

Marjo Väisänen

Akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien kehittäminen



Sairaanhoitaja ylempi (AMK)

Kajaanin ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan
koulutus ylempi (AMK)

Syksy 2020



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Marjo Väisänen

Työn nimi: Akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien kehittäminen

Tutkintonimike: sairaanhoitaja ylempi (AMK), sosiaali- ja terveystieteiden koulutus ylempi (AMK)

Asiasanat: akuuttigeriatrisen potilas, lääkkeettömät auttamismenetelmät, toimintatutkimus, yhteiskehittäminen, valmentava johtaminen

Hoitohenkilökunnan tulee kohdata muistisairas ihminen ja hänen omaisensa eri palveluissa arvostaen heitä sekä ottamalla huomioon muistisairauksien aiheuttamat muutokset. Heidän tulisi samalla pystyä ennakoimalla hallitsemaan käytösoireiden ilmaantumisesta sekä niiden aiheuttamia tilanteita. Fyysisen rajoittamisen sijaan hoitohenkilökunnalla tulee olla osaamista lääkkeettömien hoitotyönmenetelmien käyttämisestä. Osaamisella on ratkaiseva merkitys akuuttigeriatrisen potilaan hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien käyttöönottamista akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessissa. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Sen avulla mahdollistui akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön kehittäminen käytännönläheisen toiminnan, siitä nousevien kehittämistarpeiden ja niiden reflektoinnin avulla.

Toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin tarkoitus oli selvittää akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömiä auttamismenetelmiä aikaisemman tutkimustiedon avulla. Tutkimuskysymys oli, millä lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä. Vastausta haettiin kirjallisuuskatsauksen avulla tekemällä hakuja Pubmed, Pubmed Central, Finna ja Cinahl tietokantoista (N=1049, n=10). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä ja tuloksena muodostui neljä luokkaa: aistitoimintoihin perustuvat, fyysisestä aktiivisuudesta tukevat, asiakkaan elämänsisällön tukevat ja hoitohenkilökunnan osaamiseen perustuvat auttamismenetelmät. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista akuuttigeriatrisen työryhmän kokouksessa seuraavan syklin kehittämisaiheeksi nostettiin asiakkaan elämänsisällön tukevat auttamismenetelmät.

Toisen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessia voidaan kehittää hänen elämänsisällönsä avulla. Tutkimuskysymys oli, mitkä asiat akuuttigeriatrisen potilaan elämänsisällössä ovat merkityksellisiä. Aineistoa kerättiin haastattelemalla akuuttigeriatrisia potilaita (N=3) ja heidän omaisiansa (N=3). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, ja tuloksena muodostui pääluokat elämän kriisit, ihmissuhteet, tekeminen ja turvallisuus. Tulosten perusteella laadittiin akuuttigeriatrisen potilaan elämänsisällön kartoittavat tulokeskustelun teemat, joita testattiin yhdellä potilaalla ja omaisella.

Kolmannessa syklissä tarkoitus oli kehittää akuuttigeriatrisen potilaan elämänsisällön sisältävä hoitotyön suunnitelma ja kuvata sen käyttöönottosuunnitelma. Kehittämiskysymykset olivat, minkälainen on akuuttigeriatrisen potilaan elämänsisällön sisältämä hoitotyön suunnitelma ja minkälainen implementointisuunnitelma tukee sen käyttöönottoa. Opinnäytetyön projektiryhmässä kehitettiin akuuttigeriatrisen potilaan elämänsisällön sisältävän sähköisen hoitokertomuksen mallipohjan Lifecare ohjelmistoon. Syklissä kuvattiin myös akuuttigeriatrisen potilaan elämänsisällön sisältävän hoitotyön suunnitelman implementointisuunnitelma IOWA mallin avulla.

Abstract

Author(s): Väisänen Marjo

Title of the Publication: Developing Non-Pharmacological Interventions for Acute Geriatric Patients

Degree Title: Master of Health Care

Keywords: acute geriatric patient, non-pharmacological interventions, action research, collaborative development, coaching

Health care professionals should encounter memory-impaired persons and their relatives respectfully and take into consideration the changes caused by various memory disorders. They should be able to anticipate and control the appearance of behavioral symptoms and support memory disorder patients' functional ability. Instead of physical restraining, health care professionals should know and learn to use non-pharmacological methods in nursing. Their expertise is crucial to the use of non-pharmacological methods in acute geriatric care. The objective of this thesis was to develop the use of non-pharmacological interventions in the care process of acute geriatric patients. This thesis was conducted as action research, which made it possible to adopt a practical approach to the development of acute geriatric patient care using emerging development needs and reflection.

The purpose of the first cycle was to study previous research on non-pharmacological interventions in acute geriatric patient care. The research question was to investigate what non-pharmacological interventions were appropriate in the care of confused and anxious demented patients. The answer to the question was retrieved with a literature review using databases such as Pubmed, Pubmed Central, Finna and Cinahl (N=1049, n=10). The data were analyzed with inductive data analysis, and the analysis resulted in four categories: interventions based on sensory functions, interventions supporting physical activity, interventions supporting patients' life histories, and interventions based on health care professionals' competence. From the results of the literature review, the acute geriatric team chose interventions supporting patients' life history as the development topic for the second cycle.

The purpose of the second cycle, which was an action, was to explore how the client-centered care process of acute geriatric patients could be developed through their life history. The research question was to study what issues in acute geriatric patients' life histories were meaningful. The data was collected by interviewing acute geriatric patients (n=3) and their relatives (n=3) and were analyzed using inductive content analysis. The analysis resulted in four categories: life crises, relationships, doing and security. Based on the results, themes for the admission discussion, which would focus on discovering acute geriatric patients' life histories, were developed. The themes were tested with one acute geriatric patient and his/ her relative.

The purpose of the third cycle was to develop a care plan which would contain a patient's life history and describe the implementation of the nursing plan. The development questions were the following: what type of care plan would include the life histories of acute geriatric patients and what type of implementation plan would support the introduction of the care plan. The project team of this thesis developed a model template, which includes acute geriatric patients' life histories, for the Lifecare software. The implementation plan was also described using the Iowa Model in this cycle.

Alkusanat

"Kohtele minua hyvin, sitten kun en enää muista nimeäni.

Sitten kun tämä päivä on sekoittunut eiliseen.

Sitten kun aikuiset lapseni ovat kasvaneet muistoissani pieniksi jälleen,

sitten kun en enää ole tuottava yksilö, kohdelkaa minua silloinkin ihmisenä.

Välittäkää minusta, antakaa rakkautta, koskettakaa hellästi.

Kello hidastaa, eräänä päivänä se pysähtyy kokonaan, mutta siihen on vielä aikaa.

Antakaa minulle arvokas vanhuus."

- Tuntematon

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Opinnäytetyön lähtökohdat	1
1.2	Akuuttigeriatrisen tutkimusosaston toimintaperiaatteet	3
1.3	Metodologiset lähtökohdat.....	4
1.4	Projektiorganisaatio	7
1.5	Lähteet.....	9
2	Lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien kartoittaminen (1. sykli)	12
2.1	Johdanto (suunnittelu)	12
2.2	Aineiston hankinta (toiminta)	13
2.3	Alkuperäistutkimusten valinta ja laadunarviointi	15
2.4	Aineiston analysointi (havainnointi).....	18
2.5	Tulokset	20
2.5.1	Aistitoimintoihin perustuvat auttamismenetelmät	21
2.5.2	Fyysistä aktiivisuutta tukevat auttamismenetelmät	22
2.5.3	Asiakkaan elämänhistoriaa tukevat auttamismenetelmät	23
2.5.4	Hoitohenkilökunnan osaamiseen perustuvat auttamismenetelmät	24
2.6	Johtopäätökset (reflektointi).....	24
2.7	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus	26
2.8	Lähteet.....	29
3	Akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessin kehittäminen elämänhistorian avulla (2. sykli) 33	
3.1	Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoria (suunnittelu)	33
3.2	Haastatteluiden toteuttaminen (toiminta)	34
3.3	Haastatteluiden analysointi (havainnointi)	38
3.4	Haastattelujen tulokset	40
3.5	Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittava tulokeskustelu (toiminta ja havainnointi).....	43
3.6	Johtopäätökset (reflektointi).....	45
3.7	Lähteet.....	48
4	Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyösuunnitelman kehittäminen ja käyttöön ottaminen (3. sykli)	51

4.1	Hoitotyönsuunnitelman rakenteinen kirjaaminen (suunnittelu)	51
4.2	Akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomus (HOKE) (toiminta)	54
4.3	Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelman käyttöönottosuunnitelma (suunnittelu)	56
4.3.1	Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöön ottaminen lowa mallin avulla ...	56
4.3.2	Aiheen valinta	58
4.3.3	Tiimin kokoaminen	58
4.3.4	Näytön hankkiminen	59
4.3.5	Näytön luokittelu ja arviointi	60
4.3.6	Näytön standardien kehittäminen	60
4.3.7	Näytön implementointi	62
4.3.8	Näytön arviointi	65
4.4	Lähteet	67
5	Pohdinta	71
5.1	Johtopäätökset ja jatkotutkimuskysymykset	71
5.2	Eettisyys	75
5.3	Luotettavuus	77
5.4	Valmentavan johtaminen akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön kehittämisen tukena	79
5.5	Lähteet	82

Liitteet (8 kpl)

1 Johdanto

Kansallisen muistiohjelman 2012–2020 tavoitteena on, että hoitohenkilökunta kohtaa muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa eri palveluissa arvostaen ja ottamalla hoidossa huomioon eri muistisairauksien aiheuttamat muutokset. Hoitohenkilökunnan tulee pystyä ennakoimalla hallitsemaan muistisairaahan käytösoireiden ilmaantumista ja niiden mukanaan tuomia tilanteita. Hoidon tulee olla näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaista. Hoitohenkilöstöllä tulee olla riittävä osaaminen muistisairaahan ihmisen identiteettiä ja elämänlaatua tukevaan hoitoon ja palveluun muistisairaahan ihmisen elämän loppuun saakka. (Tavoitteena muistiystävällinen Suomi 2012.)

1.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Vanhustenhuollossa ei toistaiseksi ole lainsäädännössä säädettyjä perusteita potilaan rajoitusten käyttämiselle, joten rajoitustoimenpiteissä on noudatettu sosiaali- ja terveysalan lupa- ja hallintaviraston (Valvira) ohjeistusta. Ohjeistuksessa korostuu se, että fyysisiä rajoitteita tulee käyttää vain hoitotilanteissa, joissa rajoittaminen on välttämätöntä ja käytettävissä ei ole tätä lievempiä menetelmiä tai ne eivät ole riittäviä. Se, ettei hoitohenkilökuntaa ei ole tarpeeksi käytettävissä, ei voi olla peruste fyysisen rajoittamisen käyttämiselle. Henkilöstön tulee tietää lievien menetelmien käyttö ja oppia käyttämään niitä hoitotyössä. Fyysisten rajoitustoimenpiteiden käyttö on lopetettava heti, kun se ei ole enää potilaan hoidon ja turvallisuuden kannalta välttämätöntä. (Nikumaa 2017, 193.)

