



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

SARI-KAARINA VANHATALO

Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen muistisairaana potilaan kohtaamisessa päivystyksessä

VANHUSTYÖN (YLEMPI AMK) TUTKINTO-OHJELMA
2023

TIIVISTELMÄ

Vanhatalo, Sari-Kaarina: Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen muistisairaahan potilaan kohtaamisessa päivystyksessä.

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Vanhustyö

Joulukuu 2023

Sivumäärä: 41

Ikääntyneiden osuus maamme väestöstä on kasvava. Väestön vanheneminen edellyttää terveydenhuollon palvelurakenteiden muutostarpeiden huomiointia ja iäkkäisiin kohdistuvien asenteiden tarkastelua. Päivystys hoitoympäristönä on usein levoton ja hälyinen. Iäkkäälle muistisairaalle päivystys voi olla pelottava ja ahdistava paikka, johon hän on äkkiarvaamatta ohjautunut. Päivystysympäristö voi laukaista tai lisätä iäkkään muistisairaahan käytösoireita tai heikentää hänen terveydentilaansa jo lyhyellä ajalla merkittävästi.

Opinnäytetyön aiheena oli hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen muistisairaahan potilaan kohtaamisessa päivystyksessä. Kehittämismenetelmänä oli konstrukttiivinen tutkimusmenetelmä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää muistisairaahan potilaan hoitoa päivystyksessä. Tarkoituksena oli sekä kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemia haasteellisia tilanteita muistisairaahan potilaan kohtaamisessa päivystyksessä, että heidän arvioitaan omasta osaamisestaan kohdata muistisairas. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselytutkimus lähetettiin päivystyksen hoitohenkilökunnalle (N=113). Kyselyn vastausprosentti oli 41 (n=46).

Kyselytutkimuksessa ilmeni, että päivystyksen hoitohenkilökunta kohtaa muistisairaita potilaita työssään usein. Yleisimmiksi haasteellisen käyttäytymisen muodoiksi koettiin muistisairaahan levottomuus, rauhattomuus, toistuva kyseleminen ja pyyteleminen sekä jatkuva lähdössä oleminen. Hoitohenkilökunnan omat arviot osaamisestaan keskittyivät asteikon keskivaiheille asteikolla 1–10. Kyselytutkimuksen vastauksista rakentui osa-alueita liittyen hoitohenkilökunnan osaamiseen, päivystyksen fyysiseen ympäristöön ja johtamiseen. Tässä opinnäytetyössä konstruktiona tuotettiin osaamisen kehittämissuunnitelma päivystykseen.

Avainsanat: akuuttihoito, muistisairaus, muistisairas potilas, osaaminen, päivystys, kohtaaminen.

Abstract

Vanhatalo, Sari-Kaarina: Developing the knowledge of care staff encountering a memory disordered person in the emergency room

Thesis, Master of Social Services and Health Care

Degree Programme in Elderly Care

December 2023

Number of pages: 41

The proportion of elderly people in the population of our country is growing. The population getting older requires the need for change in the structures of the health care services to be reviewed. The emergency room is a hectic and noisy space for caretaking. The emergency room can be a scary and anxiety inducing place for an elderly person suffering from a memory disorder, where they have ended up all of a sudden. The space can set off or add onto the behavioral symptoms of a memory disordered person or make their state of health significantly worse, even over a short amount of time.

The topic of the thesis was developing the knowledge of caretakers in encountering a memory disordered person in the emergency room. The development method was the constructive research method. The aim of the thesis was to develop and better the care of a memory disordered person in the emergency room. It aimed to survey both the difficult situations the caretakers face in facing a memory disordered person in the emergency room and their own estimates in their know-how in encountering a memory disordered person. The material was gathered with an electronic questionnaire. The questionnaire was sent to the emergency room staff (N=113). The percentage of answers was 41%(n=46).

The questionnaire showed that the ER staff encounters memory disordered people regularly in their work. The most usual behavioral difficulties of the memory disordered patients were thought to be the restlessness, frequent questions and asking for something and the frequent urges to leave. The caretaking staff estimated their skills to be in the middle of the scale, it being from 1 to 10.

The answers of the questionnaire formed areas adjacent to the skills of the caretaking staff, the physical space of the emergency room and the management. In this thesis the construction was a skill-developing plan for the emergency room.

Keywords: acute care, memory disorder, amnesic patient, competence, emergency clinic, meeting

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 MUISTISAIRAUDET	8
3 MUISTISAIRAS POTILAS PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA	10
3.1 Päivystys hoitoympäristönä	10
3.3. Muistisairaahan potilaan hyvä kohtaaminen	15
3.4 Osaaminen ja koulutus potilaan hyvän kohtaamisen taustalla.....	18
4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
4.1 Tarkoitus ja tavoitteet.....	20
4.2 Tutkimuskysymykset.....	20
5 KEHITTÄMISMENETELMÄ	21
5.1 Konstruktivistinen kehittämismenetelmä	21
6 KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET	23
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	37
8 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	39
9 KONSTRUKTIONA KOULUTUSSUUNNITELMA	40
10 POHDINTA	41
LÄHTEET	44
LIITE 1.....	49
LIITE 2.....	49

SYMBOLI- JA LYHENNELUETTELO

AT= Alzheimerin tauti

AVH= Aivoverenkierron häiriö

LKT= Lewyn kappale tauti

PT= Parkinsonintauti

VCI= Vascular cognitive impairment

1 JOHDANTO

Tällä hetkellä muistisairautta sairastavia henkilöitä on noin 50 miljoonaa koko maailmassa ja vuosittain sairastuu noin 10 miljoonaa uutta henkilöä. Väestön ikääntymisen vuoksi muistisairaiden määrän ennustetaan kaksinkertaistuvan Euroopassa vuoteen 2050 mennessä. (Alzheimer Europe, 2020.), koska väestön ikääntyessä heidän lukumääränsä myös kasvaa. Muistisairaiden määrän arvioidaan olevan Suomessa noin 200 000 henkilöä ja vuosittain sairastuvia noin 14 500. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus, 2020.) Arviot työikäisistä muistisairaista vaihtelevat 5000–7000 välillä. (THL, 2020.) Muistisairaudet ovat kansanterveydellinen, kansantaloudellinen ja inhimillinen haaste (STM, 2012), minkä vuoksi muistisairaiden palveluverkoston kehittämiseen tulee kiinnittää erityisesti huomiota tulevaisuudessa. (Hallikainen ym., 2019, s. 14–15.)

Hoitohenkilökunnan osaaminen voidaan määritellä yhdistelmäksi arvoja, asenteita, tietoa ja taitoa. (Cowan ym., 2005, s. 355–362.) Hoitotyöntekijöiden osaaminen, koulutus ja osaamisen kehittäminen edesauttavat toteuttamaan potilasturvallista ja laadukasta hoitotyötä. (Hotus, muistisairaudet -hoitosuositus, 2019.) Hoitohenkilökunnan kokemat haasteet muistisairaiden potilaiden hoidossa perustuvat pääsääntöisesti hoitajan suhtautumiseen ja toimintatapaan, joten hoitaja voi omalla toiminnallaan ja käytöksellään vaikuttaa tilanteiden ilmenemiseen. Hoitohenkilökunnan toimintatapaan kohdata muistisairas vaikuttavat useat eri tekijät. Tällaisia tekijöitä ovat mm. kyky ymmärtää ja olla empaattinen, ammatillinen osaaminen, työympäristö ja olosuhteet työpaikalla. Hoitajan oma elämäntilanne ja jaksaminen vaikuttavat myös hoitajan toimintatapaan kohdata muistisairas. (Mönkäre, 2017, s. 58–61.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemia haasteellisia tilanteita muistisairaalan potilaan kohtaamisessa päivystyksessä ja hoitohenkilökunnan omia arvioita osaamistaan muistisairaalan potilaan kohtaamisessa. Kyselytutkimuksen perusteella tuotetaan koulutussuunnitelma päivystykseen.

Opinnäytetyö on tehty osana STEPPI2- kansallista laadun kehittämishanketta. Hanke on kansallinen verkostohanke, jonka yhtenä keskeisenä tavoitteena on potilaan kohtaamisen kehittäminen. (STEPPI2, 2021–2025.)

2 MUISTISAIRAUDET

Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen eli aivoverenkierron muistisairaus, Lewyn kappale tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus ja otsa- ohimolohkorappeumat. Muisti toimii yhteistyössä aivojen hermoverkkojen kanssa ja sen toiminnot ovat monimutkaisia. Muistioireita aiheuttavat esimerkiksi paikallinen vaurio tiedonkäsittelyn aivoalueella, aivojen hermosolujen ja hermoverkkojen häiriöt sekä ongelmat aineenvaihdunnassa. (Muistisairaudet: Käypähoito -suositus, 2020.)

Muistisairaudet heikentävät muistin lisäksi tiedonkäsittelyä ja näönvaraista hahmottamista. Kielellisissä toiminnoissa ja toiminnanohjauksessa voidaan havaita myös ongelmia. Toiminnanohjauksen heikentyminen vaikeuttaa motorista liikkumista ja esimerkiksi pukeutuminen tai peseytyminen voivat olla hankalaa päivittäisissä toiminnoissa. Etenevät muistisairaudet vaikuttavat muistisairaaseen henkilöön vähitellen, jolloin toimintakyky heikkenee ja aivoissa tapahtuu rappeutumista, tämä johtaa vähitellen henkilön dementoitumiseen. Dementia ei ole itsenäinen sairaus, vaan oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöiden lisäksi yleensä muitakin oireita. Tällaisia oireita voivat olla esimerkiksi vaikeus

tunnistaa henkilölle aiemmin tuttuja ihmisiä, tai aiemmin kätevä henkilö muuttuu vähitellen kömpelöksi, jolla voi esiintyä myös kielellisiä ongelmia.

Kaikista muistisairautta sairastavista henkilöistä noin 70 % sairastaa Alzheimerin tautia ja sen esiintyvyys nousee vielä iän myötä. (Piirainen, 2022, s.21.) Alzheimerin taudin (AT) ensimmäiset oireet liittyvät ongelmiin lähimuisissa ja vaikeuksiin palauttaa mieleen tapahtuneita asioita. Taudinkuvaan liittyy myös tiedonkäsittelyn lisääntyvä heikentyminen. Muistitoiminnot ovat tiedonkäsittelyn osa-alueista vaikeimmin vaurioituneet sairauden kaikissa vaiheissa. Taudin edetessä muistisairaahan käytösoireet yleensä lisääntyvät ja muuttavat muotoaan vaikeutumalla. Muistisairaahan omatoimisuus myös heikkenee sairauden edetessä. Kliininen oirekuva voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen: oireeton eli prekliininen vaihe, varhainen AT, lievä AT, keskivaikea AT ja vaikea AT. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus, 2020.)

Aivoverenkierto sairauden (AVH) muistisairaus (VCI, vaskular cognitive impairment) käsittää tiedonkäsittelyn osa-alueella yleensä vähäisempiä ja rajallisia oireita mutta myös laajoja, vaikeaan muistisairauteen johtavia oireita. Aikaisemmin on käytetty termiä vaskulaari dementia. VCI on oireyhtymä, joka liittyy erityyppisiin, verisuoniperäisiin tekijöihin ja aivomuutoksiin. Oireyhtymän kliininen taudinkuva voi olla eri henkilöillä erilainen ja taudin syy myös yksilöllinen. VCI:N alatyyppejä ovat pienten suonten tai suurten suonten tauti, sekä infarktin aiheuttamat tilat. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus, 2020.)

Lewyn kappale tauti (LKT) kehittyy yleensä hitaasti ja sen tyypillisiä piirteitä ovat tarkkaavuuden, vireystilan ja tiedonkäsittelytoimintojen vaihtelu. Taudin kuvaan kuuluu näköharhat, jotka ovat toistuvia ja ekstrapyramidaalioireet kuten jäähmeys, hitaus, vapina ja kävelyvaikeus. Patologisessa tarkastelussa nähdään solunsisäisiä Lewyn kappaleita runsaasti erityisesti Limbisessä järjestelmässä ja aivokuoressa. Noin 50 %:lla potilaista on aivoissa myös AT muutoksia. (Muistisairaudet-Käypähoitosuositus, 2020.)

Parkinsonintaudin muistisairaus (PT) on neurologinen, etenevä sairaus, jonka motorisina oireina havaitaan liikkeiden hidastumista, lihasjäykkyyttä ja lepovapinaa. Ei-motorisia oireita ovat kognitiiviset muutokset, harhat ja depressio. Monilla potilailla esiintyy myös erilaisia kipuja ja ahdistuneisuutta. Muistioireet ilmenevät tarkkaavaisuuden heikentymisenä, toiminnanohjauksen vaikeutena, muistin heikkenemisenä ja avaruudellisen hahmottamisen ongelmina. Myös omaksutun tiedon käsittelynopeus hidastuu. (Muistisairaudet-Käypähoitosuositus, 2020.)

