

Immonen Seija-Riitta, Kurki Lea, Mutka Marjo

MUISTIHÄIRIÖISEN  
POTILAAN FYYSISEN  
HOITOYMPÄRISTÖN  
TURVALLISUUS  
OSASTOHOIDOSSA

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2010




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>				
<b>Tekijä(t)</b> Immonen Seija-Riitta, Kurki Lea ja Mutka Marjo	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Hoitotyön koulutusohjelma				
<b>Nimeke</b> Muistihäiriöisen potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuus					
<b>Tiivistelmä</b> <p>Ikääntyneen väestön määrä kasvaa. Vuonna 2026 joka neljäs suomalainen on 65-vuotias tai vanhempi. Erityisesti kasvaa hyvin iäkkäiden määrä ja 75 vuotta täyttäneiden määrän on ennustettu kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Vanhustenpalveluiden käyttäjät ovat tilapäisesti osastohoidossa esimerkiksi jonkun infektion seurauksena, pneumonia, virtsatieinfektio jne.</p> <p>Tässä opinnäytetyössämme keskitymme kapeana osa-alueena fyysisen hoitoympäristön tilojen turvallisuuteen henkilökunnan arvioimana. Fyysisen hoitoympäristöön kuuluvat, rakennettu ympäristö osastohoidossa ja teknologinen ympäristö, hoitolaitteet ja hälyttimet.</p> <p>Opinnäytetyömme tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta lyhytaikaisessa osastohoidossa sisätautiosastolla. Selvitimme, miten henkilökunta koki muistihäiriöisen potilaan hoitoympäristön turvallisuuden.</p> <p>Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Aiheemme toimeksiantajana on Itä-Savon sairaanhoitopiiri. Tutkimuksemme osallistui seitsemän hoitajaa sisätautiosastolta. Aineiston keräsimme avoimella kysymyksellä. Tutkimuksemme aineistoa analysoimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustuloksista kävi ilmi, että hoitajien mielestä muistihäiriöisten potilaiden fyysisen hoitoympäristön turvallisuus koostuu muistihäiriöisen potilaan hoitamisen haasteista, joita ovat hoitoympäristön uhat sekä fyysinen hoitoympäristöstö. Hoitoympäristön turvallisuus koettiin tärkeänä, hoitajien kuuluu luoda turvallisuuden tunne sekä huolehtia lääketurvallisuudesta.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat ovat tietoisia muistihäiriöisen potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuus tekijöistä. Tämänhetkiset realiteetit henkilökunnan mitoituksessa estävät joiltakin osin näitä turvallisuustekijöitä toteutumasta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää erikoissairaanhoidossa kartoittamalla henkilökunnan työtehtäviä ja mitoitusta, sekä peilaamalla niitä tämän tutkimuksen tuloksiin.</p>					
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> Muistihäiriö, lyhytaikainen osastohoito, fyysinen hoitoympäristö, turvallisuus					
<b>Sivumäärä</b> 37 s+ 8s	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>Kieli</b></td> <td style="width: 33%;"><b>URN</b></td> </tr> <tr> <td>Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Kieli</b>	<b>URN</b>	Suomi	
<b>Kieli</b>	<b>URN</b>				
Suomi					
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>					
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Helena Mikkonen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Itä-Savon sairaanhoitopiiri				

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>	
<b>Author(s)</b> Immonen Seija-Riitta, Kurki Lea ja Mutka Marjo		<b>Degree programme and option</b>	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> Safety of the physical nursing environment of a memory disordered patient			
<b>Abstract</b>			
<p>The number of aged population is growing. In the year 2026 every fourth Finn will be 65 years or older. Especially the number of geriatric population is growing. It has been prognosticated that by the year 2030 the number of people older than 75 years will have doubled. The users of geriatric services will need temporary department care e.g. due to an infection, pneumonia or a urinary tract infection .</p> <p>In this thesis we concentrate on the narrow sector of safety in the physical nursing environment and facilities based on evaluations given by the nursing staff. The physical nursing environment includes the built-up surroundings at the nursing department as well as the technology including the nursing equipment and alarm systems.</p> <p>The purpose of the survey in our thesis was to examine the safety of the physical nursing environment of patients suffering from a semi-severe or a severe memory disorder in short-term care at a medical ward. We surveyed how the ward staff experienced the safety of the nursing environment of a memory disordered patient.</p> <p>Our thesis is a qualitative research. The subject was assigned by the East-Savo Hospital District. Seven nurses from the medical ward participated in our study. The material was gathered by an open question form. The feedback was analysed by content analysis of the material.</p> <p>The research revealed that the nurses consider the safety of the physical nursing environment to consist of the challenges in the treatment of a memory disordered patient. The challenges arise from the nursing environment threats and the physical environment. The safety of the nursing environment was regarded as important; it is the responsibility of the nurses to create a sense of security and to take care of medical safety.</p> <p>According to the results of the study the nurses are aware of the safety factors in the physical nursing environment of a memory disordered patient. The present realities in the dimensioning of staff prevent to some degree the safety factors from realising. The results can be utilized in specialist medical care by specifying the work descriptions and the dimensioning of staff, and by assimilating them to the results of this thesis.</p>			
<b>Subject headings, (keywords)</b>			
Memory disorder, short-term department care, physical nursing environment, safety			
<b>Pages</b>	<b>Language</b>	<b>URN</b>	
	Finnish		
<b>Remarks, notes on appendices</b>			
<b>Tutor</b>		<b>Bachelor's thesis assigned by</b>	
Helena Mikkonen		East-Savo Hospital District	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	2
2	MUISTIHÄIRIÖ .....	4
2.1	Muisti on moniulotteinen järjestelmänä .....	4
2.2	Tavallisimmat muistihäiriösairaudet .....	4
2.3	Muistihäiriön jako vaikeusasteen mukaan .....	7
3	OSASTOHOITO .....	10
3.1	Osastohoito .....	10
3.2	Tutkittavan osaston esittely .....	10
3.3	Muistihäiriöisten potilaan osastohoidon haasteellisuus .....	11
3.4	Muistihäiriöpotilaan osastohoidon tarve sisätautiosastolla .....	12
4	MUISTIHÄIRIÖISEN POTILAAN FYYSISEN HOITOYMPÄRISTÖN TURVALLISUUS .....	13
4.1	Fyysisen hoitoympäristön turvallisuus .....	13
4.2	Muistihäiriöpotilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuustekijät .....	18
5	TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	19
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	19
6.1	Tutkimusmenetelmät .....	19
6.2	Aineiston keruu .....	20
6.3	Aineiston analyysi .....	21
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	25
7.1	Muistihäiriöisen potilaan hoitamisen haasteet .....	25
7.1.1	Hoitoympäristön uhat .....	25
7.1.2	Fyysinen ympäristö .....	28
7.2	Hoitoympäristön turvallisuus .....	29
7.2.1	Turvallisuuden tunteen luominen .....	29
7.2.2	Lääketurvallisuus .....	30
8	POHDINTA .....	30
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	30
8.2	Tutkimustulosten pohdinta .....	32
8.3	Tutkimustulosten tarkastelu .....	35
8.4	Jatkotutkimusaiheet .....	36

9 LÄHTEET ..... 37

## 1 JOHDANTO

Vanhustenpalveluiden käyttäjät ovat tilapäisesti osastohoidossa esimerkiksi jonkun infektion seurauksena, pneumonian, virtsatieinfektion jne. Tässä opinnäytetyössämme keskitymme kapeana osa-alueena fyysisen hoitoympäristön tilojen turvallisuuteen henkilökunnan arvioimana. Opinnäytetyömme tarkoitus on tutkia keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta lyhytaikaisessa osastohoidossa sisätautiosastolla. Tutkimme miten keskivaikeaa tai vaikeaa muistihäiriötä sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuus toteutuu, hoitohenkilökunnan arvioimana

Fyysiseen hoitoympäristöön kuuluu erilaisia ympäristöulottuvuuksia. Fyysiseen hoitoympäristöön kuuluu rakennettu ympäristö osastohoidossa ja teknologinen ympäristö, hoitolaitteet, hälyttimet. (Lyyra ym. 2007, 48.)

Tutkimusta ei voi kohdentaa suoraan potilaisiin, koska muistihäiriö johtaa henkisen suorituskyvyn enneaikaiseen heikentymiseen. Kysely tehdään hoitohenkilökunnalle luotettavien vastausten saamiseksi, koska **keskivaikeaa tai vaikeaa muistihäiriötä** sairastavien henkilöiden sairauden oireet estävät heitä itseään vastaamasta. Oireyhtymään kuuluu laajempi toimintakyvyn ja korkeampien aivotointojen heikentyminen. (Erkinjuntti ym. 2001, 54.)

Ikääntyneen väestön määrä kasvaa. Vuonna 2026 joka neljäs suomalainen on 65-vuotias tai vanhempi. Erityisesti kasvaa hyvin iäkkäiden määrä ja 75 vuotta täyttäneiden määrän on ennustettu kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Tavoitteeksi on asetettu, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Joka 12. 65 vuotta täyttänyt ja joka kolmas 85 vuotta täyttänyt on keskivaikeasti tai vaikeasti dementoitunut. (STM 2008.)

Vanhusten hoitotyön lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaiselle ikääntyneelle on turvattava arvokas vanhuus ja hyvä kohtelu. Palvelut on järjestettävä laadukkaasti asiakasta kunnioittaen ja arvostaen sekä varmistaen palveluiden vaikuttavuus ja taloudellisuus. Palveluita ohjaavat eettiset periaatteet. Eettisiä periaatteita vanhusten

hoidossa ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 12.)

Muistihäiriösairaudet ovat suuri haaste terveystaloukselle, koska ne lisäävät henkilökunnan palveluiden ja ohjauksen tarvetta. Väestön ikärakenteen muuttuessa myös muistihäiriöpotilaiden lukumäärä ja heidän osuutensa väestöstä kasvaa. Vuonna 2005 keksivaikeasti tai vaikeasti muistihäiriösairauteen sairastuneita ihmisiä oli noin 85 000 henkilöä. Joka vuosi yli 65-vuotiaista noin 13 200 sairastuu muistihäiriösairauteen. (Erkinjuntti ym. 2006, 23.)

**Keskivaikeaa muistihäiriötä** sairastavan potilaan on vaikea ilmaista itseään, puheen ilmaiseminen voi olla vaikeaa, hänellä ei ole paikantajua, ja hän voi eksyä tutussakin ympäristössä. Hänellä voi olla harhaluuloja, harhanäkyjä, sekä sekavuutta. **Vaikeaa muistihäiriötä** sairastavan puhuminen sekä puheen ymmärtäminen on hankalaa. Potilaalle tulee sanojen toistamista sekä erilaista ääntelyä. Uusien ja aiempien asioiden tapahtumien kulku unohtuvat. Potilas ei enää pysty tunnistamaan paikkaa, eikä hänellä ole ajantajua. Potilas ei tunnista enää tutujakaan kasvoja, kuten omien lapsien. Hän on täysin toisista riippuvainen. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 65 - 66).

Tutkimuksemme tavoitteena on tutkia keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriö sairautta sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta lyhytaikaisessa osastohoidossa sisätautiosastolla. Tutkimuksemme tarkoitus olisi auttaa sisätautiosastoa hoitotyön laadullisessa kehittämisessä. Osastohoidossa pystyttäisiin takaamaan laadukasta hoitoa **keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta** sairastavalle potilaalle. Laadukkaan hoidon perustana on riittävästi koulutettu henkilökunta, sekä hyvä fyysinen ympäristö (Ahoranta ym. 2001, 12.) Dementoituvalle potilaalle olisi turvattu hyvä hoito ja turvallinen hoito. Fyysisellä ympäristöllä pystytään vaikuttamaan potilaan turvallisuuteen. (Ahoranta ym. 2001, 11). Tarkoituksemme on etsiä vastauksia näihin kysymyksiin, jotta voitaisiin parantaa/ kehittää keskivaikeata tai vaikeata muistisairautta sairastavan potilaan osastohoidon laatua heidän siellä ollessaan.

## 2 MUISTIHÄIRIÖ

### 2.1 Muisti on moniulotteinen järjestelmänä

Muisti on yksi kognitiivisen eli tiedon käsittelyn sisältöön liittyvän toiminnan keskeisistä alueista. Muistin toiminta tapahtuu aivoissa. Muisti ei ole kuitenkaan yksi yksikkö jossakin tietyssä aivojen osassa, vaan se on monien erilaisten toimintojen rakennelma ja verkosto: erilaisia muistiin liittyviä tehtäviä hoitavat muistin osaset sijaitsevat eri puolilla aivoja. (Erkinjuntti 2007.)

Muistin luokitus perustuu toisaalta aikaan – lyhytkestoiseen ja pitkäkestoiseen muistiin – ja toisaalta siihen, onko muistaminen tietoista vai tapahtuuko se tiedostamatta, ikään kuin automaattisesti, kuten polkupyörällä ajaminen. Kun sen on kerran oppinut, taito säilyy muistissa läpi elämän. Myös muistettavien asioiden, tapahtumien, taitojen ja tapojen laadulla on oma tärkeä merkityksensä muistin osa-alueiden kannalta. Muistitietäminen säilytyspaikkana pidetään aivokuorta. Muistin toiminta edellyttää useiden aivoalueiden yhteistyötä. Muistijälkiä voidaan synnyttää lähes rajattomasti, pysyvien muistijälkien "arkistot" muodostavat kokemuksen. Tästä syystä vanhat aivot ovat monella tavoin nuoria, kokemattomia aivoja tehokkaammat. Muistijäljet piirtyvät aivojen hermoverkkoihin. (Erkinjuntti 2007.)

### 2.2 Tavallisimmat muistihäiriösairaudet

Muistihäiriösairaudella tarkoitetaan oireyhtymää, jonka aiheuttajana voivat olla useat eri etiologiset syyt tai toisistaan poikkeavat aivomuutokset. Keskeisimpinä ohimenevien muistihäiriösairauksien syinä pidetään aivoverenkiertohäiriöitä, epilepsiaa, lievää aivovammaa, lääkkeitä tai psyykkisiä syitä. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 48.) ”Ete-neviä muistihäiriön syitä ovat keskeiset dementiaan johtavat tilat, Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset eli vaskulaariset demensiat, Lewyn kappale dementia, frontotemporaaliset degeneraatiot, eli ne demensiasairaudet, jotka vaurioittavat erityisesti aivojen otsalohkoa”. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 50.)



Muistisairaus voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä. Hoidettavissa oleva tila saattaa johtua esimerkiksi jostain yleissairaudesta, masennuksesta, lisämunuaisen toiminnan häiriöstä, maksan tai munuaisen vajaatoiminnasta tai B-12 vitamiinin liian vähäisestä saamisesta. (Erkinjuntti ym. 2006, 38.)

**Alzheimerin tauti** on yleisin muistihäiriöön johtava etenevä muistisairaus, joka aiheuttaa 65–75 prosenttia keskivaikeista ja vaikeista muistisairauksista. Alzheimerin tauti on muistisairaus joka etenee vaiheittain, vaiheilla on omat tunnusomaiset piirteensä. Tauti kohdistuu aivoihin ja aivoja rappeuttava sairaus alkaa hitaasti ja etenee tasaisesti. Korkea ikä lisää riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. Suomalaisista 65 – 67-vuotiaista Alzheimerin tautia sairastaa kaksi prosenttia ja yli 85-vuotiaista jo 35 prosenttia. Alzheimerin taudin ensi oireita ovat uuden asian oppimisen vaikeus ja lähimustin huonontuminen. Asiat unohtuvat eivätkä jää mieleen. Sairauden ensimmäisiä oireita on vaikea tunnistaa. Potilas selittelee usein muistiongelmiaan tilapäisiksi ja merkityksettömiksi. Läheiset huomaavatkin helpommin sairastuneen käytöksessä muutoksia, jotka vaikeuttavat arkitoimista selviytymistä. Tyypillisiä, muistihäiriötä seuraavia, yksilöllisesti vaihtelevia oireita ovat toiminnan ohjauksen ongelmat, kielellisen ilmaisun vaikeudet, hahmottamisen häiriöt ja käytöshäiriöt. Uusilla lääkkeillä voidaan hidastaa taudin etenemistä siirtämällä oireita tuonnemmaksi ja näin parantaa sekä potilaan että omaisen elämänlaatua. (Erkinjuntti ym. 2006, 76 – 89.)