Ensisijainen tarkoitus lääkkeettömällä hoidolla on tarkoituksenmukaisesti huolehtia muistipotilaasta ja hänen tarpeistaan. Silloin perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista on vältettävä. Hänen jäljellä olevaa toimintakykyään tuetaan muun muassa suunnitelmallisesti toteutettavilla arvioinneilla, käyttäytymisen syiden selvittämisellä ja arkijärkeen perustuvalla ohjauksella voidaan vaikuttaa käytösoireita lieventävästi. Lääkkeettömään hoitoon kuuluvat erilaiset psykososiaaliset hoidolliset lähestymistavat sekä vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttaminen. (Muistisairaudet. Käypä hoitosuositus 2017.)

Henkilökunnan osaamisella on tärkeä merkitys lääkkeettömien menetelmien käyttämisessä potilaan hoidossa. Interventiot, joissa koulutetaan hoitajia niin, että heidän kommunikaatiotaitonsa

vastaavat muistisairaapotilaan tarpeita, ovat tehokkaita menetelmiä, ja niillä on vaikutusta potilaan välittömiin käytösoireisiin. (Koponen & Vataja 2016.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 tavoitteena on, että kaikilla ikääntyvien kanssa toimivilla on peruskoulutuksen lisäksi gerontologista asiantuntemusta hankittuna lisä- tai jatkokoulutuksina (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 2017). Gerontologisen hoitotyön osaaminen vaatii laaja-alaista osaamista sekä erityisosaamista, mikä edellyttää myös teoretiedon soveltamisosaamista ikääntyneiden hoitotyöhön (Tarhonen 2013).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien käyttöönottoa akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessissa. Tulosten perusteella voidaan edelleen kehittää akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönprosessia uuteen sairaalaan sijoittuvan akuuttigeriatrisen tutkimusosaston hoidon suunnittelussa.

Lääkkeettömien menetelmien käyttäminen muistisairaan käytösoireiden hoidossa tulee olla aina ensisijaista (Muistisairaudet. Käypä hoitosuositus 2017). Sekavan muistisairaan geriatrisen potilaan hoidossa Kajaanin terveyskeskussairaalan akuuttiyksikössä käytetään ajoittain rajoittamista. Eniten käytetyin rajoitusmuoto on fyysinen rajoittaminen. Toiseksi yleinen rajoittamismuoto on kemiallinen, eli lääkityksen avulla tapahtuva rauhoittaminen. (Petrovic 2014, 42.)

1.2 Akuuttigeriatrisen tutkimusosaston toimintaperiaatteet

Vuonna 2013 Kainuun maakuntakokeilun päättyessä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä valtuusto hyväksyi Uusi Sairaala- konseptisuunnitelman, jonka keskeinen sisältö oli muuttaa toimintamalleja ja suunnitella potilasprosessit tehokkaiksi. Tulevaisuuden toiminta tulee suunnitellusti olemaan avohoitopainotteisempaa. Integraatiohyötyä tullaan saavuttamaan sillä, että perusterveydenhuollon yksiköt sijoitetaan samaan rakennukseen erikoissairaanhoidon poliklinikkojen ja vuodeosastojen kanssa. (Ahonen, Ahopelto, Heikkinen, Huovinen-Tervo & Mäntymäki 2017, 89-90.) Kainuun uuden keskussairaalan rakentaminen on aloitettu ja ensimmäiset tilat valmistuivat syksyn 2019 aikana. Uuteen keskussairaalaan yhdistetään Kajaanin pääterveysaseman ja Lehtikankaan terveysaseman lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanotot sekä vuodeosastot. Kajaanissa suurin muutos on terveyskeskusten toimintojen siirtyminen osaksi uutta Kainuun keskussairaala. (Kainuun uusi sairaala 2018, 2, 4.)

Kajaanin pääterveysasemalla sijaitsee terveyskeskussairaala akuuttiyksikkö, jossa hoidetaan kainuulaisia, pääasiassa kajaanilaisia aikuisia, vanhuksia, vammaisia sekä pitkäaikaissairaita. Akuuttiyksikön potilaat ovat pääasiassa monisairaita vanhuksia ja osastolle hoitoon tulossyynä ovat useimmiten potilailla olevat erilaiset infektiot. (Lääkehoitosuunnitelma 2017, 1-2.) Akuuttiyksikkö muuttaa vuoden 2021–2022 aikana Kainuun uuteen keskussairaalaan, jossa vuodeosaston toiminta jatkuu kolmella erillisellä osastolla. Nykyisen terveyskeskuksen potilaita hoidetaan uudessa sairaalassa yleislääketieteen osastolla, saattohoito-osastolla sekä akuuttigeriatrisella tutkimusosastolla.

Akuuttigeriatrinen tutkimusosasto tulee olemaan yhdeksän paikkainen hoitoyksikkö, jonne potilaat tulevat lähetteellä päivystyksestä, vastaanotoilta tai kotoa ja ovat pääasiassa yli 65-vuotiaita kainuulaisia vanhuksia, joilla on dementian vaikeita käytösoireita. Osastojakson tavoitteena on potilaan oireilun syyn selvitys ja hoitomenetelmien valinta. Osastolla hoidetaan myös iäkkäiden potilaiden äkillisiä sekavuustiloja eli deliriumeja, silloin kun tilanne ei vaadi valvontaosastohoitoa. Akuuttigeriatrisen hoitajakson tavoitteena voi olla myös diagnosoimattoman muistisairauden selvittely silloin, kun se vaatii osastohoitoa. Somaattisesti sairaan vanhuksen sairaalahoidoa vaativa psykiatrinen sairaus tai gerastenia (hauraus-raihnausoireyhtymä), toistuva selvittämätön kaatuilu

tai iäkkään ihmisen päihdeongelma voivat olla myös syy akuuttigeriatrisen osaston hoitojaksolle. (Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 1 2018.)

lääkkäiden hoito- ja palveluketjun uudistaminen vanhuspalveluista ja perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon saakka liittyy tiiviisti Uusi sairaala -hankkeeseen. Potilaan hoitoa kuvataan palveluketjuna, jossa lähdetään potilaan kotoa ja palataan lopuksi takaisin kotiin. (Kainuun uusi sairaala 2018, 7.) Akuuttigeriatrisen tutkimusosaston osastohoidon tavoitteena on potilaan kokonaisuhoito, jossa hänen jäljellä olevia voimavarojaan, yksilöllisyyttään, arvokkuuttaan ja ihmisarvoa kunnioitetaan ja, jossa itsemääräämisoikeuden rajoittamista on mahdollisimman vähän. Osastojakson aikana toteutetaan potilaan laaja-alainen geriatrinen selvittely tiiviissä yhteistyössä omaisten ja kotihoidon työntekijöiden kanssa. Tavoitteena on lyhyt ja tiivis osastojakso, jonka jälkeen potilas kotiutuu. Potilaan jatkohoidon suunnittelu tapahtuu yhteistyössä omaisten ja kotihoidon toimijoiden kanssa. Jos tarvitaan potilaalle normaalia pidempi sairaalajakso, hoito jatkuu uuden sairaalan tai kuntien terveyskeskussairaaloiden yleislääketieteen osastoilla. (Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 1 2018.)

1.3 Metodologiset lähtökohdat

Opinnäytetyön metodologisena lähestymistapana on toimintatutkimus, koska se tukee akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön kehittämistä käytännönläheisen toiminnan, siitä nousevien kehittämistarpeiden ja niiden reflektoinnin avulla. Toimintatutkimus muistuttaa tapaustutkimuksen kaltaista tutkimusstrategiaa, jossa keskitytään asiaan, jossa samanaikaisesti toteutuvat toiminta, tutkimus ja muutos. Se on menetelmä, jonka avulla voidaan puuttua todellisen elämän tapahtumiin ja tarkastella tehdyn intervention avulla saavutettuja tuloksia. (Anttila 2006, 439.) On tärkeää, että toimintatutkimuksen avulla kehitetään hoitotyötä, joka kohdistuu ihmisen eli tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijän toiminnan muuttamiseen (ks. Kananen 2014, 15-16). Opinnäytetyössä suunnitellaan ja otetaan käyttöön uusia käytännönläheisiä auttamismenetelmiä akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön tueksi, jotta hoitotyö on asiakaslähtöistä.

Toimintatutkimuksen ero muihin metodologisiin lähestymistapoihin on siinä, että tutkija tai kehittäjä on itse mukana toimintatutkimuksen prosessissa johtaen sitä tavoitteen suuntaisesti (Heikkinen 2015, 205; Kananen 2014, 15-16). Opinnäytetyöntekijä osallistuu myös käytännön hoitotyöhön toimiessaan sairaanhoitajana työyksikössä, jossa kehittämistyötä tehdään. Rooli on osaltaan vastata siitä, että yhdessä projektiryhmään kuuluvien toimijoiden kanssa suunnitellut ja