Otsalohko dementiaa tavataan enemmän miehillä, kuin naisilla ja siihen sairastutaan yleensä 45–65 vuoden iässä. Otsa-ohimolohkorappeumissa aivojen kuorikerroksen surkastumista esiintyy pääsääntöisesti otsalohkossa ja ohimolohkojen etuosissa. Otsa-ohimolohkorappeumaan liittyy kaksi tavanomaista oirekuva: ensisijainen etenevä afasia tai otsalohkodementia. Sairaus alkaa yleensä hitaasti ja etenee vähitellen, jolloin taudin diagnosoiminen tyypillisesti viivästyy. Sairastumisen alkuvaiheessa voi esiintyä muutoksia henkilön käyttäytymisessä tai persoonassa. Yleisesti sairastuneella voidaan tavata myös vaikeuksia toiminnanohjauksessa. Useimmiten sairastunut henkilö ei tunne itseään sairastuneeksi, eikä tunnista oireitaan. Sairastuneen henkilön käyttäytyminen voi olla stereotyyppistä ja toistavaa, lisäksi ongelmanratkaisukyvyssä voidaan havaita heikkenemistä. (Muistisairaudet-Käypähoitosuositus, 2020.)

3 MUISTISAIRAS POTILAS PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

3.1 Päivystys hoitoympäristönä

Ensihoito ja päivystys kuuluvat terveydenhuollon keskeisiin osa-alueisiin, joiden toimintaan sisältyy erityispiirteitä. Siksi päivystystoiminnassa tulee kiinnittää erityistä huomiota laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseen. Omi-

naista ensihoidolle ja päivystykselle ovat ennakoimattomat ja yllätykselliset tilanteet, nopea päätöksen teko ja yhteistyö muiden viranomaisien ja ammattilaisten kanssa. Potilaat ovat tyypillisesti kivuliaita, heillä on akuutteja oireita tai vaivoja, ja he ovat saapuneet päivystykseen ennalta arvaamatta. Henkilöstön ammatillinen osaaminen ja koulutus potilaiden tutkimuksessa ja hoidossa muodostavat perustan päivystystoiminnoille. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2019:23.)

Ympäristö vaikuttaa muistisairaahan hyvinvointiin oleellisesti. Melu, kiire, levottomuus ja potilasta hoitavien henkilöiden negatiiviset asenteet voivat lisätä muistisairaahan käytösoireita. Muistisairas ei osaa kontrolloida käyttäytymistään ja siksi hänen tunteensa voi näyttäytyä aggressiivisuutena. Vaikeudet toiminnissa ja toimintoihin ohjautumisessa voi johtaa levottomaan käytökseen ja väärät tulkinnat tapahtumista sekä vaikeudet vuorovaikutuksessa aiheuttaa turhautumista. (Laitinen, 2015, s.5.)

lääkkään potilaan tutkimisen ja hoidon haasteellisuutta lisäävät päivystyksessä useat eri tekijät, jotka voivat olla lähtöisin potilaasta, riippua päivystyksen ympäristöstä tai molemmista. Potilaan tutkimisen ja hoidon tulos päivystyksessä on suoraan verrannollinen siihen panokseen, minkä siihen laittaa. Iäkkäiden potilasryhmässä pintapuoliset esitiedot ja nopea potilaan tutkiminen näkyvät tavallista herkemmin hoitotuloksen heikossa laadussa. Iäkkään potilaan deliriumin vaaraa lisäävät akuutit sairaudet ja päivystysympäristö, joka on usein levoton ja vieras. Päivystykseen tullessa iäkäs voi olla asiallinen ja orientoitunut, mutta vanhus menee deliriumiin hoidon ja tutkimuksen kestäessä. Delirium on yleensä väliaikainen tila, joka poistuu, kun sen aiheuttaja on saatu korjattua. Deliriumin aikaiseen levottomuuteen voi liittyä potilaan itsensä satuttamista ja hän voi häiritä omatoimisesti hoitoaan. Delirium tulisi tunnistaa päivystysympäristössä ja sen huomaamatta jättäminen onkin paha taidollinen virhe, mihin vanhuspotilaita hoidettaessa voidaan syyllistyä. (Koponen ym., 2005, s.378.)

Ikääntyneen toimintakyvyn säilyttäminen on deliriumin ennaltaehkäisyyn lähtökohtana ja hoidon tavoitteena. (Jämsen ym., 2015.) Päivystyksessä iäkkäiden

käytössä tulisi olla apuvälineitä, joita he ovat käyttäneet ennen sairaalaan saapumista kotonaan. Tällaisia apuvälineitä ovat esimerkiksi liikkumisen apuvälineet, kuten rollaattorit ja muita apuvälineitä ovat esimerkiksi silmälasit tai kuulokojeet. Aistivajeilla sekä liikkumattomuudella on siis selvä yhteys deliriumin syntymiseen ja pitkittynyt vuodelepo vaikuttaa hyvin nopeasti ikääntyneen potilaan toimintakykyyn. (Jämsen, 2018.)

lääkään potilaan tutkimisen ja hoidon haasteellisuutta lisäävät päivystyksessä useat eri tekijät, jotka voivat olla lähtöisin potilaasta, riippua päivystyksen ympäristöstä tai molemmista. Potilaan tutkimisen ja hoidon tulos päivystyksessä on suoraan verrannollinen siihen panokseen, minkä siihen laittaa. Iäkkäiden potilasryhmässä pintapuoliset esitiedot ja nopea potilaan tutkiminen näkyvät tavallista herkemmin hoitotuloksen heikossa laadussa. Päivystyksen henkilökunnan viestintä ja vuorovaikutus ovat tärkeitä kerättäessä hajautetusti esitietoja ja seurattaessa potilasta tilanteessa, jossa hän ei itse pysty viestimään vaikean muistisairauden tai deliriumin vuoksi. Jotta tämä yhteistyö olisi sujuvaa, tulee koko päivystysalueen henkilökunnan pystyä huomioimaan iäkkäiden, muistisairaiden potilaiden erityispiirteitä. Jos ei tunneta muistisairauksien ja iäkkäiden erityispiirteitä, on helppo suhtautua yleistäen tähän suureen potilasryhmään, jolloin yksilöllisyyden kunnioittamisen arvot unohtuvat. Silloin on vaarana, että kaikkia iäkkäitä aletaan hoitaa samalla kaavalla, eikä selvitetä riittävästi kaikkia päivystykseen hakeutumiseen johtaneita syitä. Tällainen toiminta voi aiheuttaa ns. pyöröovi-ilmiön, eli sama potilas tulee lyhyellä aikavälillä takaisin päivystykseen vaivojensa kanssa. Mitä enemmän esiintyy kyseistä ilmiötä, sitä suurempi todennäköisyys on, että koko päivystysyksikön toiminta on laadullisesti huonoa. (Koponen, ym., 2005, s. 378–379.)

Ympäristöllä on merkitystä muistisairaahan henkilön hyvinvointiin. Meluinen, rauhaton ympäristö ja negatiiviset asenteet voivat nostaa esiin tai pahentaa henkilön käytösoireita. Muistisairas ei pysty sairautensa vuoksi kontrolloimaan omaa käytöstään ja sen vuoksi hänen tunteensa voi näyttäytyä aggressiivisuu-

tena. Vaikeudet toiminnanohjauksessa voi aiheuttaa levotonta käytöstä ja väärät tilannetulkinnat tai vaikeudet vuorovaikutuksessa voi aiheuttaa muistisairaahan henkilön turhautumista. (Laitinen, 2015, s. 5.)

3.2. Henkilökunnan kokemat haasteet muistisairaahan kohtaamisessa

Etenevät muistisairaudet vaikuttavat ihmisen kognitiivisiin toimintoihin heikentävästi esimerkiksi muistin, tiedonkäsittelyn ja ajatustoimintojen osalta. Muistisairaahan käyttäytyminen voi myös muuttua, jolloin ympäristö kokee yhteistyön muistisairaahan kanssa haasteelliseksi, häiritseväksi tai vaikeaksi hallita. Näistä psykologisista oireista ja muuttuneesta käyttäytymisestä käytetään nimitystä käytösoireet tai haasteelliseksi koettu käytös. Hoitohenkilökunnan haasteet kohdata muistisairas on yleistä palvelukodeissa ja hoitolaitoksissa. Haasteellista käytöstä esiintyy noin 90 prosentilla muistisairaista. Haasteellinen käytös voi ilmetä esimerkiksi muistisairaahan henkilön aggressiivisuutena, harha-aistimuksena tai poikkeavana käytöksenä. Käytöksen takana on monenlaisia syitä, kuten kiputuntemukset, levoton ympäristö, muutokset aivojen välittäjäaineissa tai ympäristön suhtautuminen muistisairaaseen. (Piirainen, 2022, s. 22–23.)

Monille muistisairautta sairastaville henkilöille kehittyy neuropsykiatrisia oireita, joita kutsutaan käytösoireiksi. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi mielialan ja käyttäytymisen muutokset tai todellisuudentajun vääristymät. Maniaa, estotomuutta, impulsiivisuutta ja epätarkoituksenmukaisuutta voi myös esiintyä osana muistisairautta. Otsa-ohimolohko rappeumissa tällaisia oireita esiintyy jo sairauden alkuvaiheessa. Käytösoireiden voimakkuus ja muoto vaihtelevat sairaudesta ja yksilöstä riippuen. Oirekuva painottuu sairauden eri vaiheessa eri tavalla. Henkilön oheissairaudet, persoonallisuudenpiirteet, elämäntilanne, ympäristö ja potilaan suhde hoitavaan henkilökuntaan vaikuttavat oireiden ilmaantumiseen ja siihen, miten häiritsevänä ne koetaan. Käytösoireet vaikuttavat negatiivisesti muistisairaahan henkilön sekä hänen läheistensä elämänlaatuun ja jaksamiseen, siksi onkin tärkeää huomioida ne. (Terveyskylä, 2023.)

Päivystyspotilaan tutkiminen on aina haasteellinen ja aikaa vievä tehtävä. Pahimmillaan potilas on levoton, kivulias ja yhteistyökyvytön. Hän voi olla kyvytön ymmärtämään, mitä hänen ympärillään tapahtuu, eikä pysty ilmaisemaan itseään. Vaikka potilas olisi rauhallinen, menee potilaan esitietojen keräämiseen paljon aikaa ja yleensä tarvitaan yhteistyötä myös kolmannen osapuolen kanssa. Kolmasosapuoli voi olla omainen tai hoitolaitos, jonka informaatiota ei ole käytettävissä päivystyksessä. Lisätietojen avulla potilaasta ja hänen toimintakyvystään saa yleensä melko hyvän kuvan, jolla on ratkaiseva merkitys suunniteltaessa potilaan jatkohoitoa päivystyksestä eteenpäin. (Koponen ym., 2005, s.378.)

Muistisairauteen liittyviä käytösoireita esiintyy 90 %:lla sairastuneista. (Käypähoito, 2010, s. 1–30.) Oireet ovat aivosairauden aiheuttamia muutoksia tunne-elämässä ja käyttäytymisessä. Tyypillisimpiä oireita ovat masentuneisuus, aistiharhat, ahdistuneisuus, aggressiivisuus, ärtyneisyys, agitoituminen ja persoonallisuuden muutokset. (Vataja, 2006, s. 91–99.) Käytösoireet heikentävät potilaan toimintakykyä ja potilaan sosiaalisia taitoja. Lisäksi oireet saattavat aiheuttaa vaaratilanteita potilaalle itselleen, omaisille tai hoitavalle henkilökunnalle potilasta hoitavissa yksiköissä. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi levottomuus tai aggressiivisuus. (Käypähoito, 2010, s. 1–30.)

Tutkimusten mukaan muistisairaudet aiheuttavat neuropsykiatrisia oireita, jotka vaikuttavat käyttäytymiseen ja tunteiden säätelyyn (Cerejeira ym., 2012.) Etenevässä muistisairaudessa sairastuneen kognitiiviset taidot, fyysinen toimintakyky ja opitut taidot heikkenevät vähitellen. Arjen toiminnoista selviämisestä tulee hankalaa ja esimerkiksi ruokailu tai pukeutuminen ei suju enää aikaisempaan tapaan. Sairaus hankaloittaa itsenäistä elämää ja elinpiiri supistuu vähitellen. (Van Aerschot ym., 2021.)

Lääkkeetön hoito on tarkoituksenmukaista muistisairaalle tarpeista huolehtimista. Perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista tulisi välttää.

Hoitoyhteisön ja ympäristön avulla tulisi pyrkiä kompensoimaan sairauden mukanaan tuomia puutteita ja samalla tukea jäljellä olevaa toimintakykyä. Hyvin toteutettu arviointi, käyttäytymisen syiden selvittely ja arkijärkeen perustuva ohjaus voivat riittää käytösoireiden hoidoksi sairaalassa. Lääkkeetön hoito on laajasti katsottuna erilaisia psykososiaalisia ja hoidollisia tapoja lähestyä sekä vaikuttamista vuorovaikutukseen potilaan kanssa, ympäristö huomioiden. (Käypä hoito, 2016.)

Haasteellisen käyttäytymisen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä tulisi käyttää ensisijaisesti lääkkeettömiä menetelmiä, koska lääkkeissä voi olla sivuvaikutuksia, jotka ovat haitallisia. Lääkkeettömiä menetelmiä ovat erilaiset kognitiiviset ja aististimulaatioihin pohjautuvat menetelmät, sekä ja psykososiaaliset menetelmät, kuten musiikki, liikunta tai taideterapia. Lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ovat myös omaisten tuki ja ohjaus, sillä tutut ihmiset tuovat muistisairaalle turvaa ja rauhoittaa häntä. Hyvä perushoito, laukaisevien tekijöiden välttäminen ja hoitavien henkilöiden kommunikaatiotaidot ja yksilölliset hoitojärjestelyt ovat myös lääkkeettömiä hoitomuotoja. (Muistiliiton julkaisusarja 1, 2018, s.6.)

