat sekä käytösoireisen muistisairaahan kohtaamisessa huomioon otavat asiat. Posterin on tarkoitus muistuttaa hoitajia niistä seikoista, joita tulee muistisairaahan potilaan kanssa ottaa huomioon.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön kyselyn tulokset toivat esiin paljon samoja iäkkään muistisairaahan sairaalahoidon erityispiirteitä kuin aiemmat aiheesta julkaistut tutkimukset. Suomessa tehty Hynnisen väitöskirjan kohderyhmänä oli kirurgisen vuodeosaston ikään-tyneet muistisairaat potilaat ja sen tuloksista löytyi samankaltaisuuksia tämän opinnäytetyön kyselyn vastauksiin. Sekä Hynnisen tutkimuksessa, että tässä työssä voidaan todeta hoitajien kokevan tarvetta muistisairaahan potilaan hoitoa ja käytösoireita koskevalle koulutukselle. Tämän työn kyselyssä 78% hoitajista koki tarvitsevansa koulutusta käytösoireisen iäkkään potilaan hoidosta. Myös avoimissa kysymysten vastauksissa nousi esille hoitohenkilökunnan osaamisvaje.

Kyselyn vastauksissa nousi vahvasti esille myös hoitohenkilökunnan kiire ja vastaavasti muistisairaahan potilaan vaatima aika. Hoitohenkilökunta koki, ettei heillä ole mahdollisuutta antaa riittävästi aikaa muistisairaalle. Aikaisemman kirjallisuuden mukaan (Hynninen 2016 & Turner 2015) muistisairaahan hoitamista sairaalassa haittaavat henkilöstö- ja aikaresurssit ja hoitohenkilökunnan kiire. Tämän työn kyselyn vastausten mukaan iäkkään muistisairaahan potilaan hoitaminen vaatii kärsivällisyyttä, rauhallisuutta ja kiireetöntä ilmapiiriä. Sairaalassa painottuu tehtävä- ja toimenpidekeskeinen hoito, jonka vuoksi muistisairaahan moninaiset tarpeet saattavat jäädä vaille huomiota. Hynnisen (2016) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta keskittyy rutiininomaisesti muistisairaahan potilaan fyysisen vaivan hoitamiseen.

Muistisairaahan potilaan käytösoireiden korostuminen sairaalassa tuotiin useissa vastauksissa esille. Hoitajat kokivat käytösoireiden voimistuvan vieraassa ympäristössä ja vieraiden ihmisten keskellä. Myös hoitajien vaihtuvuus, kiire sekä hoitohenkilökunnan ymmärryksen tai kokemuksen puute nähtiin lisäävän muistisairaahan potilaan käytösoireita. Kirjallisuuden (Laurila ym. 2015, Strandberg 2013 & Zonsius 2020) mukaan muistisairaus on yksi vahvimmin deliriumille altistavista tekijöistä. Turnerin (2015) mukaan sairaalaympäristö saattaa pahentaa muistisairaahan potilaan sekavuutta ja levottomuutta. Tämän työn kyselyyn vastanneiden hoitajien mukaan sairaalan tilat

eivät ole suunniteltu muistisairaille ja tätä väittämää tukee vuoden 2020 World Alzheimer Report, jonka mukaan useimmat sairaalat eivät ole suunniteltu muistisairaille.