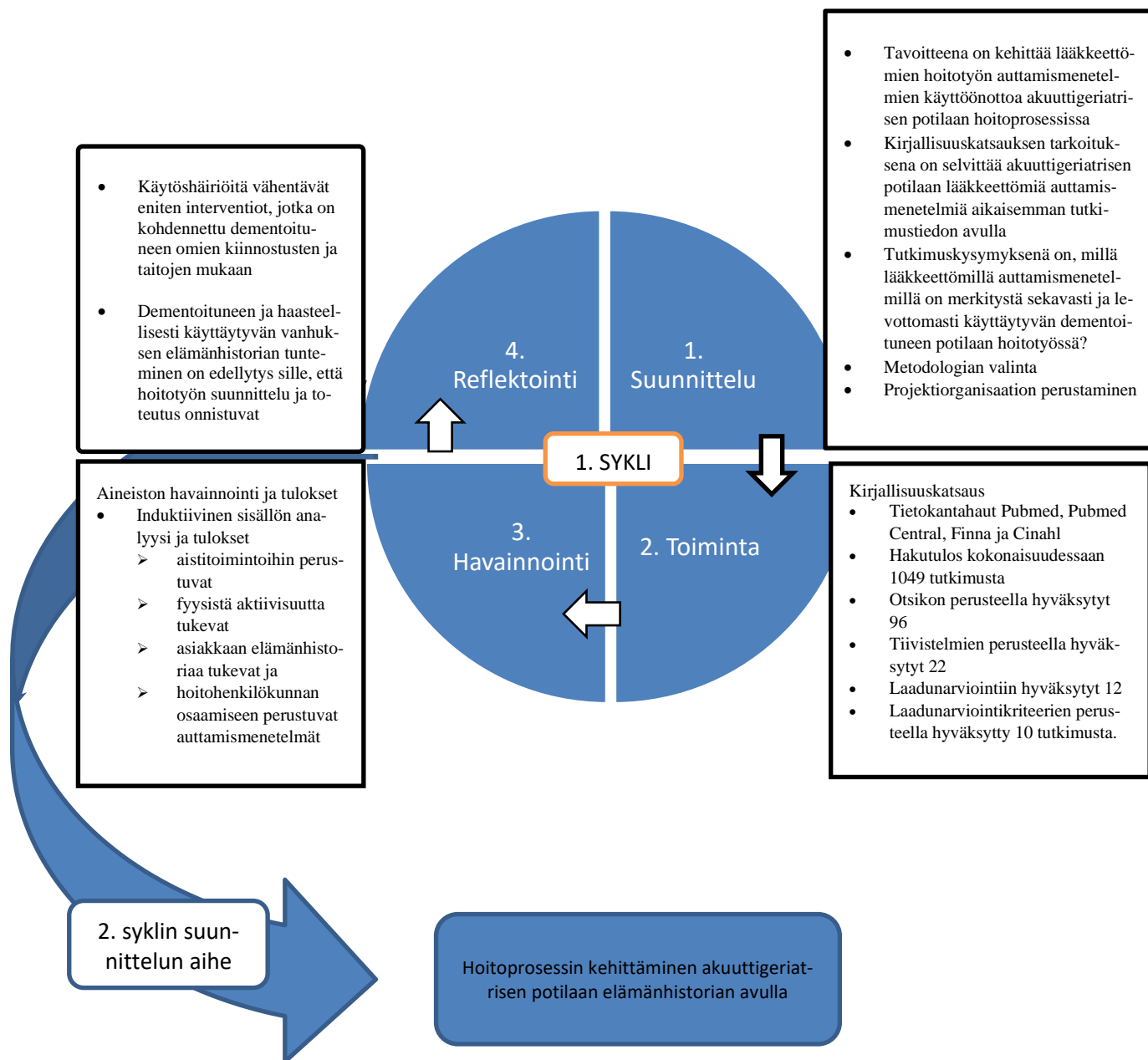
toteutetut toimenpiteet kehittävät akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessia. Kehittämistoiminnassa tarvitaan eri toimijoiden aktiivista osallistumista ja sitoutumista. Erilaisten mielipiteiden hyväksyminen mahdollistaa toimijoiden tasavertaisen osallistumisen, johon myös kehittäjänä toimiva opinnäytetyöntekijä osallistuu. Hän pyrkii osaltaan dialogiin käytännön hoitotyötä kehittävien toimijoiden kanssa. (ks. Toikko & Rantanen 2009, 8-10.)

Yhtenä toimintatutkimuksen suuntauksena voidaan pitää kommunikatiivista toimintatutkimusta. Siinä korostuu vuorovaikutus ja osallistujien tasavertainen keskustelu muutoksen aikaansaamiseksi. Sen pyrkimyksenä on lisätä työntekijöiden osallistumista ja demokratiaa. Heidän kokemustietoaan hyödynnetään voimavarana samalla, kun he ovat oman työnsä asiantuntijoita. Näin he toimivat itse muutoksen aikaansaajina. (Heikkinen, Konttinen & Häkkinen 2010, 57.) Jokaisella on oikeus osallistua kehittämistä ja muutosta koskevaan keskusteluun tuoden siihen oman kokemuksensa, ajatuksensa ja mielipiteensä (Kuula 1999, 92-93). Kehittämistyön aikana mahdollistuu vuoropuhelu työyksikössä osastotuntien ja kehittämisiltapäivien yhteydessä, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus esittää mielipiteitä ja kysymyksiä akuuttigeriatrisen potilaan hoidosta.

Toimintatutkimuksen tutkimusprosessin asiasisältö ja ydin voi olla jokin ihmiselämään liittyvä piirre (Kuula 1999, 11). Tutkimus voi alkaa arkisen toiminnan ongelman ihmettelyllä ja reflektoinnilla, joista seuraa uusia aikaisempaa laajempia kysymyksiä (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 78). Prosessi etenee spiraalimaisina sykleinä (Anttila 2006, 440). Ensimmäinen sykli alkaa suunnittelulla, jota seuraa toimintavaihe, jolloin kehittäjä yhdessä kehittämistyöhön osallistuvien kanssa suunnittelee ja toteuttaa uutta toimintaa. Toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan aktiivisesti toiminnan kokeilun aikana ja sen päätyttyä. Syklin viimeisessä vaiheessa muutosta eli uutta toimintaa arvioidaan ja reflektoidaan. Havainnoinnin ja reflektion avulla voidaan suunnitella uusia toimintoja. Sykli voi alkaa mistä syklinvaiheesta tahansa. Perättäiset syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin. (Heikkinen 2010, 35, 36; Heikkinen ym. 2010, 80.)

Suunnitteluvaiheessa toimintatutkimuksen tavoitteet ja ongelmat voidaan muotoilla yhdessä kehittämisprosessissa toimivien kanssa. Prosessin muotoilu alkaa kehittämistehtävän määrittelyllä, jonka avulla haetaan soveltavaa tietoa käytänteiden kehittämiseksi. (Heikkinen 2015, 209; Anttila 2006, 440.) Opinnäytetyön aiheen rajaamisessa ja tavoitteiden määrittämisessä ovat tiiviisti mukana akuuttigeriatriseen työryhmään osallistujat, joista muotoutui myöhemmin opinnäytetyön projektiorganisaatio. Syklin suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi lomittuvat, eivätkä ne ole aina erotettavissa toisistaan. Syklin kierros ja siitä nousseet havainnot ovat aina perusta seuraavalle syklille. Toimintatutkimus mahdollistaa kehittämisideoiden muodostumisen monivaihei-

sen jatkuvan prosessin kautta, jolla pyritään asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen aikaisempaa paremmiksi. (Anttila 2006, 440, 444; Heikkinen ym. 2010, 80.) Opinnäytetyön ensimmäinen sykli on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen 1. syklin kuvaus

Toimintatutkimuksen lähtökohtana on reflektiivinen ajattelu. Reflektoidessaan omia toimintojaan ja ajatteluaan ihminen etääntyy tarkastelemaan niitä uudesta näkökulmasta. Tämän tarkastelun avulla pyritään ymmärtämään toimintaa uudella tavalla. (Heikkinen 2015, 211.) Uuden asian kehittämisen taustalla on aikaisemmasta toiminnasta noussut reflektio, jonka avulla määrittyy toimintatutkimuksen seuraava sykli. Reflektiivisyyden avulla lisätään myös tutkimuksen ja kehittämistyön läpinäkyvyyttä. Kun kuvataan tutkimusaineistoja, interventioita ja syklin kokonaisuutta huolellisesti, voi myös lukija arvioida kehittämistyön ja aikaan saadun muutoksen luotettavuutta. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 154.) Reflektointi kuvaa johtopäätösten tekemistä, ja niiden arviointia siitä, miten ne vastaavat tutkimusongelmaan. Tässä opinnäytetyössä reflektointia käydään koko opinnäytetyöprosessin ajan työyhteisössä ja sen toteuttamiseksi perustetussa projektiorganisaatiossa.

1.4 Projektiorganisaatio

Kajaanin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön hallinnointi ja johtaminen toteutuu projektijohtamisen periaatteiden mukaisesti, joten sen toteuttamisen seuraamiseen ja hallinnoimiseen tulee perustaa projektiorganisaatio, jonka projektipäällikkönä YAMK-opiskelija toimii. (Opinnäytetyön hallinta n.d.)

Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluvat Kajaanin terveyskeskussairaalan ylilääkäri, akuuttiyksikön osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, ohjaava opettaja sekä opiskelijakollega. Ohjausryhmän päätehtävänä on valvoa kehittämistyön eli opinnäytetyön toteuttamista ja tavoitteiden saavuttamista. Se tekee tärkeimmät sisällölliset päätökset. Ohjausryhmän on myös hyväksyttävä mahdolliset muutokset, joita tulee opinnäytetyön toteuttamiseen tai tavoitteisiin ja sen tehtävänä on valvoa, ohjata, johtaa ja seurata kehittämistehtävän kokonaisuutta. (ks. Mäntyneva 2016, 20, 22.) Opinnäytetyön rakenteellisesta ohjauksesta vastasivat ohjaava opettaja, opiskelija kollega sekä akuuttiyksikön apulaisosastonhoitaja. Sisällöllisestä ohjauksesta vastasi akuuttigeriatrinen työryhmä, jossa terveyskeskussairaalan ylilääkäri ja akuuttiyksikön osastonhoitaja toimivat.

Projektiryhmään kuuluu Kajaanin terveyskeskussairaala akuuttiyksikön työntekijöitä, jotka ovat mukana suunnittelemassa uuteen sairaalaan tulevaa akuuttigeriatriasta yksikköä. Projektiryhmään kuuluu sairaanhoitaja, joka on asiantuntija MAPA® menetelmän käyttämisessä haasteellisten ja aggressiivisten henkilöiden kohtaamisessa. Projektiryhmään kuuluva lähihoitaja on Kinestetiikka® voimavaralähtöisen toimintamallin asiantuntija. TunteVa®-toimintamallin osaaja ja muistihoitaja

ovat myös projektiryhmässä edustettuina. Projektiryhmän toimijoiden tehtävänä on osallistua lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien kehittämiseen akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessissa. He vastaavat siitä, että tulokset saatetaan työyksikössä henkilökunnan käyttöön, ja he osallistuvat opinnäytetyön käytännön toteuttamiseen. He huolehtivat heille määriteltyjen tehtävien toteuttamisesta ja raportoivat niihin liittyvien tehtävien edistymisestä projektipäällikölle. Heidän vastuullaan on myös oman osaamisensa kehittäminen. (ks. Mäntyneva 2016, 21.)

Projektipäällikkönä toimii YAMK-opiskelija Väisänen. Projektipäällikkö on kokonaisvastuussa opinnäytetyöstä, sen suunnittelusta, toimeenpanosta ja tehtävien seurannasta. Projektiorganisaatioon voidaan katsoa kuuluvaksi myös sidosryhmät, joilla on opinnäytetyöhön liittyviä intressejä tai joihin sen tulokset vaikuttavat suoraan tai epäsuorasti. He ovat osapuolia, joilla voi olla erilaisia tarpeita, odotuksia ja vaatimuksia projektiorganisaation toiminnasta. Sidosryhmäksi voidaan katsoa kuuluvan taho, joka on jollain tasolla yhteydessä projektiin. Sidosryhmiä voidaan tarkastella ulkoisina ja sisäisinä sidosryhminä. (Mäntyneva 2016, 124; Ruuska 2005, 130.) Sisäiset sidosryhmät ovat usein sopimuksellisessa sidoksessa projektiin, kun taas ulkoisilla sidosryhmillä ei ole sopimusta projektin kanssa, eikä heillä ole myöskään suoraa valtaa projektin resursseihin. Silti he voivat kyetä vaikuttamaan projektiin. (Aapaoja & Haapasalo 2013, 67.) Tässä opinnäytetyössä sidosryhmiä ovat akuuttityksikön hoitohenkilökunta, potilaat ja omaiset, he kuuluvat sisäiseen sidosryhmään. Ulkoisiin sidosryhmiin kuuluvat muun muassa Norlabin laboratoriohenkilökunta sekä Solin laitoshuoltajat.