3.3. Muistisairaahan potilaan hyvä kohtaaminen

Muistisairaahan potilaan kohtaaminen voi tuntua raskaalta ja vaikealta, sillä sairaus vaikuttaa vuorovaikutukseen. Kun ymmärtää muistisairauksien oireita ja vaikutuksia elämään, on helpompi kohdata kommunikaatiovaikeuksia tai levottomuutta potilaan vuorovaikutustilanteessa. Ensisijaisesti ihminen kohdataan kuitenkin ihmisenä eikä muistisairaana. Aidosti läsnäoloon ja kohtaamiseen voi auttaa seuraavat vinkit: Katso muistisairasta silmiin, kun puhut hänelle ja luo kiireetön ilmapiiri. Älä holhoa, pakota tai korota ääntäsi. Panosta sanattomaan viestintään. Kuuntele ja kuule, vaikka sanat soljuvat hitaasti, epä johdonmukaisesti tai epäselvästi. Ole myönteinen. Auta muistisairasta keskittymään hänelle sopivalla tavalla. Ole oma itsesi. (Muistiliitto, 2019.)

Muistisairaahan potilaan hyvän hoidon kulmakiviä ovat vuorovaikutus ja ohjaus. Kohtaamisen perustana ovat samat asiat, kuin kaikkien muidenkin ihmisten

välisessä kohtaamisessa eli luottamus, kunnioittaminen ja arvostaminen. Muistisairasta hoitava henkilökunnan tulisi ymmärtää sairauteen liittyviä käyttäytymisen muutoksia ja haasteellisia tilanteita sairauden eri vaiheisiin kuuluvaksi. Vaikka tilanne olisi haasteellinen, tulee muistisairas kohdata arvostavasti ja yksilönä. Toimintakyvyn muutosten huomioiminen vuorovaikutus tilanteessa, auttaa potilaan hoidon tavoitteiden saavuttamisessa ja ohjaamistilanteiden onnistumisessa. Muistisairas on aina keskiössä kaikissa hoitoon liittyvissä avustamis-, ohjaus- ja vuorovaikutustilanteissa. Vuorovaikutuksen laadulla on merkitystä kaikkiin kohtaamistilanteisiin. (Hallikainen ym., 2019, s. 115–116.)

Turvallisen ilmapiirin luominen ja hyvä yhteistyö vaikuttavat positiivisesti muistisairaahan elämänlaatuun ja edistää toiminnan sujumista. Kunnioittavaan kohteluun ja vuorovaikutukseen eivät kuulu väheksyminen, aliarvioiminen, nolaaminen, muistamattomuuden hyväksikäyttö tai osaamattomuudesta huomautteleminen. Muistisairaahan edetessä henkilö tarvitsee yhä enemmän tukea ja ohjausta kaikessa tekemisessä. Myös kyky ottaa toiset huomioon tai kyky vastavuoroisuuteen vähenee, jolloin vastuu vuorovaikutuksen sujumisesta ja ymmärretyksi tulemisesta siirtyy toiselle osapuolelle. Ihmisten tasa-arvoisuus säilyy, vaikka tasavertaisuus vuorovaikutuksessa muuttuu. Muistisairas tavoittaa vuorovaikutuksessa äänensävyt, eleet, ilmeet ja tilanteen tunnelman kauemmin, kuin puhutut sanat. Siksi ilmapiiri, hoitavan henkilön tunnetila tai toimintatapa ovat olennaisen tärkeitä Muistisairaahan hoidossa ja vuorovaikutustilanteissa. Erityisesti ammattilaisten tulee opetella tunnistamaan sekä omia tunteita, että muistisairaahan potilaan tunteita. (Hallikainen ym., 2019, s.117.)

Hoitotyössä keskeistä on kohdata ihminen luottamuksellisesti, jonka kautta potilas voi saavuttaa tilanteessa myös turvallisuuden tunteen. Turvattomuuteen vaikuttavia tekijöitä kohtaamisessa voivat olla pelko tai joutuminen toisten hoitettavaksi, jolloin hoitohenkilökunta muuttaa tilanteen turvallisuutta tuottavaksi omalla toiminnallaan ja läsnäolollaan. (Heikkinen ym., 1997, s. 136–145.) Vaikka tilanne olisi haasteellinen tulee muistisairasta kohdella tilanteesta riippumatta arvostavasti. Ymmärtävä ja kiireetön kohtaaminen lisää luottamusta.

Kunnioittamiseen liittyy toisen elämänkokemuksen arvostaminen ja asettuminen toisen asemaan sekä kunkin oman tilan loukkaamattomuus. (Mönkäre, 2014, s. 86–87.)

Muistisairaiden potilaiden kohtaamiseen on kehitetty menetelmä ja työtap, jossa muistisairas hyväksytään omana itsenään ja jonka avulla muistisaira vanhuksen sisäistä kokemusmaailmaa ja käyttäytymistä on helpompi ymmärtää. Tällainen menetelmä on Validaatiomenetelmä, joka on kehitetty Yhdysvalloissa vuosina 1963–1980. Validoivassa työskentelymallissa keskitytään huomioimaan muistisaira tarpeet sekä tunteet ja vastaamalla niihin vuorovaikutuksella. Hoitajan vuorovaikutus riippuu siitä, mikä on muistisairauden vaihe. Tärkeintä menetelmässä on tunnistaa muistisaira tunnetila ja hyväksyä se, jolloin hän voi tulla kuulluksi ja nähdyksi yksilönä ja omana itsenään. Validaatiomenetelmä on kokonaisvaltainen lähestymistapa, jonka tekniikoita voidaan käyttää hyödyksi kaikessa toiminnassa muistisairaiden kanssa. Validaatiota käytetään myös terapiana, mutta sen hyödyt ovat jääneet siinä vähäisiksi. Validaatio lähestymistapana voi tukea muistisairaiden ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta sekä lisätä muistisairaiden käyttäytymisen ymmärtämistä. (Laitila, 2015, s.16.)

Potilaan omaisten tai läheisten läsnäolo keskusteluissa ja potilaan hoitotilanteessa on hyödyksi kaikille osapuolille. Läsnäolon merkitys korostuu, jos muistisairas itse ei ole huomannut oireita, joihin läheiset tai ammattilaiset ovat kiinnittäneet huomiota. Muistisairauteen kuuluu sairautentunnottomuus, johon voi liittyä tunne esimerkiksi hyvästä pärjäämisestä ilman ympäristön apua kotona, vaikka läheiset näkevät asian täysin toisin. Muistisairaus vaikuttaa myös läheisten elämään, joten heidän tulee saada tietoa ja vastauksia kysymyksiin myös suoraan ammattilaisilta. Erityisesti sairauden edetessä on hyvä, jos muistisaira potilaan hoitoon liittyvät asiat keskustellaan läheisen läsnä ollessa. (Hallikainen ym., 2019, s.118.)

Vuorovaikutus on sitä, miten me ihmiset olemme ja kommunikoimme toistemme kanssa. Se on puhetta, sanoja, eleitä, ilmeitä, katseita, äännähdyksiä ja kosketusta. Vuorovaikutus osaaminen on olennainen osa ammatillisuutta ja

keskeinen arjen sujumisen keino muistisairaahan kohtaamisessa. Vuorovaikutustavat kuuluvat oleellisesti myös lääkkeettömään hoitoon. Sairauden edetessä vuorovaikutus muistisairaahan kanssa muuttuu ja vastuu keskustelusta jää vastakkaiselle osapuolelle. Muistisairas aistii häntä hoitavan henkilön asenteet ja ympäröivän tunnelman tai ilmapiirin helposti. Se, miten muistisairaahan kohtaava henkilö osaa tarjota apuaan tai millainen on hänen tapansa auttaa, vaikuttavat suuresti siihen, miten muistisairas hyväksyy sen ja ottaa vastaan. Lämminhenkisyys ja rauhallisuus helpottavat toimintaa, koska ne lisäävät turvallisuuden tunnetta ja vahvistaa potilaan kokemusta välttämisestä ja huolenpidosta. Pakottaminen ja hoputtaminen sen sijaan saattaa pysäyttää toiminnan ja suunnata sen muualle, kuin mikä oli alkuperäinen tavoite. (Hallikainen ym., 2019, s. 127.)

3.4 Osaaminen ja koulutus potilaan hyvän kohtaamisen taustalla

Osaaminen on monitahoinen yhdistelmä tietoa, taitoa, asenteita ja arvoja. Nykyiset sairaanhoitajan osaamisvaatimukset ikääntyneidenhoitotyössä, eivät ota kantaa haasteellisiin tilanteisiin. Hoitajan toiminta ja suhtautuminen vaikuttavat haasteellisen käyttäytymisen esiintymiseen eli hoitaja voi käytöksellään vaikuttaa haastavien tilanteiden esiintymiseen hoitotilanteessa. Hoitohenkilökunnan toimintatapaan vaikuttaa ammattitaito, kyky ymmärtää ja olla empaattinen, työpaikan ympäristö sekä hoitajan oma jaksaminen ja elämäntilanne. Hoitotyössä osaaminen edellyttää hoitajalta tietoa, taitoa ja oikeita asenteita, mutta hoitajalla tulee olla myös teoreettista, näyttöön perustuvaa tietoa ja tietoa potilaan henkilökohtaisista mieltymyksistä. Jos hoitaja tietää potilaan elämänhistoriaa, voi hän käyttää myös tätä tietoa hyväkseen kohdatessaan muistisairaahan potilaan. (Piirainen, 2022, s.29.)

Hoitohenkilökunnalla saattaa olla puutteellista tietoa muistisairauksista ja muistisairaiden hoitotyöstä. Tietämys lääkkeettömistä hoitomuodoista vaihtelee myös eri ammattiryhmien välillä. On mahdollista, että lääkkeettömien hoitomenetelmien koulutuksesta ja kokemuksesta hyötyisivät ammattilaiset laajasti. Koulutusinterventioilla voidaan kehittää hoitohenkilökunnan osaamista

muistisairauksista, mutta niillä ei ole välttämättä merkittävää vaikutusta hoitohenkilökunnan asenteisiin. Koulutusinterventioiden vaikutukset hoitohenkilökunnan minäpystyvyyteen ja pätevyyteen muistisairaiden hoitotyössä ovat eri tutkimuksissa erilaisia, mikä johtuu koulutusintervention toteutustavan, sisällön vaihtelusta ja tilastollisten menetelmien puutteista. (Piirainen, 2022, s. 38.)

Hoitohenkilökunnalle suunnatuilla koulutusinterventioilla voidaan vähentää haasteellisia tilanteita hoidettaessa muistisairaita potilaita päivystyksessä. Koulutus antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden muuttaa toimintatapoja yksilölähtöisemmäksi ja ottaa huomioon muistisairaalan tarpeet ja toiveet. Päivitetty hoitotyön osaaminen antaa hoitohenkilökunnalle varmuutta haasteellisissa tilanteissa, joka lisää sekä potilaan turvallisuutta, mutta myös hoitohenkilökunnan työhyvinvointia. Tutkimusten sisällöt ja menetelmät ovat erilaisia, siksi onkin vaikea arvioida, mikä koulutuksessa on vaikuttavaa. Tulevaisuudessa on hedelmällistä tutkia sekä johtamisen merkitystä tässä prosessissa, että muuttuneiden työtapojen juurtumista käytännön hoitotyöhön. (Piirainen, 2022, s. 27.)

Hotus-hoitosuositus (2019) Muistisairaalan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen- Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä määrittelee hoitotyön keskeiseksi elementiksi vuorovaikutuksen ja ohjaamisen, jossa muistisairas huomioidaan ja tuetaan hänen omatoimisuuttaan. Tavoitteena muistisairaiden hoitotyössä on se, että muistisairas voisi elää omanlaistaan elämää sairaudesta huolimatta. Arjen hyvinvointi, toimintakyvyn tukeminen ja omanlainen elämä ovat osa-alueita tavoiteltaessa hyvää arkea ja elämää. Hoitotyön peruselementti on muistisairaalan potilaan ja hänen läheisensä kohtaaminen arvostavasti ja kunnioittaen. Muistisairaalan potilaan hoito edellyttää hoitohenkilökunnalta laajaa osaamista sosiaalisista taidoista aina sujuvaan yhteistyöhön omaisten ja muiden ammattilaisten kanssa. (Piirainen, 2022, s. 27.)

Piiraisen (2022) tutkimukseen liittyvän kirjallisuuskatsauksen perusteella seitsemässä tutkimuksessa todettiin muistisairaiden kognitiivisten oireiden ja

haasteellisen käyttäytymisen vähenneen hoitohenkilökunnan koulutusintervention jälkeen. Samoin muistisairaiden psykiatrisia lääkkeitä pystyttiin vähentämään koulutuksen jälkeen. (Piirainen, 2022, s.79.)

Parhaimmillaan koulutus lisää hoitohenkilökunnan tietoa, taitoa ja ohjaa tarkastelemaan omia asenteita haasteellisissa tilanteissa. Toimintatapojen muutos voi saada aikaan hoitajalle kokemuksen, jolloin aikaisemmat haasteelliset tilanteet eivät tunnu enää samalla tavalla hankalilta, kuin aikaisemmin. Henkilöstön täydennyskoulutuksessa käytännön esimerkit ja harjoitukset ovat eniten vaikuttavia. Palautteen saaminen ja antaminen sekä henkilöstön vuorovaikutus ovat myös keskeisiä vaikuttavassa koulutuksessa. Edellä mainitut seikat parantavat muistisairaana henkilön hyvinvointia ja elämän laatua, lisäksi ne ovat hoitotyön laatua nostavia tekijöitä. (Piirainen, 2022, s. 25–26.)

