



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# TOIMINNANHALLINNAN KÄSIKIRJA

## Perehdytysopas käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä

Sanna Vaskuu

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2016  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VASKUU SANNA:

Toiminnanhallinnan käsikirja  
Perehdytysopas käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä

Opinnäytetyö 39 sivua

Maaliskuu 2016

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä. Tavoitteena oli kertoa käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitamisen erityispiirteistä. Tehtävänä oli myös selvittää, miten potilasturvallisuus, työturvallisuus ja yksikövastuinen hoitotyö toteutuvat käytöshäiriöisten muistisairaiden hoitotyössä psykogeriatriisella osastolla. Opas tehtiin erälle Tampereen kaupungin psykogeriatriiselle osastolle. Opasta voidaan hyödyntää työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Menetelmänä käytettiin tuotokseen painottuvaa opinnäytetyötä.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa on tietoa muistisairauksista ja käytöshäiriöistä. Teoreettiseen osuuteen on kerätty lisäksi tietoa potilasturvallisuudesta, työturvallisuudesta ja yksilövastuisesta hoitotyöstä. Opas keskittyy hoitotyön keinoihin käytöshäiriöiden lievittämisessä. Käytöshäiriöitä hoidetaan sekä lääkkeettömästi että lääkkeellisin keinoin. Tutkimusten perusteella hoitajan vuorovaikutustaidot, oikeanlainen hoitoympäristö ja potilaalle tarjottu viriketoiminta ovat merkittävimpiä keinoja käytöshäiriöisten muistisairaiden lääkkeettömässä hoidossa.

---

Asiasanat: käytöshäiriöt, muistisairaus, turvallisuus, yksilövastuisuus, perehdytys

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

VASKUU, SANNA:  
Operations Managements Handbook  
Orientation Guide on Behavioural Symptoms in Memory Illness

Bachelor's thesis 39 pages  
March 2016

---

The purpose of this study was to provide a guidebook on behavioural symptoms of patients with memory illness. The aim was to reveal special features which are related to nursing and patients with behavioural symptoms. Another aim was to find out how patient safety, occupational safety and individual care are taken into account in nursing of patients with a memory illness in psychogeriatric ward. The guidebook was created for a particular psychogeriatric ward in Tampere. It can be utilized in orientation of new employees or students.

The theoretical part of this study handles memory illnesses and behavioural symptoms. There is also information about patient safety, occupational safety and individual care in nursing. The guide focuses on the nursing methods that can be used to relieve the behavioural symptoms. Behavioural symptoms are treated with non-medical methods and with medicines. The most significant methods in non-medical treatment for the behavioural symptoms in memory illnesses are nurses' interaction skills with patients, right kind of environment and recreational activities provided for the patients.

---

Key words: behavioural symptoms, memory illness, safety, individuality, induction

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1	Käytöshäiriöinen muistisairas .....	8
3.1.1	Muistisairaus .....	9
3.1.2	Käytöshäiriöt .....	11
3.2	Potilasturvallisuus .....	15
3.3	Työturvallisuus .....	17
3.4	Yksilövastuinen hoitotyö .....	19
3.5	Toiminnanhallinnan käsikirja .....	22
3.5.1	Perehdytys .....	23
3.5.2	Yksikön esittely .....	25
3.6	Laadukas opas .....	27
4	TOTEUTUS .....	28
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö .....	28
4.2	Tuotoksen valmistaminen .....	30
5	POHDINTA .....	32
5.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	32
5.2	Opinnäytetyön prosessi .....	33
5.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset .....	35
	LÄHTEET .....	36

## 1 JOHDANTO

Suomessa 36 ihmistä sairastuu päivittäin johonkin muistisairauteen. Vuositasolla sairastuneita on yli 13 000. Muistisairauksiin sairastuneiden määrä kasvaa nopeasti. Vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti arviolta reilut 95 000 ja lievää muistisairautta noin 35 000 henkilöä. Vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavien määrän arvioidaan kasvavan 130 000:een vuoteen 2020 mennessä. Eteneviä muistisairauksia sairastavien sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö on runsasta ja jopa kolmella neljästä ympärivuorokautisen hoidon asiakkaasta on muistisairaus. Muistisairaudet eivät koske vain iäkkäitä ihmisiä, sillä työikäisiä muistisairaita arvioidaan olevan noin 5000 – 7000. Aikuisväestöstä osa on alkoholiriippuvaisia ja heistä jopa 10 % sairastuu alkoholidementiaan. (Sosiaali- terveystalveluministeriö 2012.)

Jopa 90 %:lla muistisairaista esiintyy erilaisia käytösoireita jossakin vaiheessa sairauden etenemistä. Käytöshäiriöt heikentävät elämänlaatua, lisäävät talvelujen tarvetta ja ovat tärkein pitkäaikaishoidon alkamisen syy. Käytösoireita pitää hoitaa, kun ne rasittavat potilasta tai heikentävät hänen omatoimisuuttaan tai sosiaalista vuorovaikutusta sekä vaikuttavat hoitopaikkaratkaisuun. Hoito on aiheellista myös silloin, kun oireet aiheuttavat potilaalle itselleen tai muille vaaratilanteita. (Muistisairaudet: Käypähoito-suositus 2010.)

Potilasturvallisuuden parantaminen on yksi Hatanpään sairaalan hoitotyön tavoitteista vuosille 2015-2017 (Hoitotyön tavoitteita... 2015). Työntekijöiden ja opiskelijoiden riittävä perehdytys osaston toimintaan lisää merkittävästi potilasturvallisuutta. Roolien, työnjaon, vastuiden ja tehtävien epäselvyydet aiheuttavat helposti riskin potilasturvallisuudelle (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 84). Keväällä 2015 organisaatiossa havaittiin tarve hoitohenkilökunnan perehdyttämisen parantamisesta. Aiemmin osastojen perehdytysoppaat ovat löytyneet osastoilta vain kirjallisessa muodossa. Tiedon saannin ja perehdytyksen helpottamiseksi sairaalan intranet-sivuilla on perustettu hoitohenkilökunnan ammatilliseen käyttöön tarkoitettu toiminnanhallinnan käsikirja, jonka avulla työntekijä voi tarvittaessa perehtyä sekä koko sairaalaa koskeviin yleisiin ohjeisiin että osastokohtaisiin ohjeisiin ja hoidon erityispiirteisiin. (Hoitotyön tavoitteita... 2015.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Hatanpään sairaalan hoitohenkilökunnalle perehdytysopas haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana hoitotyöstä. Opas tulee olemaan osa sähköistä toiminnanhallinnan käsikirjaa ja sen tavoitteena on antaa hoitohenkilökunnalle lisätietoa käytöshäiriöisen muistisairaana hoitotyöstä ja toimia tukena hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Käytöshäiriöisten muistisairaiden kohtaamisessa ja hoitamisessa on omat erityispiirteensä (Koponen & Saarela 2006, 502) ja tämän tiedon jakaminen sijaiselle, uudelle työntekijälle tai opiskelijalle edesauttaa hoitotyön toteuttamista potilasturvallisesti sekä työturvallisuuden toteutumisen näkökulmasta.

Työskentelen opinnäytetyön työelämätahona olevalla osastolla ja olen siellä turvallisuusvastaavana. Kiinnostus tähän opinnäytetyön aiheeseen nousi omasta työstä. Eri organisaatioissa ja yksiköissä on hyvin kirjavat käytännöt perehdytykseen ja varsinaista perehdytysopasta ei välttämättä ole lainkaan saatavilla. Tästä syystä halusin lähteä kehittämään uusille työntekijöille ja opiskelijoille suunnattua opasta, jota käytetään perehdytyksen apuvälineenä.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä sähköinen toiminnanhallinnan käsikirja Tampereen kaupungin eräälle psykogeriatriselle osastolle.

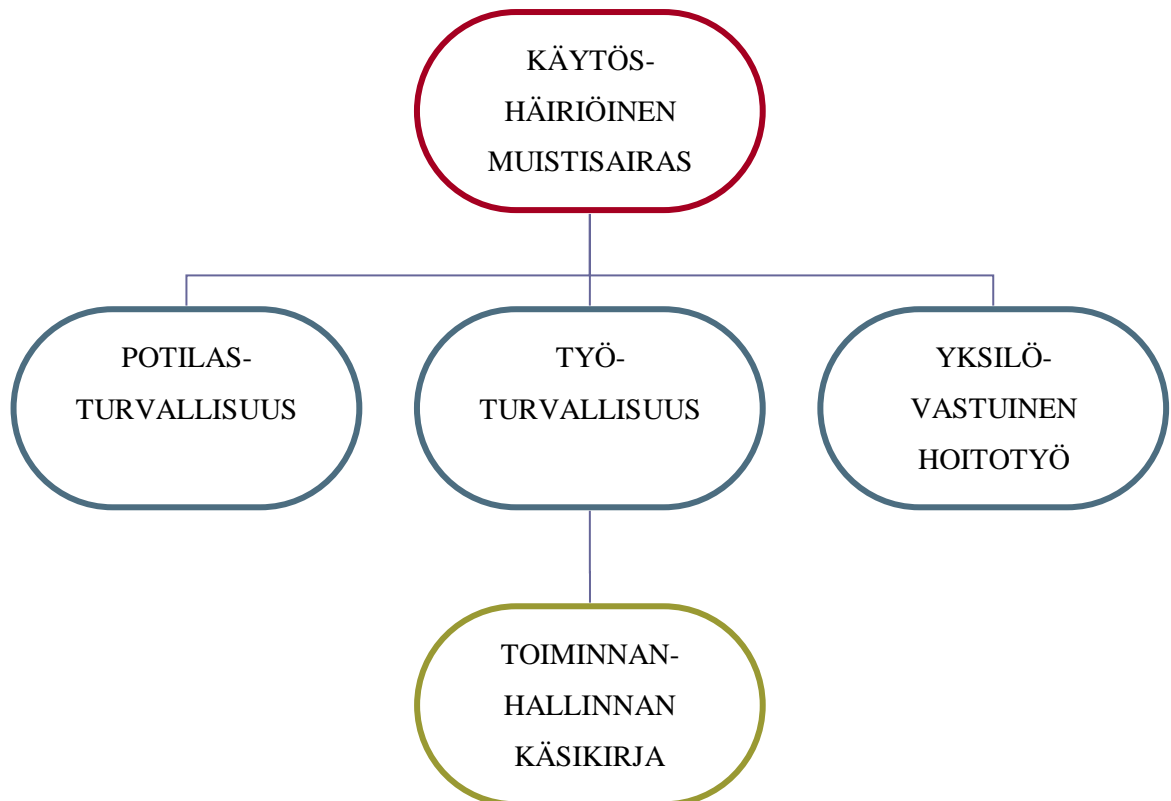
Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää:

1. Mitä tarkoitetaan käytöshäiriöisellä muistisairaalla?
2. Miten osastolla otetaan huomioon potilasturvallisuus ja työturvallisuus?
3. Miten osastolla toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoutta käytöshäiriöisen muistisairaahan potilaan hoitamisen erityispiirteistä hoitotyön, yksilövastuisuuden, potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden näkökulmasta. Tuotosta voidaan hyödyntää työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksen välineenä.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöni teoreettiset lähtökohdat (kuvio 1) on valittu yhdessä toimeksiantajan kanssa työelämäpalaverin yhteydessä. Käytöshäiriöinen muistisairas on teoreettisten lähtökohtieni yläkäsite. Alakäsitteitä ovat potilasturvallisuus, työturvallisuus, yksilövastuinen hoitotyö sekä toiminnanhallinnan käsikirja.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

#### 3.1 Käytöshäiriöinen muistisairas

Muistisairautta sairastavasta ihmisestä käytettäviä käsitteitä ovat esimerkiksi muistipotilas, muistihäiriöpotilas, muistisairautta sairastava potilas, dementoivaa sairautta sairastava, dementiaoireinen ihminen, dementiapotilas, muistisairas ja dementikko (Suontaka-



Jamalainen 2011). Tässä opinnäytetyössä käytän jatkossa termejä muistisairaus ja dementia.