1.5 Lähteet

Aapaoja, A. & Haapasalo, H. 2013. Projektin sidosryhmien roolin määräytyminen – tasomallin hyödyntäminen toteutuskyvykkyyden suunnittelussa. Viitattu 27.11.2019 <https://www.rakenustieto.fi/Downloads/RK/RK130203.pdf>

Ahonen, E., Ahopelto, M., Heikkinen, M., Huovinen-Tervo, M. & Mäntymäki, E. 2017. Näin tehdään saumaton sote: Kainuun hiljainen tieto 2003–2017. Helsinki: KAKS - Kunnallisan kehittämissäätiö.

Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 1. 2018. Palaveri muistio 15.3.2018. Opinnäyteyöntekijän hallussa.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi.

Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 16-38.

Heikkinen, H. 2015. Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli, & J. Aaltola. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus. 204-218.

Heikkinen, H., Konttinen, T. & Häkkinen, P. 2010. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 39-75.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2010. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä. (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 78-93.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2010. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä. (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 144-162.

Kainuun uusi sairaala. 2018. Kainuun sote-kuntayhtymän ja Kainua-allianssin tiedotuslehti 1. Saatavilla <http://www.kainua-allianssi.fi/>

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämisen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Suomen Yliopistopaino Oy. Jyväskylä.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 2.5.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 10. Helsinki. Viitattu 3.4.2019 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>

Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairaiden käytösoireiden lääkkeetön hoito. Viitattu 31.8.2020 <https://www.kaypahoito.fi/nak08843>

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.5.2019. Saatavilla: www.kaypahoito.fi

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Helsingin seudun kauppakamari. Viro: Printon.

Nikumaa, H. 2017. Muistisairaana itsemääräämisoikeus ja oikeudellinen toimintakyky. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari. (toim.) Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 190-193.

Opinnäytetyön hallinta. n.d. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani. Viitattu 17.9.2019. Saatavilla osoitteessa [https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-\(Soteli\)/Opinnaytetyoprosessi/Opinnaytetyon-hallinta](https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-(Soteli)/Opinnaytetyoprosessi/Opinnaytetyon-hallinta)

Petrovic, J. 2014. Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan turvallinen hoito. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Kliininen asiantuntija. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu. URN:NBN:fi:amk-2014052710278

Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa. Helsinki: Talentum.

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino.

2 Lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien kartoittaminen (1. sykli)

Tutkimuksen, yksittäisen tai laajan tutkimushankkeen perustaksi voidaan tehdä kirjallisuuskatsaus tutkittavaan aiheeseen kohdistuneisiin aikaisempiin tutkimuksiin. Se on systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan. Sen on oltava toistettavissa ja perustuttava kattavaan aihealueen ja ilmiön ajassa kehittymisen tuntemiseen. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7.)

2.1 Johdanto (suunnittelu)

Terveydenhuollon kehitys viime vuosisadalla ovat vaikuttaneet ihmisten aikaisempaa pitempään ja terveempään elämään. Tämä on myös lisännyt erilaisten tautien lisääntymistä kuten demen-tian. Vaikka dementia vaikuttaa pääasiassa ikääntyneisiin, se ei ole normaali osa ikääntymistä. Dementia on usein krooninen tai progressiivinen oireyhtymä, joka johtuu useista aivojen sairauk-sista, jotka vaikuttavat muistiin, ajatteluun, käyttäytymiseen ja kykyyn suoriutua jokapäiväistä toi-minnoista. (Dementia: a public health priority 2012, 2.) Suomessa arvioidaan olevan yli 190 000 muistisairasta henkilöä. Vuosittain diagnosoidaan uusia muistisairauksia 14 500 henkilöllä. Valta-osa sairastuneista on yli 80-vuotiaita. Heidän joukossaan on myös työikäisiä (35—65-vuotiaita) yli 7000 henkilöä, joilla on todettu etenevä muistisairaus. Pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista kolme neljästä sairastaa muistisairautta. (Muistisairauksien yleisyys 2019.)

Dementia on oireyhtymä, jossa kognitiiviset kyvyt, kuten muisti heikkenevät. Tämä aiheuttaa sai-rastuneelle sosiaalista ja ammatillista haittaa. Dementoiviin sairauksiin kuuluvat myös muutokset käyttäytymisessä sekä erilaiset psykologiset oireet. Käyttöoireiden hoitaminen on osa dementoi-tuneen potilaan hyvää hoitoa. (Sulkava, Viramo, & Eloniemi-Sulkava 1999, 5.) Muistisaira-an poti-laan käyttöoireiden taustalta voi olla esimerkiksi huono elämänlaatu. Muistisaira-an elämänlaatua voidaan kohentaa asukaslähtöisellä ja kokonaishoidolla. Muistisaira-an ihmisen näkökulmasta hyvä hoito, jossa hänen hyvinvoinnin tarpeensa tulevat huomioiduksi, vähentää käyttöoireita myös ulkopuolisten kokemana. Hyvinvoinnin tärkeä lähtökohta on muistisairauden oikea diagno-sointi ja muu hyvä lääketieteellinen hoito. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 112.)

Muistisairauksien Käypä hoitosuosituksessa (2017) todetaan, että lääkkeettömien menetelmien käyttäminen muistisaira-an useimpien käyttöoireiden hoidossa tulisi olla aina ensisijaista. Esimer-

kiksi musiikkiterapia, ryhmätoiminta ja omaisiin tai hoitohenkilökuntaan kohdistuvat, kommunikaatiota ja potilaskeskeistä hoitoa edistävät interventiot ovat tehokkaita muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden hoidossa.

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. Sen tehtävänä voi olla myös ristiriitaisuuksien ja ongelmien tunnistaminen valitusta kohdeilmioistä. Kirjallisuuskatsauksessa etsitään tarkkaa vastausta kliiniseen kysymykseen, yhdistämällä useiden eri tutkimusten tuloksia. Katsauksessa käytetyt tutkimukset identifioidaan tarkkaan PICO:n avulla. Katsauksessa lähtökohtana on hyvin muotoiltu tutkimuskysymys, tarkasti valitut menetelmät ja menettelytavat sekä kattava aikaisempien tutkimusten hakumenettely. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7, 14.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on selvittää akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömiä auttamismenetelmiä aikaisemman tutkimustiedon avulla. Tutkimuskysymys on, millä lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä.

2.2 Aineiston hankinta (toiminta)

Tavoitteena on löytää paras näyttö lääkkeettömistä menettelytavoista ja hoitotyön auttamismenetelmistä, joilla voidaan auttaa levotonta sekavasti käyttäytyvää dementoitunutta potilasta. Tutkimuskysymyksen muotoiluun voidaan käyttää apuna PICO-periaatetta, (patient, intervention, comparison, outcome) jotta voidaan tunnistaa tutkimuskysymykseen liittyvät osat, kuten potilasryhmä, mielenkiinnon kohde, vertailu/konteksti ja lopputulosmuuttujat (Lehtiö & Johansson 2016, 35). Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksen muotoilu PICO-periaatetta hyödyntämällä kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tutkimuskysymyksen muotoilu PICO-periaatetta käyttäen

Tutkimuskysymys: Millä lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä?	
P =patient	geriatrinen potilas, jolla diagnosoitu dementia ja, jolla on todettu siihen liittyviä käytösoireita
I = intervention	erilaiset lääkkeettömät menetelmät käytösoireiden ja sekavuuden hoidossa

C=comparison	ei hoitoa, toinen menetelmä tai ei kontrolliryhmää
O=outcomes	käyttöoireiden väheneminen, hoitomyönteisyyden lisääntyminen

Mukaan valittavien tutkimuksien kohderyhmän (P) tulisi olla merkityksellinen tutkimuskysymykseen, mukaanotto- ja poissulkukriteerit tulisi kohdistaa kohderyhmän terveyden- tai sairautentilaan. Intervention (I) mukaanotto- ja poissulkukriteerit voidaan määrittellä tarkan intervention menetelmän, toteuttajan, ympäristön tai kontekstin mukaan. Myös vertailukohteena oleva interventio eli verrokki (C) tulee kuvata. Loppumuuttujien, eli tulosten (O) onnistumista ja epäonnistumista osoittavat tulokset määrittävät mukaanotto- ja poissulkukriteerit tutkimuskysymyksen mukaisesti. (Valkeapää 2016, 58.) Voidaan määrittellä myös PICO:n osa S= study desing, eli sopivat tutkimusasetelmat, joilla ilmiötä voidaan tutkia (Isojärvi 2011). Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt mukaanotto- ja poissulkukriteerit esiteltä taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteereitä

PICO	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
P=patient	Muistisairautta sairastavat yli 65-vuotiaat potilaat, joilla on dementiaan liittyviä käyttöoireita ja levottomuutta	Ikääntyneet, joilla ei ole muistisairautta ja siihen liittyviä käyttöoireita
I= intervention	Tutkimus koskee lääkkeettömiä auttamismenetelmiä	Tutkimus koskee lääkkeellistä hoitoa tai fyysistä rajoittamista
C=comparison	ei hoitoa, toinen menetelmä tai ei kontrolliryhmää	ei rajattu
O=outcomes	Lääkkeettömällä hoitotyön menetelmällä on ollut vaikutusta geriatrisen potilaan käyttäytymiseen	Menetelmällä ei ole ollut vaikutusta geriatrisen potilaan käyttäytymiseen
	Tutkimukset tai katsaukset julkaistu vuosina 2005–2018 Tieteelliset artikkelit, pro gradut ja väitöskirjat	Tutkimukset, jotka julkaistu ennen vuotta 2005, opistoasteen opinnäytetyö tai yleisluontoinen raportti
	Julkaisukieli suomi tai englanti	Julkaisu kieli joku muu kuin suomi tai englanti
	Julkaisut saatavissa tietokannoista sähköisessä muodossa ja ovat ilmaiseksi ladattavissa	Julkaisut eivät ole saatavissa sähköisessä muodossa tai ovat maksullisia

Hakuja tehtiin Pubmed, Pubmed Central, Medic, Finna ja Cinal tietokantoihin. Hakusanoja olivat: sekavuus, levottomuus, vanhukset, vanhus, geriatrinen, geriatria, lääkkeetön hoito, hoitotyö, ikäänntyneet, kohtaaminen, dementia, käytösoire, ongelmakäyttäytyminen, psyykkiset käytösoireet, confusion, aged, elderly care, agerd care, geratric, non-pharmacological treatment, old person, nursing, delirium, communication, bahavioral symptoms ja challenhing behavior. Katsaukseen otettujen tuloksellisten hakujen hakulausekkeet liitteessä 1, taulukko 3.