Lääkehoidon hankaluus, erityisesti oikean lääkityksen selvittäminen nousi esille. Vastavaa ei löytynyt aiemmista tutkimuksista tai kirjallisuudesta. Hoitajat toivat esiin muistisairaana potilaan oikean lääkityksen selvittämisen hankaluuden. Potilaan mukana ei ollut paikkaansa pitävää lääkelistaa ja oikeaa lääkitystä on vaikea selvittää. Tämä tulos ei liene yleistettävissä vaan on lähinnä kyseisessä organisaatiossa esiin noussut ongelma. Aiemmissä tutkimuksissa ja kirjallisuudessa kuten Hynnisen (2016, 47) tutkimuksessa lääkitys tuli esiin lähinnä kemiallisena rajoitteiden käyttönä. Myös tässä työssä muutama vastaaja oli kokenut epäkohtana iäkkään muistisairaana lääkitsemisen rauhoittamistarkoituksessa. Toisaalta hoitajat kokivat tärkeäksi oikeanlaisen lääkityksen.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava jos se on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus, ja eettisesti kestävät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät, avoimuus ja vastuullisuus. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6.) Tutkimusprosessiin kuuluu aiheeseen perehtyminen (Jyväskylän yliopiston www-sivut 2020). Tämän kehittämistyön aiheeseen perehdyttiin kirjallisuuskatsauksen muodossa ennen tutkimusta. Tutkimusluvut haettiin asiaan kuuluvalla tavalla ennen tutkimuksen tekoa. Tutkimuksesta informoitiin kyselylomakkeessa, jossa kerrottiin miksi tutkimusta tehdään ja kuka on tutkimuksen tekijä. Kyselylomakkeessa oli tutkimuksen tekijän yhteystiedot.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että vastausprosentti on korkea ja otos on edustava ja tarpeeksi suuri (Heikkilä 2014). Kyselyn vastausprosentti oli hyvä

eli n. 72%. Tarkkaa vastausprosenttia ei muuttuvan vastaajamäärän vuoksi voida laskea. Muuttuvaan vastaajamäärään vaikuttaa työskentelevien hoitajien määrä, lomat ja poissaolot. Yksiköissä, joihin kysely vietiin työskentelee keskimäärin 100 hoitajaa ja jokainen hoitaja sai itse päättää osallistuuko tutkimukseen. Työn kannalta tärkeäksi ei koettu vastaajan työyksikköä ja se jätettiin kyselyn perustietojen ulkopuolelle ja näin pystyttiin säilyttämään mahdollisimman hyvä anonymiteetti. Tutkimuksen aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Kysely toteutettiin paperisena ja kirjallisen osuuden valmistuttua vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisella tavalla.

6.3 Jatkokehittämissuhteet

Jatkokehittämissuhteena tälle työlle olisi muistiyhdyshenkilöverkoston luominen terveyspalveluille. Joka yksiköstä muistisairauksista kiinnostuneet hoitajat kokoontuisivat säännöllisesti. Mukaan olisi hyvä ottaa myös geriatrisen poliklinikan muistihoitaja, jonka asiantuntijuutta voidaan hyödyntää kokoontumisissa. Palavereissa voidaan käydä läpi muistisairaahan hoidossa esiintyneitä ongelmatilanteita ja etsiä yhdessä ratkaisua niihin. Lisäksi voidaan keskustella ajankohtaisista aiheista ja jakaa tietoa. Muistiyhdyshenkilöt voisivat myös jakaa tietoa muistisairauksista yksikön muulle henkilökunnalle.

Lisäkoulutuksen tarve nousi tämän työn kyselyssä vahvasti esiin ja sitä olisikin jatkossa hyvä järjestää. Suurimpana toiveena nousi esiin koulutus muistisairaahan kohtaamisesta ja käytöshäiriöistä. Muistisairaahan hoidon osaamisen vahvistaminen on myös kansallisella tasolla tavoitteena Muistiystävällinen Suomi 2012-2020 -ohjelmassa. Ohjelman osatavoitteina onkin muun muassa osaamisen vahvistaminen, muistisairauteen ja sairastuneisiin liittyvien asenteiden muuttamien myönteisemmiksi. (STM 2012, 8-11.)

6.4 Omia pohdintoja

Väestö ikääntyy Suomessa ja myös muistisairaudet yleistyvät. Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tulisi olla osaamista ja valmiuksia kohdata muistisaira

asiakkaat. Henkilöstön olisi saatava riittävästi tietoa muistisairauksista ja koulutusta muistisairaahan asiakkaan kohtaamisesta. Myös yleinen asenteiden muuttaminen muistisairauksia kohtaan koko yhteiskunnassa olisi tärkeää, jotta tulevaisuudessa pystytään entistä paremmin huomioimaan ja palvelemaan muistisairaita asiakkaita.