Kognitiivisten taitojen ja toimintakyvyn heiketessä voi ilmaantua käytösoireita (Suontaka-Jamalainen 2011). Hoitotieteessä tämän tyyppistä käyttäytymistä on kuvattu monin eri käsittein. Käsitteitä ovat esimerkiksi häiritsevä käyttäytyminen, ongelmallinen käyttäytyminen, agitaatiokäyttäytyminen, käytöshäiriöinen tai käytösoireinen ja haasteellinen käyttäytyminen. (Saarnio, Mustonen & Isola 2011.) Opinnäytetyössäni käytän termejä käytösoireet ja käytöshäiriöinen.

### 3.1.1 Muistisairaus

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsitteilyn alueita, kuten päättelykykyä ja toiminnanohjausta. Muistioireiden yleisiä syyryhmiä ovat ohimenevät syyt (esimerkiksi päihteet, lääkkeet ja sekavuus), pysyvät jälkitilat (kuten aivovamma tai alkoholin aiheuttama aivovaurio) ja etenevät sairaudet. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset demeniat, Lewyn kappale-tauti ja frontotemporaaliset demeniat. (Muistisairaudet: Käypähoitosuositus 2010.)

Alkoholiongelmallisilla esiintyy dementiaa useammin kuin muulla väestöllä. Dementia voi olla sekundaarista ja olla jatkoseuraus esimerkiksi aivovammasta, puutostiloista tai maksasairaudesta. (Salmela 2014.) Lievää dementiaa muistuttava tila on todettavissa suurella osaa alkoholin suurkuluttajista. Noin kymmenesosalla oireet ovat vaikeampia. (Immonen 2013.) Nykyään tunnetaan myös primaarinen alkoholidementia, joka johtuu etanolin suorasta haitallisesta vaikutuksesta aivoihin. Vuosia jatkuneen alkoholin käytön seurauksena aivojen otsalohko vaurioituu, jonka seurauksena muisti heikkenee ja voi ilmetä persoonallisuusmuutoksia. (Salmela 2014.)

Runsas ja pitkäaikainen alkoholin käyttö vaikuttaa heikentävästi muistitoimintoihin, keskittymiskykyyn ja tarkkaavaisuuteen. Alkoholidementikoilla on usein vaikeuksia toiminnanohjauksessa, aloitekyvyttömyyttä tai estottomuutta, huono lähimuisti ja vaikeuksia sujuvasanaisuudessa. Tyypillisiä liikkumisen vaikeuksia ovat katkokävely, tasapainovaikeudet ja vapina. Iältään nämä potilaat ovat suhteellisen nuoria, usein noin

50-60 –vuotiaita. (Immonen 2013.) Nuori ikä ja fyysinen vahvuus tekevät hoidosta haasteellista, koska alkoholimentiaan liittyy välinpitämättömyyttä, syy-seuraussuhteiden ymmärtämisen vaikeutta, empatian puutetta, emotionaalisen kontrollin köyhtymistä, estottomuutta ja aggressiivisuutta. (Salmela 2014.)

Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja heikentävät laaja-alaisesti toimintakykyä. Suomessa on arviolta 193 000 muistisairasta ihmistä (Muistiliitto 2015.) Kuntakoh- taisen laskurin mukaan Tamperelaisista yli 65-vuotiaista noin 4100 sairastaa vähintään keskivaikeaa muistisairautta (Suomen muistiasiantuntijat 2015).

Suurin pitkäaikaishoitoon siirtymistä ennakoiva tekijä ovat sairastuneen käyttäytymisen muutokset, jotka läheiset kokevat kaikkein raskaimmiksi. Myös sairauden nopea etene- minen lisääntyvine avuntarpeineen sekä kävely- ja pidätyskyvyn menettäminen enna- koivat kotihoidon loppumista. (Muistiliitto 2015.) Keskimäärin kolme neljästä demen- tiapotilaasta tarvitsee sairautensa edetessä pysyvää pitkäaikaishoitoa (Juva, Valvanne, Voutilainen & Huusko 2006, 536).

Muistisairautta tutkittaessa selvitetään potilaan toimintakyky ja muistiongelmien vai- keusaste. Diagnoosi perustuu kliinisiin muutoksiin ja oirekuvaan. Yksi tärkeimmistä diagnostisista välineistä on aivojen kuvantaminen. Lisäksi voidaan teettää erilaisia labo- ratoriotutkimuksia ja neuropsykologisia testejä. Muistisairauksien käypä hoito- suosi- tuksen (2010) mukaan tutkimuksen tärkeimpänä osa-alueena voidaan pitää potilaan it- sensä sekä hänen omaistensa haastattelua. Tämän avulla voidaan kartoittaa potilaan ai- kaisempaa älyllistä toimintatasoa ja siinä tapahtuneita muutoksia, oireita ja niiden kehiti- tymistä, sosiaalista toimintakykyä sekä muita taustatietoja. (Muistisairaudet: Käypähoi- to-suositus 2010).

Muistisairaahan ihmisen hoidon kulmakivinä ympärivuorokautisessa hoidossa ovat osaava ja riittävä henkilökunta, korkeatasoinen asiantuntemus ja sopiva hoitoympäristö. Hoi- don ja kaiken toiminnan päämääränä tulee olla muistisairaahan mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Hyvä elämänlaatu koostuu fyysisestä ja psyykkisestä hyvästä olost, ih- missuhteista, turvallisuudesta, fyysisestä toimintakyvystä, itsearvostuksesta ja mahdolli- suudesta osallistua päätöksentekoon. Hyvä elämänlaatu nivoutuu ihmiskeskeiseen hoi- toon ja tarvelähtöisyyteen. Ne sisältävät halun ymmärtää muistisairasta ihmistä yksilönä

sen lisäksi, että hänellä on muistisairauden takia vaikeuksia tiedonkäsittelyssä sekä erilaisia somaattisia vaivoja. (Juva & Eloniemi-Sulkava, 2015.)

### 3.1.2 Käytöshäiriöt

Kognitiivisten kykyjen heikentyminen on tyypillisin piirre dementoituvilla vanhuksilla. Se aiheuttaa turvattomuuden tunnetta, sillä dementoitunut on eksyksissä ympäristössään. Tämä aiheuttaa käyttäytymistä, joka saattaa heikentää dementoituneen, muiden hoidossa olevien vanhusten tai hoitohenkilökunnan turvallisuutta. (Saarnio ym. 2011.)

Jopa 90%:lla dementiapotilaista esiintyy erilaisia käytöshäiriöitä, jotka vaikuttavat merkittävästi sekä potilaiden että heidän omaistensa elämänlaatuun (Koponen 2010). Käytösoireet ilmenevät mm. masennuksena, ahdistuneisuutena, unihäiriöinä, fyysisenä aggressiivisuutena, levottomuutena ja kuljeskeluna, tavaroiden keräilyinä tai huuteluna. Käytösoireita hoidetaan sekä lääkkeettömästi että lääkkeellisin keinoin. Lääkkeettömässä hoidossa korostuu hoitajan vuorovaikutustaidot. Oleellinen osa potilaan seurantaan on oireiden säännöllinen kartoittaminen. Taustalla olevien syiden osuus (esimerkiksi somaattiset sairaudet tai muut laukaisevat tekijät kuten kipu) tulee selvittää. (Muistisairaudet: Käypähoito-suositus 2010.)

Häiritsevä käyttäytyminen voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Ensimmäinen luokka koostuu toiseen henkilöön tai ympäristöön kohdistuvista käyttäytymisen muodoista kuten fyysisestä ja verbaalisesta aggressiivisuudesta sekä ympäristön ja esineiden tuhoamisesta. Toinen luokka koostuu käyttäytymisen muodoista, jotka ovat vahingollisia hoitohenkilökunnalle, toisille vanhuksille sekä dementoituvalle itselleen. Näitä ovat esimerkiksi huutelu, itsensä vahingoittaminen ja ravinnoksi sopimattoman syöminen. Kolmanteen luokkaan katsotaan sisältyvän ristiriitatilanteet, jotka syntyvät kun muistisairaana vanhuksen toiminnallinen kyvyttömyys on suurempi kuin fyysisten ja psyykkisten toimintojen todellinen heikentyminen edellyttäisi. (Saarnio ym. 2011.)

Käytöshäiriöt eroavat toisistaan muistisairauden ja sen vaikeusasteen mukaisesti, mutta tiettyjä käytöshäiriöitä esiintyy yleisesti lähes kaikissa muistisairauksissa. Kaikki muistisairaat eivät kuitenkaan kärsi kaikista käytöshäiriöistä ja toisilla niitä ei esiinny lainkaan. Käytöshäiriöiden esiintyminen on yksilöllistä. Yleisimpien käytösoireiden (tau-

lukko 1) lisäksi oireita voivat olla kuljeskelu, hyperseksuaalisuus, tavaroiden keräily ja kätkeminen, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuminen, huutelu, itsensä vahingoittaminen (esimerkiksi raapiminen tai hakkaaminen) ja esineiden syöminen. (Koponen 2010.)

TAULUKKO 1. Yleisimmät käytösoireet ja niiden esiintyvyys.

KÄYTÖSOIRE	ESIINTYVYYS
Masentuneisuus	Vaihtelee eri dementian muodoissa, keskimäärin vaikeana 5 – 15 %:lla, lievänä noin 25 %:lla. Lisäksi yksittäisiä masennusoireita noin 50 %:lla.
Apatia	Noin 30 %:lla. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä heikentäviä aloitteellisuusongelmia on noin 80 %:lla.
Levottomuus ja aggressiivisuus	Noin 50- 60 %:lla dementoituneista potilaista. Kuuluu tavallisimpiin dementian myöhäisvaiheen oireisiin.
Ahdistuneisuus	40-50 %:lla. Tavallinen dementiaan liittyvä käytösoire.
Aistiharhat ja harha-ajatukset	25-50%:lla dementoituneista potilaista.
Unettomuus	Noin 40%:lla potilaista. Dementiapotilaiden univaikeudet ovat hyvin tavallisia.

Tavoitteena on pyrkiä mahdollisuuksien mukaan ehkäisemään käytösoireita. Lääkkeitä hoitoa ei tule asettaa vastakkain lääkkeellisen hoidon kanssa. Oleellisempaa on perehtyä potilaan tilanteeseen ja saada selville tekijät jotka ovat juuri tämän kyseisen potilaan häiritsevän tai vaarallisen käyttäytymisen taustalla altistavina tai laukaisevina tekijöinä. Tämän kokonaisuuden pohjalta potilaalle suunnitellaan hoidon kokonaisuus yksilöllisesti. (Koponen & Vataja 2015.)