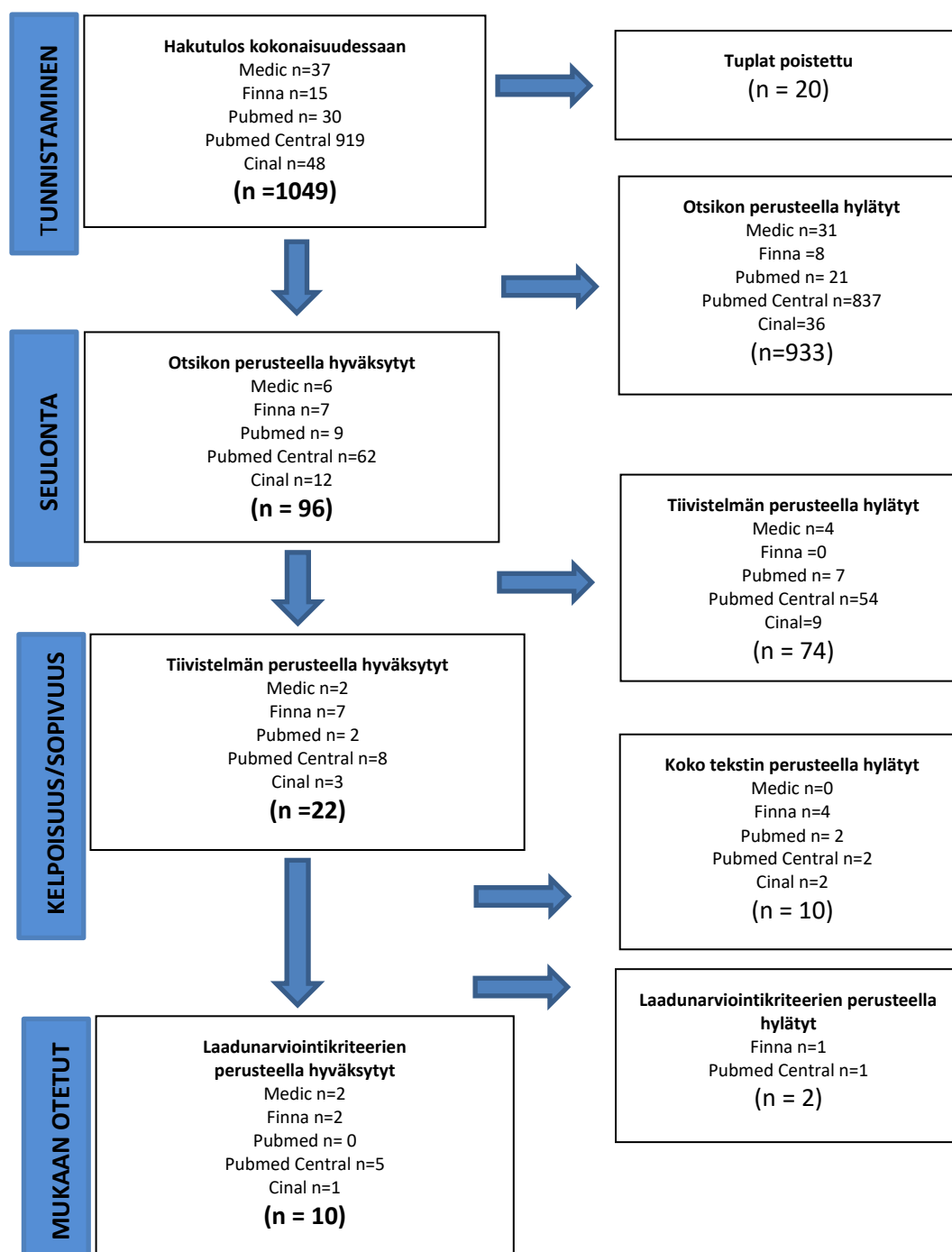
Hakulausekkeiden muodostaminen suomenkielisiin hakukoneisiin oli haastavaa. Hakuja jouduttiin rajaamaan PubMed tietokannasta, sillä otsikoiden perusteella hakusanoilla tuli mukaan myös tutkimuksia, joissa oli käytetty hiiriä. Hakutuloksista rajattiin pois hiirillä tehdyt tutkimukset sekä potilaan aivohalvauksia käsittelevät tutkimukset. Viitetietojen hallintaan käytettiin Refworks ohjelmaa, joka on bibliografisten tietojen tallentamiseen ja käyttöön tarkoitettu WWW-selaimella käytettävä tiedonhallintaohjelma. (Refworksopas 2019.)

2.3 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadunarviointi

Hakutuloksia tuli yhteensä kaikista tietokannoista 1049. RefWorks ohjelmalla oli mahdollista tarkistaa tuplatiedostojen lukumäärä. Näiden poistamisen jälkeen hakutuloksia oli jäljellä 1029 kappaletta. Tämän jälkeen tarkasteltiin hakutuloksena saatujen tutkimusten otsikot. Otsikon perusteella päätettiin, vastaako tutkimus tutkimuskysymykseen. Osa hakutuloksista osoittautui artikkeleiksi, joiden kokotekstiä ei ollut käytössä.

Otsikoiden läpi käymisen jälkeen valittiin 96 tutkimusta, joiden tiivistelmiin perehdyttiin. Jatkoon ei valittu tutkimuksia, joiden tiivistelmässä ei ollut kuvailua ikäihmisen sekavuudesta tai ongelmakäyttäytymisestä ja siihen käytetystä lääkkeettömästä auttamismenetelmästä. Tutkimukset, joiden tulokset koskivat vain henkilökunnan ja omaisten jaksamista, lääkkeellisiä hoitoja, rajattiin pois samoin kuin ne tutkimukset, joiden tiivistelmä ei antanut vastausta tutkimuskysymykseen. Katsaukseen otettiin tutkimukset, joissa kuvattiin tutkittavalla menetelmällä olleen yhteyttä dementoituneen ikäihmisen levottomuuteen tai käytösoireisiin.

Tiivistelmien lukemisen jälkeen jäljelle jäi 22 tutkimusta, joiden kokotekstiin tutustumisen jälkeen jouduttiin hylkäämään kymmenen tutkimusta. Tämän jälkeen tutkimusten laadunarvioinnin jälkeen jäljelle jäi 10 tutkimusta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tietokantahakua ja aineiston valintaa koskeva vuokaavio (mukailien PRISMA 2015 Flow Diagram)

Järjestelmällisen katsauksen laatimisen yksi tärkein vaihe on ennalta määritettyjen sisäänottokriteerien täyttäneiden tutkimusten menetelmällisen laadun kriittinen arviointi (Tutkimusten arviointi kriteeristö 2019). Katsaukseen mukaan valittujen tutkimusten arviointi toteutettiin Hoito-työn tutkimussäätiön julkaisemien arviointikriteeri listojen avulla. Tarkastuslistat sisältävät sarjan

kriteereitä, joiden toteutumista arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), ei (E), Epäselvä (?) ja Ei sovellettavissa (n/a). Päätökset pisteytysjärjestelmästä ja sisääntulokriteereistä tulee olla sovittuna tutkimuksen tarkastajien kesken ennen tarkastusten aloittamista. (Danielsson-Ojala 2016, 126.)

Koska eri tutkimuksilla oli erilaiset kriteerit ja pisteytykset, pyrittiin laskemaan eri arvioinneille prosentuaalinen kriteerien täyttyminen. Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan tulisi kriteerien täyttyä vähintään 50 prosenttisesti kunkin tutkimuksen kohdalla. (Tutkimustiedon laadun arvioiminen 2019.) Yksi hylättävä tutkimus oli ulkomaalainen systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa mukaan otetuille tutkimuksille ei kuvattu niille tehtyä laadunarviointia.

Matalin kriteeristön täyttyminen oli Hung Hsu, Flowerdew, Parker, Fachner ja Odell-Miller: Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers tutkimuksella. Arviointikriteerit täyttyivät 53 %. Arviointikriteerit täyttyivät parhaiten Hamdy, Lewis, Kinser, Depelteau, Copeland, Kendall-Wilson ja Whalen: Too Many Choices Confuse Patients With Dementia. Arviointikriteerit täyttyivät 83 %.

Tutkimusten näytön vahvuus luokitellaan tutkimusten tyyppin, laadun ja hoidon vaikuttavuuden mukaan (Uusaro & Ruokonen 2000). Katsaukseen mukaan otetut tutkimukset on luokiteltu Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuosituskäsi- kirjan näytön vahvuus, vaikuttavuus- liitteen mukaan (Hoitosuosituskäsi- kirja 2019).

Näytön asteet luokitellaan A-D, jossa A on paras näyttö ja D huonoin. A eli vahva tutkimusnäyttö sisältää vähintään kaksi tasokasta tutkimusta, joiden tulokset ovat samansuuntaiset. B eli kohtalainen tutkimusnäyttö, tarkoittaa että tasokkaita tutkimuksia on vain yksi tai useita, mutta tuloksissa on vähäistä ristiriitaa tai useita kelvollisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset. C eli niukka tutkimusnäyttö tarkoittaa sitä, että tutkimusten tuloksissa on merkittävää ristiriitaa tai kelvollisia kontrolloituja tutkimuksia on ainakin yksi. Huonoin näytön aste D tarkoittaa sitä, ettei ole tutkimusnäyttöä ja kliinisiä tutkimuksia ei ole olemassa tai ne ovat menetelmällisesti heikkoja. (Malmivaara 2015.) Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset sekä näiden menetelmällisen laadun asteen ja näytön arviointi on esitelty liitteessä 2, taulukko 4.

2.4 Aineiston analysointi (havainnointi)

Tutkimuksen analysoitava aineisto otettiin valittujen alkuperäistutkimusten tiivistelmistä sekä johtopäätöksistä, koska tulokset olivat tutkimuksissa tiiviissä muodossa ja selkeästi kuvattuina.

Englanninkielisten tutkimusten tulokset käännettiin ennen aineiston analyysia suomeksi. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, jossa luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Se on induktiivista päättelyä, ja sitä ohjaa tutkimuskysymys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 167.) Aineistoa kertyi yhden A4 verran aukikirjoitettuna, ja se vaikutti monipuoliselta. Aineistoon perehtymisen jälkeen nimetään analyysiyksikkö, joka voi olla sana, sanapari, lause, lauseenosa tai ajatuskokonaisuus. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87.) Analyysiyksiköksi valittiin lauseenosan.