**Vaskulaarinen eli aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus** on toiseksi yleisin keskivaikean ja vaikean muistihäiriön syy. Esiintyvyys lisääntyy iän myötä, mutta miehet sairastuvat näihin muistisairauksiin jonkin verran naisia useammin. Sairauden etenemisnopeus on yleensä vaihteleva, ja vointi voi vaihdella päivästä riippuen. Verenkiertohäiriöstä johtuvat muistisairaudet voidaan jakaa useaan eri alatyyppiin sekä vaurioiden sijainnin että niiden syntymekanismien perusteella. Tavallisempia oireita ovat muistin heikkeneminen, toiminnan ohjaamisen häiriöt, liikkeiden hitaus ja jäähmeys, tasapaino- sekä kävelyvaikeudet, näkökentän puutokset ja hahmottamisen ongelmat sekä virtsan pidätyskyvyn heikkeneminen. (Erkinjuntti ym. 2006, 108 - 113.)

**Sekamuotoisessa muistihäiriössä** potilaalla on sekä Alzheimerin että vaskulaarisen muistihäiriön oireita ja löydöksiä. Oireistossa esiintyy kielellisen ilmaisun vaikeuksia ja hahmottamisen häiriöitä, liikkeiden jäykkyyttä, näkökenttäpuutoksia, virtsanpidä-

tyskyvyn heikkenemistä, toiminnan ohjaamisen häiriöitä sekä muistihäiriöitä. (Lup-sakko ym. 2005, 11.)

**Lewyn kappale -tauti** on kolmanneksi yleisin, mutta edellä mainittuja harvinaisempi tauti. Syytä Lewyn kappale- taudin puhkeamiseen ei tiedetä. Tauti on saanut nimensä aivojen kuorikerroksen alueella havaittavien mikroskooppisten pienten muutosten mukaan. Potilailla on usein Alzheimerin taudin kaltaisia muutoksia aivoissa ja siihen liitetään lisäksi muutamia Parkinsonin taudille tyypillisiä oireita. Oppimiskyky ja lähimuisti säilyvät tässä taudissa paremmin kuin Alzheimerin tautia sairastavilla, yleensä myös huumorintaju säilyy taudin edetessä. Oireet vaihtelevat vireystilasta riippuen. Tavallisimpia havaittavia ilmenemismuotoja ovat tarkkaavaisuuden ja vireystilan vaihtelut, loogisen ajattelun ongelmat, puheen tuottamisen vaikeudet, näköharhat ja harhaluulot, lihasten jäykkyys ja hitaus, lyhytkestoiset tajunnanmenetyskohtaukset ja kaatumiset sekä muistihäiriöt. (Erkinjuntti ym. 2006, 118 - 120.)

**Otsalohkorappeumiksi** sanotaan ryhmää sairauksia, jotka ovat luonteeltaan eteneviä. Sairaus on kaikista muistisairauksista harvinaisin ja alkaa 45 ja 65 ikävuoden välillä. Noin puolella sairastuneista löytyy lähisuvusta tautitapauksia. Alzheimerin tautiin verrattuna muistitoiminnot ja hahmotuskyky ovat säilyneet paremmin. Taudin oireet ilmenevät asteittain, ja ne etenevät persoonallisuuden sekä käyttäytymisen muutoksina. Arvostelukyky heikkenee, tunteet latistuvat, estot katoavat, ilmenee levottomuutta, apatiaa ja puhehäiriöitä (Erkinjuntti ym. 2006, 121 - 122.)

**Parkinsonin taudilla** tarkoitetaan sairautta, jonka kemialliset muutokset keskushermostossa tunnetaan, mutta ei tiedetä, mistä ne johtuvat. Aivoissa olevat tietyt hermosolut häviävät ilman tunnettua syytä, minkä seurauksena dopamiini, välittäjäaineen tuotanto vähenee. Parkinsonin tauti on hyvin yksilöllinen. Puolet sairastuu työikäisinä, yleensä potilas on 50 -70 vuoden ikäinen. Sairaus etenee yksilöllisesti ja muistihäiriö- ja tiedon käsittelyyn liittyvät ongelmat tulevat vasta sairauden myöhäisvaiheessa. Tavallisimpia oireita ovat vapina, liikkeiden hidastuminen ja lihasten jäykistyminen, käy-tösoireet sekä vireystilan vaihtelut. (Erkinjuntti ym. 2006, 124 - 125.)

Alkoholin pitkäaikainen jatkuva runsas käyttö ja humalajuominen aiheuttavat aivojen rakenteellisia muutoksia ja heikentävät älyllistä toimintakykyä, erityisesti muistia

(Erkinjuntti & Huovinen 2008, 26.) Alkoholisteilla esiintyy aivoatrofian pysyvää muutosta ja dementiaa. Alkoholinkäyttö lisää dementiaa aiheuttavia tauteja. Alkoholista sekundaarisesti dementiaa aiheuttavia tauteja ovat, wernicken tauti eli tiamiinin puutos-tila, pellagra eli tryptofaanin puutostila, Marchiafava-Bignamin tauti eli aivokurkiaisien nekroosi johtuen tiamiinin puutteesta sekä maksavaurioon liittyvä enkefalopatia, aivojen mangnaanipitoisuuden lisääntyminen. Sekundaarisesti dementiaa aiheuttaa myös aivovammat ja aivoverenkiertohäiriö. Primaarinen alkoholidementia on tila, jossa aivoihin kohdistuu suora toksinen vaikutus. Oireita ovat otsalohkon vauriosta johtuvat muistin heikentyminen ja persoonallisuusmuutokset. (Soinila ym. 2001, 511-516.)

Alkoholista aiheuttamien sairauksien oireisto on moninainen, erilaisia neurologisia oireita esiintyy taudinkuvasta riippuen. **Ataksia** ilmenee hapuiluna, hapanointina ja sillä tarkoitetaan tahdonalaisten lihasten keskushermostoperäistä yhteistoimintahäiriötä ilman halvausta. (Duodecim 2009a) **Polyneuropatia** on monihermosairaus; symmetrinen motoristen (liike-) ja sensoristen (aisti-) ääreishermostojen sairaus, oireina on lihasten heikkoutta ja tunteiden häiriötä. (Duodecim 2009b) Alkoholista **pikkuaivoatrofia** on yleisin alkoholista kävelyhäiriön syy ja tavallisempi kuin esim. merkittävä **polyneuropatia**. Oireisto kehittyy runsaan juomisen yhteydessä ja näkyy selvimminkin kävelyn aikana. Kävely on leveäraiteista. Suoraa viivaa pitkin käveleminen on vaikeaa. Kantapää-polvikokeessa ilmenee symmetrinen oskillaatio. Hidasjaksoinen alaraajavapina tulee esille, kun potilas on makuulla ja kohottaa alaraajansa sekä koukistaa polven 90° kulmaan. (Hillbom 2007, 1828 - 1829.)

### 2.3 Muistihäiriön jako vaikeusasteen mukaan

Dementia on yleisesti käytetty käsite, joka liitetään poikkeuksesta muistiongelmiin. Dementia on kuitenkin paljon muutakin kuin muistamattomuutta. Se on kokonainen oireyhtymä, jonka aiheuttaa elimellinen, aivoja vaurioittava sairaus. Dementia ilmenee siis yksilöllisesti ja moni-ilmeisesti riippuen siitä, missä kohtaa aivoissa vaurioittava sairaus pääsee tekemään tuhojaan. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 47; Sulkava ym.1993, 45.)

**Agnosia**, altistaa myös eksymiselle. Ympäristön hahmottamisen kyky voi heikentyä jo sairauden melko varhaisessa vaiheessa, erityisesti mieltä tai tunteita kuormittavissa

tilanteissa muistioireinen eksyy helposti tutussakin ympäristössä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 106.)

**Apraksia** merkitsee kätevyyden ja liikkeiden koordinoinnin vaikeutta. Liikkeiden kömpelyys ja matala askel aiheuttavat kaatumistaipumusta. Kiire ja muistisairaana kokemaa pakko vaikeuttavat suoriutumista. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 106.)

Kielelliset vaikeudet koostuvat useimmiten sekä puheen ymmärtämisen sekä tuottamisen ongelmista. **Afasian** vaikeusaste ei yksiselitteisesti ilmennä muistisairauden vaikeusastetta. Sanojen löytämisen vaikeus voi tulla oireena jo sairauden alkuvaiheessa. Potilaan itsetunto murenee, mikä voi myös hämmentää lisää muistisairautta sairastavan mieltä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 106.)

**Lievän muistihäiriön** alkuvaiheessa potilaan lähimuisti heikkenee, hänen aktiivisuutensa vähenee ja usein ilmenee myös masennusta. Vaikka työkyky ja sosiaalinen selviytyminen ovat merkittävästi heikentyneet, tallella on kyky elää itsenäisesti sekä kohtuullinen arvostelukyky. (Erkinjuntti.Terveysportti.2007.) Alkuvaihe kestää kolmesta seitsemään vuotta. Tilan hahmottamisen vaikeus korostuu epävarmuutena vieraassa ympäristössä ja potilas saattaa eksyä. Monimutkaiset arkitoimet kuten ruuanlaitto ja pankkiasiat hankaloituvat. Taudin edetessä lievää muistisairautta sairastava potilas vetäytyy harrastuksista ja sosiaalisista tilanteista. ( Erkinjuntti & Huovinen 2001, 64.)

**Keskivaikean muistihäiriön** keskivaiheessa potilaalle tapahtuu useita itsenäisen selviytymisen muutoksia, jotka vaikuttavat ratkaisevasti henkilön paikan tajuun ja hän eksyy jo tutussakin ympäristössä. Itsenäinen selviytyminen on vaarantunut, ja jonkinasteinen valvonta on tarpeen. Useimmiten autolla - ajokyky on heikentynyt. Oikeustoimi- ja testamenttikelpoisuus ovat rajoittuneet. (Erkinjuntti.Terveysportti.2007) Tilan hahmottaminen vaikeutuu entisestään. Potilaalla ilmenee harhanäkyjä, erilaisia sekavuustiloja, uni-valverytmi-häiriöitä sekä harhaluuloja. Potilaat ovat tässä sairauden vaiheessa vielä hyväkuntoisia ja liikuntakykyisiä. Kaikki tapahtuu potilaalle ikään kuin hidastetusti, kaikki toiminnot hidastuvat. Potilas ei enää pysty peittämään muistivaikeuksiaan. Kyky huolehtia itsestä on sattumanvaraista, ja vaaratilanteita tulee arkielämässä. Potilas tarvitsee säännöllistä ja toistuvaa ohjausta. Keskivaihe kestää kah-

desta neljään vuotta. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 65; Suomen dementiahoitoyhdistys ry; Sulkava ym. 1993, 16.)

**Toiminnanohjauksessa** keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa henkilöä hoidettaessa on lähtökohtana, että löydetään jäljellä olevat taidot ja kyvyt, joita voidaan käyttää hoitotilanteissa. Henkilön toiminnanohjauksen arviointi tehdään jokaisen kykyjen mukaan. Näin potilas tuntee, että hän saa tukea ja arvostusta ja tuntee, että on sosiaalisesti kykenevä vielä itsekin. (Ahonranta & Virolainen 2001, 12.) Toiminnanohjauksessa pyritään mahdollistamaan totutun elämäntyylin jatkaminen, kiinnostavien toimintojen tukeminen ja sosiaalisten suhteiden vahvistaminen. Tämä tarkoittaa keskivaikeassa vaiheessa senhetkisen omatoimisuuden tukemista, onnistumisen kokemusten luomista sekä itsetunnon, sosiaalisuhteiden ja omaishoitajien jaksamisen tukemista. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 178.) Vuorovaikutuksen ja ohjaamisen keinoina ei ole asianmukaista käyttää pelkkää sanallista selittämistä. Hoitajalta vaaditaan taitoa eläytyä muistisairaana eroavaan mutta mielenkiintoiseen ajatusmaailmaan, kykyä oivaltaa tilanteiden tunnesisällöt, empaattisuutta ja valmiuksia hienotunteiseen pulmatilanteiden ratkaisemiseen. Vuorovaikutuksessa voi käyttää täydentäviä sanattoman viestinnän keinoja, jotka vastaavat sopivalla tavalla potilaan kulloiseenkin tunnekokemukseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 105.)

**Vaikeassa muistihäiriössä**, henkilön päivittäiset toiminnot ovat siinä määrin heikentyneet, että jatkuva valvonta on tarpeen. (Erkinjuntti 2007; Terveysportti.) Sairauden loppuvaihe kestää yhdestä viiteen vuotta. Potilas tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Potilaan ulosteen ja virtsanpidätyksen säätely ei enää onnistu, vaan hänellä on käytössä vaipat. Kehon jäykkyys lisääntyy, kävelykyky heikkenee ja häviää myöhemmin kokonaan. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 16.) Potilas on usein sairauden tässä vaiheessa pysyvän laitoshoidon tarpeessa. Puhe on niin sekavaa, ettei siitä saa selvää tai potilas ei tuota puhetta ollenkaan. (Sulkava ym. 1993, 16.)

### **3 OSASTOHOITO**

#### **3.1 Osastohoito**

Laitosympäristössä tulisi ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Siihen tarvitaan kokeilua ja soveltamista ja keskustelua muistihäiriöisen potilaan lähettävän hoitolaitoksen tai omaisten kanssa. Tutusta ympäristöstä siirryttäessä osastohoitoon muistisairautta sairastavalta potilaalta vaaditaan paljon sopeutumista. Siirtymävaihe lyhytaikaiseen osastohoitoon on haaste selviytymiselle ja luo samalla riskejä, sekä turvallisuusongelmia. Turvallisuusongelmat pyritään poistamaan henkilökunnan aktiivisella ja kuuntelevalla työotteella. (Lyyra ym. 2007, 61 – 62.)

Laadukkaan hoidon edellytyksenä on koulutettu henkilökunta, riittävä henkilökuntamäärä, sekä selkeä työnjakomalli, joka voi olla yksilövastuinen tai modulaarinen. Henkilökunnan pysyvyys on tärkeää; olisi suotavaa, ettei henkilökunta vaihdu jatkuvasti. (Ahonranta & Virolainen 2001, 12.)