Käytännön työssä muistisairauksia hoidettaessa sovelletaan sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä hoitoa. Muistisairauslääkkeet ovat ensisijaisia lääkkeitä myös muistisairauteen liittyviä käytösoireita hoidettaessa. Lääkehoidon tarpeellisuutta tulee arvioida säännöllisesti koska käytösoireissa tapahtuu muutoksia sairauden edetessä. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, että muistisairaasta potilaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan tarkoituksenmukaisesti ja yksilöllisesti. Perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista vältetään. Myös hoitoympäristöllä on merkitystä, sillä tarkoituksenmukaisella ympäristöllä voidaan kompensoida puutteita ja tukea jäljellä olevaa toimintakykyä. Kokonaisvaltainen hyvin toteutettu arviointi, käyttäytymisen taustalla olevien syiden selvittäminen sekä arkijärkeen perustuva ohjaus saattavat riittää käytösoireiden hoidoksi. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan myös vuorovaikutukseen ja muistisairaahan kohtaamiseen vaikuttamista. (Koponen 2010.)

Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan vanhuksen hoitaminen on suurimpia hoitotyön haasteita pitkäaikaishoidossa. Hoitajat joutuvat päivittäin selvittämään haasteelliseen käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Käytösoireet lisäävät vanhusten tapaturmia ja kaatumisia. Taloudellisia kustannuksia ne lisäävät välineiden rikkoutumisena ja henkilökunnan uupumisesta aiheutuvina poissaoloina. Lisäksi vanhusten eristäytyminen ja syrjään vetäytyminen lisääntyy. Käytösoireet lisäävät myös erilaisten rajoitteiden käyttöä, joita voivat olla sekä fyysisen että kemiallisen rajoittamisen keinot. Rajoitteiden käyttö taas puolestaan saattaa aiheuttaa tapaturmia ja inhimillistä kärsimystä dementoituneelle ja hänen omaisilleen. Nämä ongelmat korostuvat niukkenevien hoitotyön resurssien myötä ja toisaalta myös pitkäaikaishoitoa tarvitsevien dementoituneiden määrän kasvaessa. (Saarnio ym. 2011.)

Laki velvoittaa, että iäkkäille tarjottavien sosiaali- ja terveystalvelujen on oltava laadukkaita ja toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtäväraanne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2012.) Dementiapotilaiden ympärivuorokautinen hoito vaatii erityisosaamista (Muistisairaudet: Käypähoito-suositus 2010).

Muistisairaiden käytösoireet aiheuttavat hoidossa ongelmia ja haasteita. Oireet voivat olla ohimeneviä tai jatkua jopa vuosiakin. Jotkin oireet, kuten aggressiivinen käyttäy-

tyminen, voivat vaikuttaa hoitopaikan määräytymiseen ja uuvuttaa hoitajan tai hoitoyhteisön. Hoitolinja tulisi valita käytösoireen arvioinnin ja syyn selvityksen pohjalta. Arvioinnissa pyritään selvittämään, liittyykö oire fyysiseen sairauteen, kipuun tai muuhun vaivaan, onko sillä yhteyttä potilaan ympäristöön vai johtuuko se vuorovaikutuksen vaikeuksista. (Koponen & Vataja 2015.)

Käytöshäiriöisen muistisairaana potilaan kohtaaminen ja hoitaminen vaatii kliinisten taitojen lisäksi paljon teoreettista tietoa, luovuutta, ongelmanratkaisutaitoja, kekseliäisyyttä ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Päivittäisissä toimissa tilanteiden ylivoimaisuus ja haasteellisuus synnyttää potilaissa pelkoa, kiihtymystä, ahdistuneisuutta ja aggressiivisuutta. (Koponen & Saarela 2006, 502.) Monet tunteet ilmenevät usein ärtymyksenä, suuttumuksena tai vihana, vaikka taustalla olisikin pettymystä, pelkoa, turvattuutta ja mitätöidyksi, hylätyksi ja väärin ymmärretyksi tulemisen kokemuksia. Potilas voi olla aggressiivinen siksi, että hän tulkitsee tilannetta väärin. (Lankinen & Tjurin 2015.)

Hoitajat kokivat haasteellisiksi tilanteet, joissa vanhus vastusti hoitotilannetta tai kohdisti häirintää ja aggressiivisuutta hoitajia tai muita potilaita kohtaan (Saarnio & Isola 2010). Potilaasta pelottavilta tuntuvat, loukkaavat tai häkellyttävät toimet esimerkiksi peseytymistilanteessa saattavat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen (Koponen & Vataja 2015). Aggressiivisuus usein lievittyy kun potilaan huomio kiinnitetään taitavasti johonkin muuhun asiaan (Koponen & Saarela 2006, 502). Haasteellisiksi kokemissaan tilanteissa hoitajat onnistuivat hyödyntämällä persoonallista, intuitiivista, eettistä ja ammatillista toimintatapaa. Näiden toimintatapojen käyttöä edistää vanhuksen elämänsä historian tunteminen, hoitajan oma pitkä työkokemus, hoitajan pysyvä työsuhte osastolla ja myös teoreettinen tieto dementoivista sairauksista. (Saarnio & Isola 2010.)

Hoitaja voi rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvän vanhuksen keskeyttämällä hoitotilanteen, kutsumalla lisäapua sekä rauhoittamalla vanhusta sanallisesti. Myös hoitajan tavalla kohdata haasteellisesti käyttäytyvä vanhus on vaikutusta tilanteen ratkaisemiseen. Hoitajan keinoina on kolme eri tapaa: persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käytössä hoitaja hyödyntää ihmisenä olemista, huumoria ja luovuutta. Järkipäristäminen tarkoittaa perustelua, vakuuttamista, ohjaamista ja ympäristön muokkaamista. Intuitiivinen toiminta taas näkyy ennaltaehkäisyä, mukaan menemisenä ja dementoituneen huomion kiinnittämisenä muuhun. Fyysisellä hoitoympäristöllä on myös todettu olevan vaikutusta dementoituneen käyttäytymiseen. Esimer-

kiksi musiikki, hieronta, pelaaminen, laulaminen, käsityöt, liikunta ja muu järjestetty toiminta vähentävät vanhuksen haasteellista käyttäytymistä. (Saarnio ym. 2011.)

Dementoituneelle potilaalle rutiinit ja selkeä päiväjärjestys voivat vähentää väärinymmärryksiä. Potilaan taustojen tunteminen, kohtelias ja kunnioittava asenne ja lähestymistapa sekä viestinnän selkeys edesauttavat vuorovaikutustilanteen onnistumista. Hoitajan on hyvä tiedostaa omat tunteensa sekä olla provosoimatta ja provosoitumatta riippumatta potilaan käytöksestä. Sanallisen viestinnän lisäksi tulee kiinnittää huomiota omaan non-verbaaliseen viestintään. Esimerkiksi katsekontaktin luominen on tärkeää, mutta liian intensiivisen katseen saattaa joku potilas tulkita uhkaavaksi. Äkkinäisiä liikkeitä tulee välttää ja omat kädet on hyvä pitää esillä. Esittäytyminen ja omista tarkoituksesta kertominen luo paremmat edellytykset vuorovaikutukselle ja hoitotilanteen onnistumiselle. (Lankinen & Tjurin 2015.)

### **3.2 Potilasturvallisuus**

Potilasturvallisuus on laaja käsite, joka kattaa sekä hoidon, lääkityksen että laiteturvallisuuden. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta (THL 2014).

Käsitteen laajuuden vuoksi tässä opinnäytetyössä potilasturvallisuuden käsittely on rajattu käytöshäiriöisen muistisairaana potilaan hoitotyössä nouseviin haasteisiin, jotka vaikuttavat oleellisesti myös potilasturvallisuuteen. Haasteelliseksi hoidon tekevät erityyppiset käytöshäiriöt (Vataja 2006, 98-99). Lisäksi potilailla on monimuotoisia somaattisia sairauksia, joiden hoitoa muistisairauden eteneminen joskus hankaloittaa.

Perustuslaki (1999) turvaa jokaiselle oikeuden henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Henkilökohtaiseen vapauteen kuuluvat fyysisen koskemattomuuden lisäksi tahdonvapaus ja itsemääräämisoikeus. Nämä oikeudet eivät ole kuitenkaan ehdottomia, sillä perustuslaissa mainitaan myös oikeus puuttua henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, jos se ei ole mielivaltaista ja siitä säädetään laissa. (Perustuslaki 1999.)

Itsemäärääminen on suurimmalle osalle suomalaisista aikuisista itsestänselvyys. Perustuslakiin on koottu keskeiset arvomme perusoikeuksiksi ja se antaa hyvät edellytykset itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. Viime vuosina on puhuttanut paljon myös muistisairaiden perusoikeuksien toteutuminen. Perustuslain mukaan heikkenevä terveydentila ja heikentynyt toimintakyky ei saa olla esteenä perusoikeuksien toteutumiselle. Näin kuitenkin usein tapahtuu. Liikkumista rajoitetaan, kun eksymisen riski kasvaa. Kun ei enää kykene hoitamaan raha-asioitaan, joku muu päättää niistä potilaan puolesta. Yksityisyys rikkoutuu jonkun muun pitäessä huolta hygieniasta. Vaikka monet itsemääräämisoikeuteen liittyvät perusoikeudet kapenevat, korostuu perusoikeuksista kaksi: oikeus ulkoiseen turvallisuuteen ja tarvittavaan lääketieteelliseen sekä muuhun hoitoon. (Topo 2013.)

Tahdonvastaisiin toimenpiteisiin oikeuttavia säännöksiä on kirjattu terveydenhuollon erityislainsäädäntöön, esimerkiksi mielenterveyslakiin. Mielenterveyslaissa (1990) tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytyksinä on, että potilaalla on todettu mielisairaus ja hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaa mielisairautta sekä vaarantaa potilaan omaa tai muiden terveyttä ja turvallisuutta. Edellytyksenä on myös, ettei mikään muu mielenterveyspalvelu sovellu käytettäväksi ja ole riittävää. (Mielenterveyslaki 1990.)

Työelämätahona oleva psykogeriatrinen osasto ei toimi mielenterveyslain alaisuudessa eivätkä osaston potilaat ole tahdonvastaisessa hoidossa (Lankinen 2016). Perustuslaissa (1999) on maininta jokaisen ihmisen oikeudesta välttämättömään huolenpitoon. Myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) säädetään potilaan oikeudesta hyvään hoitoon ja kohteluun. (Laki potilaan asemasta... 1992; Perustuslaki 1999.)

Terveydenhuollossa hoitotoimenpiteet, joihin on ryhdytty ilman potilaan suostumusta, voidaan tulkita pakottamiseksi. Toisaalta välttämättömän hoidon saamatta jääminen voidaan tulkita rikoslain mukaisesti heitteillejätöksi. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012.)