Sairaaloissa hoidetaan paljon muistisairauksista kärsiviä potilaita ja tulevaisuudessa onkin kiinnitettävä huomiota sairaalaympäristön muistiystävällisyyteen. Muistisairaahan potilaan hoitoon koulutettu osaava hoitohenkilökunta on tärkeässä roolissa, kun pyritään luomaan muistisairaalle potilaalle mahdollisimman hyvä hoitokokemus. Myös läheiset tulisi ottaa entistä enemmän hoitoon mukaan. Muistisairaudesta koskettaa koko perhettä ja myös muistisairaahan läheinen saattaa tarvita apua itselleen. Tämän päivän iäkkäät ovat tottuneet selviytymään itsenäisesti ja avun pyytäminen on usein vaikeaa. Eri-tyisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa tulisikin kartoittaa säännöllisesti myös läheisten jaksaminen ja tarvittaessa tarjota tukea jaksamiseen.

Kun hoitohenkilökunnalla on oikeat keinot tukea muistisairasta, parantaa se myös hoitohenkilökunnan jaksamista. Käytösoireisen muistisairaahan kohtaaminen vaatii hoitajilta hyvää ammattitaitoa, jotta tilanne saadaan rauhoittumaan ilman rajoitteiden käyttöä. Rajoitteiden käyttö tulisi aina olla viimeisin ratkaisu. Pitää muistaa, että sairaalahoito on muistisairaalle aina stressaava ja tunteita herättävä kokemus. Tilannetta kuvaa hyvin erään hämmentyneen muistisairaahan potilaan toteamus: ”Kuka mä oikkeen ole ja misä mä olen?”

LÄHTEET

Alzheimer's Disease International www-sivut 2020. Viitattu 11.8.2020
<https://www.alz.co.uk/about-dementia>

Belanger, L. & Ducharme, F. 2011. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nursing in critical care* 2011 Nov-Dec;16(6):303-15. Viitattu 1.3.2020. <https://onlinelibrary.wiley.com>

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2015. Kotona asuvan muistisairaahan hoito ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen ehkäisy. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. 2. uudistettupainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 506-519.

Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. *Suomen Lääkärilehti* 39/2010 vsk 65.

Fukuda, R., Shimizu, Y. & Seto, N. 2015. Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews. Viitattu 18.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4340824/>

Haipro www-sivut 2020. <http://www.haipro.fi>

Hallikainen, M. 2019. Muistisairas vastaanotolla. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre P. Pihlakari & T. Erkinjuntti (toim.) *Muistisairaahan hoito*. Viitattu 3.10.2020. <https://www.oppoportti.fi/op/mho00062/do>

Heikkilä, T. 2014. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf>

Houghton, C., Murphy, K., Brooker, D. & Casey, D. 2016. Healthcare staffs' experiences and perceptions of caring for people with dementia in the acute setting: Qualitative evidence synthesis. Viitattu 4.10.2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916300712?via%3Dihub>

Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Oulu: Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>

Jackson, T.A., Galdman, J.R.F., Harwood, R.H., MacLulich, A.M.J., Sampson, E.L., Sheehan, B & Davis, D.H.J. 2017. Challenges and opportunities in understanding dementia and delirium in the acute hospital. Viitattu 18.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349650/>

Jyväskylän yliopiston www-sivut 2020. Viitattu 2.12.2020. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/aiheeseen-perehtyminen>

Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveysthuollon laadunhallinta. Lääkelaitos: Helsinki. Viitattu 1.10.2020. https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf

Käypähoito www-sivut. Viitattu 18.10.2020. <http://www.kaypahoito.fi>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laurila, J., Pitkälä, K. & Erkinjuntti, T. 2015. Sekavuustila. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettupainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 218-229.

Lehtimäki, M. Kehittämistyö. Vastaanottaja: henna.lehikoinen@student.ssamk.fi. Lähetetty 29.11.2018 klo 8.25. Viitattu 9.11.2020.

Lukka, K. 2018. Konstruktiivinen tutkimusote. Viitattu 29.11.2020. <https://metodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote>

Lääkäriliiton www-sivut. Lääkärin etiikka. Muistisairaana potilaan hoito. Viitattu 16.4.2020. <https://www.laakariliitto.fi>

Mendes, A. 2017. Caring for people who have dementia in the acute care setting. *British Journal of Nursing*, 2017, Vol 26, No 15, 890. Viitattu 17.10.2020. <https://web.b.ebscohost.com>

Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosaikauden muistisairaus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettupainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137-147.