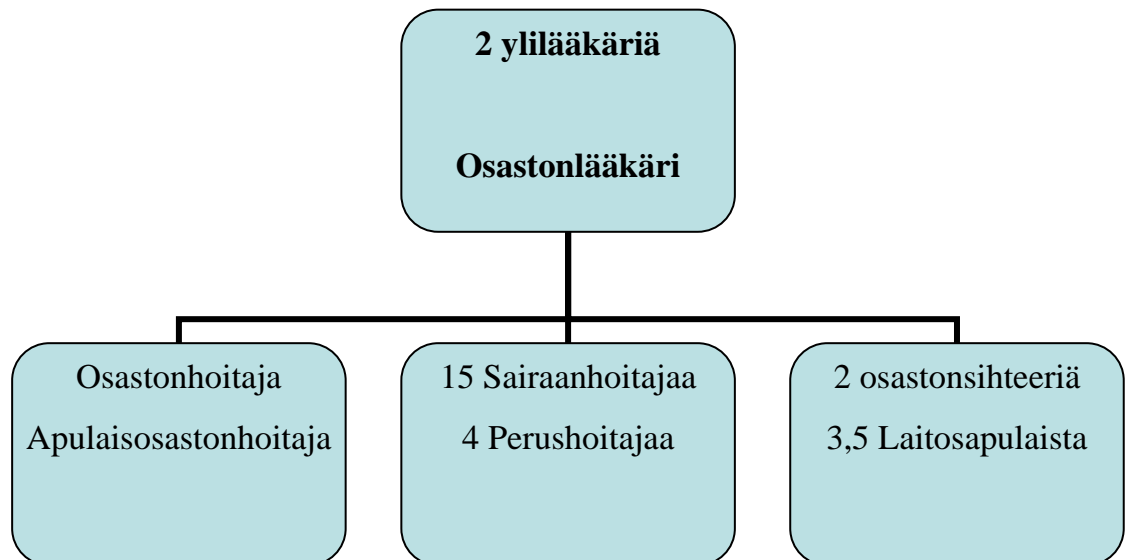
Hyvä osastohoito koostuu kolmesta eri osatekijästä; henkilökunnan määrästä ja laadusta, fyysisestä hoitoympäristöstä, turvallisuudesta sekä lääketieteellisestä palveluiden satavuudesta ja tasosta. (Huusko.2005.)

#### **3.2 Tutkittavan osaston esittely**

Itä-Savon sairaanhoitopiirin Intranetin mukaan” Tutkittavaa sisätautiosasto on toiminta – ajatus on tuottaa Itä – Savon sairaanhoitopiirin alueen väestölle laadukkaita tutkimus ja hoitopalveluita. Toiminnan tavoitteena on paras mahdollinen hyvinvointi ja terveydenedistäminen lääketieteen ja hoitotyön keinoin. Potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa korostuu yksilöllisyyden, omatoimisuuden ja jatkuvuuden periaatteet sekä rakentava yhteistyö eri ammattiryhmien kesken.”

Toiminnan kuvaus; Osastolla on 26 sairaansijaa. Potilaiden sairaudet kattavat laajalti sisätautien erikoisalalan. Tyypillisimmät hoidettavat potilaat ovat hematologisia ja infektiosairauksia sairastavat potilaat. Munuais- ja maksasairauksia, sydämen vajaatoim-

mintaa ja diabetesta sairastavat potilaat. Tyypillisimmin potilaat tulevat osastolle päivystyksen tai tarkkailuosaston kautta sekä poliklinikoilta. Elektiiivisesti osastolle tulevat potilaat ovat hematologisia syöpäpotilaita, jotka saavat solunsalpaajahoitoja.



**Kuva 1. Osaston henkilökunta rakenne**

### 3.3 Muistihäiriöisten potilaan osastohoidon haasteellisuus

Muistisairautta sairastavan henkilön kognitiivinen toimintakyky lyhytaikaisessa osastohoidossa on poikkeava omasta totutusta toimintaympäristöstä, sillä tavat, rutiinit ja toimintaympäristö poikkeavat totutusta. Päivittäiset rutiinit, tapahtumien samankaltaisuus ja selkeys sekä yksinkertaisesti ja luontevasti annetut orientaatioita tukevat viestit auttavat muistisairasta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 102 - 103.)

”Aune oli ollut elämänsä määrätietoinen ja itsenäinen nainen. Nyt vaikeasti dementoituneena sairaalassa hän saattoi lyödä tai purra hoitajia, jos he hoitotilanteissa kiireisesti ja napakasti tarttuivat häneen. Ilmeisesti hän koki suhtautumisen pelottavana ja loukkaavana. Vuodepotilaana, raajat jäykkänä ja laihana hän tunsikin myös kipua. Sinutelu ja lässyttely saivat hänet myös reagoimaan kielteisesti.” (Sulkava ym. 1993, 96.)

Muistihäiriösairauden keskivaiheessa tapahtuu potilaille monia oman itsenäisen selviytymisen muutoksia. Potilas ei tunne olevansa sairas, vaan hän on jossain omassa

onnellisessa maailmassaan. Hänen paikantajunsa huononee, ja hän eksyy jo tutussa ympäristössä. (Erkinjuntti ym. 2001, 65) **Keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta** sairastava henkilö viihtyy huonosti yksin. Hoidon laadun kannalta fyysisen ympäristön tuottama ilmapiiri on tärkeä. Fyysisen ympäristön ilmapiiriin vaikuttaa lyhytaikaisessa osastohoidossa hoitajan oma persoonallisuus, positiivinen elämänsäsenne, iloisuus ja huumorintaju, hyvä sekavuuden sekä erilaisuuden sietokyky. (Sulkava ym. 1993, 120 - 126.)

### 3.4 Muistihäiriöpotilaan osastohoidon tarve sisätautiosastolla

Lyhytaikaisella osastohoidolla tuetaan ikäihmisen kotona selviytymistä sekä kotona hoitavan omaisen jaksamista. Samalla pyritään ehkäisemään pysyvän laitoshoidontarvetta. Erikoissairaanhoidossa ei ole sovittuja hoitajaksoja, vaan osastolle tullaan yllättävän sairauden tuomana. Muistihäiriöisen potilaan riski jäädä laitoshoitoon akuutin sairastumisen jälkeen on muita suurempi. (Huusko. 2005.)

Muistihäiriö voi olla seurausta yleissairaudesta, aineenvaihdunnan häiriöistä tai psyykkisistä syistä sekä myös elimistön puutostiloista. Joskus muistihäiriön syynä voi olla lisämunuaisen toiminnan häiriö, maksan tai munuaisen vajaatoiminta, elektrolyytitasapainon häiriöt, veren natriumpitoisuuden vähäisyys tai sen tavallista pienempi glukoosipitoisuus. Muistin toiminnan kannalta olisi myös tärkeää, että potilas saa riittävästi B -12 vitamiinia, foolihappo ja B 1 vitamiinia (tiamiinin). (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 48 - 49.)

Sisätautipotilaalla on jokin oire tai sairaus, joka ei vaadi operatiivista eli leikkaushoitoa, vaan sitä hoidetaan konservatiivisesti eli aktiivisesti oireen poistamiseksi. Potilaalla voi olla esimerkiksi sepelvaltimotauti, akuutti virtsatieinfektio, dehydraatio eli kuivumistila, virtsaumpi, myyräkuume, puhjennut diabetes tai munuaisten vajaatoiminta. Sisätautipotilas siirtyy kirurgiseksi potilaaksi, jos hänellä on tarvetta leikkaushoitoon. Sisätautipotilaalle tehdään paljon tutkimuksia, ja tutkimuksiin valmisteleminen ja ohjaaminen on haasteellista keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriötä sairastavalle potilaalle. Sisätautipotilaan pääasiallinen hoitomuoto on lääkehoito, ja potilaalla voi olla useita sairauksia samanaikaisesti. Potilas voi sairastaa pitkäaikaista tai parantumattonta sairautta. ja hoitajakso sisätautiosastolla on yleensä pitkä, esim. 1 - 3 viikkoa.



(Iivanainen ym. 2006, 69 - 71.)

## 4 MUISTIHÄIRIÖISEN POTILAAN FYYSISEN HOITOYMPÄRISTÖN TURVALLISUUS

### 4.1 Fyysisen hoitoympäristön turvallisuus

Fyysisellä ympäristöllä on **keskivaikeaa ja vaikeaa sairastavalle** potilaalle suuri merkitys, koska hyvä fyysinen ympäristö tuo onnistumisen elämyksiä, luo positiivisen tunnelman ja tukee näin hänen selviytymistään mahdollisimman pitkään, esim. arkias-kareissa. (Dementiamaailma 2004, 36.)

Fyysinen ympäristö koostuu erilaisista materiaaleista, esimerkiksi vaatteista. Ympäristön eri osat, kuten melua aiheuttavat äänet, vaikuttavat positiivisesti tai negatiivisesti ihmisiin. Ihmisen oma lähiympäristö ensijaisreviiri, joka antaa mahdollisuuden yksilöllisyyteen. **Osaston** yhteisessä käytössä olevat tilat voidaan kokea toissijaisreviiriksi eli elinpiirinä, joka on julkinen tai puolijulkinen. (Ahonranta & Virolainen 2001, 14.) Keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastava ihminen saattaa kävellä taukoamatta, avata kaapin ovia, pakata tavaroita tai tehdä erilaisia paketteja, koska kokee ympärillä olevan maailman kaaoksena. Erilainen puuhailu kertoo potilaan aktiivisuudesta, jota hän purkaa näillä toiminnoilla. Potilas viihtyy valveilla ollessaan vähän huoneessaan, näin ollen yhden hengen huone ei ole välttämätön. (Sulkava ym. 1993. 85, 120.)

Potilasturvallisuuteen sisältyy hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus. Hyvä ammattitaitoinen hoitaja perehtyy turvallisuusasioihin työssään, perehtyy erilaisten laitteiden käyttöohjeisiin. Monesti potilas on täysin hoitajan vastuulla, jos ei itse kykene ilmaisemaan itseään. Hoitajan täytyy osata toimia oikein, jotta hoito olisi turvallista potilaalle. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 29.) Lääkkeiden, pesuaineiden, terävien esineiden ja jätteiden on hyvä olla lukitussa kaapissa. (Ahonranta & Virolainen 2001, 40).

Ammattimaisen käyttäjän on huolehdittava, että terveydenhuollon laite tai tarvike, jota hän käyttää työssään, on kunnossa. Laitteiden vaatimissa korjaus-, huolto- ja kalib-

rintitoimissa noudatetaan valmistajan antamia ohjeita. (Castren ym. 2009, 251.) Esimerkiksi tutkittavalla osastolla verensokerimittarit kalibroidaan joka perjantai iltavuorossa. Nesteensiirtovälineistön käyttö tulee jokaisen sairaanhoitajan hallita. Muistihäiriöisen potilaan näkee toisinaan repivän kanyylin ja erilaiset infuusioletkut irti tai jopa leikkaavan letkun saksilla poikki. Perifeerisen kanyylin valinta riippuu siirrettävän infuusion tarkoituksesta, tyypistä, potilaan suonen koosta ja kunnosta sekä kanyloijan taidoista. Sairaanhoitajan on aina varmistettava aseptinen työjärjestys nesteensiirtovälineitä käyttäessään. Hoitajan on tarkistettava ennen nesteensiirtoa, että nesteensiirtoletkujen jatko-osat ja hanojen kaikki osat ovat tulleet täyteen infuusionestettä ja ettei letkustossa ole ilmakuplia. Infusoidessa useita infuusioita samanaikaisesti käytetään kolmitiehanaa, joka liitetään aseptisesti nesteensiirtoletkustoon. Kolmitiehanan jokainen avoinna oleva suunta käydään liitettäessä läpi ja nesteen on täytettävä jokainen kohta jotta hanoista poistuu ilma. (Castren ym. 2009, 215 - 216.)

Sisätautiosastolla sairaanhoitaja käyttää myös infuusiopumppuja ja perfuusoreita. Infuusiopumpun avulla saadaan annosteltua infuusioliuos tarkkaan ja tasaisesti sekä eri nopeuksilla. Perfusorit on tarkoitettu pääasiallisesti i.v.-lääkityksen tarkkaan ja jatkuvaan annosteluun sekä epiduraaliseen kipulääkitykseen. Infuusiopumppuja ja perfuusoreja käytettäessä on oltava tarkkana aseptisesta työotteesta, lääkkeen laimentamisesta, annostuksen ohjelmoinnissa ja ilman poistamisesta letkustosta. (Castren ym. 2009, 217 - 218.)

Verivalmisteita ja siirtovälineitä käsitellään huolellisesti ja aseptisesti desinfioiduin käsin ja tehdaspuhtaita käsineitä käyttäen. Yhden potilaan verensiirtoon tarvittavia välineitä käsitellään kerrallaan sekaannuksien välttämiseksi. Verivalmisteiden infusointia varten tarvitaan vihreä kanyyli. Verivalmisteet infusoidaan aina omien verensiirtoon tarkoitettujen siirtolaitteiden kautta. Verensiirtoon tarkoitettussa infuusioletkustossa on suodatin, joka poistaa karkeimmat epäpuhtaudet. Mikäli saman siirtolaitteen kautta siirretään keskeytyksettä useampi yksikkö verivalmisteita, on suositeltavaa vaihtaa uusi siirtolaite kuuden tunnin välein. (Castren ym. 2009, 226 - 227.)

Osaston fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta, on myös se, että hoito on laadukasta. Henkilökunnan pysyvyys, ettei henkilökunta vaihdu jatkuvasti. (Ahonranta & Virolainen 2001, 12). Tässä opinnäytetyössämme keskitymme fyysisen hoitoympäristön turvallisuuteen henkilökunnan arvioimana. Ehkäisevänä toimenpiteenä on esim. yövalo,

jolla voidaan estää potilasta kaatumasta yöllä, satuttamasta itseään, tai wc:hen syttyvä valo öiseen aikaan. Pesutiloissa turvahanat tuovat turvallisuutta, ettei potilas polta ihoaan laittaessaan hanaa päälle. (Ahoranta & Virolainen 2001, 42 – 43.)

Muistisairautta sairastavan potilaan hyvä olo perustuu fyysiseen hoitoympäristöön, johon kuuluu hyvä turvallinen ympäristö. Ympäristön on oltava kodikas ja huomioitava potilaan yksilöllisyys. Osa hyvää hoitoympäristöä on yhteys luontoon. Osaston olisi oltava sopivan pieni, joka on noin kymmenen henkeä. Mahdollisimman vähäiset ärsykkeet muistisairautta sairastavalle potilaalle, esim. hoitoympäristö on rauhallinen tiloiltaan. Virikkeitä pitäisi olla sopivasti, niin että ympäristö olisi hyvä keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavalle potilaalle. (Ahoranta & Virolainen 2001, 19.)

Osaston fyysiseen hoitoympäristöön vaikuttaa paikan sijainti, koko, miten tilat on järjestetty, ympäristön muoto, miltä tilat näyttävät sekä miten tilat on sisustettu. Hoitoympäristön kokonaistunnelma on kokonaisuus, johon kuuluvat valaistus, seinäpinnat, lattiat, ikkunat, erilaiset huonekalut, esineet sekä se miten ne on laitettu esille. Hoitoympäristön lämpötilalla on myös merkitystä, samoin sillä millaisia laitteita siellä on, apuvälineiden tarve sekä hälytysjärjestelmän olemassaolo. Hyvän hoidon edellytys on hyvä fyysinen ympäristö, se on tavallaan hoitotyön kehys laadukkaalle hoidolle (Ahoranta & Virolainen 2001, 14.)

Keskivaikeaa sekä vaikeaa muistisairautta sairastavan potilaan on helpompi hahmottaa selkeä ympäristö. Ihmisen näkökyky huononee vanhetessa, ja iäkäs ihminen tarvitsee kolme kertaa enemmän valoa kuin nuori ihminen nähdäkseen selvästi. (Kotilainen ym. 2003, 14.) Muistisairaalle ihmiselle vuorokausirytmien merkitys on suuri. He tietävät, että päivällä on runsas valaistus, myös talviaikaan. Kesällä pimennysverhojen avulla saadaan aikaan yön pimeys. (Kotilainen ym. 2003, 11.) Voimakkaalla **valaistuksella** on olennainen merkitys. Auringonvalo tai keinovalo luo lämmön tunteen ja auttaa näkemään paremmin. Valolla on monia merkityksiä, esim. valo kutsuu luokseen. Hämärä ei yleensä kiinnosta samalla tavalla, koska pimeyttä ei huomaa.