Muistisairaana potilaan hoidon toteuttaminen voi olla joissakin tilanteissa vaikeaa ilman, että hänen vapauksiaan jossain määrin rajoitetaan. Muistisairaana potilaan henkilökohtaisen vapauden rajoitusten sallittavuutta voidaan arvioida hoidollisin perustein. Henkilökohtaisen vapauden rajoittamiseen käytetyt keinot (esimerkiksi ovien lukitseminen, ge-



riatriseen tuoliin sitominen) voivat olla lainmukaisia, jos ne voidaan katsoa aiemmin mainittujen lakien mukaan olevan muistisairaana potilaan hyvän hoidon ja kohtelun sekä huolenpidon ja turvallisuuden kannalta välttämättömiä. Itsemääräämisoikeutta ja potilaan suojaamista verrattaessa itsemääräämisoikeuden katsotaan väistyvän tilanteessa, jossa henkilö on menettänyt kykynsä huolehtia itsestään, niin että siitä on vaaraa hänen terveydelleen tai turvallisuudelleen. (Kotisaari & Kukkola 2012, 99-100.) Sitomiseen tarvitaan lääkärin lupa ja lupa kirjataan selkeästi potilasasiakirjoihin. Lisäksi kukin yksittäinen sitominen kirjataan potilasasiakirjoihin perusteineen ja kestoineen. (Lankinen 2016.)

Fyysinen aggressiivisuus ei rajoitu ainoastaan hoitotilanteisiin ja kohdistu vain hoitohenkilökuntaan vaan potilaiden välisiä väkivaltatilanteita esiintyy osastolla usein siitäkin huolimatta, että niiden riski tiedostetaan ja väkivaltatilanteita pyritään ennaltaehkäisemään eri keinoin (esimerkiksi valvontaa lisäämällä). (Lankinen 2016). Tällöin voidaan toisinaan joutua turvautumaan potilaan sitomiseen esimerkiksi haara- tai magneettivöin. Näin pyritään takaamaan potilaan oma ja toisten turvallisuus. (Kotisaari & Kukkola 2012, 101.)

Vaaratilanteet raportoidaan Haipro-sovelluksen avulla. Haipro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Sovelluksen avulla vaaratapahtumien esiintyvyyttä voidaan seurata ja toimintaa kehittää niiden ennaltaehkäisemiseksi. Haipro:n avulla raportoidaan potilaan turvallisuutta vaarantavat tapahtumat, joihin lasketaan mukaan potilaalle tapahtuneiden haittojen (esimerkiksi kaatuminen, väkivalta, virhe lääkkeenannossa) lisäksi myös läheltä piti-tilanteet (Haipro 2013).

### **3.3 Työturvallisuus**

Työturvallisuuslaki (2002) edellyttää, että työpaikalla ylläpidetään ja turvataan työntekijän terveyttä sekä ennaltaehkäistään työstä johtuvia fyysisen ja henkisen terveyden haittoja. Jos työssä ilmenee väkivallan uhkaa, on sitä pyrittävä mahdollisuuksien mukaan ehkäisemään ennakolta. Lisäksi työpaikalta on löydettävä asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. (Työturvallisuuslaki 2002.)

Osaston henkilökunta on ammattitaitoista ja perehtynyt käytöshäiriöisten muistisairaiden hoitoon. Tästä huolimatta hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa esiintyy osastolla usein. (Lankinen 2016.)

Terveyden- ja sairaanhoitotyö kuuluu Tilastokeskuksen 2007 vuonna teettämän tutkimuksen mukaan työväkivallan riskiammattien ”kolmen kärkeen” (Tilastokeskus 2009). Väkivallan yleisyydestä johtuen se koetaan jokapäiväiseksi ja työtehtäviin kuuluvaksi ja jätetään siksi monesti raportoimatta. Ilmoitusalttiuteen voivat vaikuttaa heikentävästi työpaikan omaksumat käytännöt, esimiesten ja työtovereiden väheksyvä suhtautuminen väkivaltaan tai väkivallan vaaran pitäminen jopa itsestään selvänä työhön kuuluvana ominaisuutena tai väkivaltatilanteeseen joutuneen osalta ajateltuna ammattitaidon puutteena. (Työturvallisuuskeskus 2010.)

Psykogeriatrisella osastolla haastavat tilanteet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti vuorovaikutuksen keinoin ja ilman rajoitteiden käyttöä. Lähes koko osaston henkilökunta on käynyt MAPA- koulutuksen. (Lankinen 2016.) MAPA- lyhenne tulee englanninkielen sanoista Management of Actual or Potential Aggression, joka suomennettuna vastaa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä sekä turvallista hoitoa. Menetelmä on kehitetty Englannissa ja se otettiin ensimmäisen kerran käyttöön vuonna 1999 Kellokosken sairaalassa. Koulutuksen tavoitteena on opettaa haastavan käytöksen ennakointia, hoidollista vuorovaikutusta, toiminnallisia keinoja, rauhoittamista ja viimeisenä keinona myös potilaan fyysistä hallittua kiinnipitämistä. MAPA- koulutuksessa lisätään hoitohenkilökunnan keinoja toimia haasteellisen potilaan kanssa mahdollisimman minimaalisin fyysisin rajoittein. Kiinnipitämistä ja fyysisten rajoitteiden käyttöä voidaan välttää pyrkimällä neuvottelemaan ja antamaan potilaalle tilanteeseen ratkaisuvaihtoehtoja. Usein jo huomion suuntaamisella muuhun toimintaan voidaan kiihtymystila saada rauhoittumaan. (MAPA-Finland 2012.) Tilanteiden ennakoinnista huolimatta myös hoitajat joutuvat kokemaan potilaiden puolelta väkivaltaa. Riskeistä ollaan tietoisia ja niitä pyritään ottamaan huomioon esimerkiksi siten, että hoitotilanteisiin varataan riittävän monta hoitajaa. Työturvallisuuteen panostetaan myös henkilökunnan kouluttamisella. (Lankinen 2016.)

Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen vanhuksen kohtaamisesta ja hallitusta hoidollisesta rajoittamisesta on tutkittu vuosina 2004 ja 2009. Tutkimuksen kohderyhmänä oli erään sairaalan hoitohenkilökunta kokonaisuudessaan (n =

274), joka oli käynyt hallitun hoidollisen rajoittamisen koulutuksen. Tutkimustulosten perusteella voitiin todeta, että aggressiivisen potilaan rauhoittamiskeinoina käytettiin yleisimmin keskustelua, hoitajan läsnäoloa sekä tarvittavaa lääkitystä. Hoitohenkilökunta koki, että potilaan hoitaminen onnistui vuorovaikutuksen keinoin hyvin ja fyysistä rajoittamista käytettiin äärimmäisenä keinona. Kun turvauduttiin fyysiseen rajoittamiseen, olivat rajoittamisen tekniikat onnistuneet työryhmässä enimmäkseen hyvin. Toisaalta tuloksissa ilmeni myös se etteivät fyysisen rajoittamisen tekniikat välttämättä onnistuneet tai niitä ei toteutettu oikein. (Timlin & Kyngäs 2008; Saarnio & Isola 2010.)

Tampereen kaupungilla otettiin vuonna 2011 käyttöön Työturvamonitori. Se on sähköinen sovellus, jonka kautta raportoidaan hoitohenkilökunnalle sattuneet vaaratilanteet, väkivaltatapahtumat ja tapaturmat. Työturvamonitorin etuna on tapaturma- tai väkivaltatilanteen ilmoittamisen nopeus, helppous ja reaaliaikaisuus verrattuna aikaisempiin paperisiin ilmoituksiin. Tällöin tapaturmien ja väkivaltatilanteiden seuranta, tilastointi, sairausloma- ja vakuutusasioiden käsittely ja vaaratilanteiden syihin puuttuminen helpottuu. (Loora 2015.) Jotta tapaturmia voitaisiin ehkäistä ja työväkivaltaan puuttua, on tärkeää, että niistä tehdään tapahtumakuvausraportti. Vuosittain osastolla tehdään työturvamonitoriin vaarojen arviointi, joka käydään läpi aluehallintoviraston tarkastuskierroksella yhdessä työsuojelun kanssa (Lankinen 2016).

### **3.4 Yksilövastuinen hoitotyö**

Yksilövastuinen hoitotyö on saanut alkunsa Yhdysvalloissa 1960-luvulla. Sairaanhoidajilla syntyi huoli työn pirstoutuneisuudesta, potilaskontaktien vähyydestä ja monimutkaisesta viestinnästä. He olivat tyytymättömiä vallitseviin hoitotyön toimintatapoihin ja halusivat työskennellä enemmän potilaiden keskuudessa ja näin parantaa potilaiden saaman hoidon laatua. (Kovanen 2010.)

Yksilövastuisen hoitotyön perusajatus on, että jokaiselle potilaalle nimetään hoitajakson ajaksi omahoitaja tai omahoitajapari, joka vastaa potilaan hoitotyöstä (hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi) kokonaisvaltaisesti potilaan yksilöllisten tarpeiden ja niiden pohjalta luodun hoitosuunnitelman mukaisesti. Omahoitaja huolehtii myös hoidon jatkuvuudesta informoimalla potilaan hoitoa koskevat asiat lääkärille, muulle henkilökunnalle, omaisille ja jatkohoitopaikkaan. Huolellinen kirjaaminen turvaa tiedonkulkua.

(Hjerpe 2008.) Yksilövastuinen hoitotyö rakentuu laaja-alaiselle ammatilliselle osaamiselle sekä eettisille ja ammatillisten periaatteiden vaatimuksille. Omahahoitaja tarvitsee työskentelyn apuna monipuolista ja laajaa teoretietoa hoitotyöstä, jotta hän voi paneutua yksilöllisesti erilaisiin yhteistyösuhteisiin. (Munnukka 1993.)

Tehtäväkeskeisessä hoitotyössä potilaiden elämäntilanteet jäävät huomioimatta. Potilas on hoitotyön kohde ja keskeisessä asemassa ovat erilaiset hoitotyön tehtävät. Tekniikkaan keskitytään liiallisesti. Kontaktit potilaaseen ovat vaihtuvia ja tekninen ajattelu saattaa siirtyä myös potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Esimerkiksi, kun on laadittu luetteloita siitä, miten tiettyä sairautta sairastavaa potilasta hoidetaan ja ohjataan, häntä hoidetaan ja ohjataan täsmällisesti ohjeen mukaisesti olosuhteista riippumatta. Tehtäväkeskeistä hoitotyötä alettiin kritisoida jo 1970-luvulla ja samoihin aikoihin on lähtenyt suuntaus ja pyrkimys kehittää hoitotyötä yksilöllisempään ja potilaslähtöisempään suuntaan. (Munnukka, 1993; Munnukka & Aalto, 2002.)

Työnjaon perusteina voi olla tehtäväkeskeisyyden sijaan myös ryhmätyö tai tiimityö. Ryhmätyössä tehtävät on jaettu ryhmän kesken ja jokainen vastaa omasta suorituksestaan. Kyseinen ryhmä vastaa esimerkiksi tiettyjen huoneiden potilaista tai omasta moduulistaan. Tiimityössä jokainen on omien töidensä lisäksi vastuussa koko tiimin aikaansaannoksista ja lopputulos varmistetaan yhteisvastuun avulla. Ryhmä- ja tiimityö voidaan nähdä askelina kohti yksilövastuista hoitotyötä, missä tehtävät jaetaan kuitenkin potilaiden mukaan. Näitä eri työnjakomalleja voidaan käyttää myös yhdessä. Tiimityö yhdistettynä yksilövastuiseen hoitotyöhön voi ehkäistä hoitajien uupumista, koska silloin hoitajan ei tarvitse yksin vastata potilaistaan vaan saa tukea omille ratkaisuilleen tiimin muilta jäseniltä. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012.)