Aineistosta saatiin koodattua 61 analyysiyksikköä, jotka seuraavaksi pelkistettiin. Pelkistetyt ilmaukset koodattiin numeroilla 1-61. Pelkistämisen jälkeen aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ryhmittelyä varten, jonka jälkeen ryhmittelyt abstrahoiitiin alaluokkiin ja nimettiin sisältökohtaisesti. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87.) Abstrahoinnin avulla voidaan erottaa tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostaa tiedosta teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Abstrahointia avulla yhdistellään jo syntyneitä luokituksia niin kauan, kuin se on mahdollista aineiston näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117, 120.) Ryhmittelyä helpotti se, että pelkistetyt ilmaukset kirjattiin paperilapuille, joita oli visuaalisesti helppo ryhmitellä sisältölähtöisesti. Pelkistetyistä ilmauksista muotoutui 11 alaluokkaa, jotka koodattiin isolla aakkosilla A-K. Alateemat abstrahoiitiin edelleen neljään yläluokkaan, jotka koodattiin Word-ohjelman erikoismerkeillä. Sisällön analyysiä on kuvattu taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Esimerkki sisällön analyysistä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
57. hoitohenkilökunnan käytös ja asenne ovat ratkaisevia	57. henkilökunnan käytös ja asenne	I Hoito-henkilökunnan käyttäytymiseen liittyvät taidot (34,57)	♥ Hoitohenkilökunnan osaamiseen perustuvat auttamismenetelmät (I, J, K)
34. hoitajat onnistuivat luovuutta käyttämällä selviytymään perushoittoon liittyvistä tapahtumista paremmin	34. luovuuden käyttäminen	J Hoitotyön menetelmien hallinta (56a, 56b)	
56. Hoitotyön menetelmien hallinta (mm. kivunhoito, mittareiden käyttö, ja riskipotilaiden seulonta)	56a hoitotyönmenetelmien hallinta 56b kivunhoito 56c mittareiden käyttö 56d riskipotilaiden seulonta	K Ennaltaehkäisevät hoitotyön auttamismenetelmät (56d, 56c, 55)	
55. Aggressiiviselle käyttäytymiselle altistavien tekijöiden tuntemus	55. Aggressiivista käyttäytymistä laukaiseviin tekijöihin vaikuttaminen	G Elämänhistoriaan ja kiinnostukseen perustuvat auttamismenetelmät (42, 44)	¥ Asiakkaan elämänhistoriaa tukevat auttamismenetelmät (G, H)
42. suurin vaikutus aktiviteeteilla, jotka räätälöity dementoituneen oman kiinnostuksen mukaan			

44. etenkin tuttujen laulujen käyttäminen vähensi levottomuutta	42. omien kiinnostusten mukaan räätälöidyt aktiviteetit	H omaisen läsnäolon mahdollistaminen (38)	
38. omaisen läsnäolo rauhoitti dementoituneen potilaan käyttäsoireita	44. tuttujen laulujen käyttäminen		
	38. Omaisen läsnäolo		

Analyyysin edetessä palattiin useasti takaisin alkuperäisilmaukseen, jolla varmistettiin päättelyn luotettavuus. Koko analyyysin ajan huomioitiin se, että aineistosta säilyy polku alkuperäisdataan (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 141). Tutkimusaineisto sekä tutkimuksen tekijän tulkinta ohjaavat pelkistetyn aineiston ryhmittelyä. Pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla muotoutuu synteesi, joka antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen. Aineistolähtöisen sisällönanalyyysin avulla selvitettiin, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.)

2.5 Tulokset

Yläluokiksi muodostui neljä luokkaa, jotka olivat aistitoimintoihin perustuvat, fyysistä aktiivisuutta tukevat, asiakkaan elämänhistoriaa tukevat ja hoitohenkilökunnan osaamiseen perustuvat auttamismenetelmät. (kuvio 3).



Kuvio 3. Sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan lääkkeettömät hoitotyön auttamismenetelmät

2.5.1 Aistitoimintoihin perustuvat auttamismenetelmät

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa nousi esille aistitoimintoihin perustuvia auttamismenetelmiä, jotka perustuivat henkilön kosketukseen, näkö- ja makuaistiin sekä musiikkiin. Kosketukseen perustuvista auttamismenetelmistä korostui käsihieronta, jolla voi olla hyödyllisiä vaikutuksia stressiin ja levottomuuteen dementiaa sairastavilla sairaalahoidossa olevilla potilailla. Myönteinen tulos voidaan havaita kolmen tunnin kuluttua käsihieronnasta. Tutkimuksessa käsihieronnan vaikutukset levottomuuden alenemiseen olivat nähtävissä CMAI-levottomuusasteikolla mitattuna selvimmin kello 14-17 välisenä aikana tutkimuksen kahden ensimmäisen viikon aikana. (Schaub, Von Gunten, Morin, Wild, Gomez & Popp, 2018, 328-330.) Käsihieronnalla oli suurempi vaikutus dementian käytöshäiriöihin kuin ei-sosiaalisilla interventioilla. Tämä todennäköisesti johtui siitä, koska käsihieronnassa yhdistyi sosiaalinen kanssakäyminen ja aistien stimulointi. (Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali & Thein 2015, 10.)

Kosketusterapiat voivat sisältää hierontaa, kraniosakraalisia tekniikoita tai terapeutista kosketusta. Kosketusterapiaa voidaan käyttää dementian käytösongelmien alentamiseen. Woods ja Diamond (2002) tekemässä tutkimuksessa sen todettiin vähentävän erityisesti levottomuutta ja ääntelyä. (Martini de Oliveria, Radanovic, de Mello, Buchain, Vizzotto, Celestino & Forlenza 2015, 5.) Dementoituvan haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen aistitoimintoja stimuloimalla on viitteitä niiden vaikuttavuudesta vanhusta rauhoittavana tukimenetelmänä. Sillä voi olla myös merkitystä rauhoittavan lääkityksen vähentämisessä haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen laitoshoidossa. (Jauhola 2010, 46.)

Hieronnasta voi olla hyötyä osalle haasteellisesti käyttäytyvistä dementiapotilasta. Hieronta voi olla kevyitä sivelyliikeitä selkään, käsiin, jalkoihin ja muihin helposti lähestyttäviin ruumiinosiin. Hieronnalla on vaikutusta henkilön vaelteluun, fyysiseen ja verbaaliseen levottomuuteen, ja asioiden toistelutaipumukseen. Akupunktio interventiolla on havaittu olevan rentouttavaa ja levollisuutta lisäävää vaikutusta haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen käyttäytymiseen. (Jauhola 2010, 47-48.)

Kirkasvalohoidolla voi olla merkitystä dementoituvan vanhuksen vuorikausi- ja unirytmien. Tulokset ovat vaihtelevia. (Jauhola 2010, 46; Martini de Oliveria ym. 2015, 5.) Eniten raportoituja myönteisiä vaikutuksia olivat yö unen paraneminen, levottomuuden väheneminen ja kognitiivisten kykyjen paraneminen. Dementoituneen haasteelliseen käyttäytymiseen kirkasvalohoidolla ei välttämättä ole vaikutusta (Jauhola 2010, 46; Martini de Oliveria ym. 2015, 5.)

Alzheimerin tautia sairastavien ja muiden dementiapotilaiden hoidossa luontokuvia ja musiikkia voidaan käyttää edistämään hoitoon sitoutumista ja vähentämään häiriökäyttäytymistä. Tämä voi tukea hoidon saajan ja hoitajan elämänlaatua ja samalla vähentää käytettyjen lääkkeiden kustannuksia dementiaa liittyvän ei-toivotun käyttäytymisen hallitsemiseksi. (Eggert, Dye, Vincent, Parker, Daily, Pham & Roy 2015.)

Aromaterapialla voi olla hyödyllisiä vaikutuksia dementoituneen kiihtyneeseen käyttäytymiseen (Martini de Olivera ym. 2015, 6). Vanhukset, jotka saivat kolme viikkoa laventeli – inhalaatiota, nukkuivat yönsä rauhallisemmin, olivat vähemmän ärtyneitä ja aggressiivisia, kuin samankaltainen verrokkiryhmä ilman laventeli interventiota. (Jauhola 2010, 47.)

Musiikki voi vaikuttaa keskittymiskykyyn ja tuoda ärsykeitä aikaisemmin eletystä elämästä, joka voi ehkäistä tai lievittää jännittämistä ja levottomuutta. Livemusiikin vaikutus oli tehokkaampi kohtaisesti tai syvästi dementoituneilla potilailla, kun taas nauhoitetulla musiikilla oli vähäinen vaikutus. (Martini de Olivera ym. 2015, 6.) Musiikkiterapialla oli suotuisia vaikutuksia potilaiden mielialaan ja tunteisiin, sensomotoriseen toimintaan, itsensä ilmaisemiseen, kommunikointiin, muistiin, levottomuuteen apatiaan jännittyneisyyteen ja pakko-oireiseen käyttäytymiseen. (Hsu, Flowerdew, Parker, Fachner & Odell-Miller 2015.) Tuttujen laulujen käyttäminen vähensi dementoituneen levottomuutta (Martini de Olivera ym. 2015, 6). Tibetan Singing Bowls (Tiibetiläiset soivat kulhot) vähensivät dementoituneiden potilaiden levotonta käyttäytymistä 50 % yhden kuukauden intervention aikana. Levottomuuden mittaamiseen tutkimuksen aikana käytettiin tutkimuksen aikana Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) levottomuusasteikkoa. (Bulsara, Seaman & Steuxne 2016).

2.5.2 Fyysistä aktiivisuutta tukevat auttamismenetelmät

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa nousi esille fyysiseen aktiivisuuteen ja tekemiseen perustuvia auttamismenetelmiä. Näihin kuuluivat käsillä tekemisen auttamismenetelmät sekä fyysisen aktiivisuuden mahdollistavat auttamismenetelmät. Dementoituneen potilaan käytösongelmiin oli yhteyttä interventioilla, joihin sisältyi kukkien asettelua ja kutomista. Vähiten käytösongelmiin vaikuttivat palapelit, muovikirjat ja tavaroiden lajittelu, joilla oli kuitenkin myönteinen vaikutus käytösongelmiin. (Cohen-Mansfield ym. 2015.) Dementoituneet käyttivät enemmän aikaa ja viihtyivät pidempään tekemällä pieniä työaskareita, kun tätä verrattiin vähemmän merkittävien tehtävien suorittamiseen, kuten legojen ja muiden palikoiden lajitteluun. (Jauhola 2010, 44.)