**Valaistuksella** on iso merkitys hyvälle hoitoympäristölle ja tilan tunnelmaan. Valaistus auttaa näkemään paremmin ja antaa valoa, sekä luo varjoja, jotka tukevat hahmotamista. Valaistuksella on monia eri ominaisuuksia, kuten miten valo jakautuu tilassa, varjot, miten valo kohdistuu, valon eri värit, miten valo häikäisee. (Kotilainen ym.

2003, 33 – 34.) Valaistuksella voidaan korostaa haluttuja asioita. Heijastukset hankaloittavat näkemistä ja hahmottamista. Pintojen materiaali vaikuttaa myös heijastuksen syntymiseen. Valonlähteen sijainnilla on enemmän merkitystä, kuin tilan pintojen väriä. Häikäisy hankaloittaa tilan hahmottamista. (Kotilainen ym. 2003, 33 -34).

Luonnonvalo tulee monesti sivusuunnasta. Kirkasvalolamput on koettu myös positiivisella tavalla, se lisää myös turvallisuutta. Keinovalo tulee useimmin katosta, näin varjot syntyvät esineistä vain lattialle. (Kotilainen ym. 2003, 33 - 34.) Tuttujen kasvojen tunnistaminen voi olla hankalaa, sillä ylhäältä tuleva valo voi jättää kasvojen alaosan varjoon ja hahmottaminen vaikeutuu.

**Käytävät** voivat turhauttaa keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavaa potilasta varsinkin silloin, kun ovet ovat lukittuja. Dementoiva sairaus aiheuttaa yleensä pakonomaista kävelyä, siksi ympärillä pitäisi olla paljon tilaa ja houkuttelevia pysähtymiskohteita. Esimerkiksi huoneen oveen kiinnitetty tutunnäköinen esine helpottaisi huoneen löytämistä. (Kotilainen ym. 2003, 28 – 29.)

**Värit**, jotka miellyttävät kaikkein eniten muistihäiriösairautta sairastavia henkilöitä, ovat sininen, punainen ja vihreä. Ikääntyessä heikkenee sinisen ja vihreän värin näkeminen. Tummemmat värit eivät miellytä muistisairasta potilasta. Punainen ja keltainen väri ovat lämpimiä värejä ja saavatkin tilan tuntumaan lämpimältä. Kalusteiden ja eri pintamateriaalien väreihin pitäisi kiinnittää huomiota, koska keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaahan ihmisen hahmottamiskyky on heikentynyt. Valkoisten kalusteiden erottaminen vaaleapintaisesta seinästä on hankalaa. (Kotilainen ym. 2003, 23 – 24, 31.)

**Tilan muodot**, kuten lattian kuviointi eivät saa olla liian voimakkaita, ja suuria värieroja pitäisi välttää. Ne voivat aiheuttaa kaatumisvaaran. Jos halutaan, että ovenkahvat tai vetimet, valonkatkaisimet tai muut pienet halutut kohteet näkyvät, pitäisi käyttää erottuvaa väriä. Jos halutaan, että ne ovat piilossa, käytetään taustan vaaleaa väriä, tai peitetään ne. Kynnykset voivat aiheuttaa kaatumisia, joten niitä pitäisi välttää. Selkeyttä halutessa käytetään erottuvaa väriä. (Kotilainen ym. 2003, 31.)

**Kalusteiden** tulisi olla pestäviä ja tukevia; näin niistä on helppo nousta ylös. Teräviä kulmia pitäisi välttää esimerkiksi pöydässä. (Kotilainen ym. 2003, 31.) Kylpyhuonei-

den ja niiden kalusteiden, esimerkiksi hanojen, pitäisi olla iäkkäille helppokäyttöisiä. Kalusteiden sijoituksessa pitäisi ottaa huomioon potilaille soveltuvat mitoitus.

**Lämpötilan** pitäisi olla myös sopivan korkea, koska dementoituneet potilaat palelevat herkemmin ja tarvitsevat hieman lämpimämmät tilat. Lattialämmitys luo turvallisuutta, koska lattian kuivuessa nopeasti se ei ole liukas. (Kotilainen ym. 2003, 32.) Hyvin suunnitellulla **hygieniatilalla** helpotetaan henkilökunnan työn raskautta. Useimmat keski- ja vaikeasti muistisairaavat tarvitsevat apua hygienian hoidossa. Silloin on tärkeää, että kylpyhuone on riittävän tilava pyörätuolia käyttävälle potilaalle. (Kotilainen ym. 2003, 22.) Turvallinen peseytymistila kannustaa potilasta huolehtimaan puhtaudestaan mahdollisimman pitkään. Monelle dementoituneelle peseytyminen, kuten suihkussa tai kylvyssä käynti, on pelottava tapahtuma. Peseytymistilanteesta pitäisi tehdä mahdollisimman miellyttävä ja turvallinen tapahtuma. **Wc- ja pesutiloissa** kaiteet ovat tärkeitä turvallisuustekijät; potilas uskaltaa siirtyä, kun on kaiteita, joista voi ottaa kiinni. (Ahoranta & Virolainen 2001, 42.) Lattiapintojen pitäisi olla luistamattomia sekä kuivana että märkinä. Lattioiden kallistukset kylpyhuoneissa estävät vaaratilanteita, koska vesi valuu kaivoon. (Ahoranta & Virolainen 2001, 41.)

Vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan viimeisen vaiheen hoidossa korostuu vuodepotilaan ympäristökokemus. Potilaan tila-, paikka-, ja osastokokemus syntyy hyvästä perushoivasta, toisen henkilön läsnäolosta ja vuorovaikutuksesta. Vanhusasiakkaan **vuoteeseen** kasaantuu elämän viimeisessä vaiheessa paljon toimintoja ja kohtaamisia. Vuoteessa ei ainoastaan nukuta, vaan siinä ruokaillaan, hoidetaan henkilökohtaista hygieniaa, ulostetaan ja virtsataan ja osallistutaan sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Vuodetta pidetään potilaalle fyysisenä paikkana; hoitotilanteissa on merkitystä esim. vuoteen korkeudella potilaan siirtymätilanteissa, patjan sopivuudella kääntymisessä, vuodevaatteiden materiaalilla ja yksilöllisillä apuvälineillä asennon vaihdossa. Ergonomisesti hyvin muotoiltu vuode edistää kehon rentoutumista ja vaikuttaa unen laatuun. Potilaalle ei saa aiheutua vangitsemisen tunnetta, pelkoa putoamisesta, kehon puutumista tai painehaavaumia. (Lyyra ym. 2007, 62 - 63.)

**Apuvälineet** osaston hoitoympäristössä vaikuttavat keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavan terveyden hoitoon (Ahoranta & Virolainen 2001, 14). Kaatumisen estämiseksi apuna olisi hyvä olla esimerkiksi rollaattori. Jos potilas ei pysty enää kä-

velemään yksin, pitäisi häntä kävelyttää, jotta hänen kuntossa pysyisi yllä. (Sulkava ym. 1993, 132.)

## **Paloturvallisuus**

Rakentamivaiheessa otetaan huomioon mahdollisimman paloturvalliset materiaalit, myös uloskäyntien kohdalle tehdään määräysten mukaiset turvallisuusselvitykset. (Ympäristöministeriö, Rakentamismääräyskokoelma, Rakennusten paloturvallisuus E1, 2002). Palovaroitus- ja paloilmotusjärjestelmät tehdään määräysten mukaan. Sisustuksessa käytetään paloturvallisesta materiaalista valmistettuja materiaaleja, kuten verhoja, petivaatteita ja patjoja. Kaikissa sängyissä on paloturvalliset pelastuslakanat. Palovaroittimien kunto tarkastetaan säännöllisesti. (Ahoranta & Virolainen 2001, 43.)

### **4.2 Muistihäiriöpotilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuustekijät**

Turvallisuus syntyy jatkuvuudesta, muuttumattomuudesta ja tuttuudesta. Muistisairaalle itselle tutut rutiinit voivat lisätä hallinnan kokemusta ja tuoda turvallisuutta. Hoitajien ja hoitoyhteisön luotettavuus sekä turvallisuuden tunnetta lisäävä viestintä ovat tärkeitä elementtejä muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnin tukemisessa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 103.)

Sairastuminen vaikuttaa aisti- ja elintoimintojen hidastumiseen ja suorituskyvyn muutoksiin. Muutokset ovat kuitenkin yksilöllisiä. Osastohoitoon tulevan potilaan toimintakyky, vaikuttaa turvallisuuden tunteen kokemiseen. Ympäristön muutos puolestaan johtaa siihen, ettei muistamaton henkilö pysty toimimaan rationaalisesti, sillä hänen elinolosuhteensa ovat niin poikkeavat totutusta elinympäristöstä. Hän tulee pelokkaaksi ja varovaiseksi tai aggressiivinen käytös korostuu. (STM.2008)

## **5 TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksemme tavoitteena on tutkia keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriö sairautta sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta lyhytaikaisessa osastohoidossa sisätautiosastolla. Osasto on vanhusväestön palveluiden osasto ja erikoissairaanhoidon tasoinen. Tutkimuksen kohderyhmänä on valitun osaston hoitohenkilökunnasta hoitajat, jotka ovat työskennelleet yli vuoden osastolla. Kyselyyn vastataan anonymiminä jokainen omalla kyselylomakkeella. Tutkittavan hoitohenkilökunnan anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. ( liite 1 )

## **6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **6.1 Tutkimusmenetelmät**

Tutkimus toteutetaan kvalitatiivisin eli laadullisin menetelmin, koska sen avulla voidaan tutkia tutkimusongelmaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tosiasioita, eikä vain todentaa jo aiemmin sanottua tai kirjoitettua. (Hirsjärvi ym.1997, 161.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta. Teimme toiseen opintojaksoon kehittämishankkeen tutkittavalle osastolle hoitoympäristön turvallisuudesta keväällä 2009 ja saimme sieltä mielenkiintoisia vinkkejä liittyen osaston fyysiseen turvallisuuteen. (Hirsjärvi ym. 1997, 176 - 188.)

Laadullisen tutkimuksen etuna on se, että siinä tehdään havaintoja yksittäisistä asioista, mutta ne yhdistetään myöhemmin laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Laadullisen tutkimuksen etuna on myös se, että tutkittavia on yleensä vähän ja tutkimuksen tarkoituksena on perehtyä syvällisesti tutkittavaan ilmiöön. (Kylmä & Juvakka. 2007, 23 - 27.)

Tutkittava joukko on pieni, koska osastolta valitaan hoitajat, jotka ovat työskennelleet yli vuoden osastolla. Käytämme harkittua otantaa ja teemme tutkimuksen yhdelle sisätautiosastolle. Hyvä perusteellinen analyysi suppeasta tutkimuskohteesta ja selvästi

rajatusta tutkimusaineistosta on pääsääntöisesti parempi kuin raapaisu, jonka informaatioarvo jää vähäiseksi ja kiistanalaiseksi. (Helsingin yliopiston yleisen valtiopöytäkirjan. 2006.)

Käytimme tässä opinnäytetyössämme tapaustutkimusta, sillä tapaus voi olla yksittäinen ilmiö tai sairaala. Tapaustutkimukselle on luoteenomaista tutkia tapausta sen luoteenomaisessa ympäristössä. Valitsimme tähän opinnäytetyöhömmme intensiivimetodiksi taulukoinnin. Kuvassimme taulukoinnissa tarkasteltavien kategorioiden luonnin. Kuvauksemme asianmukaisuus liittyi kategorioidemme määrittelyymme. Pyrimme lisäämään opinnäytetyömme luettavuutta taulukoinnilla. Käytimme kategorioita lisäämään ymmärrystä tutkittaviin kysymyksiin ja yhtenäistämään teorian tutkittavaan ilmiöön. (Viitaniemi. 2005)

Tässä opinnäytetyössämme päädyimme laadulliseen tutkimusmenetelmään, sillä muistihäiriöisen potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta on tutkittu Suomessa vähän. Laadullinen tutkimus soveltuukin parhaiten alueille, joita on vähän tutkittu

Hyödynsimme tutkimuksessamme avointa kysymystä, koska se ei ehdota vastauksia vastaajalle vaan antaa vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hän itse mielessään ajattelee asiasta. Avomilla kysymyksillä voidaan myös osoittaa, mikä on keskeistä vastaajien ajattelussa ja asiaan liittyvien tunteiden voimakkuus. (Hirsjärvi ym.1997, 197.)

## **6.2 Aineiston keruu**

Suunnitelmavaiheen hyväksymisen jälkeen haimme kysely ja tutkimuslupaa Mikkelin ammattikorkeakoulun tutkimuspyyntöloimakkeella marraskuun alussa 2009. Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi laitoimme tutkimussuunnitelmamme. Tutkimuslupa saatiin viikossa Itä - Savon sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta. Otimme yhteyttä osasto 4A:n osastonhoitaja Päivi Junttaseen ja sovimme tekevämme kyselyn ennen joulua hänen kanssaan yhteistyössä. Kyselyyn vastaajat valittiin osastonhoitajan toimesta. Kyselyt olivat osastolla kaksi viikkoa.

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Menetelmiä voidaan käyt-



tää joko vaihtoehtoisesti tai rinta rinnan eri tavoin yhdistelemällä tutkimuksen ongelman mukaan. (Tuomi ym. 2009, 71.)

Tutkimusaineisto kerättiin yhdellä avoimella kysymyksellä tutkittavalta osastolta. Kysymyksenä ” Kuvaa keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysistä hoitoympäristöä osastollasi? ” Avoimet kysymykset sopivat hyvin aineistonkeruumenetelmäksi, koska vapaasti kirjoittaessaan tutkittavalla on mahdollisuus pohdita ja perustella omia näkemyksiään syvästi. Avointen kysymysten avulla tutkittava voi paljastaa omia syvempiä tunteitaan tutkittavasta asiasta ja päättää itse vastausajankohdan. (Soininen 1995.) Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä mieltä hän on todella tutkittavasta asiasta. Avoimet kysymykset tuottavat kuitenkin aineiston, joka voi olla sisällöltään kirjavaa ja luotettavuus voi kärsiä. (Hirsjärvi ym 1997, 176 - 197.)

Kysely määritellään sellaiseksi tutkimustavaksi, jossa tiedonantajat itse täyttävät heille esitetyn kyselylomakkeen valvotussa ryhmätilanteessa tai kotonaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73), meillä vastaajat täyttivät kysymyksemme työpaikallaan itse valitsemassaan paikassa. Avoimen kyselyn lähettäjä olettaa, että vastaajat kykenevät ja haluavat ilmaista itseään tarkoittamallaan tavalla kirjallisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Tutkittavan osaston osastonhoitaja jakoi kysymyslomakkeet henkilökunnalleen. Kyselylomakkeita viedessämme keskustelimme osastonhoitajan kanssa, ja hän halusi tehdä vielä itse valinnat vastaajista. Tällä varmistettiin tutkittavien hoitohenkilökunnan jäsenten riittävän pitkä työskentelyaika tutkittavalla osastolla. Osastonhoitaja antoi lomakkeet kymmenelle sairaanhoitajalle, joista seitsemän osallistui tutkimukseemme ja yksi palautti tyhjän lomakkeen.

### **6.3 Aineiston analyysi**

Tutkimukseen osallistui seitsemän sairaanhoitajaa, jotka vastasivat avoimeen kysymykseen, yksi vastaajista palautti tyhjän lomakkeen. Vastaukset litteroitiin sanatarkasti. Litteroinnilla tarkoitetaan haastattelun tai vastausten puhtaaksi kirjoittamista. Litterointivaiheessa oli mahdollista tutustua ensimmäisen kerran aineistoon ja aloittaa alustava analyysi. (liite 3)(Kylmä & Juvakka 2007, 65). Aineiston puhtaaksi kirjoitukseen riitti yksi päivä.