Humanistisen ajattelutavan siirtyessä sairaanhoitoon ja hoitotieteen kehittyessä, tehtäväkeskeisen hoitotyön vastineeksi tuli koko ihmisen hoitaminen. Suomeen yksilövastuinen hoitotyö levisi 1980-luvulla ja esimerkiksi Suomen sairaanhoitajaliitto asetti tavoitteekseen, että vuoteen 2000 mennessä sairaanhoitajat toimisivat yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. (Kovanen 2010.)

Yksilövastuinen hoitotyö voidaan ymmärtää joko työnjakomallina tai sillä voidaan viitata hoitofilosofiaan, jolla korostetaan hoidon laatua ja periaatteita kuten esimerkiksi potilaan yksilöllisyyden huomioon ottamista. Yksilövastuinen hoitotyö koostuu yksilöl-

lisestä vastuusta ja päätöksenteosta, päivittäisen potilaskohtaisen hoidon toteuttamisesta sekä yhden ihmisen vastuullisuudesta hoitoyksikön potilaasta ja hoidon laadusta kahdenkymmenen neljän tunnin ajan, seitsemänä päivänä viikossa. (Hjerppe 2008.)

Yksilövastuisen hoitotyön keskeiset periaatteet ovat vastuullisuus, autonomia eli itsenäisyys, koordinointi, kattavuus ja jatkuvuus (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012). Yksilövastuisessa hoitotyössä nämä periaatteet ovat hoitotyön käytännön tavoitteina ja työntekoa ohjaavina tekijöinä, vaikka niitä kaikkia ei saavutettaisikaan täydellisesti (Hjerppe 2008).

Vastuullisuus on yksilövastuisen hoitotyön keskeisin elementti, sillä se erottaa yksilövastuisen hoitotyön mallin muista hoitotyön malleista. Omahoitaja on henkilökohtaisesti vastuussa potilaalle ja hänen omaisilleen sekä toisaalta myös muulle henkilökunnalle ja organisaatiolle siitä, että hän toimii ammattinsa vaatimusten mukaisesti. Lisäksi vastuullisuuteen kuuluu lainsäädännön noudattaminen. Autonomia yksilövastuisessa hoitotyössä antaa omahoitajalle valtuudet tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ja toimia niiden mukaisesti. Koordinoidessaan hoitotyötä johdonmukaisesti omahoitaja varmistaa, että potilaan hoitoon osallistuvilla henkilöillä on potilaasta ja hänen hoidostaan yhteiset tiedot, suunnitelma ja käsitys. Raskain vastuu koordinoinnista jää omahoitajalle, vaikka koordinaatio onkin jokaisen hoitotyöntekijän velvollisuus. Kattavuutta ja jatkuvuutta voidaan kutsua myös kokonaihoidoksi, jolloin potilaan tarpeet tulee huomioitua kokonaisvaltaisesti tietyn ajanjakson ajan, esimerkiksi kyseisen työvuoron aikana. (Hjerppe 2008.)

Yksilövastuisen hoitotyön ja siten myös omahoitajuuden tarkoitus on taata potilaalle korkealaatuinen hoito. Yksilöllisen hoidon lähtökohtana on, että hoitajalla on mahdollisimman hyvä tuntemus muistisairaasta ihmisestä ja hänen elämänsä historiastaan. Hoidolle asetetaan yksilölliset, selkeät ja konkreettiset tavoitteet, joilla tähdätään toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseen tai ylläpitämiseen. (Koponen & Vataja 2015.) Omahoitajuus on keino toteuttaa potilaslähtöiset tavoitteet ja periaatteet käytännössä (Munnukka & Aalto 2002).

Muistisairas hyötyy omahoitajuudesta, koska potilaan elämäntapoihin ja –historiaan, lähipiiriin ja terveydentilaan hyvin perehtynyt tuttu hoitaja luo turvallisuuden tunnetta (Lotvonen, Rosenvall & Nukari 2013). Tilannetta arvioidaan säännöllisin väliajoin.

Muistisairaalla tulee olla jatkuvasti ajantasainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, johon on kirjattuna potilaan tarpeet ja voimavarat, hoidon tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Näin hoitoa voidaan antaa yksilöllisesti muistisairaalle elämänlaatua ja toimintakykyä tukien (Koponen & Vataja, 2015).

Yksilövastuinen hoitotyö on potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen, yhteistyösuhde, jossa molemmat työskentelevät potilaan terveyden edistämiseksi. Yhteistyösuhteessa potilas on keskeisessä asemassa omassa hoidossaan ja sitä koskevassa päätöksenteossa ja hoitaja on potilaan tukija, joka tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön oman henkilökohtaisen ammatillisuutensa. Ammatillinen toiminta edellyttää vastuullisuutta, itsenäisyyttä, luovuutta, vapautta, laadukasta hoitotyön toteutusta sekä kärsimyksen ja keskeneräisyyden sietämistä. Ammatillisessa yhteistyösuhteessa tähdätään potilaan yksilölliseen auttamiseen. Yhteistyösuhteessa potilas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Tämä yhteistyö edellyttää aikaa ja jatkuvuutta. (Munnukka 1993.)

Asiakkaan voidaan katsoa olevan oikeassa omissa ratkaisuissaan, koska hän on oman elämänsä paras asiantuntija. Potilaslähtöisessä toimintatavassa otetaan huomioon potilaan mielipiteet, annetaan potilaalle valtaa vaikuttaa terveytensä edistämiseen ja tuetaan potilasta päätöksenteossa ja vastuun ottamisessa. Tämä edistää potilaan elämän hallinnan tunnetta ja vähentää myös riippuvuutta hoitajasta. Jos potilas ei ole kykenevä tekemään päätöksiä ja valintoja, tekee valinnat joku toinen. Potilas voi olla kykenemätön päätöksentekoon ollessaan esimerkiksi syvästi dementoitunut. Potilaan puolesta päätöksiä voi tehdä omainen, lääkäri tai hoitaja. Omainen tuntee potilaan arvomaailman parhaiten ja pystyy näin myös arvioimaan, mikä saattaisi olla potilaan henkilökohtainen mielipide kyseisessä asiassa. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012.)

### **3.5 Toiminnanhallinnan käsikirja**

Toiminnanhallinnan käsikirja tarkoittaa tämän opinnäytetyön yhteydessä Tampereen kaupungin erään sairaalan omaa sähköisessä muodossa olevaa perehdytysopasta, joka löytyy sairaalan intranet-sivusto Lorasta. Käsikirja sisältää jokaisen osaston itse sivustolle lataamat sisällöt. Sisältö voi koostua osaston esittelystä, päiväohjelmasta, hoitohenkilökunnan tehtävien jaosta sekä muista osaston omista erityisohjeista. Käsikirja

sisältää myös koko sairaalan yhteisiä ohjeistuksia. Käsikirjan on tarkoitus palvella hoitohenkilökuntaa tiedon lisäämisessä ja yhtenä perehdytysvälineenä (Loora, 2015).

Henkilöstön määrän on oltava riittävä, jos halutaan että hoitotyö on laadukasta (Valvira, 2012). Lisäksi henkilöstön osaamiseen, työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota. Henkilöstömitoitukseen vaikuttavat asiakkaiden avun tarve ja toimintakyky ja esimerkiksi käytösoireisten dementikkojen hoito vaatii erityisosaamista. Henkilöstön poissaolo tulee pystyä korvaamaan sijaisilla tai sijoittamalla jo olemassa olevaa hoitohenkilökuntaa toimipisteestä toiseen tarpeen vaatiessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Opinnäytetyön työympäristönä olevassa sairaalassa hoitohenkilökunta siirtyy usein sijaistamaan toiselle osastolle, mikäli kyseisellä osastolla on vajetta henkilöstömitoituksessa. Koska osastojen profiilit ja potilasaines vaihtelevat hyvinkin paljon, on uuden osaston toimintatapojen ja hoitotyön erityispiirteiden hallitseminen välillä haastavaa. Sähköisessä muodossa oleva perehdytysopas on helpommin kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla verrattuna aikaisempiin paperisiin perehdytyskansioihin. Suullisen perehdytyksen lisäksi myös kirjallisesta tai sähköisestä materiaalista on hyötyä. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012.)

### **3.5.1 Perehdytys**

Perehdytys on yksi keino kehittää ja ylläpitää hoitohenkilökunnan osaamista. Potilasturvallisuus, hoitotyön laatu ja hoitohenkilökunnan osaaminen parantuvat tehokkaalla ja suunnitelmallisella perehdyttämällä (Lahti 2008). Työturvallisuuslaki (2002) velvoittaa työnantajan perehdyttämään työntekijänsä. Työntekijän tulee olla perillä työpaikan oloista, työn suorittamisesta oikein sekä työhön mahdollisesti liittyvistä terveysvaaroista. Työntekijä saa tietoa myös turvallisen työskentelyn edellytyksistä, mikä vähentää turvallisuusriskejä. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012.)

Perehdyttäminen on muutakin kuin lainsäädännöllisten velvoitteiden täyttämistä. Perehdyttäminen kuuluu osana henkilöstön kehittämiseen, johtamiseen ja esimiestyöhön ja sen tavoitteena on antaa työntekijälle tai opiskelijalle selkeä kuva hänen työtehtävistään, koko organisaatiosta ja organisaation toimintaperiaatteista. (Liski, Horn & Villanen

2007.) Perehdyttäminen on prosessi joka alkaa siitä kun uusi työntekijä tai opiskelija tulee taloon, ja päättyy vasta työsuhteen tai harjoittelun päättyessä. Perehdyttämiseen osallistuu itse perehtyjän lisäksi esimies, nimetty perehdyttäjä ja toisaalta koko työyhteisö. (Lahti 2008.)

Perehdyttäminen koskee uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden lisäksi myös vanhoja, jo pitempään organisaatiossa työskennelleitä työntekijöitä, jotka tarvitsevat perehdytystä työtehtävien muuttuessa (Lahti 2008). Perehdyttäminen on jatkuvaa toimintaa jolla lisätään henkilökunnan tietoa ja osaamista työtehtävien muuttuessa ja osaamisvaatimusten laajentuessa (Työterveyslaitos 2011).

Uuden henkilökunnan perehdyttäminen edesauttaa osaamisen ja palveluiden laadun säilymistä. Hyvä perehdytys ja ensivaikutelma lisäävät työmotivaatiota ja kiinnostusta alaa kohtaan. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012). Työntekijän oma henkilökohtainen osaaminen tulee esiin perehdytyksen yhteydessä (Lahti 2008). Esimies saa perehdytyksen avulla paremman kuvan työntekijän kyvyistä ja taidoista ja pystyy valtuuttamaan työntekijän juuri hänelle sopiviin töihin. Työongelmien ratkaisuun käytettävää aikaa säästyy sekä itse työntekijältä, esimieheltä että muilta työyhteisön jäseniltä. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012.) Tehokkaalla alkuperehdytyksellä saadaan uusi työntekijä myös nopeammin osaksi työyhteisöä (Työterveyslaitos 2011).

Huono perehdyttäminen tulee organisaatiolle kalliiksi ja ilmenee palveluiden laadun huononemisenä, materiaalihävikkinä, tapaturmina, onnettomuuksina, poissaoloina sekä työntekijöiden vaihtuvuutena. Syntyneiden virheiden korjaaminen kuluttaa resursseja ja aiheuttaa näin lisäkustannuksia. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012.)