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

4.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemia haasteellisia tilanteita muistisairaana potilaan kohtaamisessa päivystyksessä ja kartoittaa hoitohenkilökunnan omia arvioita osaamistaan muistisairaana potilaan kohtaamisessa. Tavoitteena on kehittää muistisairaana potilaan hoitoa päivystyksessä. Konstruktiona tuotetaan päivystykseen osaamisen kehittämissuunnitelma muistisairaana potilaan kohtaamiseen.

4.2 Tutkimuskysymykset

1. Millaisia haasteellisia tilanteita hoitohenkilökunta on kokenut muistisairaana potilaan kohtaamisessa päivystyksessä?
2. Millaiseksi hoitaja arvioi oman osaamisensa muistisairaana potilaan kohtaamisessa?

5 KEHITTÄMISMENETELMÄ

5.1 Konstruktivistinen kehittämismenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytetään kehittämismenetelmänä konstruktivistista lähestymistapaa, jolla tarkoitetaan suunnittelua, käsitteellistä mallintamista, mallien totutusta ja testaamista. Konstruktiiivinen tutkimus on samantyyppinen, kuin palvelumuotoilu. Se on innovaatioiden tuottamista ja se soveltuu konkreettisiin tuotoksiin, kuten mallin, mittarin tai suunnitelman tekoon. Tavanomaisessa konstruktiiivisessä tutkimuksessa todetaan ongelma, jonka jälkeen tutkimuksen ja kehittämisen kohteesta hankitaan syvällinen teoreettinen tieto. Ratkaisujen laatimisen jälkeen testataan ratkaisujen toimivuus ja konstruktion oikeudellisuus. Lopuksi pyritään osoittamaan ratkaisun uutuusarvo ja tarkastellaan soveltuvuusalueen laajuutta. (Ojasalo ym. 2015.)

Konstruktiiiviseen malliin sisältyy erilaisia vaiheita, joista huolellinen suunnittelu on ensimmäinen ja aloittaa prosessin. Hankkeen vaiheistus, toiminnasta oppiminen ja osallisuus kuuluvat tyypillisesti mallin vaiheisiin. Kehittämistehtävän vetäjältä vaaditaan tutkimuksellista kehittämisotetta ja monipuolista menetelmäosaamista. Toisin sanoen koko kehittämistoiminnan riittävää metodologista ymmärtämistä ja hallintaa. (Salonen, 2023, s.16.)

Konstruktiiivisessä tutkimuksessa paneudutaan reaalimaailman ongelmiin ja samalla tuetaan tieteenalaa, jossa sitä sovelletaan. Tutkimusaiheen käytännöllisyyttä ja teoreettisuutta pohditaan tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, joka vahvistaa tutkimusongelman asiaankuuluvuuden. Konstruktiiivinen tutkimusote on hyvin käytännönläheinen ja tutkimusote keskittyy käytännön ongelmiin. Tut-

kimusta tehdään yhteistyössä, jossa käytännön edustajat ja tutkija toimivat yhdessä. Tutkimuksen empiirisiä tuloksia pyritään peilaamaan takaisin teoriaan. (Lukka, 2001.)

Konstruktivismi tutkimusmenetelmänä aktivoi oppijan tulkitsemaan tekemiään havaintoja saamansa uuden tiedon ja olemassa olevan tiedon pohjalta. Oppija toimii itse aktiivisesti ja etsii merkityksiä ja rakentaa uusia. (Tynjälä, 1999, s.38) Maailmassa tieteellinen tieto kehittyy tutkimusprosessissa, eikä se ole muuttumaton totuutta tai jo olemassa olevaa tietoa. Konstruktivistisessä tutkimuksessa merkitykset nähdään olevan lähtöisin sosiaalisesta ja kulttuurisesta taustastaan. (Jyväskylän yliopisto, 2015.)

Muistisairaiden iäkkäiden määrä niin Suomessa kuin maailmanlaajuisesti on yhä kasvava. Suurin osa päivystyksen potilasta on myös iäkkäitä ja merkittävässä osalla on muistisairaus. Edellä kuvattu tilanne valikoitui konstruktivisen lähestymistavan määrittelyksi ongelmaksi, jonka jälkeen tutkimuksen ja kehittämisen kohteesta haettiin syvällistä tietoa. Tietoa haettiin niin teoriasta kuin käytännön todellisuudesta. Hoitohenkilöstölle suunnatun kyselytutkimuksen avulla saatiin opinnäytetyöhön ajantasaista tietoa käytännön todellisuudesta. Opinnäytetyön aiheesta ja sisällöstä keskusteltiin päivystyksen esihenkilöiden kanssa opinnäytetyön eri vaiheissa. Opinnäytetyön tekijä kuuluu itse työyhteisöön, jossa kysely tehtiin. Tällainen asetelma on tyypillistä konstruktivistisessä tutkimusmenetelmässä.

Aikaisemman tutkitun tiedon ja kyselytutkimuksen perusteella tuotetaan koulutussuunnitelma muistisairaahan potilaan kohtaamiseen, jonka tavoitteena on kehittää muistisairaahan potilaan hoitoa päivystyksessä.

5.2 Aineistonkeruumenetelmä

Aineisto kerättiin kyselytutkimuksen avulla huhtikuun-toukokuun 2023 aikana. Kysely suunnattiin päivystyksen hoitohenkilökunnalle (N=113). Määräaikaan vastanneita oli 41 % eli n=46. Kyselyssä kartoitettiin muistisairaahan potilaan hoitoon ja kohtaamiseen liittyviä haasteellisia tilanteita ja hoitajien omia arvioita osaamisestaan kohdata muistisairas potilas. Kyselytutkimuksessa käytettiin

TtT Paula Piiraisen suunnittelemaa ja väitöskirjassaan (2022) käyttämää kyselylomaketta, josta muokattiin sähköinen e-lomake versio. Kyselylomakkeen käyttöön ja muokkaukseen pyydettiin lupa kyselylomakkeen suunnittelijalta. (Liite 1)

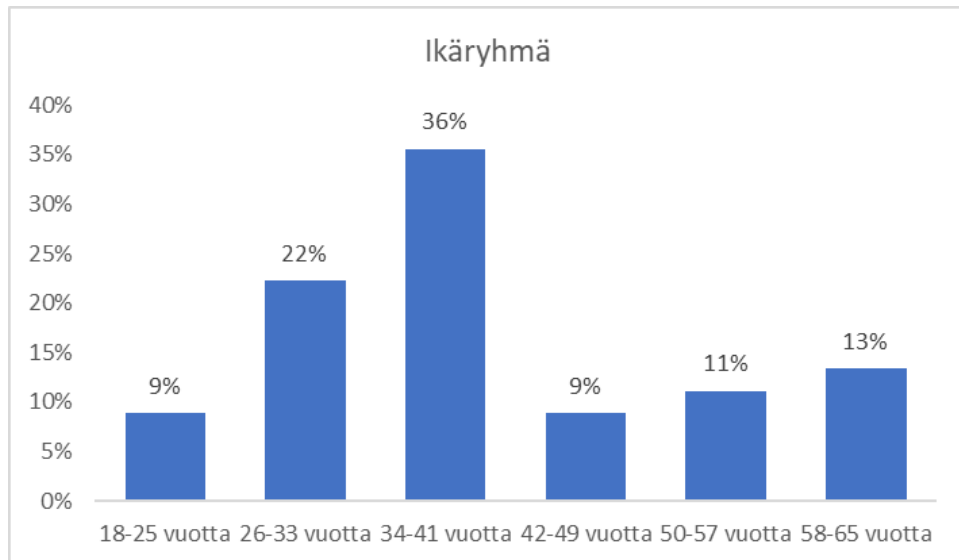
Kyselytutkimus lähetettiin päivystyksen hoitohenkilökunnalle sähköisesti ja kyselyyn liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimusluvasta ja tutkimuksen luotettavuudesta. (Liite 2) Kyselyyn vastaamisesta lähetettiin vastaajille vielä muistutus sähköpostitse kahdesti tutkimuksen aikana. Kyselytutkimus oli strukturoitu, mutta sisälsi kolme avointa kysymystä, joissa tarkennetaan kysymykseen liittyvää vastausta.

5.3. Aineiston analysointi

Aineisto on analysoitu tilastollisesti kuvaavin menetelmin, joilla on todettu aineistosta ilmiöiden määriä, yleisyyttä ja jakautumista vastausluokkiin. Vastausluokkien tarkastelussa on hyödynnetty frekvenssitaulukoita ja niitä on havainnollistettu graafisesti, pääosin pylväsdiagrammein. Avoimet vastaukset on analysoitu ja luokiteltu sisällön perusteella samankaltaisiin luokkiin, joille on laskettu frekvenssit ja poimittu aineistosta kyseitä luokkaa kuvaavia vastauksia. Luokitteluprosessissa on huomioitu, että sama vastauskokonaisuus voi sisältää yhteen tai useampaan luokkaan kuuluvia vastauksia. Avointen vastauksien samankaltaisten vastauksien yhdistävät tekijät koodattiin eri värein. Vastauksista saatiin pääteemoja, jotka jakautuivat alateemoihin. Vastauksia tarkannettiin keskeisen sisällön ja esimerkkivastauksien avulla.

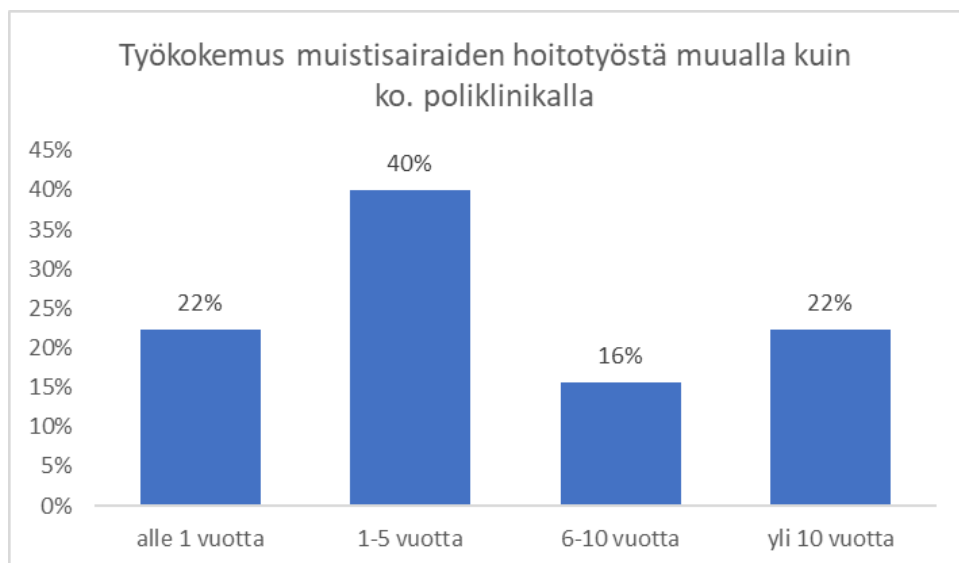
6 KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET

Päivystyksen hoitohenkilökunta on valtaosaltaan naisia (96 %) ja ammatilliselta koulutukseltaan suurin osa on (98 %) sairaanhoitajia, jonka ikä on 26–41 vuotta (58 %). Alle 25-vuotiaita on 9 % ja 58–65-vuotiaita 13 %. Kuviossa 1. on kuvattu ikäryhmät.



Kuvio1. Hoitohenkilökunnan ikäryhmät

Hieman yli puolet vastaajista (62 %) on työskennellyt muistisairaiden hoitotyössä muualla kuin ko. poliklinikalla alle 5 vuotta. Noin viidennes (22 %) on työskennellyt yli 10 vuotta. (Kuvio 2.)



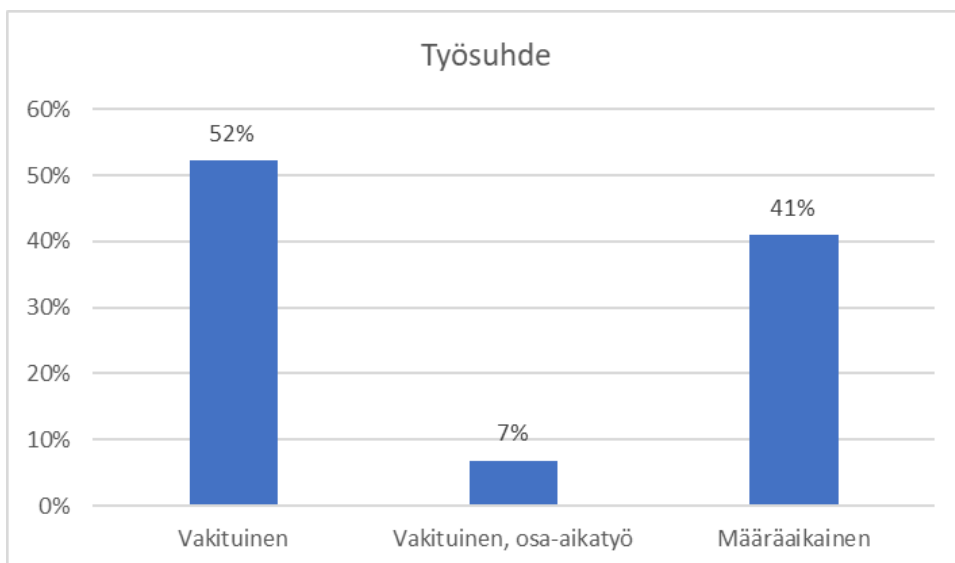
Kuvio 2. Työkokemus muistisairaiden hoidosta muualla

Suurin osa vastaajista (42 %) ilmoitti työskennelleensä tällä poliklinikalla yli 10 vuotta. Lähes saman verran (38 %) on työskennellyt 1–5 vuotta. Alle vuoden kokemuksen ilmoitti joka kymmenes. (Kuvio 3.)