Muistiliiton www-sivut. Viitattu 14.8.2020. <https://www.muistiliitto.fi>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. 3. uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro.

Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettupainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119-136.

Rinne, J. 2015. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettupainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165-171.

Satasairaalan www-sivut 2020. Viitattu 13.8.2020. <https://www.satasairaala.fi>

Sotkanet www-sivut 2019. Viitattu 13.8.2020. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

Strandberg, T. 2013. Vanhuksen sekavuustila ja sen hoito. Viitattu 18.12.2019. <https://www.gernet.fi>

STM 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi.Helsinki. Viitattu 24.11.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>i.

Terveyskylä www-sivut 2020. Viitattu 5.12.2020. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/v%C3%A4est%C3%B6n-ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-suomessa>

THL www-sivut 2019. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 20.1.2020. <https://thl.fi/>

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja senlouk-
kausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 22.11.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

United Nations 2019. Department of Economic and Social Affairs Population Division World Population Prospects 2019 Highlights. United Nations: New York. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf

Uusitalo, K. & Kohtamäki, M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen rooli menetelmien kentässä. Teoksessa A.Pusa &P.Juuti (toim.) menetelmäviidakon raivaajat. JTO-Palvelut Oy, 281-293.

Vanhustyön keskusliiton www-sivut 2020. Viitattu 11.10.2020. <https://www.stinfo.fi/tiedote>.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä.4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettupainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35-43.

World Alzheimer Report 2019. Attitudes to dementia. Lontoo: Alzheimer's Disease International (ADI). <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>

World Alzheimer Report 2020. Design, dignity, dementia: dementia-related design and and the built environment. Volume1. Lontoo: Alzheimer's Disease International. Viitattu 4.10.2020. <https://www.alz.co.uk/u/WorldAlzheimerReport2020Vol1.pdf>

Zonsius, M.C., Cothran, F.A. & Miller J. 2020. Acute Care for Patients with Dementia. American Journal of Nursing: April 2020 - Volume 120 - Issue 4 - p 34-42. Viitattu 4.10.2020. https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2020/04000/CE__Acute_Care_for_Patients_with_Dementia.24.aspx.

LIITE 1

Taustatiedot

1. Ikä

- alle 25 vuotta
- 26 – 35 vuotta
- 36 – 45 vuotta
- 46 – 55 vuotta
- 56 – 65 vuotta
- yli 65 vuotta

2. Sukupuoli

- nainen
- mies
- muu

3. Ammattinimike

- sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
- perushoitaja/lähihoitaja

4. Työkokemus alalla

- alle 1 vuosi
- 1 - 5 vuotta
- 6 - 10 vuotta
- 11 – 20 vuotta
- 21 - 30 vuotta
- yli 31 vuotta

5. Työsuhteesi laatu

- vakituinen
- määräaikainen (alle 6kk työssä ollut)
- määräaikainen (yli 6kk työssä ollut)
- muu, mikä _____

Iäkkään muistisairaana potilaan hoito

Vastaa seuraaviin kysymyksiin oman näkemyksesi mukaisesti asteikolla 1-5. Ympyröi oikea vaihtoehto.

(1= Täysin samaa mieltä, 2= osittain samaa mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= osittain eri mieltä, 5=täysin eri mieltä)

6. Iäkkään muistisairaana potilaan hoitaminen vaatii erityisosaamista 1 2 3 4 5
7. Iäkkään muistisairaana potilaana hoitaminen vie enemmän aikaa kuin muiden. 1 2 3 4 5
8. Minulla on mahdollisuus antaa riittävästi aikaa iäkkäälle muistisairaalle potilaalle. 1 2 3 4 5
9. Kommunikoin iäkkään muistisairaana potilaan kanssa samalla tavalla kuin muidenkin potilaiden. 1 2 3 4 5
10. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on vaikutus iäkkään muistisairaana potilaan käytösoireisiin. 1 2 3 4 5
11. Keskustelen iäkkään muistisairaana potilaan omaisten kanssa potilaan hoidosta. 1 2 3 4 5
12. Iäkkään muistisairaana potilaan käytösoireet vaikuttavat hoitotilanteisiin. 1 2 3 4 5

13. Työyhteisön ilmapiiri on iäkkään muistisairaana potilaan

hoitoa tukeva. 1 2 3 4 5

14. Sairaalaympäristö on iäkkään muistisairaana potilaan

hoitoa tukeva. 1 2 3 4 5

15. Mitkä asiat mielestäsi erityisesti korostuvat muistisairaana potilaan

hoitotyössä sairaalassa?