Vakinainen työsuhde vaatii laajemman perehdyttämisen, kuin lyhyt työsuhde. Lyhyissä työsuhteissa ei ole tarkoituksenmukaista perehdyttää työntekijää syvällisesti kaikkiin organisaation toimintoihin. Tärkeintä on käydä läpi vain välttämättömät työsuhteasiat (esimerkiksi työaika, poissaolot, tauot ja tilat) ja työnopastus tiivistettynä. Työntekijöitä siirretään usein myös organisaation sisällä työyksiköistä ja työtehtävistä toiseen. Tuolloin perehdytyksestä voidaan jättää pois organisaatioon liittyvä osuus ja sisällyttää perehdytykseen vain uuteen työtehtävään liittyvä työnopastus. (Liski, Horn & Villanen 2007.)



Perehdytyksen onnistumisessa on vastuu myös perehtyjällä itsellään. Perehtyjän on itsekään oltava aktiivinen, motivoitunut ja kiinnostunut (Liski, Horn & Villanen 2007). Työntekijöiden on oltava jatkuvasti valmiina sopeutumaan muutoksiin, oltava aloitteellisia ja otettava vastuu omasta oppimisestaan sekä ammattitaitojensa ylläpitämisestä (Lahti 2008).

### **3.5.2 Yksikön esittely**

Työelämätahona toimiva osasto on 28-paikkainen vanhuspsykiatrinen vuodeosasto (Tampereen kaupunki 2015). Osastolle potilaat tulevat pääosin psykiatrisesta sairaalasta vanhuspsykiatrian osastoilta, ryhmäkodeista, omalääkärin lähetteellä, geriatrisen poliklinikan tai kotikuntoutuksen lähettämänä, päivystysasemalta tai muista sairaaloista (Lankinen 2016).

Osasto kuuluu yleislääketieteen ja geriatrisen palvelulinjan alaisuuteen ja tarjoaa lyhytaikaista sairaalahoitoa muistisairauksien, päihdeongelmien ja alkoholidementian sekä vaikeiden käytösoireiden hoitoon. Osasto on suljettu, eli ovet ovat lukittuna ympärivuorokautisesti. (Lankinen & Tjurin 2015.) Osaston henkilökunta on erikoistunut haasteellisesti käyttäytyvien käytösoireisten muistisairaitten hoitoon (Tampereen kaupunki 2015; Lankinen 2016).

Tyypillisimpiä käytösoireita osaston potilailla ovat levottomuus, kuljeskelu, karkailu, sanallinen ja fyysinen aggressiivisuus, äänekkyyt, sotkeminen, epäluuloisuus ja harhaisuus, touhuilu, tavaroiden siirteleminen, epäsäännöllinen vuorokausirytm, seksuaalinen estottomuus, hoitokielteisyyt ja lääkekielteisyyt. Lisäksi potilailla voi olla oireina ahmimista ja esineiden syömistä tai ruokahaluttomuutta ja syömättömyyttä. (Lankinen & Tjurin 2015.)

Osaston potilaiden tavallisimpia psykiatrisia oireita ovat dementiaan liittyvän muistamattomuuden lisäksi psykoosioireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus ja käytösoireina ilmenevä vaeltelu ja aggressiivisuus. Osastolla toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä, joka toteutuu omahoitajuuden ja kuntouttavan yksilöllisen työotteen avulla. Jokaiselle potilaalle on nimetty omahoitaja (sekä korvaavat hoitajat), joka huolehtii hoitajakson ajan potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista yhdessä omaisten, lää-

kärin ja muun moniammatillisen henkilökunnan kanssa. (Tampereen kaupunki 2015; Lankinen 2016.)

Muistipotilaan ja omaisten kannalta on oleellista, että erilaiset palvelut selviytymisen tukemiseksi järjestyvät saumattomasti sairauden edetessä: oikeat palvelut, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan niin kotona kuin pitkäaikaishoidossakin (Muistisairaudet: Käypähoito-suositus 2010).

Lääkärin hyväksymällä läheteellä potilas tulee osastolle joko sovitusti tai akuutisti. Potilaan saapuessa osastolle, hoitaja ottaa hänet vastaan ja lääkäri tapaa potilaan. Potilaalle nimetään omahoitaja. Vastaanottava hoitaja tekee yhdessä lääkärin kanssa potilaasta alustavan hoitosuunnitelman, jota päivitetään tarvittaessa päivittäin hoidon edetessä. (Lankinen 2016.)

Osastolla ollessa sekä potilaan psyykkistä että fyysistä tilaa selvitetään ja arvioidaan. Myös lääkehoitoa ja sen vaikuttavuutta seurataan. Lääkärin määräysten mukaisesti potilaalle voidaan suorittaa erilaisia mittauksia (esim. MMSE- muistitesti, erilaiset laboratoriotestit, verenpaineen ja verensokerin mittaukset, RAI-arviointi) ja tutkimuksia. (Lankinen 2016.)

Yleisimmin käytetty ja yksinkertaisin muistitesti on Mini-Mental State Examination (MMSE), jossa on 30 kysymystä orientaatiosta, muistista, päättelystä ja hahmotuksesta. Muistihäiriöitä voi aiheuttaa myös masennus, yleiskuntoa heikentävät sairaudet tai sopimaton lääkitys. (Muistiliitto 2015.) RAI on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä, jonka avulla arvioidaan iäkkään potilaan palvelutarvetta. RAI- arviointi tuo monipuolisesti näkyviin potilaan toimintakyvyn ja sekä voimavarat ja voimavaravajeet (THL 2015).

Tarvittaessa potilas tapaa myös fysioterapeutteja sekä sosiaalityöntekijää. Myös omaisten osallistuminen hoitoon on toivottavaa. Omahoitaja (tai korvaava hoitaja) huolehtii hoitojakson aikana potilaan hoitosuunnitelman suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista sekä päivittää suunnitelmaa aina tarvittaessa. Asianmukainen ja tarkka kirjaaminen edesauttaa tiedonkulkua ja hoidon jatkuvuutta. Hoidon aikana pidetään moniammatillinen palaveri, jossa potilaan asioita käsitellään tiimissä. Tiimiin kuuluu osaston hoitohenkilökuntaa, lääkäri, sosiaalityöntekijä sekä fysioterapeutti. Lisäksi potilaalle sovitaan

hoitoneuvottelu, jossa potilaan ja lääkärin lisäksi on mukana potilaan omahoitaja, omaiset, sosiaalityöntekijä sekä mahdollisesti myös henkilökuntaa jatkohoitopaikasta. Kotiin palaavan potilaan hoitoneuvotteluun voidaan kutsua hoitohenkilökuntaa esimerkiksi kotihoidosta. (Lankinen 2016.)

Osastolla tarjotaan potilaille virikkeitä ja toimintaa potilaan mielenkiinnon ja mahdollisuuksien mukaan. Potilailla on mahdollisuus osallistua askarteluun, kuntoutusryhmiin, viriketoimintaan (esim. tietovisat, yhteiset pelit), ulkoiluun ja musiikkiesityksiin (Lankinen 2016.) Muistisairaat hyötyvät merkittävästi heille järjestetystä toiminnasta, kuten musiikin kuuntelusta, laulusta ja liikunnasta, riippumatta siitä onko heidän muistisairautensa vaikeusaste lievä, keskivaikea tai vaikea (Topo ym. 2007).

Potilaat siirtyvät osastolta hoidon päättyessä joko kotiin tai jatkohoitoon. Kotiutuminen tapahtuu geriatrisen avokuntoutuksen tukemana. Jatkohoitoon potilaat siirtyvät joko ryhmäkoteihin tai johonkin muuhun sairaalaan. Hoitoajat osastolla ovat keskimäärin noin 4 - 6 viikkoa. (Lankinen 2016.)

### **3.6 Laadukas opas**

Oppaan kirjoittamisessa on huomioitava kohderyhmän tarpeet. Opasta suunniteltaessa tulee olla tietoinen kohderyhmän lähtötiedoista, jotta oppaan sisältö olisi lukijalle hyödyllistä ja informatiivista. Teksti kirjoitetaan aina kohderyhmän näkökulmasta ja siinä pyritään käyttämään kohderyhmän ymmärtämää kieltä ja sanastoa. Tekstissä ei tarvitse avata kaikkia käsitteitä, kun lukijana on ammattihenkilö. (Rentola 2006.)

Oppaalle on luotava selkeä rakenne ja etenemisen on oltava loogista. Tekstin pituuteen tulee kiinnittää huomiota, sillä liian pitkä teksti saattaa kadottaa lukijan mielenkiinnon kesken lukemisen. (Eloranta & Virkki 2011.)

Oppaan muodon ja ulkoasun tulee vastata kohderyhmän tarpeisiin. Siisti, helppolukuisen, tiivis ja johdonmukainen teksti houkuttelee lukemaan ja ylläpitää mielenkiintoa. Yksinkertainen ja selkeä fontti lisää luettavuutta. (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007.) Tuotoksen sisällössä tulee huomioida lähdekritiikki sekä tietojen oikeellisuus ja luotettavuus (Vilka & Airaksinen 2003).

## 4 TOTEUTUS

Opinnäytetyöni on tuotokseen painottuva. Tuotos on sähköinen perehdytysopas käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä. Tuotos sisällytetään Hatanpään sairaalan intranet-sivustolle toiminnanhallinnan käsikirjaan, josta se on organisaation henkilöstön löydettävissä ja luettavissa. Tuotosta voidaan hyödyntää työntekijöiden perehdytyksen lisäksi myös opiskelijoiden perehdytyksen välineenä.

### 4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Opinnäytetyö on olennainen osa ammattikorkeakoulututkintoa. Ammattikorkeakoulusta valmistuvalla on oltava riittävän hyvät tutkimus- ja kehittämistoiminnan valmiudet. Tätä voidaan kutsua riittävän lukeneisuuden ohella ammattikorkeakoulusivistykseksi. (Salonen 2013.)

Tuotoksellinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Yksi tärkeimmistä eroista, joka erottaa toiminnallisen opinnäytetyön muista menetelmistä on se, että toiminnallisessa opinnäytetyössä opiskelija tekee tuotoksen (esimerkiksi malli, opas, esite tai perehdytysohje) kun taas laadullisessa tai määrällisessä opinnäytetyössä tuloksena syntyy uutta tietoa yleensä tutkimusraportin muodossa (Salonen 2013).

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta, joita ovat toiminnallinen osuus eli produkti (= tuotos) ja prosessin dokumentointi eli opinnäytetyöraportti (Airaksinen 2009). Tuotos ja opinnäytetyön raportti yhdessä muodostavat arvioitavan kokonaisuuden (Pohjannoro & Tajjala 2009). Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tuloksena syntyy siis tuotos, joka sisältää uuden tiedon lisäksi esimerkiksi oppaan, joka on aikaisempia olemassa olevia oppaita parempi tai kokonaan uusi (Salonen 2013). Uutta tietoa on myös se muoto, johon opiskelija omalla persoonallisella tavalla tuotoksensa saattaa (Vilka & Airaksinen 2003).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei voi kokonaan unohtaa selvityksen tekemistä. Opinnäytetyön tulee olla tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja sen avulla opiskelija osoittaa hallitsevansa alan tietoja ja taitoja riittävällä tasolla. Raportoinnin on täytettävä tut-

kimusviestinnän vaatimukset. Vaatimuksiin katsotaan kuuluvan esimerkiksi lähteiden käyttö ja lähdemerkinnät, viitekehuksesta nousevat käsitteet, argumentointi, tiedon luotettavuus, tekstin asiatyyli ja johdonmukaisuus. (Vilka & Airaksinen 2003.) Opinnäytetyön tutkimuksellisuuden tavoiteltavina ominaisuuksina voidaan pitää perinpohjaisuutta, analyttisyyttä ja loogisuutta (Pohjannoro & Taijala 2009). Opinnäytetyön on lisäksi oltava työelämälähtöinen ja käytännönläheinen (Vilka & Airaksinen 2003).