Aineiston analysoimme sisällön analyysin avulla. Lyhyesti ja ytimekkäästi määriteltynä **sisällön analyysi** on ihmisen minkä tahansa henkisen tuotteen, oli se sitten puhuttua, kirjoitettua, piirrettyä, kuvattua tai vaikka esitettyä, sisällön tieteellistä tutkimusta. Sisällön analyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioidella tarkoitetaan. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4, 10.)

Sisällön analyysillä tähdätään tiivistettyyn ja yleisessä muodossa olevaan kuvaukseen tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin lopputuloksena saadaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Usein se on määritelty prosessina, jossa tuotetut kategoriat kvantifioidaan, mutta joidenkin määritelmien mukaan laadullinen sisällön analyysi päättyy siihen, kun kysytään, kuinka monta kertaa jokin asia ilmenee aineistossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 45.)

Vastausten palautuksen jälkeen teimme induktiivisen (aineistolähtöisen) analyysin. Induktio on päättelymuoto, joka lähtee liikkeelle yksittäisestä havaintojoukosta ja muodostaa niistä yleistyksen tai teorian. Ajatuskokonaisuuksista muodostamme pelkistetyt ilmaisut, jotka ryhmitellään yhdistäviin ja erottaviin tekijöihin. Näin muodostetaan alakategoriat, jotka nimetään sisältöä kuvaavilla nimillä. Samansisältöiset alakategoriat yhdistetään toisiinsa ja muodostetaan yläkategoriat. (Kylmä & Juvakka 2007, 116 - 117.)

Sisällön analyysi eteni ryhmässämme hyvin; jokainen tutki aineiston ensin itsekseen ja laitoimme toisillemme saamamme tulokset sähköpostilla, sitten tapasimme ihan konkreettisesti ja vedimme tuloksiamme yhteen. Saimme aika samanlaisia pelkistyskäsitteitä, mutta alaluokat ja yläluokat muodostimme yhdessä pohtien useamman tapaamisen aikana.

Aineistoa analysoitiin kolmevaiheisessa prosessissa. Ensimmäinen vaihe on aineiston

redusointi eli pelkistäminen. Haastatteluaineisto auki kirjoitetaan, joka pelkistetään siten, että siitä karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111—112.)

Tässä tutkimuksessa vastaukset litteroitiin sana sanalta ja näin saatiin 2 sivua tekstiä. Litteroitu aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja näin perehdyttiin sisältöön. Tämän jälkeen valittiin tekstistä alleviivaamalla alkuperäisilmaukset, jotka eriteltiin monien vaihtoehtojen jälkeen lopulta omiin luokkiin. Näin saimme yhtenäisemmän kuvan vastauksista. Lopuksi alkuperäisilmauksista valittiin pelkistetyt ilmaiset. (liite 4)

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU
Luulen että hoitoympäristö voi pelottaa ja tuoda levottoman tunteen, koska tilat ja huoneet on mitä on.	Ympäristöä ei voi muokata
Muistihäiriöiselle ei voida esim. taata pientä huonetta, tai samaa tuttua hoitajaa	Hoitajat vaihtuvat
Muistihäiriöisen omainen voi tuoda esim. potilaspöydälle kuvia tms. tuttuja tavaroita.	Potilaspöydälle tuttuja tavaroita

**Taulukko 1** Esimerkki pelkistämisestä eli redusoinnista

Laadullisen tutkimuksen tuloksen esittelemme luokittamalla tulokset kategorioihin. Kuvaamme kategorioiden sisällöt huolellisesti. Luotettavuuden kannalta on tärkeää kyetä osoittamaan yhteys aineiston ja tuloksen välillä. (Kynäs & Vanhanen 1999, 10.) Raporttiin on siksi hyväkin sisällyttää näytteitä, joista ajattelukulku on lähtenyt. Näytteiden tarkoituksena on ensisijaisesti tehdä lukijalle helpommaksi seurata tutkijan ajattelua ja toiseksi elävöittää tutkimusraporttia. Lausumien ottamisella näytteiksi on osaltaan tarkoitus näyttää aineiston ja tuloksen välinen yhteys sekä antaa lukijalle mahdollisuus seurata ja arvioida tutkijan ajattelua analyysiprosessissa. (Helsingin yliopiston yleisen valtio - opinlaitos 2006.)

Toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Aineistosta pelkistetyt

alkuperäisilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, jotka yhdistetään luokaksi ja nimetään sen sisältöä kuvaavalla nimellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009,112—113.) Kokosimme pelkistetyt ilmaukset yhteen ja ryhmittelyn avulla saimme aineiston tiivistettyä yksityiskohtaisiin alaluokkiin.

Ryhmittely aiheessa muodostuu kahdesta yläkategoriasta; muistihäiriöisen potilaan hoitamisen haasteet ja hoitoympäristön turvallisuus. (liite 5), jotka kuvasivat tutkimustehtäväämme. Alakategorioita saimme muodostettua neljä. Alakategorioiden nimiksi tulivat, hoitoympäristön uhkat, fyysinen ympäristö ja turvallisuuden tunteen luominen sekä lääketurvallisuus

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA
Ympäristöä ei voi muokata Ovista pääsee ulos Huonesijoittelu Virikkeiden puute	Hoitoympäristön uhkat
Ovien samankaltaisuus Pienet numerot ovissa Ovet lukittuina	Fyysinen ympäristö
Annetaan aikaa potilaalle Vaaralliset laitteet pois näkyviltä Hoitajien rauhallinen kommunikointi	Turvallisuuden tunteen luominen
Lääkkeiden säilytys potilaan ulottumattomissa	Lääketurvallisuus

**Taulukko 2** Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä eli klusteroinnista

Prosessin viimeinen eli kolmas vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen.

Käsitteellistämisessä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valitun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja yhdistellään luokiksi, joita yhdistellään niin kauan kuin se on mahdollista aineiston pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009,

114—115.) Alaluokista muodostettiin yhdistävät yläluokat, joiden avulla saatiin vastauksia tutkimuskysymykseen. Kuvaa keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysistä hoitoympäristöä osastollasi ?

ALALUOKAT	YLÄLUOKKA
Hoitoympäristön uhat	Muistihäiriöisen potilaan hoitamisen haasteet
Fyysinen ympäristö	
Turvallisuuden tunteen luominen	Hoitoympäristön turvallisuus
lääketurvallisuus	

**Taulukko 3** Esimerkki teoreettisten käsitteiden luomisesta eli abstrahoinnista

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Muistihäiriöisen potilaan hoitamisen haasteet

Muistihäiriöisen potilaan hoitamisen haasteet muodostuvat kahdesta alakategoriasta hoitoympäristön uhat ja fyysinen ympäristö (Liite 6).

#### 7.1.1 Hoitoympäristön uhat

Kyselyymme vastanneiden hoitajien mukaan hoitoympäristön uhkia oli monenlaisia. Osastolla on paljon erilaisia potilaita hoidettavana, joiden tarpeet pitäisi ottaa huomioon jo hoidon suunnitteluvaiheessa. Muistihäiriöisten potilaan taustojen tunteminen on erityisen tärkeää hyvän turvallisen hoitoympäristön luomiseksi sekä edellytys hyvän hoitosuhteen luomiseen. Työntekijät tekevät osastolla kolmivuorotyötä, joten hoitajat vaihtuvat kolmesti vuorokauden aikana. Hoitajien vaihtuvuus on uhka muistihäiriöistä potilasta hoidettaessa, koska hoitajat eivät tunne muistihäiriöistä potilasta tarpeeksi hyvin.

Lisäksi osastolla työskentelee muita ammattiryhmiä, kuten sairaala-apulaiset ja fysioterapeutit. Sairaala-apulaiset eivät osallistu potilaiden hoitotyöhön eivätkä tunne potilaiden taustoja. Fysioterapeutit tekevät tärkeää kuntouttavaa hoitotyötä, ja heidän tulee tietää potilaiden taustat, joista he lähtevät kuntouttamaan potilasta.

Useamman hengen huoneet tekevät muistisairautta sairastavan potilaan monesti levottomaksi, koska potilastoverit viereisillä paikoilla eivät ota huomioon asioita, jotka luovat turvallisen hoitoympäristön muistisairautta sairastavalle potilaalle. Vieruskaveri voi olla äänekas, mikä jo aiheuttaa levottomuutta muistisairaalle ihmiselle. Huoneto-  
verit voi laittaa tavaroita omalle potilaspöydälleen, ja ne kiinnostavat muistisairautta sairastavaa potilasta. Toista potilasta puolestaan ärsyttää, kun hänen tavaroitaan katsellaan ilman lupaa.

Sairaalamaisissa huoneissa ei ole otettu muistisairautta sairastavaa potilasta huomioon. Muistisairaahan potilaan voisi ottaa huomioon kuitenkin aika pienillä asioilla. Ovet voisivat olla eri huoneissa eriväriset, tai valaistus, voisi helpottaa näkemään potilasta paremmin. Osastolla voi olla paljon ääniä sekä hoitajilla kiireinen työvuoro. Hoitajilla ei ole aina aikaa tarttua hetkeen muistihäiriöisen potilaan kanssa, ja se aiheuttaa levottomuutta muistisairautta sairastavassa potilaassa.

*” osastolla ei konkreettista tekemistä muistihäiriöisellekkään, jolloin vaellusreitti helposti iskee eikä käytävällä liikkuminenkaan ole turvallista.”*

*” aina emme voi muistihäiriöistä sijoittaa 1 – heng. huoneeseen, joka olisi hyvä asia muistihäiriöiselle mutta myös toiselle potilaalle, koska muistihäiriöinen saattaa tulla levottomaksi kaverista sekä hänen -> huonekaverin tavarat kiinnostavat.”*

*”osasto levoton, paljon liikettä, ääniä, henkilökuntaa eri ammattiryhmiä jotka ei välttämättä osallistu muistihäiriöisen hoitoon.”*

Käyttösoireita esiintyy runsaammin yksiköissä, jotka ovat suuria, kuten tutkimamme sisätautiosasto. Tilojen valaistus on heikkoa eikä turvallisuustekijöitä ole riittävästi

otettu huomioon. Fyysinen hoitoympäristö sekä hoitajien oma toiminta vaikuttavat levottomuuteen. Ympäristön melun ja ärsyketason optimointiin pitäisi hoitajien vaikuttaa, kuten vähentää tv:n ja radion äänen voimakkuuden. (Ahonranta & Virolainen 2001, 16).

Virikkeiden puute vaikeuttaa usein muistisairautta sairastavan päivärhythmistä selviytymistä, joka on tärkeää hänen itsetunnolleen. On hyvä, jos potilas pystyy tekemään arkisia askareita (kuten pukeminen, riisuminen, syöminen ja wc- käynnit) itsenäisesti mahdollisimman pitkään; se luo samalla hyvää mieltä ja turvallisuuden tunnetta muistisairautta sairastavalle potilaalle. Potilas tuntee olevansa myös tärkeä omana itsenään, kun hän selviytyy joistakin asioista itsenäisesti. Ohjaus ja rajoittaminen voivat ahdistaa, eikä potilas pysty aina toimimaan ohjeiden mukaan.

Muistisairautta sairastava potilas voi eksyä tutussakin ympäristössä. Erilaisten virikkeiden puute aiheuttaa myös levottomuutta, ja usein potilas lähtee käytäville kävelemään ja saattaa eksyä huoneeseen, jossa on esim. infektiopotilas eristys huoneessa, jolloin potilas voi saada itse tulehduksen tai levittää sitä.

Muistihäiriöisen potilaan huoneen sijoittelussa pitäisi ottaa huomioon, ettei potilas pääse karkailemaan. Huoneen pitäisi olla mahdollisimman kaukana poistumisreiteistä. Hoitohenkilökunta pääsee harvoin valitsemaan huonetta muistihäiriöpotilaalle ns. turvalliselta paikalta ilman potilassiirtoja, koska yleensä huonepaikat ovat täynnä, kun potilas tulee sairaalaan hoitajaksolle. Aina potilaan sijoittaminen hyvälle paikalle kauaksi poistumisreiteistä ei ole edes mahdollista, koska osastolla on niin täyttä. Potilaspaikkojen valinnassa joudutaan tekemään paljon huonesiirtoja, jotka ovat aina potilaan kannalta ikäviä.

*” osastolla ei konkreettista tekemistä muistihäiriöisellekkään, jolloin vaellusreitti helposti iskee eikä käytävällä liikkuminenkaan ole turvallista.”*

*” aina emme voi muistihäiriöistä sijoittaa 1 – heng. huoneeseen, joka olisi hyvä asia muistihäiriöiselle mutta myös toiselle potilaalle, koska muistihäiriöinen saattaa tulla levottomaksi kaverista sekä hänen -> huonekaverin tavarat kiinnostavat.”*

*”osasto levoton, paljon liikettä, ääniä, henkilökuntaa eri ammattiryhmittä jotka ei välttämättä osallistu muistihäiriöisen hoitoon.”*

Henkilökunnan mielestä muistisairautta sairastavaa potilasta hoidettaessa haastetta lisää se, että osasto on sekaosasto, jossa on paljon erilaisia potilaita. Hoitajat vaihtuvat usein, eikä voida taata samaa tuttua hoitajaa. Hoitajien ajanpuute on myös puute potilasta hoidettaessa.

### **7.1.2 Fyysinen ympäristö**

Fyysisen ympäristön alakategoria on haaste hoitamiselle. Fyysisen ympäristöön kuuluu henkilökunnan mielestä ovien samankaltaisuus, värit, pienet numerot ovissa sekä lukitut ovet. Muistisairautta sairastava potilas ei hahmota ympäristöä, ja fyysisellä ympäristöllä on merkitystä muistisairautta sairastavan päivittäiseen selviytymiseen.

*” huoneiden ovet samankaltaiset, värit ei hahmota ympäristöä, vain numerot (pienet) ovissa.”*

*”vaikeassa muistihäiriössä olevalle hoitoympäristö ei niin hyvä, kaikki ovet samanlaisia kun potilas eksyy käytävälle, ei osaa takaisin.”*

*”pot.huoneessa tila tuntuu varmaankin liian pieneltä.”*

Hoitohenkilökunnan yhdessä vastauksessa ilmeni, ettei osasto sopisi vaikeasti muistihäiriöisen potilaan hoito-osastoksi ollenkaan, koska osastolla huomioidaan myös alkoholideliriumista kärsiviä joskus kovinkin aggressiivisia, sekavia, liikkuvia sekä fyysisesti vahvoja ja arvaamattomia potilaita, jotka voivat harhaisuusvaiheessa olla huonosti liikkuville potilaille vaarallisia.

Osastolla on ovet molemmissa päissä, mutta vain toisen saa lukittua. Osastolla on niin vilkasta, että ovista pääsee joskus livahtamaan ulos. Huoneen olisikin oltava mahdolli-



simman kaukana poistumisreiteistä, ettei karkailuja tapahtuisi. Yksi hoitaja kuvasi, että keskivaikean muistihäiriöpotilaan hoitoympäristö on melko hyvä. Hyvänä asiana hän koki, ettei ole isoja potilashuoneita ja että wc on huoneen yhteydessä, mikä samalla mahdollistaa potilaan selviytymisen wc- toiminnoissa jopa itse.

## **7.2 Hoitoympäristön turvallisuus**

Hoitoympäristön turvallisuus muodostuu kahdesta alakategoriasta: turvallisuuden tunteen luominen ja lääketurvallisuus. Seuraavassa on esitetty ala- ja yläkategorioiden muodostuminen (liite7).