16. Mitä epäkohtia olet huomannut muistisairaana potilaan sairaalahoidossa?

Hoitajien osaaminen ja koulutuksen tarve

Vastaa seuraaviin kysymyksiin oman näkemyksesi mukaisesti asteikolla 1-5. Ympyröi oikea vaihtoehto.

(1= Täysin samaa mieltä, 2= osittain samaa mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= osittain eri mieltä, 5=täysin eri mieltä)

17. Minulla on riittävästi tietoa muistisairauksista 1 2 3 4 5

18. Osaan tulkita iäkkään muistisairaana potilaan psyykkisiä tarpeita. 1 2 3 4 5

19. Osaan tulkita iäkkään muistisairaana potilaan sosiaalisia tarpeita. 1 2 3 4 5

20. Osaan tulkita iäkkään muistisairaana potilaan fyysisiä tarpeita. 1 2 3 4 5

21. Osaan ennaltaehkäistä iäkkään muistisairaana potilaan käytösoireiden syntymistä omalla toiminnallani. 1 2 3 4 5

22. Tunnistan iäkkään muistisairaana potilaan käytösoireiden syyn. 1 2 3 4 5

23. Osaan tulkita iäkkään muistisairaana potilaan kipua 1 2 3 4 5

24. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) –mittari (pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien kivun arviointimittari) on minulle tuttu 1 2 3 4 5

25. Tarvitsen koulutusta käytösoireisen iäkkään muistisaira-
raan potilaan hoidosta 1 2 3 4 5

26. Iäkkään muistisairaahan potilaan kohtaamisesta on järjestetty
riittävästi koulutusta. 1 2 3 4 5

27. Onko sinulla lisäkoulutusta muistisairaahan hoidosta? (Ympyröi oikea vaihtoehto)

1. Kyllä

2. Ei

Jos vastasit kyllä, kerro minkälaista

28. Tarvitsetko mielestäsi lisäkoulutusta iäkkään muistisairaahan potilaan hoidosta
tai kohtaamisesta? (Ympyröi oikea vaihtoehto)

1. Kyllä

2. Ei

Jos vastasit kyllä, kerro minkälaista

Kiitos!

SAATEKIRJE

Hei!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyön ylempää AMK-tutkintoa ja opintoihini sisältyy kehittämistyö. Kehittämistyöni aiheena on muistisairaana iäkkään potilaan kohtaamisen kehittäminen Rauman terveyspalvelujen osastoilla sekä kiirevastaanotolla. Työn tarkoitus on vähentää muistisairaana potilaan hoidossa esiintyviä ongelmia.

Tämä kysely on osa kehittämistyötäni. Kyselylomakkeella on tarkoitus selvittää osastojen sekä kiirevastaanoton hoitajien osaamista iäkkään muistisairaana potilaan hoidossa ja kohtaamisessa sekä hoitajien kokemuksia muistisairaana potilaan hoidon erityispiirteistä. Kyselylomakkeen kysymykset ja väittämät perustuvat tekemässäni kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseisiin muistisairaana sairaalahoidon erityispiirteisiin. Kyselyyn vastataan nimettömänä, täytetty lomake suljetaan kirjekuoreen ja jätetään palautuslaatikkoon. Kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia.

Tutkimustyön eettiset näkökulmat huomioidaan käsittelemällä tutkimusaineisto siten, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Kehittämistyön kirjallinen osuus julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Kiitos!