Tuotettujen materiaalien ja käytettyjen aineistojen käsittelytavat ovat pääpiirteittäin samoja kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä, mutta toiminnallisen opinnäytetyön raportissa ne eivät ole yhtä perusteellisesti esiteltyjä eikä niiden käyttöä ole perusteltu. Esitteen on oltava kuitenkin riittävän selkeä ja sen on palveltava sekä tuotosta että arviointia. Analyysitavat on kuvattava huolellisesti, tarkasti ja luotettavasti, jotta ulkopuolinen taho pystyy arvioimaan kokonaisuutta. Arvioijan on siis pystyttävä jäljittämään riittäväällä tavalla koko opinnäytetyön prosessin vaiheet kohti tuotosta. (Salonen 2013.)

Tutkimustietoa kerätään tuotoksen ideointia sekä kehittelyä varten ja tuotos tuotetaan olemassa olevan teoreettisen tiedon avulla. Tuotoksen on aina tarkoitus tulla jonkin kohderyhmän käyttöön. Kun kohderyhmä on selkeästi tiedossa, se auttaa rajaamaan ja valitsemaan perustellut sisällöt kohderyhmän näkökulmasta. (Mäkinen 2015.) Kohderyhmä ja työelämätahon tarve tuotoksen muodosta vaikuttavat tuotoksen toteuttamistapaan (Airaksinen 2009; Mäkinen 2015). Jotta tuotos palvelisi kohderyhmää, on siinä huomioitava tuotoksen ulkoasu, luotettavuus ja konkreettisuus (Salonen 2013).

Opinnäytetyöhöni valikoin tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, koska työelämätahon toiveena oli konkreettinen opas, jonka materiaalia voidaan hyödyntää sairaalan intranetsivuilla ja perehdytyksen tukena. Tuotos on sähköisessä muodossa ja se on suunnattu sekä hoitotyön ammattilaisille että hoitotyön opiskelijoille. Tarkoituksen oli tuottaa perehdytysopas, jota työelämätaho voi sähköisen muodon ansiosta helposti päivittää myös jatkossa. Tuotoksesta voidaan ladata intranettiin organisaation työntekijöille suunnattu käytöshäiriöisen muistisairaalan hoitotyöstä informoiva osuus. Lisäksi tuotoksen materiaalia voidaan käyttää osastolle tulevien opiskelijoiden perehdytyksessä ja se voidaan lähettää sähköpostitse opiskelijalle ennen harjoittelun alkua.

## 4.2 Tuotoksen valmistaminen

Opinnäytetyöni tuotos on sähköisessä muodossa oleva perehdytysopas haasteellisesti käyttäytyvän käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä työelämätahona olevalla osastolla. Perehdytysoppaasta muodostui työn edetessä kaksi osaa. Henkilökunnalle tarkoitettu opas ladataan organisaation omille intranet-sivuille. Opiskelijoille tarkoitettua opasta taas säilytetään osastolla sähköisessä muodossa ja se voidaan lähettää sähköpostitse osastolle työharjoitteluun tuleville opiskelijoille enne harjoittelun alkua.

Oppaiden kieliasussa on pyritty ottamaan kohderyhmä huomioon. Kaikkia käsitteitä ei ollut tarpeen avata, koska lukijat ovat ammattihenkilöitä tai hoitoalan opiskelijoita, joille alan ammattislangi on entuudestaan tuttua (Rentola 2006). Henkilökunnalle tarkoitettun oppaan ulkoasua ei ole visuaalisesti muokattu, koska intranetin sisältöön ladattavat materiaalit ovat fonteiltaan ja asetuksiltaan samanlaisia. Opiskelijoille tarkoitettussa oppaassa kiinnitin huomiota siihen, että oppaasta löytyy kaikki tarvittavat asiat, jotka on hyvä olla opiskelijalla tiedossa jo ennen osastolle tuloa. Lisäksi halusin oppaan olevan selkeä, helposti luettavissa ja etenevän loogisesti. Oppaan johdonmukaisuus helpottaa lukemista (Eloranta & Virkki 2011).

Oppaiden sisällöt eroavat toisistaan sisällöllisesti. Hoitohenkilökunnalle toteutettu tuotos sisältää niukasti tietoa organisaatiosta. Tämä siksi, että organisaatiota koskevat yleiset ohjeet löytyvät intranetistä erikseen eikä ole näin tarpeellista sisällyttää tähän oppaaseen. Opinnäytetyöni tavoitteiden mukaisesti oppaan on tarkoitus lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä kyseisellä osastolla. Siksi opas sisältää tästä näkökulmasta osaston ja sen hoitoprosessin esittelyn, päiväohjelman, tietoa käytöshäiriöisestä muistisairaasta ja potilasturvallisuuden sekä työturvallisuuden huomioimisesta.

Opiskelijoille toteutettu opas sisältää enemmän opiskelijan näkökulmasta tarvittavaa tietoa. Oppaassa on osaston yhteystietojen lisäksi kuvattu osaston henkilökunnan rakennetta, opiskelijan oppimismahdollisuuksia osastolla, yksikön ja hoitoprosessin esittely sekä päiväohjelma. Lisäksi opiskelijan oppaassa kerrotaan muistisairauksista ja käytöshäiriöistä, yksilövastuisesta hoitotyöstä ja omahoitajuudesta sekä potilasturvallisuudesta. Opiskelijan oppaan on tarkoitus antaa opiskelijalle ennakoon tietoa osastosta ja siellä hoidettavista potilaista ja helpottaa näin perehdytystä sekä opiskelijan että ohjaa-

jan näkökulmasta. Hyvä perehdytys antaa myös osastosta positiivisen ja opiskelijamyönteisen kuvan.

Koska tuotokseni ovat sähköisessä muodossa, niitä on helppo päivittää. Olen tyytyväinen tuotoksieni sisältöön. Aluksi oppaita työstäessäni niissä oli vielä enemmän tietoa. Muokkasin ja tiivistin niitä, jotta ne olisivat lukijalle aikaisempaa helppolukuisempia. Liian pitkä teksti jää usein lukematta (Eloranta & Virkki 2011). Oppaiden sisältö ja ulkoasua hyväksytettiin työelämätaholla ennen julkaisua.

## 5 POHDINTA

### 5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekoon liittyy monia huomioon otettavia eettisiä periaatteita. Yksittäisen tutkijan omalla vastuulla on periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen. Tutkimuksen eettisten kriteerien täyttyminen vaatii, että tutkimuksenteossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015.)

Opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet hyvistä tieteellisistä käytännöistä. Näitä käytäntöjä noudattamalla tutkimuksen voidaan todeta olevan eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja uskottava. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat muun muassa tutkijan rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tiedonhankintamenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia ja viitata heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimus tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen kriteereiden mukaisesti. Lisäksi tutkijan tulee tutkimusta tehdessään kunnioittaa myös tekijänoikeuksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015.)

Opinnäytetyössäni ei ollut varsinaista tutkimuksellista osuutta. Olen kuitenkin pyrkinyt noudattamaan työtä tehdessäni hyvien tieteellisten käytäntöjen periaatteita. Tietoa olen hakenut sekä tieteellisestä kirjallisuudesta, tutkimuksista, laeista, internetlähteistä että työelämätaholta. Olen pyrkinyt kunnioittamaan tuotoksen tilannutta työelämätahoa koamalla tuotokseni perusteiksi sellaista tietoa, jonka koen olevan heille hyödyllisintä ja tutkittuun tietoon perustuvaa.

Lähteiden lukumäärä ei ole opinnäytetyön arvon kannalta merkityksellinen, vaan olennaisempaa on että lähteet ovat laadukkaita ja soveltuvat palvelemaan kyseistä työtä (Vilka & Airaksinen 2003). Opinnäytetyöhön löytyi laajasti lähdeaineistoa, mutta olen valikoinut työhöni soveltuvat lähteet harkiten ja kriittisesti. Lähteitä valitessani minulle oli tärkeää, että ne ovat ajantasaisia ja asiantuntevia. Lähteiden määrä ei ole opinnäytetyössäni ollut itsetarkoitus vaan olen keskittynyt lähteiden laadukkuuteen. Pääsääntöi-



sesti käyttämäni lähteet ovat alle kymmenen vuotta vanhoja. Lähdemerkinnät on pyrkinyt tekemään huolellisesti, tarkasti ja kunnioittaen muiden työtä ja välttääkseni luvaton- ta lainaamista eli plagiointia.

Olen tehnyt opinnäytetyötäni tunnollisesti, rehellisesti ja vahinkoja aiheuttamatta. Halusin tehdä työn aiheesta, joka kiinnosti minua ja josta on omalle työyksikölleni hyötyä. Työelämätahon yksityisyyttä suojelen sovitusti niin, ettei osastoa mainita työssä tarkas- ti. Osastonhoitajalta saadun materiaalin ja haastattelun yhteydessä olen kysynyt ja saa- nut luvan mainita hänet nimeltä lähteissä.

Opinnäytetyöni prosessin olen kuvannut avoimesti. Luotettavuutta lisätäkseni olen opinnäytetyötä tehdessäni tehnyt yhteistyötä työelämätahon kanssa. Työelämätahon edustajat tutustuivat työhöni sen edetessä ja hyväksyivät tuotokseni ennen sen julkaise- mista. Työelämän lisäksi olen hyödyntänyt prosessin aikana myös ohjaavaa opettajaa, opponenteja ja ulkopuolista lukijaa, jotka ovat kaikki antaneet hyviä neuvoja, palautetta ja kritiikkiä työn eri osa-alueista.

Opinnäytetyöni raporttia ja tuotosta tehdessäni olen pyrkinyt puolueettomuuteen. Tie- dostin, että vuosia kestänyt työskentelyni työelämätahona olleella osastolla voisi vaikut- taa jotenkin työn näkökulmaan. Siksi olen välttänyt omien mielipiteideni esiin tuomista ja koonnut teoriaosuuden ja tuotoksen tiedot luotettavista lähteistä. Vuosia haasteellises- ti ja aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita hoitaessani ovat hoitohenkilökunnan työtur- vallisuu-teen liittyvät asiat ja työturvallisuuden kehittäminen nousseet itselle aikaisem- paa tärkeämmiksi tekijöiksi. Tästä syystä halusin ottaa työhöni mukaan myös työturval- lisuuteen liittyviä seikkoja.

## **5.2 Opinnäytetyön prosessi**

Opinnäytetyön tekeminen lähti käyntiin opinnäytetyön orientaatiotunneilla keväällä 2015. Samanaikaisesti aloitin oman opinnäytetyöni aiheen pohtimisen. Aiheen valitse- misen koin hankalaksi, koska vaihtoehtoja ja kiinnostuksen kohteita oli paljon. Pohdin myös oman työpaikkani tarpeita ja mahdollisia kehittämiskohteita. Osastomme perehdy- tysmateriaali on ollut suppeaa ja työkokemukseni myötä olin havainnut, että osastol-

lemme tulleilla sijaisilla ja opiskelijoilla ei heidän kertomansa mukaan ollut käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä etukäteen riittävästi tietoa.