### **7.2.1 Turvallisuuden tunteen luominen**

Turvallisuuden tunteen luominen liittyy sekä hoitohenkilöstön toimintaan että potilaan erityispiirteisiin. Vastauksissa hoitajat kuvasivat hoitoympäristön pelottavan ja tuovan levottoman olon potilaalle. Tutut tavarat ja valokuvat potilaspöydällä luovat turvallisuutta ja auttavat potilasta selviytymään vieraassa ympäristössä. Muistihäiriöpotilasta tulisi hoitaa koko hoitajakson ajan samassa huoneessa, koska vaihdot aiheuttavat levottomuutta potilaassa.

*”Tuttuja turvallisia tavaroita / kuvia pöydällä, nämä rauhoittavat ja selkiyttävät potilaan päivittäistä selviytymistä”*

*”Missään nimessä ei vaihdeta potilashuoneesta toiseen: tuttu sama huone /ympäristö”*

Turvallisuutta tuo myös sama rytmi päivittäisten toimintojen suhteen ja hoitajien rauhallinen kommunikointi. Päivärytmi pyritään pitämään luonnollisena niin, että uni-valve rytmi säilyisi vuorokauden aikojen mukaisena. Potilaalle tulee antaa aikaa selvitä itsekkin joistakin tekemisistä, joita hän pystyy vielä tekemään. Hoitajat kiinnittävät huomiota muistihäiriöisen potilaan kohtaamiseen. Hoitoympäristön kiireetön ilmapiiri ja hoitajien asenteet vaikuttavat turvallisuuden tunteen luomiseen hoitoyksikössä. Kuitenkin koettiin, että kiireettömän ilmapiirin luominen ja sitä kautta turvallisuuden tunteen ylläpitäminen on usein vaikeaa hoitajien kiireen takia.

Hoitajat kokevat yksilöllisen huomioimisen ja omatoimisuuden tukemisen lisäävän turvallisuudentunnetta.

*”Rauhallinen kiireetön ilmapiiri huoneessa”*

*”hoitajilla ei ole useinkaan tarpeeksi aikaa”*

*”hoitajien rauhallinen kommunikointi”*

*”Sama rytmi päivittäisten toimintojen suhteen”*

## **7.2.2 Lääketurvallisuus**

Vain yksi vastaaja oli käsitellyt lääketurvallisuutta hoitoympäristön turvallisuuteen liittyvänä seikkana. Hoitoympäristön turvallisuuteen vaikuttaa merkittävästi se, ettei mitään lääkkeitä, tai hoitotarvikkeita säilytetä huoneissa. Hoitaja huolehtii lääkkeitä jakaessaan, että potilas saa lääkkeet välittömästi suuhun asti. Lääkkeen ottaminen ja nestehoidot valvotaan. Käytetyt laitteet sekä kertakäyttövälineet viedään huoneesta pois heti käytön jälkeen.

*”ei ylimääräisiä tavaroita jätetä huoneeseen ( neulat , ruiskut, pistävä t/terävät esineet pois).*

*”Lääkkeet viedään huoneeseen juuri ennen antoa tai säilytetään niin ett- ei potilas niitä saa.”*

*”iv.- letkustot viedään pois käytön jälkeen”*

## **8 POHDINTA**

### **8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Hyvän tutkimuksen tekeminen on vaativa tehtävä. Tieteellistä tutkimusta tehdessä toiminnan eettisyyteen liittyy aina tietynlaisia ehtoja. Ensimmäinen eettinen kysymys tulee tutkimusaiheen valinnan kohdalla, jolloin mietitään, kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi siihen ryhdytään. Kun tutkimuskohde valitaan, aihe tulee määritellä täsmälli-

sesti, tutkimuksen on tuotettava uutta tietoa, siitä on oltava hyötyä muille ja sen on annettava riittävät perusteet julkiselle keskustelulle. [ks.lähde](#)

Tässä opinnäytetyössä haastattelu- ja tutkimuslupien hakeminen tapahtui Mikkelin ammattikorkeakoulun tutkimuspyyntölomakkeella. Lupahakemuksen liitteeksi laitettiin opinnäytetyön suunnitelma ja tutkimussuunnitelma sekä kyselylomake (liite 1 ja liite 2). Lupa sisälsi tiedot tutkimuksen tekijöistä, tutkimuksen tarkoituksesta ja tiedon siitä, mihin tutkimuksessa tuotettua tietoa käytetään.

Kvalitatiivinen tutkimus tuo voimakkaimmin esille eettiset kysymykset, koska tutkimuksen osallistujien nimettömyyden turvaaminen, kunnioittaminen ja heihin vaikuttaminen vaatii tietyn tyyppistä ongelman ratkaisun hallintaa. Tutkimuksen teossa tulee olla tiukka totuudellisuuden vaatimus. Tutkijalla on vastuu tieteelle, kanssaihmisille ja tutkittaville. Tutkimusta tehtäessä on tutkijalla eettinen vastuu koko prosessin aikana. Kyselyä tehtäessä eettisiksi kysymyksiksi nousee anonymiteetti, aineiston säilytys ja vaitiolovelvollisuus. (Hirsjärvi ym. 1997, 26—28.)

Laadullisen tutkimuksen tyypillinen piirre on, että tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineisto kootaan todellisessa, luonnollisessa tilanteessa, jotta tutkittavien näkökulmat pääsevät esille (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125). Tutkimuksen luotettavuutta on lisännyt aineiston huolellinen käsittely. Tutkimuksen tietoja käsiteltäessä ja niitä julkaistaessa oli huolehdittava, että tutkittavan osaston kyselyyn vastattiin anonymiminä, jokainen omalla kyselylomakkeellaan. Tutkittavan hoitohenkilökunnan anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan. Suoria lainauksia käytettiin raportissa vain esimerkinominaisesti, eikä tutkittavaa voi tunnistaa niistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää tutkijoiden kokemattomuus tieteellisen tutkimuksen tekemisessä. Luotettavuudessa tulee näkyä myös osallistuneiden määrä ja se miten heidät on valittu tutkimukseen. Osallistujien anonymiteetistä pitää huolehtia koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksen kesto kertoo, millä aikataululla työ on tehty. Aineiston analyysi tulee näkyä tutkimuksessa eli se miten aineisto analysoitiin, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin päästiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty alkuperäisilmauksia. Tutkimustuloksia on pyritty kirjoit-

tamaan niin, että on huomioitu koko ajan saatua aineistoa eikä omien tulkintojen ole annettu vaikuttaa niihin.

Aineiston analyysin luotettavuutta lisäsimme jokaisen tutkijan omalla henkilökohtaisella tutkimustulosten kartoituksella ja vertaamalla saamiamme ylä - ja alakategorioita. Loimme yhteisten näkemysten pohjalta yhteneväiset analysoinnit, ja raportoimme aineiston analysoinnin etenemisen huolellisesti.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. kyselyaineisto ja suostumusasiakirjat hävitettiin aineiston analysoimisen jälkeen. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin tutkimuseettisiä periaatteita.

## **8.2 Tutkimustulosten pohdinta**

Tässä opinnäytetyössämme keskityimme fyysisen hoitoympäristön turvallisuuteen henkilökunnan arvioimana. Opinnäytetyömme tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta lyhytaikaisessa osastohoidossa sisätautiosastolla.

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen muistihäiriöisen potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuudesta henkilökohtaisesta ja ammatillisesta kiinnostuksesta. Olemme kaikki hoitaneet työssämme keskivaikeasti ja vaikeasti muistihäiriöisiä potilaita ja halusimme laajentaa omaa ammatillista osaamistamme. Muistihäiriöisten potilaiden kohtaaminen on osastotyössä nykypäivää. Tulemme työskentelemään tulevaisuudessa hyvin erilaisissa hoitotyön organisaatioissa, mutta kohtaamme varmasti jokainen muistihäiriöisiä potilaita. Olemme kasvaneet tätä opinnäytetyötä tehdessämme ammatillisesti ja oppineet suodattamaan lukemaamme kirjallisuutta sekä pohtimaan lukemaamme aineistoa kriittisemmin.

Tutkimme, miten keskivaikeaa tai vaikeaa muistihäiriötä sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuus toteutuu hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimustamme ei voitu kohdentaa suoraan potilaisiin, koska muistihäiriö johtaa henkisen suori-tuskyvyn ennenaikaiseen heikentymiseen (Erkinjuntti ym. 2001, 54). Sen vuoksi kysely kohdennettiin hoitohenkilökunnalle luotettavien vastauksien saamiseksi.

Tutkimuksemme tavoitteena oli tutkia keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta lyhytaikaisessa osastohoidossa sisätautiosastolla. Tutkimuksemme tarkoitus oli auttaa sisätautiosastoa hoitotyön laadullisessa kehittämisessä. Osastohoidossa pystyttäisiin takaamaan laadukasta hoitoa **keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta** sairastavalle potilaalle. Laadukkaan hoidon perustana on riittävästi koulutettu henkilökunta sekä hyvä fyysinen ympäristö (Ahoranta & Virolainen 2001, 12). Dementoituvalle potilaalle olisi turvattava hyvä hoito, joka olisi turvallista. Fyysisellä ympäristöllä pystytään vaikuttamaan potilaan turvallisuuteen. (Ahoranta & Virolainen 2001, 11). Tarkoituksemme oli etsiä vastauksia näihin epäkohtiin, jotta voitaisiin/ kehittää keskivaikeata tai vaikeata muistisairautta sairastavan potilaan osastohoidon laatua.

Opinnäytetyömme oli haasteellinen, sillä muistihäiriöstä löytyy runsaasti kirjallisuutta. Selvitimme opinnäytetyössämme ensin, miten ihmisen kognitiivinen eli tiedonkäsittelymuisti toimii. Ihmisen muisti rakentuu toisaalta aikaan sekä lyhyt ja pitkäkestoiseen muistiin. Muistihan perustuu myös tiedostamattomaan, eli muistista nousee ajattelematta asioita, joita ihmiset ovat aiemmin oppineet. Muistiaineksen säilytyspaikkana pidetään aivokuorta, mutta muistin toiminta edellyttää useiden eri alueiden yhteistyötä. Tähän perustuukin, että vanhat aivot ovat nuoria aivoja kokeneemmat. Iäkkäämmät ihmiset osaavat asioita omien kokemustensa kautta. (Ks. Erkinjuntti 2007.)

Rajasimmekin tämän opinnäytetyömme muistihäiriösairauteen, joka on jo edennyt keskivaikeaan tai vaikeaan muistihäiriöön. **Keskivaikean muistihäiriön** keskivaiheessa potilaalle tapahtuu useita itsenäisen selviytymisen muutoksia, jotka vaikuttavat ratkaisevasti henkilön paikantajuun, ja hän eksyy jo tutussakin ympäristössä. Itsenäisen selviytyminen on vaarantunut, ja jonkinasteinen valvonta on tarpeen. Potilas ei enää pysty peittämään muistivaikeuksiaan. Kyky huolehtia itsestä on sattumanvaraista, ja vaaratilanteita tulee arkielämässä, joten potilas tarvitsee säännöllistä ja toistuvaa ohjausta. Keskivaihe kestää kahdesta neljään vuotta. (Ks. Erkinjuntti & Huovinen 2001, 65.)

**Vaikeassa muistihäiriössä**, potilaan päivittäiset toiminnot ovat siinä määrin heikentyneet, että hän tarvitsee jatkuvaa valvontaa. Sairauden loppuvaihe kestää yleensä yhdestä viiteen vuotta. Potilas tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissaan. Hä-

nen ulosteen ja virtsanpidätyksen säätelynsä ei enää onnistu, joten hänellä on käytössä vaipat. Kehon jäykkyys lisääntyy, kävelykyky heikkenee ja häviää myöhemmin kokonaan. Potilas on usein sairauden tässä vaiheessa jo pysyvän laitoshoidon tarpeessa. Puhekin on niin sekavaa, ettei siitä saa selvää tai potilas ei puhu ollenkaan. (Ks. Erkinjuntti & Huovinen 2001, 16.)

Tutkittavalla osastolla on lyhytaikaisessa osastohoidossa potilaita molemmista ryhmistä, ja henkilökunta toi vastauksissaan hyvin esille, että heillä on vanhustenhuollon osastona tietotaitoa muistihäiriöistä. Hoitohenkilökunta on ammatillisesti motivoitunut hoitamaan muistihäiriöisiä potilaita, ja he tunnistavat selvästi kehittämistä tarvitsevat osa-alueet. Hoitajan täytyy osata toimia oikein, jotta hoito olisi turvallista potilaalle.

Tutkimuksemme osoittaa, että hoitajilla on tietoa, miten muistihäiriöisen potilaan kohdalla pitäisi toimia. Kuitenkaan ajanpuutteen vuoksi hoitajat eivät välttämättä ole kykeneviä toimimaan tietotaitonsa mukaan. Tämä voi aiheuttaa ahdistusta myös henkilökunnan keskuudessa ja tuottaa riittämättömyden tunnetta. Käyttöoireita esiintyy runsaammin yksiköissä, jotka ovat suuria, kuten tutkimamme sisätautiosasto. Tilat on heikosti valaistu, eikä turvallisuustekijöitä riittävästi oteta huomioon. Fyysinen hoitoympäristö sekä hoitajien oma toiminta vaikuttavat levottomuuteen. Ympäristön melun ja ärsyketason optimointiin pitäisi hoitajien vaikuttaa, kuten vähentää tv:n ja radion äänen voimakkuuden. (Ahoranta & Virolainen 2001, 16.)

Hoitajien mieltä voi askarruttaa myös hoitotyön eettisyys. Henkilökunnan määrä vaikuttaa hoidon laatuun kiireen muodossa, mistä seuraa riittämättömyden tunne, ja se taas puolestaan vaikuttaa henkilön työssä jaksamiseen. Osastohoito on haasteellista muistihäiriöisen potilaan kohdalla. Tutusta ympäristöstä siirryttäessä osastohoitoon muistisairautta sairastavalta potilaalta vaaditaan paljon sopeutumista. Usein potilas ei ehdi lyhyen hoitajakson aikana sopeutua uuteen ympäristöönsä ollenkaan, ja hän voi vaikuttaa hyvinkin sekavalta ja toimintakyvyttömältä ja olla eksyksissä uudessa ympäristössään. Siirtymävaihe lyhytaikaiseen osastohoitoon on haaste selviytymiselle ja luosamalla riskejä sekä turvallisuusongelmia. Ahorannan ja Virolaisen (2001, 53) tutkimuksen mukaan potilaan hahmottamista ja orientaatiota helpottavat tilat auttoivat potilasta selviytymään omatoimisesti päivittäisissä toiminnoissa. Vaikka potilas selviytisikin omassa tutussa ympäristössään keskivaikeassakin muistihäiriössä hyvän ohja-

uksen avulla itsenäisesti osastolla hän ei välttämättä ehdi ajoissa vessaan. Tutut päivittäiset rutiinit ja päivien samankaltaisuus auttaisivat muistihäiriöistä potilasta, mutta osastohoidossa henkilökunnan vaihtuvuus ja jokaisen hoitajan oma persoonallisuus vaikuttavat muistihäiriöisestä potilaasta hämmentävältä ja hänen toimintakykynsä on heikompaa kuin omassa ympäristössään.

Fyysisen hoitoympäristön turvallisuus käsitteenä oli meillä aluksi hankala hahmottaa. Muistisairautta sairastavan potilaan hyvä olo perustuu fyysiseen hoitoympäristöön, johon kuuluu hyvä turvallisuus. Keskivaikeaa sekä vaikeaa muistisairautta sairastavan potilaan on helpompi hahmottaa selkeä ympäristö. Osastohoidossa fyysisen hoitoympäristöön vaikuttaa paikan sijainti, koko, se, miten tilat on järjestelty, ympäristön muoto, miltä tilat näyttävät sekä miten tilat on sisustettu. Hoitoympäristön kokonaistunnelma on kokonaisuus, johon kuuluvat valaistus, seinäpinnat, lattiat, ikkunat, erilaiset huonekalut, esineet sekä se, miten ne on laitettu esille. Hoitoympäristön lämpötilalla on myös merkitystä, samoin sillä, millaisia laitteita siellä on, mikä on apuvälineiden tarve sekä onko hälytysjärjestelmää.