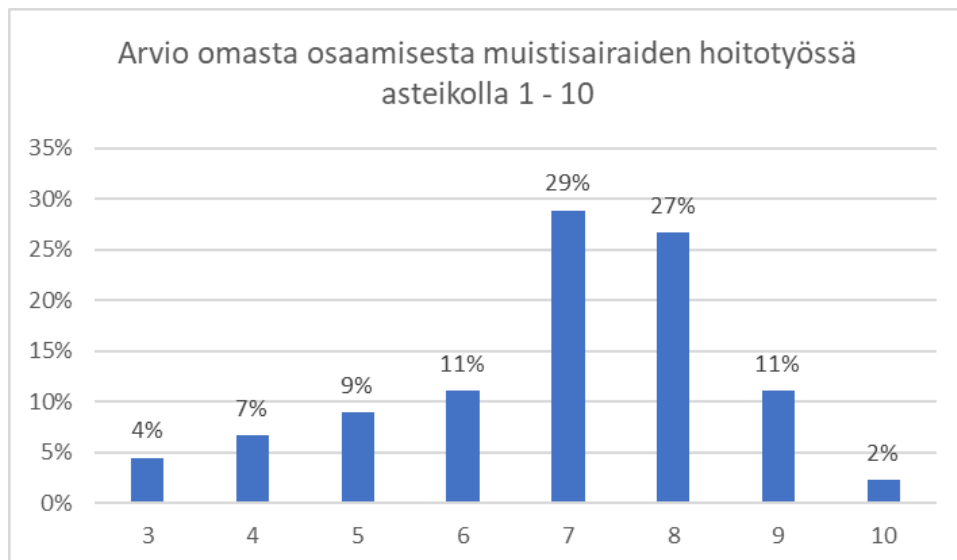
Kuvio 3. Työkokemus tällä poliklinikalla

Hieman yli puolet (52 %) vastaajista on vakituksessa työsuhteessa ja 41 % on määräaikaissuhteessa. Vakituksessa osa-aikaisessa työssä on 7 % vastaajista. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Työsuhteen muoto

Vastaajien itsearviointi omasta osaamisestaan muistisairaiden hoidossa asteikolla 1–10 näyttää keskittyvän pääosin asteikon keskivaiheille. Enemmistö vastaajista arvioi osaamisensa tasolle 7 (29 %) tai 8 (27 %). Kuviossa 5. havainnollistettu arvioita omasta osaamisesta.



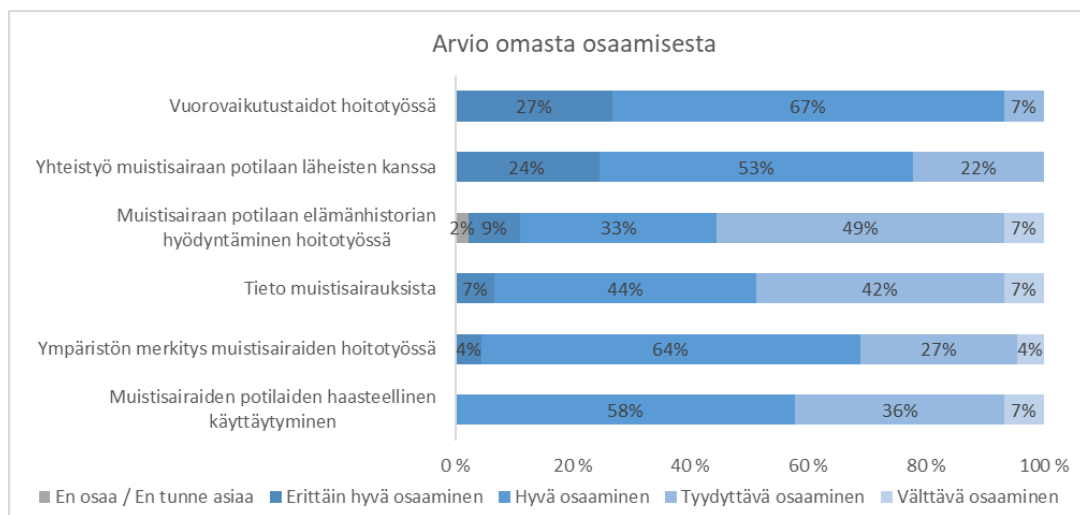
Kuvio 5. Oman osaamisen arviointi

Vastaajia pyydettiin arvioimaan heidän osaamistaan hoitotyössä. Vastaajat kokevat vahvimaksi osaamisalueekseen ”Vuorovaikutustaidot hoitotyössä”, jossa 27 % kokee omaavansa erittäin hyvän osaamisen ja 67 % hyvän osaamistason. Toiseksi vahvimaksi osaamisalueekseen (77 %) vastaajat kokevat yhteistyön muistisairaahan potilaan läheisten kanssa. Kaiken kaikkiaan vastaajat kokevat osaamisensa hyväksi tai vähintään tyydyttäväksi kaikilla osa-alueilla. Avoimista vastauksista muodostettiin yhdeksän eri teemaa, mitä osaamista muistisairaahan potilaan hoitotyö vaatii.

Vastausten perusteella kärsivällisyys ja pitkäjänteisyys nousivat esiin selkeänä teemana, joka on tarpeen muistisairaahan potilaan hoidossa (18 vastausta). Hoitohenkilökunnalla on tarve ymmärtää muistisairauksia, niiden eri muotoja ja niiden vaikutusta potilaan käyttäytymiseen ja tarpeisiin (11 vastausta). Vuorovaikutus, muistisairaahan kohtaaminen ja kommunikointi vaativat osaamista hoitajalta ja vaikuttaa yhteistyöhön pääsemiseen potilaan kanssa (11 vastausta). Muistisairas tulisi kohdata rauhallisesti ja johdonmukaisesti, jota voidaan saavuttaa yhteistyö potilaan kanssa (9 vastausta).

Hoitajalta vaaditaan positiivisuutta, empatiakykyä ja ihmisläheisyyttä, jotta hän voi ymmärtää muistisairasta yksilönä (6 vastausta). Ohjaus ja neuvonta tulisi olla selkeää ja yksinkertaista ja hoitajan tulisi olla ohjauksessa kärsivällinen (5 vastausta). Hoitajan on kyettävä mukautumaan ja muuttamaan työtapojaan

muistisairaahan potilaan tarpeiden mukaan (4 vastausta). Kolme vastaajista arvioi, että muistisairasta potilasta on tarpeen seurata jatkuvasti ja varmistaa, että hän ei loukkaa itseään tai muita. Hoitajan tulee potilasta hoitaessaan pitää mielessään nämä seikat koko ajan. Hoitajan tulee kyetä tekemään moniammatillista yhteistyötä ja yhteistyötä omaisten kanssa (3 vastausta). Kuviossa 6. on vastaajien itsearviot kuudessa eri osaamisalueessa.



Kuvio 6. Oma osaaminen

Alla suoria lainauksia vastauksista, millaista osaamista muistisairaahan potilaan hoitotyö vaatii hoitajalta?

“Ymmärrystä muistisairauksista ja hoitokeinoista”

“Kärsivällisyyttä, pitkäjänteisyyttä ja rauhallisia toimintatapoja”

“Taitoa kohdata ja kommunikoida”

“Rauhallista toimintaa potilaan kanssa ja selkeät, yksinkertaiset ohjeet”

“Ymmärrystä ja osaamista tulkita muistisairaahan käytöstä”

“Ohjaamista selkein ohjein, kärsivällisyyttä ja ymmärtäväsyyttä”

“Jatkuvaa seurantaa, ettei potilas karkaa ja loukkaa itseään”

“Yhteistyötä omaisten kanssa”

Kysyttäessä fyysisten tilojen soveltuvuutta muistisairaille suurin osa (91 %) vastaa työyksikkönsä fyysiset tilat epäsopivaksi muistisairaille. Vain 5 % koki tilat soveltuviksi. Avoimessa kysymyksessä pyydetään perustelemaan vastaus. Vastauksista muodostettiin 6 teemaa, joissa nousi esiin fyysisten tilojen haasteet. Tiloja pidetään rauhattomana ja meluisana, joka voi lisätä muistisairaahan sekavuutta ja ahdistusta. Potilaan valvonta ja seurantamahdollisuuksia pidetään puutteellisina, koska ns. ”silmien alla” potilaspaikkoja on liian vähän ja seurannan rakenne estää suoran näkemisen potilaisiin. Hoitohenkilökunta on vaihtuvaa ja hoidon aikana useampi hoitaja voi hoitaa potilasta, joka voi lisätä muistisairaahan hämmennystä. Päivystystilat eivät tarjoa muistisairaalle virikkeitä tai ajanviettomahdollisuuksia ja potilaan liikkumisen rajoittaminen potilaspaikalle voi lisätä ahdistusta ja pelkoa. Potilassänkyjä pidetään epämukavina, koska vuoteen patja liikkuu helposti potilasta liikuteltaessa, samoin potilaspaikkojen valaistusta pidetään huonona, koska valaistus tulee potilaan takaa eikä yläpuolelta. Päivystystä pidetään yleisesti epäsopivana muistisairaalle henkilölle, koska seurantojen yleinen levottomuus voi lisätä potilaan sekavuutta ja rauhattomuutta.

Tiloja pidetään rauhattomana ja meluisana (15 vastausta), mikä voi lisätä muistisairaahan ahdistusta ja sekavuutta. Kiireisessä tilanteessa muistisairaahan perustarpeet, kuten ruokailu ja lääkitys voivat jäädä huomioimatta. Potilaan valvonta ja seurantamahdollisuudet arvioidaan puutteellisiksi (6 vastausta). Ovista pääsee helposti ulos, tilat sokkeloiset ja seurantatilojen näkyvyydessä puutteita. Muistisairas voi olla hämmentynyt vaihtuvasta ja hänelle tuntemattomasta henkilökunnasta, mikä lisää levottomuutta (4 vastausta). Päivystysten tilat eivät tarjoa virikkeitä tai ajanviettomahdollisuuksia, mikä voi lisätä muistisairaahan levottomuutta. Myös liikkumisen rajoittaminen voi lisätä ahdistusta (5 vastausta). Valaistus tai ergonomiset asiat eivät välttämättä sovellu

muistisairaani iäkkään hoitoon (3 vastausta). Päivystys ei ole optimaalinen hoitopaikka muistisairaalle iäkkäälle (4 vastausta). Alla kuvattu fyysisten tilojen soveltuvuutta muistisairaille ja suoria lainauksia vastauksista fyysisten tilojen soveltuvuudesta muistisairaille.