Samoihin aikoihin osastonhoitajien kokouksessa oli käyty läpi organisaation tavoitteita ja siellä oli nostettu esiin perehdytyksen suunnitelmallisuuden parantaminen sekä toiminnanhallinnan käsikirjan hyödyntäminen ja päivitys (Hoitotyön tavoitteita... 2015). Lähdin hahmottelemaan osaston perehdytysmateriaalin tarpeita ja puutteita ja päädyin sen seurauksena ehdottamaan aiheekseni perehdytysopasta käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä. Esitin aiheen osastonhoitajallemme joka koki sen hyödylliseksi.

Työelämäpalaverin ajankohta oli maaliskuussa 2015. Palaverissa oli itseni ja opinnäytetyötäni ohjaavan opettajan lisäksi työelämätahon edustajana osastonhoitaja Eija Lankinen. Työelämäpalaverissa tarkennettiin opinnäytetyön aihetta, otsikointia, sisältöä, kohdejoukkoa, opinnäytetyön menetelmää, työelämätahon tarpeita ja muita yksityiskohtia.

Kevään ja kesän aikana etsin tietoa opinnäytetyöni aihealueesta, hahmottelin opinnäytetyöni teoreettisia lähtökohtia ja tein alustavaa suunnitelmaa toteutuksen aikataulusta. Lisäksi keräsin opinnäytetyöhöni materiaalia, luin lähdeaineistoa sekä valmistelin opinnäytetyöni suunnitelmaa.

Elokuun suunnitelmaseminaarissa sain suunnitelmaani ja aiheeseeni liittyen korjausehdotuksia ja kehittämisideoita. Seminaarin jälkeen jatkoin suunnitelmani työstämistä ja korjaamista. Suunnitelmaani luetutin ohjaavalla opettajalla, opponenteillani sekä työelämän edustajalla. Samanaikaisesti suoritin opinnäytetyön kohdennetut metodiopinnot. Suunnitelma hyväksyttiin lopulta lokakuussa 2015 ja tutkimusluvan sain heti marraskuun alussa.

Tutkimusluvan saatuani lähdin kirjoittamaan varsinaista opinnäytetyön raporttia ja työstämään tuotostani. Lähdin luonnostelemaan raportin ja tuotoksen ensimmäisiä versioita. Luonnoksia muokkaamalla ja tarkistamalla, lähteitä ja lisätietoa kartuttamalla sekä ajan varaamisella itse kirjoitusprosessiin, alkoi työni kehittyä vaiheittain.

Osa opinnäytetyöni lähteistä tuli työelämätahon kautta esimerkiksi osastolla sovituista käytänteistä, osaston omista materiaaleista sekä osastonhoitajan haastattelun kautta. Suurinta osaa lähteistä edusti alan kirjallisuus, erilaiset tutkimukset sekä lait.

Kirjoitusprosessini eteni merkittävästi tammikuussa 2016. Helmikuun alussa olin saanut lähes jokaisen opinnäytetyön raportin osuuden kirjoitettua ja tuotoksen valmisteltua. Toimitin sekä raportin että tuotoksen luettavaksi ja arvioitavaksi työelämätahon edustajille helmikuussa. Lisäksi toimitin ne ohjaavalle opettajalle tarkastusta ja opinnäytetyön ohjausta varten. Lopullisen opinnäytetyön palautin maaliskuussa 2016 ja valmiin työn esitysseminaari oli huhtikuussa 2016. Valmiin opinnäytetyön raportin ja tuotoksen toimitin myös työelämätaholle ja esittelin sen työelämätahona olleen osaston henkilökunnalle osastotunnilla huhtikuun lopulla.

### **5.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset**

Käytöshäiriöisen muistisairaahan hoitotyöstä löytyy monenlaista tietoa useista eri lähteistä. Käytöshäiriöiden lievittämiseen ja hoitoon löytyy lääkehoidon lisäksi lukuisia eri keinoja erilaisista tutkimuksista ja suosituksista. Tietoa kerätessäni ja opasta tehdessäni päädyin siihen lopputulokseen, ettei mitään yksiselitteistä ratkaisua ole olemassa. Käytöshäiriöiset muistisairaavat potilaat tulee kohdata yhtäläillä yksilöllisesti ja tämä tarkoittaa sitä, että juuri kyseisen potilaan kanssa toimivat keinot eivät välttämättä auta toista potilasta. Erilaisten keinojen tietämys ja kokeilu helpottaa hoitajaa löytämään yksilöllisiä ja toimivia ratkaisuja oman potilaansa hoitotyötä suunniteltaessa ja toteuttaessa.

Opinnäytetyön prosessin aikana saavutin sekä opinnäytetyön raportille että tuotokselle asettamani tavoitteet. Oppaan vaikuttavuutta ei tämän aikataulun puitteissa ollut kuitenkaan mahdollista arvioida. Jatkoehdotuksena työyksikössä voitaisiinkin selvittää, minkälaista hyötyä sekä henkilökunta että opiskelijat ovat oppaasta saaneet. Olisi mielenkiintoista tietää, onko opas helpottanut uuden työntekijän siirtymistä käytöshäiriöisten muistisairaiden osastolle ja onko oppaasta ollut hyötyä hoitotyön toteuttamisessa. Myös opiskelijoiden mielipiteitä oppaan antamasta tiedosta ja tuesta harjoitteluun sekä perehdytykseen olisi myös hyvä arvioida.

## LÄHTEET

- Airaksinen, T. 2009. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Luettu 3.2.2016.  
<http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>
- Lankinen, E. Osastonhoitaja. 2016. Haastattelu. 22.1.2016. Haastattelija Vaskuu, S. Tampere.
- Lankinen, E. & Tjurin, N. 2015. Aggression ja väkivallan kohtaaminen. Luentomateriaali. Luettu 28.7.2015.
- Haipro. 2013. Luettu 7.9.2015.  
<http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>
- Helovuola, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 20.painos.
- Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Hoitotyön tavoitteita vuosille 2015-2016. Hatanpään sairaala. 2015. Tampereen kaupunki.
- Immonen, S. 2013. Ikääntyminen, alkoholi ja muisti. Suomen muistiasiantuntijat. Memo-lehti (4). Luettu 2.2.2016.  
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=172&issue=2013-04>
- Juva, K., Valvanne, J., Voutilainen, P. & Huusko, T. 2006. Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, Soininen H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Juva, K. & Eloniemi-Sulkava, U. 2015. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Koponen, H. & Vataja, R. 2015. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Koponen H, Saarela T. 2006. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, Soininen H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Koponen, H. 2010. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypähoito- suositus. Duodecim. Luettu 12.7.2015.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00524>
- Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

- Kovanen, O. 2010. Yksilövastuinen hoitotyö. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23537/YVHTont122010KovanenOuti.pdf?sequence=1>
- Käypähoito- suositus: Muistisairaudet. 2010. Luettu 8.9.2015.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lahti, T. 2008. Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. (toim.) Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki: Tammi.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.1.2012/980.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
- Liski, M., Horn, S. & Villanen, M. 2007. Hyvä perehdytys-opas. Kumppanuudella tuloksiin pk-yrityksissä. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Oppimateriaali. Lahti: Esa Print Oy. Luettu 3.2.2016.  
<http://www.lpt.fi/lamk/julkaisu/perehdyttamisopas.pdf>
- Lohtaja, S. & Kaihovirta-Rapo, M. 2007. Tehoa työelämän viestintään: puhu kuulijalle, kirjoita lukijalle. Helsinki: WSOYpro.
- Loora. Tampereen kaupungin sisäinen intranet. Toiminnahallinnan käsikirja. Luettu 27.8.2015.
- Loora. Tampereen kaupungin sisäinen intranet. Työtaturma-asiat. Luettu 27.8.2015.
- Lotvonen, H., Rosenvall, A. & Nukari, T. 2013. Muistisairaankuntouttava hoito. Muistisairaankuntouttava ympäri vuorokauden hoito. Omahoitaja. Duodecim. Luettu 8.9.2015.  
<http://www.terveysportti.fi>
- MAPA-Finland. 2012. Luettu 2.9.2015.  
<http://www.mapafinland.fi/toiminta>
- Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116.
- Muistiliitto. 2015. Muisti ja muistisairaudet. Luettu 18.8.2015.  
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani: näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.
- Mäkinen, T. 2015. Toiminnallinen opinnäytetyö. Luento. Kohdennetut metodiopinnot syksy 2015. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Perustuslaki. 11.6.1999/731.

Pohjannoro, H. & Taijala, B. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opettajakoulutuksen kehittämishanke. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Psykogeriatrisen osaston henkilökunta. 2015. Konsultaatiot.

Rentola, M. 2006. Hyvä opas. Teoksessa Jussila, R., Ojanen, E. & Tuominen, T. (toim.). Tieto kirjaksi. Saarijärvi.

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneessa kohtaamisessa. Gerontologia- lehden artikkeli. 4/2010.

Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 2011 (23), 46-56.

Salmela, P. 2014. Lääkkeet, päihteet ja muisti. Luento. Ikääntyneiden päihde- ja mielen-terveystyön verkosto 3.4.2014. Pirkanmaan A-klinikkasäätiö. Luettu 2.2.2016.  
<http://www.a-klinikka.fi/tiedostot/SalmelaPekka.pdf>

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

Sosiaali – ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Suomen muistiasiantuntijat. 2015. Etenevän muistisairauden esiintyvyys. Luettu 18.8.2015.  
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=eme>

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro – gradu-tutkielma.

Tampereen kaupunki. 2015. Terveys- ja sairaalapalvelut. Luettu 6.6.2015.  
<http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/terveys/sairaalahoito/psykogeriatria/osastok03.html>

THL. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus. Luettu 10.7.2015.  
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

THL. 2015. Ikääntyminen. Palvelujen ja hoidon laatu. Tietoa RAI-järjestelmästä. Luettu 29.1.2016.  
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Tilastokeskus. 2009. Hyvinvointikatsaus 3/2009. Naiset ja miehet työelämässä. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. Luettu 8.9.2015.

[http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-30\\_002.html](http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html)

Timlin, U. & Kyngäs, H. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 2008 (20), 182-191.

Topo, P. 2013. Autonomia on arkinen asia. *Suomen muistiasiantuntijat. Memo-lehti* (3). Luettu 2.2.2016.

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=69&issue=2012-03&lang=fi>

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Vaajakoski: Gummerus ja Stakes.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama asetus 1347/1991. Luettu 6.2.2016.

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Työterveyslaitos. 2011. Perehdytä hyvin. Luettu 8.9.2015.

<http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyo/osaaminen/perhehdytys/sivut/default.aspx>

Työturvallisuuskeskus. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Luettu 8.9.2015.

[http://www.ttk.fi/files/1660/Tyovakivallan\\_riskiammatit.pdf](http://www.ttk.fi/files/1660/Tyovakivallan_riskiammatit.pdf)

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738.

Valvira. 2012. Ikääntyneen hoito ja hoiva. Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto. Esitteet 7:2012.

Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, Soininen H. (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*. Helsinki: Duodecim.

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

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.