### **8.3 Tutkimustulosten tarkastelu**

Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että potilashuoneen fyysiset olosuhteet vaikuttavat oleellisesti mahdollisuuteen toteuttaa turvallista lääkehoitoa. Tutkimuksesamme lääketurvallisuuden nosti esille vain yksi hoitaja kuudesta vastaajasta. Lääketurvallisuuden osalta vastaaja oli hyvin huomionnut muistamattoman potilaan hoidon erityispiirteitä. Potilasturvallisuus sisältää hoidon turvallisuuden, lääketurvallisuuden ja laiteturvallisuuden, kaikki nämä sisältyvät hoidon laatuun. Potilasturvallisuus sisältää riskien arviointia, ehkäiseviä ja korjaavia toimintatapoja sekä jatkuvaa kehittämistä. (STM 2009, 20.)

Vastauksista voidaan päätellä, että hoitotyön hallinta vaatii ammattitaidon ylläpitämistä ja päivittämistä. Sairaanhoidajat kokivat usean vuoden työkokemuksen tärkeäksi pohjaksi, kun kartoitettiin sairaanhoitajan tieto- ja taito-osaamista. Tutkimuksessa esille nousi fyysisen hoitoympäristön turvallisuuden puutteita, kuten puuttuvat värit, ovien lukitukset ja samankaltaisuudet sekä muut ympäristöstä esiin nousevat epäkohdat jotka on nyt kartoitettu. Nämä epäkohdat korjaamalla potilasturvallisuus ja hoidon

laatu sekä potilasviihtyvyys paranevat. Avoimessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä havaittuja haittatapahtumia, läheltä piti -tilanteita, sekä poikkeamia käsitellään, että toiminta kehittyisi. Jotta potilasturvallisuutta voitaisiin parantaa, tarvitaan yhteisesti sovittuja sääntöjä sekä tutkimuksen ja kokemuksen hyödyntämistä. Ammattihenkilöiden koulutuksessa luodaan turvallisuuskulttuurin pohja. Potilasturvallisuus on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden sekä potilaiden yhteinen asia. Jokaisen työntekijän pitäisi kehittää omaa työtään, arvioida sitä sekä luoda toimintaansa turvallisemmaksi.

Ammatillisuuteen kuuluu, että jokainen työntekijä sitoutuu turvallisuuden edistämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa työtään. Työntekijä toimii mahdollisimman osaavasti sekä ottaa huomioon turvallisuuden työtavoissaan. (STM 2009, 14.)

Tutkimuksessamme kävi ilmi, että osastolla päivärytmi pyritään pitämään samanlaisena. Hoitajat olivat myös tietoisia siitä, että muistihäiriöisen potilaan pitäisi antaa tehdä omassa tahdissaan niitä asioita, joihin hän vielä kykenee, mikäli hoidollinen ajankäyttö sen sallii.

Organisaation johto on lopulta vastuussa turvallisuudesta eikä voi siirtää vastuuta eteenpäin muille tahoille. Johdon pitää varmistaa, että työolosuhteet luovat turvallisen työympäristön niin, että henkilökuntamäärä on riittävä ja henkilökunnan osaaminen on varmistettu. (STM 2009, 14.)

Tutkimuksessa nousi esille hoitajien ajanpuute. Riittäväällä henkilöstömitoituksella luodaan edellytyksiä muistihäiriöpotilaan laadukkaalle ja turvalliselle hoitamiselle. Myös Ahorannan ja Virolaisen tutkimuksen(2001, 56) perusteella turvallisuuden tärkeimmäksi tekijäksi koettiin hoitohenkilökunnan riittävää mitoitusta. Hoito-olosuhteet tulisikin luoda sellaisiksi, että hoitajat voisivat toimia parhaan tietotaitonsa mukaan muistihäiriöpotilasta hoitaessaan.

#### **8.4 Jatkotutkimusaiheet**

Ehdotamme jatkotutkimusaiheeksi teemahaastattelua fyysisestä hoitoympäristöstä. Teemahaastattelussa voisi tehdä tarkentavia kysymyksiä, mm. millaisia uhkatilanteita



osastolla on jo sattunut fyysisen hoitoympäristön suhteen. Henkilökunnalla on itsellään paljon sisäistä tietoa, miten kohdata muistihäiriöinen potilas ja mitä tulee pohtia hänen huonesijoittelussaan. Muistisairautta sairastavan henkilön kognitiivinen toimintakyky lyhytaikaisessa osastohoidossa on poikkeava omasta totutusta toimintaympäristöstä, sillä tavat, rutiinit, toimintaympäristö poikkeavat totutusta. Päivittäiset rutiinit, tapahtumien samankaltaisuus ja selkeys sekä yksinkertaisesti ja luontevasti annetut orientaatioita tukevat viestit auttavat muistisairasta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 102 - 103.)

## LÄHTEET

Ahoranta, Pia & Virolainen, Arja 2001. Fyysinen hoitoympäristö dementoituvan potilaan hyvän hoidon mahdollistajana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Catstren, Maaret, Aalto, Sakari, Rantala, Elina, Sopanen, Pertti & Westergård, Airi 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Dementiamaailma 2004

Duodecim 2009. Ataksia. WWW-dokumentti.

[http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt00322&p\\_haku=ataksia](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00322&p_haku=ataksia). Ei päivitystietoja. Luettu 19.7 2009.

Duodecim 2009. Polyneuropatia. WWW-dokumentti.

[http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt02671&p\\_haku=polyneuropatia](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02671&p_haku=polyneuropatia) Ei päivitystietoja. Luettu 18.7.2009.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009.

Erkinjuntti, Timo 2007. Muistihäiriöt. WWW-dokumentti.

[http://terveysportti.mikkeli.mikkeli.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=muistihäiriöt](http://terveysportti.mikkeli.mikkeli.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=muistihäiriöt). Ei päivitystietoja. Luettu 18.7.2009.

Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha & Huovinen, Maarit (toim.) 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus. Oy.

Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha & Huovinen, Maarit 2007. Muistihäiriöt. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=amh00002&p\\_teos=amh&p\\_selaus=4379](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00002&p_teos=amh&p_selaus=4379). Päivitetty 23.11.2007. Luettu 20.7. 2009.

Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Helsingin yliopiston yleisen valtio - opin laitos 2006. Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineistot. WWW-dokumentti.

<http://www.valt.helsinki.fi/staff/jmykkane/tutkielma/Tutkimusmenetelmat.html> Ei päivitystietoja. Luettu 12.7. 2009.

Hillbom, Matti 2007. Neurologiset sairaudet ja alkoholi. Duodecim-lehti 15, 1828 – 1829. WWW-artikkeli.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_dlehtihaku](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku) Päivitetty 10.7.2007. Luettu 18.7.2009.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

Honkonen, Anna-Kaisa 2003. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä vanhusten laitoshoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hoitotyön vuosikirja 2000. Vanhusten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

- Huusko, Tiina 2005. Vanhusten laitoshoidon laatu. Kela. PDF-dokumentti.  
[http://www.intermin.fi/lh/ita/soster/home.nsf/pages/1164A6AE83742415C2256C6100487719/\\$file/Dementia%20-%20laitoshoito%20-%202005.pdf](http://www.intermin.fi/lh/ita/soster/home.nsf/pages/1164A6AE83742415C2256C6100487719/$file/Dementia%20-%20laitoshoito%20-%202005.pdf). Ei päivitystietoja. Luettu. 18.7.2009.
- Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Tammi.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Tammi.
- Itä - Savon sairaanhoitopiiri 2008. Tominta-ajatus. Intranet. Julkaistu 18.4.2008
- Kotilainen, Helinä, Virkola, Carita, Eloniemi-Sulkava, Ulla & Topo, Päivi 2003. Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. Kuopio: Liikepaino Oy.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita. Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1, 3 – 12.
- Laatuakatemia 2009. Laatutyökaluja.WWW-dokumentti.  
<http://www.kotiposti.net/tuurala/PDCA.htm>. Ei päivitystietoja. Luettu 1. 3.2009.
- Lupsakko, Taina, Joiniemi, Kaija, Karhu, Kaija & Remes, Anna 2005. Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa. Opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Julkaisu 10. Kuopio: Liikepaino Oy.
- Lyyra, Tiina-Mari, Pikkarainen, Aila & Tiikkanen, Pirjo (toim) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino.
- Soinila, Seppo, Kaste, Markku, Launes, Jyrki & Somer, Hannu 2001. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopisto. Täydennyskoulutuskeskus. Turku: Painosalama.

Sosiaali- ja terveysministeriö 6/2007. Potilasturvallisuutta yhdessä edistämään. PDF-dokumentti.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3671.pdf&title=Potilasturvallisuutta\\_yhdessa\\_edistamaan\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3671.pdf&title=Potilasturvallisuutta_yhdessa_edistamaan_fi.pdf). Ei päivitystietoja. Luettu. 4.1.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysalan tietoyhteiskuntayksikkö 2009. PDF-dokumentti.

<http://sty.stakes.fi/FI/potilasturvallisuus/index.htm>. Ei päivitystietoja. Luettu 5.8.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia PDF-dokumentti.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=40880&name=DLFE-8799.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-8799.pdf). Ei päivitystietoja. Luettu 5.7.2009.

Suomen dementiahoitoyhdistys ry. 2010. Yhdistyksen kotisivut.

<http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/>. Ei päivitystietoja. Luettu 18.3.2010.

Sulkava, Raimo, Eloniemi, Ulla, Erkinjuntti, Timo & Hervonen, Antti 1993. Dementia. Opas omaisille ja sosiaali -ja terveydenhuollon henkilöstölle. Jyväskylä: Gummerus. Oy.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vanhusten turvallinen lääkehoito 2007. Kuntien velvoitteet. WWW-dokumentti.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1236539>. Päivitetty 8.6.2007. Luettu 5.6.2009.

Viitaniemi Juhani 2005.Hypermedian jatko-opintoseminaari.

[http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS\\_hypermedia\\_Viitaniemi110305.pdf](http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Viitaniemi110305.pdf). Päivitetty 11.3.2005. Luettu 24.3.2010.

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L 2002. Ikäihmisten laitoshoido. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakesin oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Oy.

(Ympäristöministeriö, Rakentamismääräyskokoelma, Rakennusten paloturvallisuus E1, 2002).

**LIITE 1. SAATEKIRJE JA KYSELY****1(3)**

Hyvä Vastaaja

Opiskelemme Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan yksikössä, sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyön muistihäiriöisen potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuudesta.

Tutkimuksemme tarkoitus on tutkia keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta lyhytaikaisessa osastohoidossa sisätautiosastolla.

Tutkimus toteutetaan osastollanne marraskuussa 2009. Kyselyt ovat kahvihuoneessanne ke 18.11 – 4.12.2009. Kysymyslomakkeet ja vastauskuoret ovat kahvihuoneessa. Palautathan vastatun lomakkeen suljetussa kirjekuoressa, kahvihuoneessa olevaan isoon ruskeaan pakettikuoreen. Hakiessamme vastauksianne 4.12.2009 tarjoamme osastollanne kiitokseksi kahvileivät.

Toivomme että vastaat kyselyymme **rehellisesti**, juuri niin kuin ajattelet muistihäiriöpotilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuudesta osastollasi.

Vastaukset käsitellään ehdottoman **luottamuksellisesti ja nimettöminä**. Kukaan ei tule tietämään, mikä on sinun täyttämäsi kyselylomake.

**KIITOS SINULLE YHTEISTYÖSTÄ**

Halutessasi voi kysyä meiltä lisätietoja ja ottaa meihin yhteyttä.

Marjo Mutka

Sairaanhoitaja AMK opiskelija

[marjo.mutka@mail.mamk.fi](mailto:marjo.mutka@mail.mamk.fi)

Lea Kurki

Sairaanhoitaja AMK opiskelija

[lea.kurki@mail.mamk.fi](mailto:lea.kurki@mail.mamk.fi)

Seija-Riitta Immonen

Sairaanhoitaja AMK opiskelija

[Seija-riitta.immonen@mail.mamk.fi](mailto:Seija-riitta.immonen@mail.mamk.fi)







## LIITE 2(1).TUTKIMUSLUPA

1(2)



## PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi  
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,  
jolle pyyntö osoitetaan: Itä-Savon Sairaanhoidopiiri Ky

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Tässä opinnäytetyössämme keskitymme kapeana osa-alueena fyysisen hoitoympäristön tilojen turvallisuuteen henkilökunnan arvioimana. Opinnäytetyömme tutkimuksen tarkoitus on tutkia keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta lyhytaikaisessa osastohoidossa sisätautiosastolla. Tutkimme miten keskivaikeaa tai vaikeaa muistihäiriötä sairastavan potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuus toteutuu, henkilökunnan arvioimana?  Tutkimuksemme tavoitteena on auttaa sisätautiosastoa hoidon laadullisessa kehittämisessä heidän kehittäessään muistihäiriöisen potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta. Osastohoidossa pystyttäisiin takaamaan laadukasta hoitoa keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavalle potilaalle.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Itä-Savon Sairaanhoidopiiri Ky osasto 4A
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja /tai aineiston kokoamistapa	Tässä opinnäytetyössämme päädyimme laadulliseen tutkimusmenetelmään, sillä muistihäiriöisen potilaan fyysisen hoitoympäristön turvallisuutta on tutkittu Suomessa vähän. Tutkimusaineisto kerätään yhdellä avoimella kysymyksellä tutkittavalta osastolta. Avoimet kysymykset sopivat hyvin aineistonkeruunetelmäksi, koska vapaasti kirjoittaessaan tutkittavalla on mahdollisuus pohtia ja perustella omia näkemyksiään syvästi. Sisällön analyysillä tähdätään tiivistettyyn ja yleisessä muodossa olevaan kuvaukseen tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin lopputuloksena saadaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	syksy 2008- kevät 2010
Opinnäytetyön arvioitu valmistusaika	Kevät 2010
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	5 päivänä <u>mau</u> kuuta 2009 <u>Helena Mikkonen</u> opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Lehtori Helena Mikkonen. 0503125109, 0153 556 912 Vanhustenhuollon ylihoitaja Annamari Taskinen 0457 881 0653
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi Seija-Riitta Immonen _____ puh. 040 7376895 Osoite: Pihlajavedenkuja 4 A 13 57170 Savonlinna	
Nimi Lea Kurki _____ puh 050 4029248 Osoite Aholahdentie 59 57710 Savonlinna	
Nimi Marjo Mutka _____ puh. 044 5536389 Osoite Hauenmiekka 4 57210 Savonlinna	

Anomus käsitelty 10 11 2009

lupa myönnetty  
 lupa evätty, peruste:

ok ja doke, hallintoyksikön johtaja

**LIITE 2 TUTKIMUSLUPA****2(2)**

---

---

---

Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

**LIITE 3 ESIMERKKI AINEISTON LITTEROINNISTA****1(3)**

1. Kuvaa keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriösairautta sairastavan potilaan fyysistä hoitoympäristöä osastollasi ?