Kuvio 7. Fyysisten tilojen soveltuvuus muistisairaille

“Levoton ja meluisa ympäristö”

“Lisäksi perustarpeista huolehtiminen kiireisessä tilanteessa jää heikolle”

“Syöminen ja juominen huonoa, lääkkeet usein saamatta”

“Seurannan saareke estää suoraan näkemisen potilaisiin”

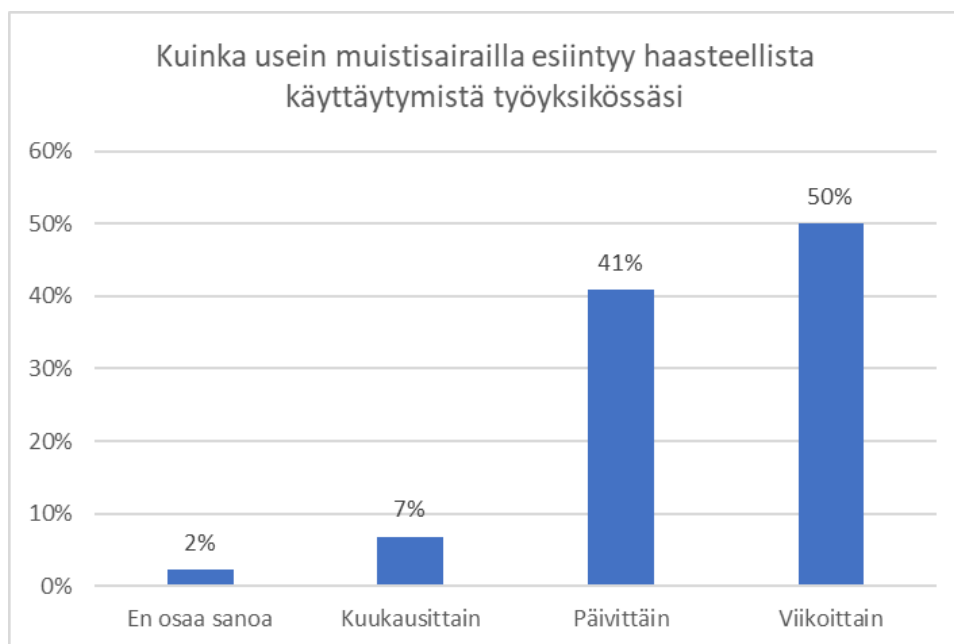
“Henkilökuntaa paljon, joka vaihtuu”

“Verhojen sisään eristäminen näyttää ahdistavan monia muistisairaita”

“Sängyt ergonomisesti todella huonot, yhden täytyy pitää kiinni patjasta, kun potilasta liikutetaan sängyssä”

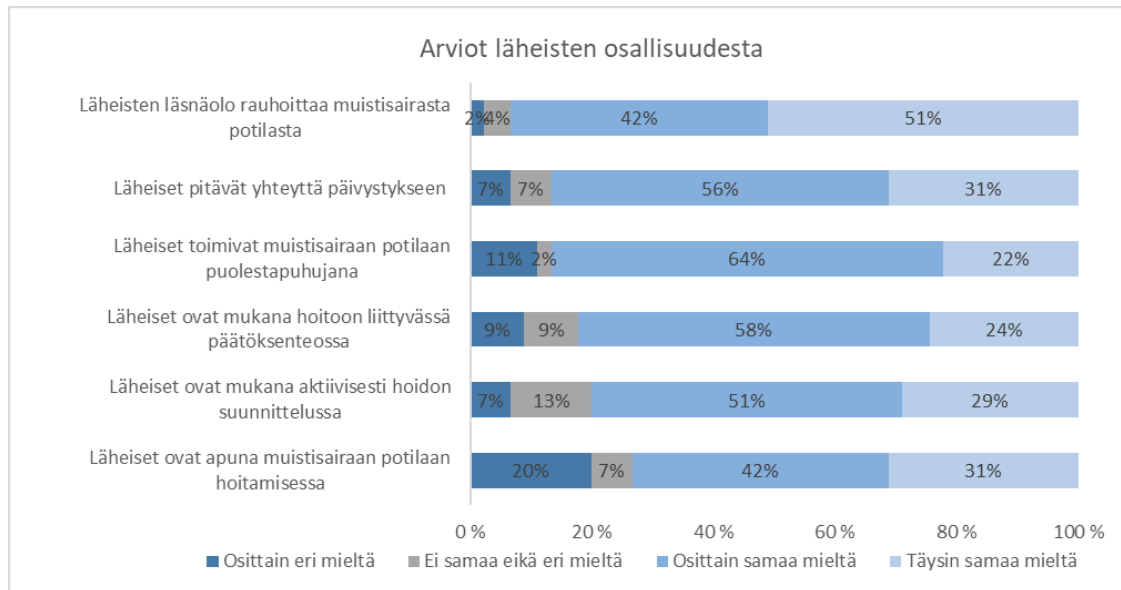
”Joskus täysi päivystys ja yleinen levottomuus seurannassa on muistisairaalle liikaa ja hän menee entistä enemmän sekaisin tilanteesta”

Puolet vastaajista ilmoitti haasteellista käyttäytymistä esiintyvän viikoittain ja 41 % vastaajista arvioi sitä esiintyvän päivittäin. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyys

Läheisten rooli muistisairaiden hoidossa koetaan merkittäväksi. Tulosten mukaan läheisten tärkeä rooli on rauhoittaa muistisairasta potilasta. Myös läheisten yhteydenpito päivystykseen, toimiminen muistisairaana puolestapuhujana ja osallistuminen hoitoon liittyvään päätöksentekoon koetaan tärkeäksi. Sen sijaan noin viidennes kokee, että muistisairaana hoidossa läheiset eivät ole niinkään apuna. (Kuvio 9.).



Kuvio 9. Läheisten osallisuus

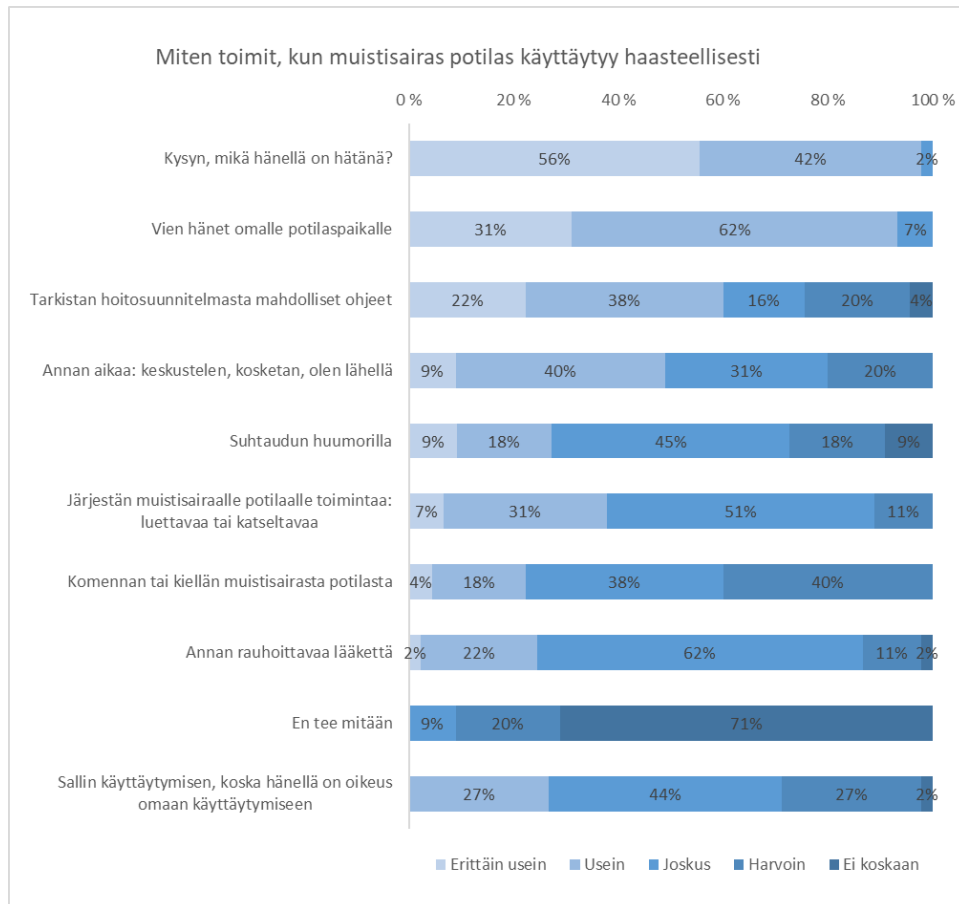
Muistisairaiden potilaiden yleisemmäksi haasteellisen käyttäytymisen muodoiksi työyksikössä koettiin levottomuus ja rauhattomuus, toistuva kyseleminen ja pyyteleminen sekä jatkuva lähdössä oleminen. 90 % vastaajista arvioi näitä tapahtuvan erittäin usein tai usein. Äänekäs huutelu sekä kuljeskelu ja päämäärätön vaeltelu ovat myös melko yleisiä. Hygieniaan liittyvät käyttäytymisen haasteet sekä poikkeava seksuaalinen käyttäytyminen on hieman harvinaisempaa, joita suurin osa vastaajista kokee tapahtuvan harvoin tai joskus.

Hoitajan positiivinen asenne ja kyky kohdata muistisairas potilas ihmisenä korostuu vastauksissa. Joustavuus ja mukautuminen ovat tarpeellisia potilaan yksilölliset tarpeet huomioimisessa. Muistisairaahan potilaan hoitajalla tulee olla hyvät ohjaamistaidot, selkeä kommunikointi ja selkeä ohjeet puhuessaan potilaan kanssa. Kuviossa 10. Esitetty graafisesti haasteellisten käyttäytymisen muotoja ja prosentuaalisia määriä vastaajien arvioimina.



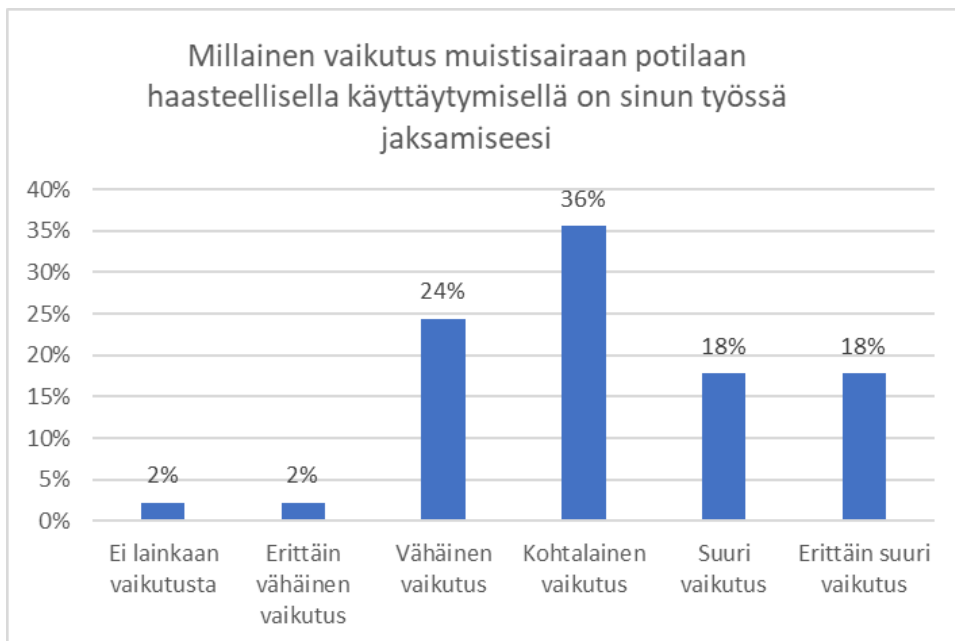
Kuvio 10. Haasteellisen käyttäytymisen muotoja

Kun muistisairas potilas käyttäytyy haasteellisesti, vastaajien yleisimpiä toimintatapoja on kysyä potilaalta mikä hänellä on hätänä (98 %), viedä hänet omalle potilaspaikalleen (93 %) ja tarkistaa hoitosuunnitelmasta mahdollisia ohjeita (60 %). (Kuvio11.)



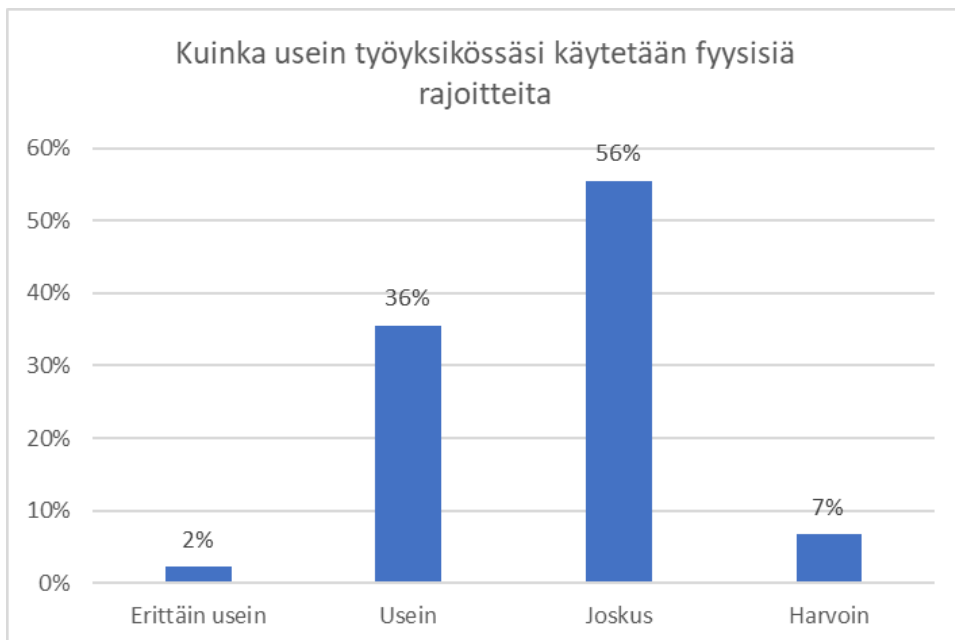
Kuvio 11. Hoitohenkilökunnan toimintatapoja, kun potilas käyttäytyy haasteellisesti

Noin kolmannes vastaajista (36 %) kokee muistisairaalan potilaan haasteellisen käyttäytymisen vaikuttavan selvästi työssä jaksamiseensa. Kohtalaiseksi tai vähäiseksi vaikutuksen arvioi joka kolmas. Kuviossa 12. kuvattu haasteellisen käyttäytymisen vaikutusta omaan jaksamiseen.



Kuvio 12. Haasteellisen käyttäytymisen vaikutus omaan jaksamiseen

Useimmat vastaajat ilmoittavat, että fyysisiä rajoitteita käytetään työyksikössä joskus (56 %). Kuitenkin noin kolmannes toteaa, että niitä käytetään usein. Vain pieni osa, 7 %, kertoo niiden käytön olevan harvinaista. Kuviossa 13. Ku-
vattu kuinka usein käytetään fyysisiä rajoitteita työyksikössä.