Yst. terveisin

Henna Lehikoinen

henna.lehikoinen@student.samk.fi

puh. 044 4035244 (työ)

LIITE2

Muistisairaahan potilaan hoidon kehittämissuunnitelma Rauman terveystaloukselle

Kehittämisaalueet	Keinot ja menetelmät
Muistisairaahan potilaan kohtaamisen kehittäminen	<ul style="list-style-type: none"> * Järjestetään muistisairaahan kohtaamisesta koulutusta * Huoneentaulu muistutukseksi kohtaamisen periaatteista (LIITE 1) *Järjestetään koulutusta käytösoireista ja käytösoireisen muistisairaahan kohtaamisesta. *Pyritään selvittämään käytösoireiden syy esim. kipu, nälkä.
Muistisairaahan potilaan sijoittaminen	<ul style="list-style-type: none"> *Sijoitetaan muistisairaahan potilaat mahdollisuuksien mukaan osastolle, joissa voidaan taata vapaa liikkuminen ja kulunvalvonta toimii. *Jatkossa voidaan harkita muistisairaiden hoidon keskittämistä yhdelle osastolle, jossa henkilökunta perehdytetään erityisesti muistisairaiden hoitoon. *Luodaan turvallinen ympäristö muistisairaalle, ylimääräiset, helposti rikkoutuvat tai vaaralliset esineet poistetaan. *Mahdollisuuksien mukaan häiriötön ja rauhallinen huone.
Muistisairaahan potilaan hoitotyön kehittäminen	<ul style="list-style-type: none"> *Kiinnitetään huomio muistisairaahan ravitsemukseen. Tarvittaessa ravitsemuspäiväkirjan pitäminen. *Kirjataan hyvin HOKE:lle, jotta tieto kulkee esim. syömisistä tai vatsan toiminnasta.

	<p>*Huomioidaan kivun mahdollisuus (ilmeet, eleet, levottomuus) ja PAINAD-mittarin käyttöönotto jokaisella osastolla.</p> <p>* Oikean lääkityksen selvittämien heti kivo:lla.</p> <p>*Potilaan taustan tunteminen/selvittäminen.</p>
Organisaation toiminnan kehittäminen	<p>* Organisaation sisäisen muistiyhdyskunnan luominen: Jokaiselta osastolta muutama kiinnostunut hoitaja mukaan ja säännölliset tapaamiset tai yhteydenpito sähköpostilla / Teamsilla. Tavoitteena vertaistuki, oikeanlaisten keinojen löytäminen haastaviin tilanteisiin sekä tietojen jakaminen.</p> <p>* Muistisairaiden ja ikäihmisten kokonaisvaltaisen hoidon kehittäminen: geronomi kiirevastaanotolle – pilotointi</p> <p>** (LIITE 2)</p>
Henkilökunnan koulutus	<p>* Koulutetaan mahdollisuuksien mukaan koko hoitohenkilökunta muistisairaankäytöshäiriöistä ja muistisairaankohtamisesta.</p>

MUISTISAIRAS OSASTOLLA

Kohtaamisen periaatteet:

- kohdataan kiireettömästi
- kunnioitetaan ja arvostetaan
- puhutellaan aikuisena ja arvostaen
- esitetään yksi asia kerrallaan
- puhutaan rauhallisesti ja selkeästi
- vältetään liiallista kyselyä
- kunnioitetaan itsemääräämisoikeutta

Huomioitavaa:

- *ravitsemuksen seuranta
- *vatsan/rakon toiminta
- *aktiiviteetti
- *oikeanlainen lääkehoito
- *kipu (PAINAD-mittari)

Kun kohtaat käytösoireisen muistisairaana, huomioi seuraavat asiat:

- *Ole läsnä ja käyttäydy rauhallisesti.
- *Puhu rauhallisesti korottamatta ääntä.
- *Tarjoa vaihtoehtoja tekemistä.
- *Jos ilmaantuu aggressiivisuutta, rauhoita ympäristö ja ohjaa muut ihmiset sivuun sekä siirrä pois tavarat, joilla voi heittää tai lyödä.
- *Hoitavan henkilöstön pysyvyys tärkeää, mutta joissain tapauksissa hoitavan henkilön vaihtamisesta voi olla apua.
- *Muistisairaana elämänhistorian tunteminen voi auttaa.

Käytösoire on usein muistisairaana ihmisen tarpeiden ilmaisua ja sen syyn selvittäminen on tärkeää!