Em. muistihäiriöitä sairastavien potilaiden hoito osastollamme on haasteellista. Osasto on ns. sekaosasto, jossa on hoidossa paljon erilaisia potilaita. Muistihäiriöiselle ei voida esim. taata pientä huonetta, tai samaa tuttua hoitajaa. Osastolla saadaan käytävän ovi lukittua, mutta trafiikki on niin suurta, että ovesta pääsee joskus livehtamaan. Muistihäiriöisen omainen voi tuoda esim. potilaspöydälle kuvia tms. tuttuja tavaroita. Muuten juurikaan ympäristöä ei voida muokata tutun tuntuiseksi. Osastomme tahti ei myöskään auta muistihäiriöisen potilaanhoitotyötä, hoitajilla ei ole useinkaan tarpeeksi aikaa.

Huoneet ovat pääasiassa 2 ja 4 hengen huoneita muutama 1 hengen eristys huone on. Huoneet ovat sairaalamaisia. Emme pysty varautumaan niin että muistihäiriöisellä potilaalla olisi ”kotia” muistuttavaa huonetta. Luulen että hoitoympäristö voi pelottaa ja tuoda levottoman tunteen, koska tilat ja huoneet on mitä on. Aina emme voi muistihäiriöistä sijoittaa 1 – heng. huoneeseen, joka olisi hyvä asia muistihäiriöiselle mutta myös toiselle potilaalle, koska muistihäiriöinen saattaa tulla levottomaksi kaverista sekä hänen → huonekaverin tavarat kiinnostavat. Turvallisuus on pyritty luomaan niin että ikkunoista ei pääse ulos ja ei ole vaarallisia laitteita saatavilla.

Mielestäni keskivaikeaa ja vaikeaa muistihäiriö ovat ääripäässään niin kaukana toisistaan, että samassa kysymyksessä ei pitäisi kysyä molempia.

Mielestäni osasto ei sovi (ainakaan vaikeasti ) muistihäiriöisen potilaan hoito – osastoksi.

- Osastolla huomioidaan myös alkoholideliriumista kärsiviä joskus kovinkin aggressiivisiä / sekavia liikkuvia/ fyysisesti vahvoja ja arvaamattomia potilaita jotka voivat harhaisuusvaiheessa olla huonosti liikkuville.....potilaille vaarallisiakin
- Osasto levoton, paljon liikettä, ääniä, henkilökuntaa eri ammattiryhmistä jotka ei välttämättä osallistu muistihäiriöisen hoitoon,

- Huoneiden ovet samankaltaiset, värit ei hahmota ympäristöä, vain numerot ( pienet ) ovissa
- Ei varastotiloja → tavarat huoneissa jotka sitten ahtaita
- Osastolla ovet ulos mol. päistä, vain toisen saa lukittua, toisesta voi kadota.....
- Huonesiirtoja voidaan joutua tekemään monesti mikä ei hyvä kenellekään
- Osastolla infektiopotilaita / eristyksiä ( huone ) joihin muistiongelmaiset voivat harhautua
- omista huoneistaan ja saada mahdoll. itse tulehduksen tai levittää sitä
- Jatkuva ohjaus / rajoittaminen ahdistaa muistihäiriöisiä niin hoitajien kuin potilastovereiden taholta tehtynä
- Osastolla ei konkreettista tekemistä muistihäiriöisillekkään jolloin vaellusvietti helposti iskee eikä käytävällä liikkuminenkaan turvallista.

Tässäpä päällimmäiset mietteet vaan oliko kysymys liian

laaja, ja

hankalaksi koin kun mielestäni muistihäiriöt

skaalanne oli nyt turhan

leveä

Potilashuoneet pieniä, sänky, pöytä ja tarvittavat tavarat lähellä potilasta.

Tuttuja turvallisia tavaroita / kuvia pöydällä, nämä rauhoittavat ja selkiyttävät potilaan päivittäistä selviytymistä.

Missään nimessä ei vaihdeta potilashuoneesta toiseen: tuttu sama huone /ympäristö

Huoneessa myös oma WC, sama reitti WChen mahdollistaa pot. selviytymisen WC-

toiminnoissa jopa itse. Sama rytmi päivittäisten toimintojen suhteet, hoitajien rauhallinen kommunikointi

Mielellään samanlainen potilas vieruskaveriksi.

- Potilas sijoitetaan mahd. mukaan 1 tai 2 hengen huoneeseen ( turvallisuus )
- Huone oltava mahd. kaukana poistumisreiteistä ( karkailu )
- pot. laitetaan nimi – ja osastotunnus ranneke käteen
- huone pyritään tekemään mahdollisimman turvalliseksi potilaalle
- - kaappien ovet lukkoon
- - ei ylim. tavaroita jätetä huoneeseen ( neulat, ruiskut, pistävät / terävät esineet pois.)
- - lääkkeet viedään huoneeseen juuri ennen antoa tai säilytetään niin ettei

potilas niitä saa

- lääkkeet annetaan suuhun
- iv.- letkustot viedään pois käytön jälkeen

Pyritään pitämään pot. uni-valverytmi oikeana ( tarv, unilääke, päivisin kuntoutus )

Huolehditaan rauhallisesta ja kiireettömästä ilmapiiristä huoneessa

- annetaan potilaalle aikaa selvittää itsekkin joistain tekemisistä, joita hän pystyy vielä tekemään

kunnioittava asenne potilaaseen ja hänen omaisiinsa

Keskivaikean muistihäiriöpot. hoitoympäristö melko hyvä. Ei ole isoja potilashuoneita, hyvä kun on WC huoneen yhteydessä, kaapit saadaan lukittua. Osastolta pois ” karkaaminen” voidaan estää lukitsemalla ulko-ovi ( joka johtaa hissiaulaan )

Vaikeassa muistihäiriössä olevalle hoitoympäristö ei niin hyvä, kaikki ovet samanlaisia kun potilas eksyy käytävälle, ei osaa takaisin

Pot. huoneessa tila tuntuu varmaankin liian pieneltä

**LIITE 4. ESIMERKKI PELKISTÄMISESTÄ ELI REDUSOINNISTA 1(2)**

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU
Luulen että hoitoympäristö voi pelottaa ja tuoda levottoman tunteen, koska tilat ja huoneet on mitä on.	Ympäristöä ei voi muokata
Muistihäiriöiselle ei voida esim. taata pientä huonetta, tai samaa tuttua hoitajaa	Hoitajat vaihtuvat
Muistihäiriöisen omainen voi tuoda esim. potilaspöydälle kuvia tms. tuttuja tavaroita.	Potilaspöydälle tuttuja tavaroita
Henkilökuntaa eri ammattiryhmistä jotka ei välttämättä osallistu muistihäiriöisen hoitoon.	Moniammatillisuus
Osasto on ns. sekaosasto, jossa on hoidossa paljon erilaisia potilaita. Osastolla huomioidaan myös alkoholideliriumista kärsiviä joskus kovinkin aggressiivisia / sekavia liikkuvia/ fyysisesti vahvoja ja arvaamattomia potilaita jotka voivat harhaisuusvaiheessa olla huonosti liikkuville potilaille vaarallisiakin.	Paljon erilaisia potilaita
Osasto levoton, paljon liikettä, ääniä, Osastolla saadaan käytävän ovi lukittua, mutta trafiikki on niin suurta, että ovesta pääsee joskus livahtamaan.	Levoton osasto
Huoneet ovat pääasiassa 2 ja 4 hengen huoneita muutama 1 hengen eristyshuone on. Aina emme voi muistihäiriöistä sijoittaa 1 – heng. huoneeseen, joka olisi hyvä asia muistihäiriöiselle mutta myös toiselle potilaalle, koska muistihäiriöinen saattaa tulla levottomaksi kaverista sekä hänen → huonekaverin tavarat kiinnostavat.	Useamman hengen huoneet

<p>Osastolla infektiopotilaita / eristyksiä ( huone ) joihin muistiongelmaiset voivat harhautua.</p>	<p>Infektiot</p>
<p>Pot. laitetaan nimi – ja osastotunnus ranneke käteen.</p>	<p>Turvaranneke tunnistusta varten.</p>
<p>Annetaan potilaalle aikaa selvittää itsekkin joistain tekemisistä, joita hän pystyy vielä tekemään. kunnioittava asenne potilaaseen ja hänen omaisiinsa.</p>	<p>Kunnioittava asenne potilaaseen.</p>
<p>- iv.- letkustot viedään pois käytön jälkeen.</p>	<p>Iv-letkustot pois käytön jälkeen.</p>
<p>Ei ylim. tavaroita jätetä huoneeseen ( neulat, ruiskut, pistävät / terävät esineet pois.) Lääkkeet viedään huoneeseen juuri ennen antoa tai säilytetään niin ettei potilas niitä saa.</p>	<p>Lääkkeiden säilytys potilaan ulottumattomissa.</p>
<p>Huoneiden ovet samankaltaiset, värit ei hahmota ympäristöä, vain numerot (pienet) ovissa. Osastolla ovet ulos mol. päistä, vain toisen saa lukittua, toisesta voi kadota. Vaikkeassa muistihäiriössä olevalle hoitoympäristö ei niin hyvä, kaikki ovet samantaisia kun potilas eksyy käytävälle, ei osaa takaisin.</p>	<p>Ovien samankaltaisuus</p>

**LIITE 5. ESIMERKKI PELKISTETTYJEN ILMAUKSIEN  
RYHMITTELYSTÄ ELI KLUSTEROINNISTA**

1(2)

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>-paljon ääniä</li> <li>- moniammatillisuus</li> <li>-ei varastotiloja</li> <li>-huonesiirrot</li> <li>-infektiot</li> <li>-ohjaus ahdistaa</li> <li>-rajoittaminen ahdistaa</li> <li>-virikkeiden puute paljon erilaisia potilaita</li> <li>-hoitajat vaihtuvat</li> <li>-useamman hengen huoneet</li> <li>-ovista pääsee ulos</li> <li>-osastolla paljon liikettä</li> <li>-ympäristöä ei voi muokata</li> <li>-hoitajien kiire</li> <li>-sairaalamaiset huoneet</li> <li>-huonesijoittelu</li> <li>-levoton osasto</li> <li>-pienet huoneet</li> </ul>	<p>Hoitoympäristön uhat</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-ovien samankaltaisuus</li> <li>-värien merkitys</li> <li>-pienet numerot ovissa</li> <li>-ovet lukittuina</li> </ul>	<p>Fyysinen ympäristö</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>potilaspöydälle tuttuja kuvia</li> <li>-annetaan aikaa potilaalle</li> <li>-potilaspöydälle tuttuja tavaroita</li> <li>-ikkunat lukittuina</li> </ul>	<p>turvallisuuden tunteen luominen</p>

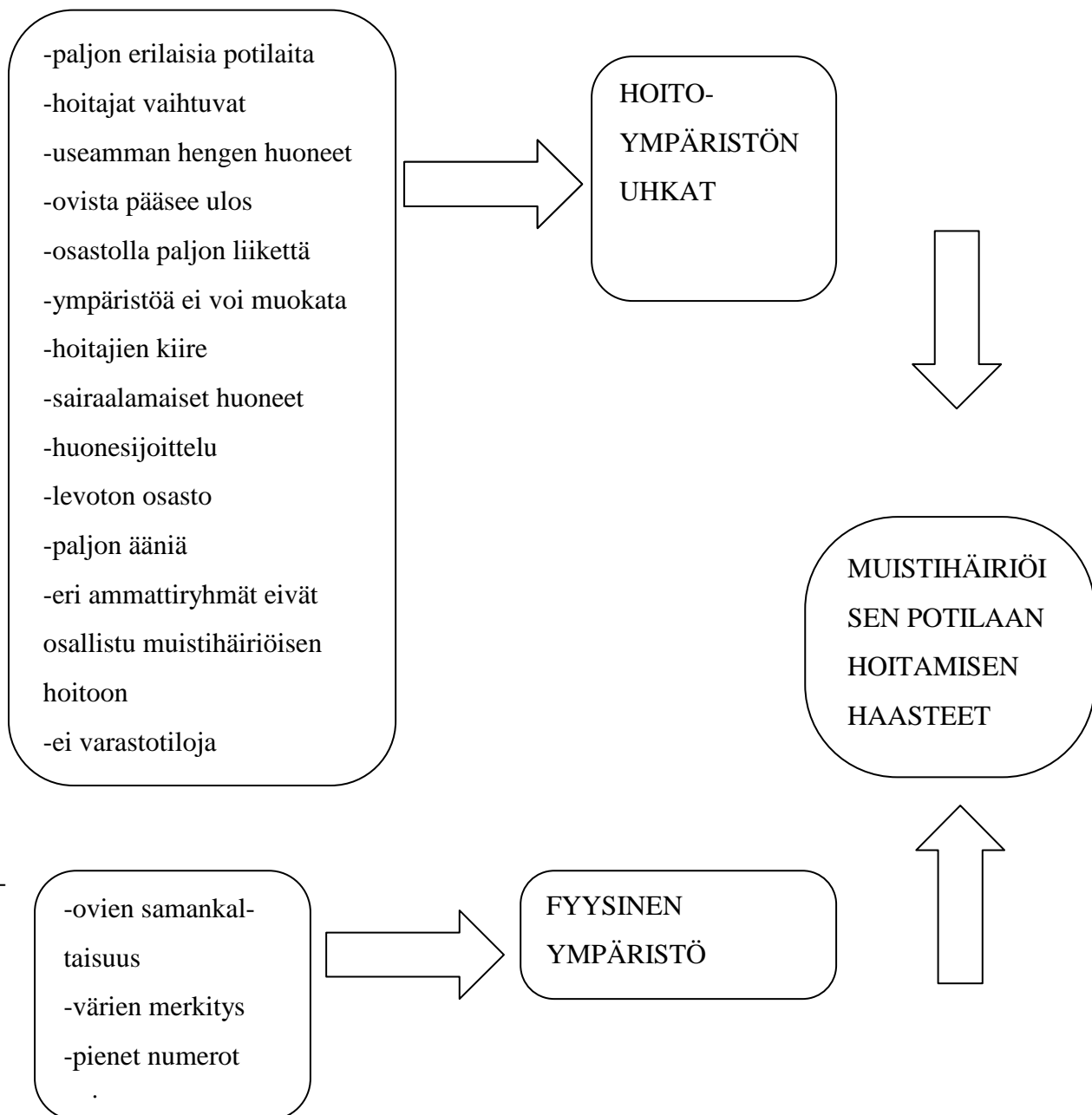


<ul style="list-style-type: none"><li>-vaaralliset laitteet pois näkyviltä</li><li>-pöytä lähellä</li><li>-sama huone koko ajan</li><li>-oma wc</li><li>-samanlainen päivärytmi</li><li>-hoitajien rauhallinen kommunikointi</li><li>-samanlainen vieruskaveri</li><li>-kaapin ovet lukkoon</li><li>-kiireetön ilmapiiri</li><li>-turvallinen ilmapiiri</li><li>-kunnioittava asenne potilaaseen</li><li>-kunnioittava asenne omaisiin</li><li>-turvaranneke tunnistusta varten</li></ul>	
<p>lääkkeet suoraan suuhun</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-lääkkeet huoneeseen juuri ennen antoa</li><li>-lääkkeiden säilytys potilaan ulottumattomissa</li><li>-iv-letkustot pois käytön jälkeen</li></ul>	lääketurvallisuus

## LIITE 6. MUISTIHÄIRIÖISEN POTILAAN HOITAMISEN HAASTEET 1

Muodostuu kahdesta alakategoriasta hoitoympäristön uhkat ja fyysinen ympäristö.

Seuraavassa on esitetty ala- ja yläkategorioiden muodostuminen (kuvio 1)



## LIITE 7. HOITOYMPÄRISTÖN TURVALLISUUS

1

Hoitoympäristön turvallisuus muodostuu kahdesta alakategoriasta turvallisuuden tunteen luominen ja lääketurvallisuus. Seuraavassa on esitetty ala- ja yläkategorioiden muodostuminen (kuviot 2)