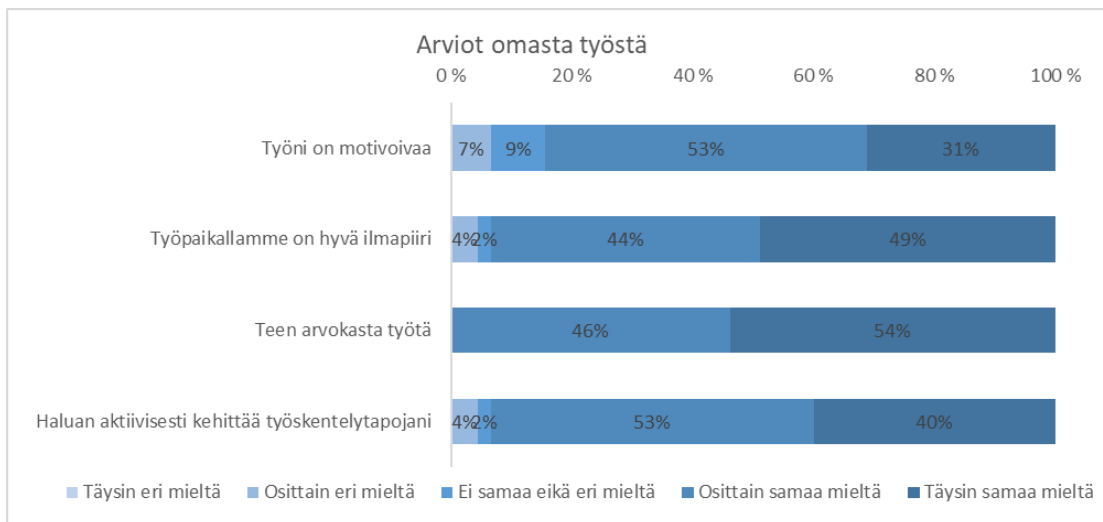
Kuvio 13. Fyysisten rajoitteiden käyttö työyksikössä

Valtaosa vastaajista (78 %) ei osaa arvioida työyksikkönsä johtamistavan vaikutusta työhönsä. Avoimessa kysymyksessä pyydettiin perustelemaan omaa vastausta. Avoimeen kysymykseen vastasi 9 henkilöä ja vastauksista muodostettiin neljä teemaa: Moniammatillinen yhteistyö koetaan tärkeäksi muistisairaiden hoidossa, geronomin/ geriatrinen hoitajien rooli nähdään myös merkittävänä. Johdon ohjeistus koetaan puutteelliseksi ja työolosuhteet haasteelliseksi. (Kuvio 14.)



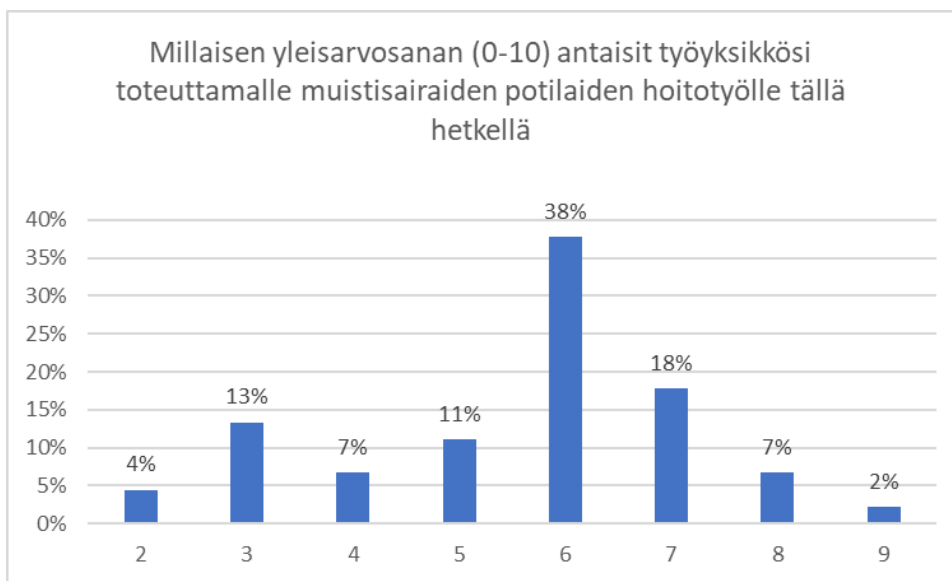
Kuvio 14. Johtamistavan kannustavuus toteuttaa muistisairaalan potilaan tarpeet huomioonottavaa hoitotyötä

Kaikki vastaajat tunnistavat tekevänsä arvokasta työtä. Työpaikan ilmapiiri koetaan hyväksi ja omia työskentelytapoja ollaan kiinnostuneita kehittämään. Noin 16 % kokee, että työ ei motivoi parhaalla mahdollisella tavalla. (Kuvio15)



Kuvio15. Arviot omasta työstä

Suurin osa vastaajista antaisi työyksikkönsä toteuttamalle muistisairaiden potilaiden hoitotyölle tällä hetkellä arvosanaksi 6 tai 7. Kiitettävän tai tyydyttävän arvosan antaisi 7 % vastaajista. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Yleisarvosanat työyksikön toteuttamalle muistisairaiden potilaiden hoitotyölle

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyöhön liittyvän kyselytutkimuksen avulla kartoitettiin Sairaalan päivystyksen hoitohenkilökunnan kokemia haasteellisia tilanteita muistisairaapotilaan kohtaamisessa ja hoitohenkilökunnan omia arvioita osaamisesta kohdata muistisairas potilas.

Päivystyksen hoitohenkilökunta kokee työssään usein muistisairailla esiintyvää haasteellista käyttäytymistä. Yleisimpiä haasteellisen käyttäytymisen muotoja ovat levottomuus, rauhattomuus, toistuva kyseleminen ja pyyteleminen sekä jatkuva lähdössä oleminen.

Piiraisen (2020) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan haasteelliseksi kokemia tilanteita muistisairaiden hoitotyössä esiintyy usein ja yleisemmät haasteellisen käyttäytymisen muodot ovat samankaltaisia, kuin Satasairaalan päivystyksessä tehdyssä kyselytutkimuksessa. Muistisairaiden potilaiden haasteellinen käyttäytyminen vaikuttaa hoitohenkilökunnan työssäjaksamiseen, vaikka työilmapiiri kokonaisuudessaan koetaan päivystyksessä hyväksi. Piiraisen (2020) mukaan uudenlaisten työtapojen avulla voidaan vaikuttaa hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin.

Päivystyksen hoitohenkilökunnan omat arviot osaamisesta muistisairaiden hoitotyössä ovat keskiluokkaa. Kyselytutkimuksen perusteella päivystyksen hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta ja osaamisen kehittämistä muistisairaapotilaan kohtaamisessa. Kyselytutkimuksen vastausten perusteella tuotettiin päivystykseen muistisairaapotilaan hoitotyössä tarvittavat osaamisen osa-alueet, joihin suunnataan tulevaisuudessa koulutusta. Koulutuksella voidaan vaikuttaa myös henkilöstön työhyvinvointiin ja työssä viihtymiseen.

Piiraisen (2020) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalle suunnatuilla koulutusinterventioilla voidaan vaikuttaa haasteellisten tilanteiden esiintyvyyteen muistisairaiden potilaiden hoitotyössä. Koulutusten avulla hoitohenkilökunta

voi kehittää omia toimintatapojaan yksilökeskeisemmäksi ja löytää yksilökeskeisemmän tavan kohdata potilas. Ajantasainen koulutus ja osaaminen tuovat muistisairaita hoitavalle hoitohenkilökunnalle varmuutta haasteellisiin tilanteisiin ja lisää sekä hoitajan, että muistisairaahan hyvinvointia. Myös johtamistavalla voidaan myös edistää muistisairaahan tarpeet huomioon ottavan hoitotyön toteutumista.

Parhaimmillaan koulutusinterventiot lisäävät hoitohenkilökunnan tietoa, taitoa, osaamista ja ohjaavat tarkastelemaan omia asenteita suhteessa haastaviin tilanteisiin. Hoitohenkilökunnan koulutus vähentää muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyttä ja muistisairas tulee kuulluksi ja kohdatuksi enemmän yksilönä. Käytännön harjoituksia ja esimerkkejä sisältävät henkilöstön koulutukset ovat vaikuttavampia, myös palautteen saaminen ja antaminen sekä vuorovaikutus henkilöstön kesken lisäävät koulutuksen vaikuttavuutta. (Piirainen, 2020, s.26.)

Mönkäreen (2017) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan kokemat haasteet muistisairaiden potilaiden hoidossa perustuvat suurelta osin hoitajan suhtautumiseen ja toimintaan, joten hoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa tilanteiden ilmenemiseen. Koulutuksen, keskustelujen ja reflektoinnin kautta henkilö voi siis oivaltaa asioita, jotka johtavat oman toimintatavan arviointiin ja mahdolliseen muutokseen. Koulutussuunnitelmassa huomioidaankin näyttöön perustuvat, vaikuttavat koulutusmuodot hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi.

Hallikainen ym. (2019) tutkimuksen mukaan muistisairas aistii helposti häntä hoitavan henkilön tunteet ja ympäröivän ilmapiirin. Avun tarjoamisen ja antamisen tapa vaikuttaa siihen, miten muistisairas hyväksyy sen ja ottaa vastaan. Lämminhenkisyys ja rauhallisuus helpottavat toimintaa, koska ne lisäävät turvallisuuden tunnetta ja vahvistaa potilaan kokemusta välttämisestä ja huolenpidosta. Tutkimuksen mukaan ammattilaisten vuorovaikutus-, kohtaamis- ja kommunikointitaidot ovat merkittäviä osaamisalueita muistisairaahan potilaan

hoitotyössä, joita voidaan kehittää. Opinnäytetyöhön liittyvässä kyselytutkimuksessa nousi myös esiin osaamisen osa-alueina vuorovaikutustaidot, kohtaaminen ja kommunikaatiotaidot, joilla on suuri merkitys kohtaamisen laatuun.

8 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyössä käytetty konstruktivistinen tutkimusmenetelmä soveltui kehittämistehtävään hyvin, koska se tehtiin yhteistyössä käytännön toimijoiden ja kohde organisaation esihenkilöiden kanssa. Opinnäytetyön kyselytutkimukseen vastasi 41 % hoitohenkilökunnasta, kun tyypillinen kyselytutkimuksen vastausprosentti on noin 30–40 (Hirsijärvi ym., 2013, s.196), joten tutkimusta voidaan pitää tältä osin luotettavana. Kyselyssä ei tullut esiin vastaajien henkilötietoja. Sairaala myönsi tutkimusluvan kyselytutkimuksen tekemiseksi päivystyspoliklinikalle. Opinnäytetyön tekijä on itse osa työyhteisöä ja käytännön toimijan roolissa. Opinnäytetyön tekijän omakohtaiset kokemukset lisäävät tutkijan ymmärrystä tutkimuskohteesta ja toiminnasta ja siten voi lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta opinnäytetyön tekijän objektiivinen suhtautuminen tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on tärkeä luotettavuus tekijä.

Kyselylomakkeen validiteettia lisää se, että lomaketta on käytännössä jo testattu. Se on ollut aikaisemmin osana TtT Paula Piironen vuonna 2022 väitöskirja tutkimusta. Kyselylomakkeen käyttöön pyydettiin lupa sen suunnittelijalta. Aikaisempia tutkimuksia muistisairaalan potilaan kohtaamisesta löytyi useita. Suurin osa näistä tutkimuksista oli toteutettu kuitenkin muussa kuin akuuttihoiton ympäristössä. Näin ollen tutkimustuloksia ei voida välttämättä suoraan yleistää päivystysympäristön erityisyyden vuoksi.

9 KONSTRUKTIONA KOULUTUSSUUNNITELMA

Päivystyksen hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselytutkimuksen perusteella päivystyksen hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta ja osaamisen kehittämistä muistisairaahan potilaan kohtaamisessa. Kyselytutkimuksen perusteella tuotettiin muistisairaahan potilaan kohtaamisessa tarvittavat osaamisen osa-alueet. Osa-alueita löydettiin 9 ja ne sisältävät tiedollisia, taidollisia, asenteellisia ja persoonaan liittyviä ominaisuuksia, joita tulisi olla hoitajalla, joka kohtaa muistisairaahan potilaan päivystyksessä. Osaamisen osa-alueiden pohjalta ja aikaisempaan tutkimus tietoon pohjautuen rakentui muistisairaahan potilaan kohtamiseen liittyvä koulutussuunnitelma päivystykseen (Kuvio 19.). Koulutuksissa on järkevä käyttää hyödyksi organisaation ja työyksikön omaa osaamista, jota jaetaan henkilöstölle. Reflektointia ja pienryhmämuotoista keskustelua voidaan sisällyttää yksikön säännöllisesti pidettäviin osastotunteihin, joihin suunnitellaan osallistujat etukäteen. Koulutussuunnitelmassa tuodaan esiin jokaiseen osaamisen osa-alueeseen sopiva ja vaikuttava koulutuksen toteuttamiskäytäntö. Suunnitelmassa on käytetty hyödyksi Paula Piiraisen (2020) julkaistua väitöskirjatutkimusta. Piiraisen (2020) tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstölle annettava koulutus tulisi olla pienryhmämuotoista ja reflektointia. Haasteet kohdata muistisairaan päivystyksessä ja omien kokemusten jakaminen kollegoiden kanssa tuottaa yleensä uusia oivalluksia ja antaa mahdollisuuden muuttaa omia toimintatapoja kohdata muistisairaan iäkä. (Piirainen, 2022.)

Learning cafe eli oppimiskahvila on yksi tapa ideoida ja oppia. Menetelmän avulla voidaan oppia yhteisten ratkaisujen tekemistä ja löytää ryhmän yhteinen mielipide. Se on tiedon luomiseen, siirtämiseen ja keskusteluun soveltuva yhteistoiminta menetelmä. Menetelmässä on keskeisessä roolissa yhteinen keskustelu ja omien näkemysten selittäminen ja yhteisen ymmärryksen löytäminen. (Innokylä, 2022.) Ehdotan tulevan koulutuksen yhdeksi menetelmäksi Learning cafe yhteistoimintamenetelmää. Koulutus on käytännössä helppo järjestää, koska koulutukseen osallistuu kerralla noin 4–6 henkilöä ja henkilökunta voi vapaasti ideoita ja kertoa mielipiteitään ja kokemuksiaan aiheesta.

Muistisairaudet Käyttöoireet Delirium	Kärsivällisyys Pitkäjänteisyys Rauhallisuus Johdonmukaisuus	Vuorovaikutus Kohtaaminen Kommunikointi Turvallisuus ja valvonta osaaminen	Positiivinen asenne Empatia Ihmisläheisyys Joustavuus ja mukautuminen	Ohjaus- ja neuvonta osaaminen	Yhteistyö omaisten ja ammatti- laisten kanssa
Geriatrin ja geronomin osastotunti aiheesta	Geronomi kouluttajana. Pienryhmä muo- toinen koulutus. Reflektointi	Validaatiomenetelmän soveltaminen. Haastavat tilanteet muistisairaiden hoidossa koulutus=MAPA	Learning cafe oppimismenetel- mänä. Keskustelumuo- toiset oppimismenetel- mät	Muisti- hoitaja osastotunnilla	ASPA- osastotunti

Kuvio 19. Koulutussuunnitelma

10 POHDINTA

Muistisairaahan potilaan hoidossa on keskeistä havaita ja käsitellä haasteellisia tilanteita ja samalla tukea potilasta oman persoonallisuuden säilyttämiseen. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävästi tietoa ja taitoa kohdata muistisairas oikealla tavalla. Muistisairaiden hoitotyö vaatii erityisosaamista, kuten muistisairauksiin liittyvien kognitiivisten, toiminnallisten ja emotionaalisten muutosten tuntemusta. Vuorovaikutus, yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja aito kohtaaminen ovat avainasemassa muistisairaahan hyvässä hoidossa.

Väestön ikääntymisen myötä muistisairaiden määrä myös kasvaa, siksi onkin tärkeää, että hoitohenkilökunnan osaamista kehitetään koulutusten avulla.

Tähän opinnäytetyöhön liittyvän kyselytutkimuksen avulla päivystyksen hoitohenkilökunta pohti ja arvioi muistisairaana potilaan kohtaamiseen liittyviä haasteita ja osaamista, jota muistisairaana potilaan hoitotyössä tarvitaan. Tällainen reflektointi edesauttaa hoitajan kykyä kohdata muistisairas aikaisempaa yksilöllisemmin. Konstruktiona tuotettua koulutussuunnitelmaa hyödyntäen voidaan päivystyksessä toteuttaa jatkossa muistisairaana potilaan kohtaamiseen liittyvää koulutusta hoitohenkilökunnalle. Hyödyllinen jatkotutkimuksen kohde voisi olla selvittää miten päivystyksen fyysistä ympäristöä ja rakenteita voisi muuttaa nykyistä ikäystävällisemmäksi, jossa huomioidaan paremmin iäkkäiden erityispiirteitä.

Opinnäytetyöhön liittyvän kyselytutkimuksen aikana työyhteisössä syntyi spontaania keskustelua muistisairauksista ja haasteista, joita hoitajat työssään kohtaavat. Monella on omaisia, joilla on muistisairaus ja siksi aihe tuntuukin läheiseltä ja kiinnostavalta. Tällaisella yhteisillä keskusteluilla on mielestäni merkitystä työyhteisössä vallitseviin arvoihin ja asenteisiin tai asenteiden muuttumiseen. Muistisairas henkilö tulisi kohdata päivystyksessä samalla tavalla arvokkaasti ja kunnioittavasti, kuin muutkin potilaat eli kohtaaminen on hyvin luontevaa ja helppoa. Toisaalta, jos ammattilaisella on tietoa ja ymmärrystä muistisairauksista ja niiden vaikutuksista ihmisen toimintaan pystyy kohtaamisesta luomaan tasapuolisen ja rauhallisen vuorovaikutustilanteen. Muistisairaana kohtaaminen päivystyksessä on mielestäni hyvin herkkä, hauras ja kaksi ulotteinen tilanne, johon liittyy ammattilaiselle aidosti läsnä olemisen vaade, mutta toisaalta mahdollisuus kiireen keskellä omana itsenä pysähtymiseen.

Opiskelu ja opinnäytetyön tekeminen on laajentanut käsityksiäni ja näkökulmiani iäkkäästä väestöstä tämän hetken Suomessa. Opinnot ovat antaneet hyvät teoreettiset ja ajantasaiset lähtökohdat opinnäytetyön suorittamiseen. Minun pyrkimyksenäni onkin ollut kehittää ammattitaitoani yhteiskunnallisten muutosten mukaiseksi. On ollut mielenkiintoista huomata, miten omat asenteet

ja arvot ovat menneet uuteen pohdintaan ja miten hyvältä tuntuu voida pysähtyä ja kohdata iäkäs muistisairas rauhallisesti, päivystyksenkin ympäristössä. Keskustelu eettisistä arvoista ja arvojen näkymisestä käytännön hoitotyössä on tärkeä aihe joka hetki ja varsinkin päivystyksessä. Toivon, että voin opiskelujen päätyttyä käyttää hyödyksi osaamistani vanhustyössä sekä jakaa tietoa ja osaamista muille vanhusten parissa toimiville.

LÄHTEET

Alzheimer Europe. (2020). Dementia in Europe. The Alzheimer Europe Magazine, issue 32. <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-magazines>

Cerejeira, J., Lagarto, L., Mukaetova-Ladinske, E.B. (2012). Dementian käyttäytymis- ja psykologiset oireet. Neurologiset rajat. Artikkel.

Cowan, D. T., Norman, I. & Coopmah, V.P. (2005). Competence in nursing practice. Nurse Education Today. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.03.002>

Eloniemi-Sulkava, U., Kotilainen, H., Köykkä, T., Numminen, A., Saarenheimo, M., Savikko, N., Suominen, M. & Topo, P. (2011). Muistisairauksien ja käyttäytymis- ja psykologiset oireet. Teoksessa Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. (toim.) Mielen muutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Helsinki. Vanhustyön keskusliitto.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkä, R. & Pihlakari, P. (2019). Muistisairaahan hoito. Muistisairaahan hoidon lähtökohtia ja tavoitteita. Muistisairaahan hoito. Duodecim.

Heikkinen, R-L. & Laine, T. (1997). Miten kohtaaminen hoitotyössä rakentuu. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Laine (toim.) Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Hotus-hoitosuositus. (2019). Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen- Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Parosid, H., Haapala, O., Koskeniemi, J.,

Okkonen, E., Saarnio, R. & Tuomikoski, A. Hoitotyön tutkimussäätiö.
<https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/>

Huttunen, M. (2018). Sekavuustila (delirium). Verkkojulkaisu. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00357>. Viitattu 16.3.2023

Innokylä. (2022). Learning cafe. <https://www.innokyla.fi/>

Jyväskylän yliopisto. (2015). Konstruktivismi. Haettu 14.01.2024 osoitteesta
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmäpolkuja/menetelmäpolku/tieteenfilosofiset-suuntauukset/konstruktivismi>

Jämsen, E. (2018). Suomen akuuttigeriatrian yhdistys ry. 4AT:stä suomenkielinen versio. Verkkojulkaisu. <https://www.the4at.com> Viitattu 20.3.2023.

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T., & Valvanne, J. (2015). Kun tauti paranee, mutta potilas ei. Potilaan Lääkärilehti. 14—15. (70). <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei/>. Viitattu 16.3.2023.

Koponen, L., Sillanpää, K. (2005). Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi.

Käypä hoito. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societa Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.

Käypä hoito. 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societa Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.

Laitinen, M. (2015). Työntekijöiden kokemuksia Tunteva-työskentelystä muistisairaiden kohtaamisessa. [Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto].

Lehikoinen, H. (2020). Iäkkään muistisairaahan potilaan hoito sairaalassa- Hoitajien kokemuksia ja kehittämissuunnitelma. Opinnäytetyö [YAMK-opinnäytetyö, Satakunnan ammattikorkeakoulu]. Theseus. www.theseus.fi

Lukka, K. (2001). Konstruktiivinen tutkimusote. <https://metodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>

Muistiliiton julkaisusarja 1. (2018). Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen-raportti järjestelmällisen katsauksen katsauksesta. https://www.muistiliitto.fi/application/files/9315/4227/26821/katsaus_laakkeettomat.pdf

Muistiliitto. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. (2019). [Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen :: Muistiliitto](#)

Muistisairaudet. Käypä hoito –suositus. (2020). Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriin –yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Haettu 14.12.2022 osoitteesta www.kaypahoito.fi

Mönkäre, R. (2017). Käyttäytymisen muutoksiin suhtautuminen ja sen vaikutus muutoksen ilmenemiseen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Duodecim.

Mönkäre, R. (2014). Muistisairaahan kohtaamisen peruseriaatteita. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. (2015). Kehittämistyön menetelmät- uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro.

Piirainen, P. (2022). Koulutusintervention vaikutus hoitohenkilökunnan haasteelliseksi kokeman käyttäytymisen esiintyvyyteen, hoitohenkilökunnan toimintatapoihin sekä osaamiseen muistisairauden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa. [väitöskirja, Oulun yliopisto].

Ranta, M., Lönnroos, E., Kouvo, A-J., Miettinen, M., Lammintakanen, J. (2020). Päivystyksen henkilöstön asenteet iäkkäitä ihmisiä kohtaan. Gerontologia. 34(3).

Salonen, K. (2013). Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu.

Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. (2012). Kansallinen muistiohjelma 2012—2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10). Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72532>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. (2019:23). Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä- suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin.

STEPPI2. (2021—2025) Terveyttä tuottava perushoito.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, THL. (2020). Sosiaalialan tiedonhallinnan sanasto. <https://sotesanastot.thl.fi>

Terveyskylä. Aivosairaudet. 2023. www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet

Tynjälä, P. (1999). Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsitysten perusteita. Tammer-Paino Oy.

Van Aerschot, L., Eskola, P., & Aaltonen, M. (2021). Muistisairaiden ja puoliso-omaishoitajien kokemuksia tuen riittämättömyydestä. *Gerontologia*.35(3). <https://doi.org/10.23989/gerontologia.99262>

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

World Health Organization. (2019). Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

LIITE 1

Hei,

olen sairaanhoitaja Porista ja opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhus-työn- YAMK tutkinto-ohjelmassa. Teen opinnäytetyöni Satakunnan hyvinvointialu-eelle, sairaalan päivystykseen. Opinnäytetyöni aihe on hoitohenkilökunnan osaami-sen kehittäminen muistisaira-an potilaan kohtaamisessa päivystyksessä. Pyydän lupaa käyttää työssäni hoitohenkilökunnalle suunnattua kyselylomakettasi -muistisaira-an henkilön kohtaaminen pitkäaikaishoidossa. Kyselylomakkeen joitakin kysymyksiä tu-lisin muokkaamaan ja/tai mahdollisesti jättämään jonkun kysymyksen kokonaan pois kyselystäni.

Ystävällisin terveisin

Sari-Kaarina Vanhatalo

040 7763191

sari-kaarina.vanhatalo@student.samk.fi

LIITE 2

Muistisaira-an potilaan kohtaaminen päivystyksessä

Kysely hoitohenkilökunnalle

Arvoisa vastaanottaja

Olen päivystyksen sairaanhoitaja ja opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyön ylemmässä tutkinto-ohjelmassa. Minulle on myönnetty lupa opinnäytetyön suorittamiseen päivystyksessä. Tässä hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselytutkimuksessa kartoitetaan hoitohenkilökunnan kokemia haasteellisia tilanteita muistisairaalan potilaan kohtaamisessa. Lisäksi kyselyssä kartoitetaan hoitohenkilökunnan näkemyksiä omasta osaamisestaan kohdata muistisairas potilas. Tutkimuksen tarkoituksena on suunnitella koulutusinterventio kyselytutkimuksen pohjalta.

Kyselytutkimuksen tiedot ovat luottamuksellisia ja niitä ei käytetä muuhun tarkoitukseen, eikä luovuteta muiden käyttöön. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää n. 10 minuuttia.

Pyydän sinua ystävällisesti vastaamaan sähköiseen kyselylomakkeeseen. Kysely aukeaa oikeasta linkistä. <https://elomake.samk.fi/lomakkeet/14117/lomake.html>

Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstä tai kyselytutkimuksesta, voit soittaa minulle tai laittaa sähköpostia Sari Vanhatalolle.

Yhteistyöterveisin

Sari-Kaarina Vanhatalo

Sairaanhoitaja

Vanhustyön YAMK- opiskelija

040 7763191

sari-kaarina.vanhatalo@student.samk.fi