Kävelemisellä, ulosmenemisellä ja ryhmäaktiiviteeteillä voi olla yhteyttä dementoituneen käytösongelmiin (Cohen-Mansfield ym. 2015). Kävely ja erilaiset fyysiset harjoitteet voivat hillitä dementoituneen vaeltelua laitospäristössä. Soveltuvia harjoitteita ovat esimerkiksi kävely, tanssi, liikuntatuokiot, seurapelit ja kuntosaliharjoitteet. Vaeltelun mahdollistaminen on luonnollinen vaihtoehto rajoittamisen sijaan. (Jauhola 2010, 53.) Fyysisen harjoitusohjelman avulla pystytään merkittävästi vähentämään dementoituneiden neuropsykiatrisia oireita (Fleiner, Dauth, Gersie, Zijlstra & Haussermann 2017).

2.5.3 Asiakkaan elämänhistoriaa tukevat auttamismenetelmät

Kahdenkeskisillä vuorovaikutusinterventioilla on dementoituneen käytösongelmia vähentävä vaikutus (Cohen-Mansfield ym. 2015). Vanhuksen tarpeiden kuunteleminen ja vuorovaikutus ovat tärkeitä asioita. Vuorovaikutussuhteen luominen vanhuksen ja hoitajan välille on jo sinällään terapeutin auttamismenetelmä hoitotyössä. Ymmärtämiseen perustuvia vuorovaikutusmenetelmiä ovat esimerkiksi validaatio- ja muisteluterapia. (Jauhola 2010, 52.) Dementiaa sairastavan ei pidä tuntea, että hänelle sanotaan, mitä pitää tehdä vaan häntä pitää pyytää tekemään (Hamdy, Lewis, Kinser, Depelteau, Copeland, Kendall-Wilson & Whalen, 2017).

Dementoituneen haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen elämänhistorian tunteminen on avain onnistuneeseen hoitotyön suunnitteluun ja edellytys onnistuneelle käytännön hoitotyön toteutukselle. (Jauhola 2010, 65). Käytöshäiriöitä vähentävät eniten interventiot, jotka on räätälöity dementoituneen omien kiinnostusten ja taitojen mukaan (Martini de Olivera ym. 2015, 6). Kahdenkeskiset vuorovaikutustilanteet olivat tehokkaampia kuin ei-sosiaaliset interventiot kuten terapiapallo tai stimuloituneet sosiaaliset tilanteet kuten robottieläin (Cohen-Mansfield ym. 2015). Omaisen läsnäolo rauhoittaa dementoituneen potilaan käyttäytymistä. Omaisen on merkittävässä roolissa muistisairaana potilaan hoidossa, kun hän toimii tiedonantajana, puolestapuhujan ja turvan tuojana. Muistisairaana potilaan omaiset tulisi ottaa mukaan ikääntyvän muistisairaana potilaan hoitoprosessiin heti hoidon alussa. (Hynninen 2016, 67.)

2.5.4 Hoitohenkilökunnan osaamiseen perustuvat auttamismenetelmät

Dementoituneen potilaan käytösongelmien ehkäisyssä aggressiivisuudelle altistavien tekijöiden tuntemus sekä hoitohenkilökunnan käytös ja asenne ovat ratkaisevia. Käyttöoireita aiheuttavien tilanteiden ehkäisemisessä ennaltaehkäisevän hoitotyön menetelmien hallinta on keskeistä. Ennaltaehkäisyssä korostuu kivunhoito, erilaisten mittareiden käyttö ja riskipotilaiden seulonta.

Muistisairaana potilaan hoitotyön tueksi tulisi laatia näyttöön perustuvat hoitosuosituksot. Niiden avulla voitaisiin edistää muistisairaana potilaan hoidon laatua ja henkilökunnan osaamista. (Hynninen 2016, 68.) Liiallisten valintojen ja aikarajoitusten esittäminen dementoituneelle potilaalle voi olla levottomuutta laukaiseva tekijä (Hynninen 2016; Hamdy ym. 2017).

2.6 Johtopäätökset (reflektointi)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli selvittää akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömiä auttamismenetelmiä aikaisemman tutkimustiedon avulla. Vastausta etsittiin tutkimuskysymykseen, millä lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset tukevat sitä, että erilaisilla lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on vaikutusta sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä, vaikkakin näyttö on suuntaa antavaa. Vahvin tutkimusnäyttö tukee käsihieronnan, musiikkiterapian ja fyysisen harjoitusohjelman tärkeyttä dementoituneen potilaan levottomuuden ja sekavuuden vähenemiseksi. Tutkimusnäyttö tukee myös dementoituneen yksilöllisten mieltymysten ja henkilökohtaisten tarpeiden huomioivien menetelmien sekä vuorovaikutuksellisten tilanteiden käyttöä potilaan sekavuuden ja levottomuuden hoidossa. Katsauksessa ei tule esille, että lääkkeettömien menetelmien käytöllä olisi haitallisia vaikutuksia dementoituneen geriatrisen potilaan levottomuuden ja sekavuuden hoidossa.

Tärkeä tulos oli vuorovaikutukseen ja yksilöllisyyteen perustuvat auttamismenetelmät. Laadukkaassa lääkkeettömässä muistisairaana käyttöoireiden hoidossa korostuu muistisairaana yksilöllinen ja asiakaslähtöinen hoito. Rauhallisuus kohtaamisessa on tärkeää. Mikään yksittäisistä lääkkeettömistä auttamismenetelmistä ei ole käyttökelpoinen tai vaikuttava, jos se ei ole dementoituneen näkökulmasta asia, jota hän mielellään tekee. Muistisairaana ihmisen tarpeista lähtevä ja

asiakaslähtöinen hoito on tällä hetkellä lupaavin hoitolinja, kun sairastuneella esiintyy ulkopuolisten kokemaa vaikeaa käyttäytymistä (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 110).

Lääkkeettömien menetelmien vaikutusta on arvioitu Muistiliiton Hoitotyön tutkimussäätiöltä tilaamassa järjestelmällisten katsauksien katsauksessa, jossa tarkasteltiin lääkkeettömien menetelmien vaikutusta muistisairaana päivittäisistä toiminnoista selviämiseen. Tuloksena oli, että tutkimusnäyttö tukee lääkkeettömien menetelmien käyttöä muistisairaiden päivittäisissä toiminnoissa tukemisessa. Näyttö oli pääosin suuntaa antavaa. (Tuomikoski, Parisod, Oikarinen, Siltanen & Holopainen 2019, 6, 21.)

Katsauksen mukaan kognitiiviset menetelmät, jotka kattoivat kognitiivisia harjoitteita ja stimulaatioita sekä kuntoutusta, eivät yksinään olleet vaikuttavia muistisairaana päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Osassa tutkimuksista kognitiivisiin harjoitteisiin sisältyi esimerkiksi muisteluterapiaa tai tietokonepohjaisia harjoituksia. Kun kognitiiviset menetelmät oli yhdistetty muihin lääkkeettömiin menetelmiin, ne tukivat muistisairaana päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Kognitiivisia harjoituksia yhdistettiin muun muassa kuntopyöräilyyn, musiikkiin, luoviin harjoitteisiin ja puutarhanhoitoon. Vahvin näyttö oli kognitiivisten harjoitusten ja liikuntaterapian yhdistämisellä. (Tuomikoski ym. 2019, 6, 16.)

Toimintatutkimuksen metodologisen lähestymistavan mukaisesti ensimmäisen syklin tarkoitus oli selvittää akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömiä auttamismenetelmiä aikaisemman tutkimustiedon avulla. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys oli, millä lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä. Akuuttigeriatrisen työryhmän kokouksessa seuraavan syklin kehittämisaiheeksi nostettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksista asiakkaan elämänhistoriaa tukevat auttamismenetelmät. Dementoituneen haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen elämänhistorian tunteminen on edellytys sille, että hoitotyön suunnittelu ja toteutus onnistuvat käytännössä (Jauhola 2010, 65).

Tärkeimpänä asiana tuloksissa pidettiin sitä, että potilaan käytöshäiriöitä vähentävät eniten interventiot, jotka on kohdennettu dementoituneen henkilön omien kiinnostusten ja taitojen mukaan (Martini de Olivera ym. 2015, 6). Tämän vuoksi, työryhmän kokouksessa pidettiin tärkeänä sitä, että lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien käyttöönotto ja suunnittelu aloitetaan kartoittamalla akuuttigeriatrisen potilaan yksilöllistä elämänhistoriaa. Toimintatutkimuksen toisen syklin tarkoitus on kartoittaa, miten akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessia voidaan kehittää hänen elämänhistoriansa avulla. Tutkimuskysymys on, mitkä asiat akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriassa ovat merkityksellisiä.

2.7 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään kirjallisuudessa yleensä validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Nämä käsitteet ovat muodostuneet määrällisen tutkimuksen yhteyteen ja vastaavat lähinnä näiden tutkimusten tarpeisiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaavista käsitteistä on erilaisia kriteereitä, jotka ovat saaneet suomalaisessa kirjallisuudessa eri tulkintoja. Tuomi ja Sarajärvi (2018) mukaan suomenkielisessä kirjallisuudessa on käytetty laadullisessa tutkimuksessa seuraavia luotettavuuden kriteereitä: uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi, varmuus, kyllästeisyys, riippuvuus ja vakiintuneisuus. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 127-129; Tuomi & Sarajärvi 2018, 157-158.) Tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta tarkastellaan uskottavuuden, siirrettävyyden ja kyllästeisyyden kriteerien avulla.

Uskottavuuden kriteerin edellytyksenä on, että tuloksien kuvaaminen on selkeää ja ymmärrettävää. Kuvauksen avulla tulisi esittää ymmärrettävästi analyysin vahvuudet sekä myös sen heikkoudet. (Kylmä & Juvakka 2007, 198.) Kirjallisuuskatsaus pyrittiin suorittamaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se olisi eettisesti luotettavaa ja että sen tulokset olisivat uskottavia (Varantola 2013, 6). Tutkimuksen luotettavuus perustuu sille, kuinka hyvin tutkija hallitsee tutkimusmenetelmät, ja se edellyttää myös rehellisyyttä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu huolellisuus ja tarkkuus myös tulosten raportoinnissa. Tutkijan tulisi ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja esittää omat tuloksensa oikeassa valossa. (Pietarinen 2002, 66.) Lähdemerkinnät on pyritty tekemään asianmukaisella ja kunnioittavalla tavalla.

Hakustrategiaa suunnitellessa on merkitystä käytettyjen interventioiden ajallisella kestolla. Mukaanotto- ja poissulkukriteereissä on hyvä miettiä tutkimusten ajoitusvaateita. Halutaanko tutkitavan aiheen tuloksille määritellä vähimmäis- tai enimmäisaikaa? (Valkeapää 2016, 58,) Akuuttigeriatrisen osaston potilas viipyy osastolla lyhyemmän aikaa kuin esimerkiksi hoitokodissa asuva potilas. Intervention keston rajaaminen olisi voinut jättää pois merkityksellisissä tutkimuksissa.

Kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta lisää se, kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittujen tutkimusartikkeleiden laadun arviointi toteutettiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja apuna käyttäen. Järjestelmällisen katsauksen yksi tärkeimmistä vaiheista on käydä läpi valittujen tutkimusten metodologisen laadun arviointi, jotta kirjallisuuskatsaukseen saadaan mukaan mahdollisimman korkealaatuiset tutkimukset (Ks. liite 2). (Danielson-Ojala 2016, 126.) Katsaukseen mukaan otettujen tutkimusten näytön vahvuus luokiteltiin tutkimusten tyyppin, laa-

dun ja hoidon vaikuttavuuden mukaan. Luokittelussa käytettiin Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuosituskäsikirjan liitettä näytön vahvuus, vaikuttavuus. (Hoitosuosituskäsikirja 2019; Uusaro & Ruokonen 2000).

Uskottavuutta voidaan tarkastella kirjallisuuskatsauksessa sillä, onko voitu vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Kangasniemi & Pölkki 2016, 91). Kun tarkastellaan kirjallisuuskatsauksen tarkoitusta ja asetettua tutkimuskysymystä, voidaan todeta, että aineistosta saatiin vastauksia akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömistä hoitotyön auttamismenetelmistä, jotka perustuivat aistitoimintoihin, fyysiseen aktiivisuuteen, elämänhistorian tuntemiseen ja hoitohenkilökunnan osaamiseen.

Laadullisen tutkimuksen arviointikriteereistä *siirrettävyys* tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tuloksen olisivat siirrettävissä. Tutkijan tulee antaa riittävän kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tähän on pyritty sillä, että katsauksen kaikki vaiheet on pyritty raportoimaan mahdollisimman huolellisesti, jotta se olisi avointa ja läpinäkyvää. Tutkimusten tarkalla valintaprosessin kuvaamisella on pyritty siihen, että kirjallisuuskatsaus olisi toistettavissa myös myöhemmin (Valkeapää 2016, 61).

Aineiston voidaan katsoa olevan *kyllästeinen*, kun tutkimuksista ei nouse tutkimusongelman kannata enää uutta tietoa (Eskola & Suoranta 2008, 62). Hakusanat ja lausekkeet suunniteltiin niin, että ne kuvasivat tutkittavana olevaa ilmiötä. Tutkimusten haku suoritettiin Medic, Finna, Pubmed, Pubmed -central ja -cinahl tietokantoihin. Tuloksena oli (n=1094) suuri määrä aihetta kuvaavia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen aineistosta saatiin analyysin avulla tuloksia, joilla on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä. Aineistossa oli toistuvasti koskettamiseen ja aistien stimulointiin liittyviä auttamismenetelmiä. Tuloksissa toistuvasti vuorovaikutukseen, yksilöllisyyteen ja muistisairaana tarpeisiin perustuvat auttamismenetelmät. Tuloksissa korostui myös työntekijöiden hoitomenetelmien hallinta ja vuorovaikutustaidot muistisairaana kanssa. Aineiston voidaan katsoa olevan kylläntynyttä, kun aineisto alkaa nousta samankaltaisia asioita (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95).

Kirjallisuuskatsauksen kyllästeisyyttä saattoi heikentää se, että se on tehty yksin. Luotettavuutta voidaan parantaa sillä, että aineiston käsittelyvaiheen prosessin toteuttaa kaksi tai useampi tutkija yhteistyössä (Kangasniemi & Pölkki 2016, 91). Olen kuitenkin saanut prosessin aikana ohjausta ja tukea ohjaajaltani, jolla on vahvaa osaamista terveystieteen tutkimuksesta.

Kirjallisuuskatsauksen uskottavuuteen ja kyllästeisyyteen voi vaikuttaa se, että suurin osa tutkimuksista oli englanninkielisiä, sillä eniten katsauksia on julkaistu yksinomaan englanniksi. Ulkomaalaiset tutkijat voivat julkaista positiiviset tulokset kansainvälisissä englanninkielisissä julkaisuissa ja negatiiviset tulokset todennäköisemmin omalla kielellään kansallisissa julkaisuissa. Tämä voi vääristää tutkimusten luotettavuutta koska oleellinen tieto voi jäädä katsausten ulkopuolelle, mikä voi vääristää tehdyn kirjallisuuskatsauksen tuloksia. (Tutkimustiedon laadun arvioiminen 2019). Tutkimusten kääntäminen suomen kielelle on voinut vaikuttaa luotettavuuteen. Kääntämiset pyrittiin tekemään mahdollisimman huolellisesti ja tarkasti, jotta keskeiset tutkimustulokset tulevat raportoitua luotettavasti. Koska aineistoa etsittiin ainoastaan englannin ja suomenkielisistä tutkimuksista on tämä voinut vaikuttaa kirjallisuushaun kyllästeisyyteen. Jos hakua rajataan vain englannin ja suomenkielisiin tutkimuksiin, voidaan poissulkea haun ulkopuolelle muunkieliset aihetta käsittelevät tutkimukset (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26).

2.8 Lähteet

Danielsson-Ojala, R. 2016. Järjestelmällinen katsaus Joanna Briggs Instituutin mukaisesti. Teoksessa M. Stolt, R. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja A:73. Turku. Turku: Juvenes Print, 118-128.

Dementia: a public health priority. 2012. Viitattu 5.5.2019. https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke: Tutkimusraportti 3. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa: käytösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Hoitosuosituskäsikirja. 2019. Hoitotyöntutkimussäätiö. Liite 6a. Viitattu 7.5.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/liite-6a-nayton-vahvuus-vaikuttavuus.pdf>

Isojärvi, J. 2011. Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO asetelma informaation työkaluna. BMF-kevätseminaari 13.4.2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Viitattu 6.5.2019. <https://bmfry.files.wordpress.com/2018/06/pico-asetelma-informaation-tyc3b6kaluna.pdf>

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt, R. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja A:73. Turku: Juvenes Print, 80-93.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa M. Stolt, R. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja A:73. Turku: Juvenes Print, 35-55.

Lääkehoitosuunnitelma. 2017. Kajaanin terveystieteiden keskus sairaala akuuttiyksikkö. Päivitetty 16.11.2017. Tekijän hallussa.

Malmivaara, A. 2015. Järjestelmällisen katsauksen arviointi. Viitattu 4.5.2019. http://www.kaypa-hoito.fi/documents/10184/113301/KRAK%202015%20Helsinki%20Systemaattisen%20katsauksen%20arviointi_Antti%20Malmivaara%2029.9.2015%20F.pdf

Muistisairaudet. Käypä hoitosuositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.5.2019. Saatavilla internetissä: www.kaypa-hoito.fi

Muistisairauksien yleisyys. 2019. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Viitattu 5.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Niela-Vile'n, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, R. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja A:73. Turku: Juvenes Print, 23-34.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tammer-Paino: Tampere, 58-70.

PRISMA Flow Diagram. 2015. Viitattu 29.5.2019. Osoitteessa <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram/>

RefWorksopas. N.d. Yleistä. Kajaanin ammattikorkeakoulu Viitattu 23.1.2019. <http://libguides.kamk.fi/c.php?g=656868>

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, R. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja A:73. Turku: Juvenes Print, 7-22.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Espoo: Helsinki: Janssen-Cilag; Suomen dementiahoitoyhdistys.

Tutkimusten arviointi kriteeristöt. 2019. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 20.3.2019. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Tutkimustiedon laadun arvioiminen. 2019. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 29.3.2019. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomikoski, A., Parisod, H., Oikarinen, A., Siltanen, H & Holopainen, A. 2019. Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen - raportti järjestelmällisten katsauksien katsauksesta. Muistiliiton julkaisusarja 1. Helsinki.

Uusaro, A. & Ruokonen, E. 2000. Milloin näyttö riittää? FINNANEST 33(2), 119-121.

Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa M. Stolt, R. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja A:73. Turku: Juvenes Print, 56-66.

Varantola, K. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimustieteellinen neuvottelukunta.

Woods, D. & Diamond M. 2002. The effect of therapeutic touch on agitated behaviour and cortisol in persons with Alzheimer's disease. Biological Research for nursing 4, (2), 104-114.

Katsaukseen mukaan otetut alkuperäistutkimukset

Bulsara, C., Seaman, K. & Steuxner, S. 2016. Using sound therapy to ease agitation amongst persons with dementia: A pilot study [online]. Australian Nursing and Midwifery Journal 23(7), 38-39.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., & Thein, K. 2015. The use and utility of specific nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in dementia: An exploratory study. The American Journal of Geriatric Psychiatry 23(2), 160-170. Viitattu 20.4.2019 Saatavilla DOI:[10.1016/j.jagp.2014.06.006](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.06.006)

Eggert, J., Dye, C. J., Vincent, E., Parker, V., Daily, S. B., Pham, H. & Roy, T. 2015. Effects of viewing a preferred nature image and hearing preferred music on engagement, agitation, and mental status in persons with dementia. SAGE Open Medicine, 3. Viitattu 20.4.2019 Saatavilla DOI:[10.1177/2050312115602579](https://doi.org/10.1177/2050312115602579)

Fleiner, T., Dauth, H., Gersie, M., Zijlstra, W., & Haussermann, P. 2017. Structured physical exercise improves neuropsychiatric symptoms in acute dementia care: A hospital-based RCT. *Alzheimer's Research & Therapy*. Viitattu 20.4.2019 Saatavilla DOI:[10.1186/s13195-017-0289-z](https://doi.org/10.1186/s13195-017-0289-z)

Hsu, M. H., Flowerdew, R., Parker, M., Fachner, J., & Odell-Miller, H. 2015. Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: A cluster randomised controlled feasibility study. *BMC Geriatrics*, 15(4). Viitattu 20.4.2019. Saatavilla DOI:[10.1186/s12877-015-0082-4](https://doi.org/10.1186/s12877-015-0082-4)

Hamdy, R. C., Lewis, J. V., Kinser, A., Depelteau, A., Copeland, R., Kendall-Wilson, T., & Whalen, K. (2017). Too many choices confuse patients with dementia. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 3. Viitattu 20.4.2019. Saatavilla DOI:[10.1177/2333721417720585](https://doi.org/10.1177/2333721417720585)

Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Lääketieteellinen tiedekunta. D 1402. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes print. Viitattu 20.9.2019. Saatavilla julkika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-1455-9 (urn.fi)

Jauhola, P. 2010. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyön auttamismenetelmät laitoshoidossa: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Martini de Oliveira, A. M., Radanovic, M., de Mello, P. C. H., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D. B., Celestino, D. L. & Forlenza, O. V. 2015. Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *BioMed Research International*. Viitattu 20.4.2019. Saatavilla DOI:[10.1155/2015/218980](https://doi.org/10.1155/2015/218980)

Schaub, C., Von Gunten, A., Morin, D., Wild, P., Gomez, P., & Popp, J. 2018. The effects of hand massage on stress and agitation among people with dementia in a hospital setting: A pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 43(4), 319-332. Viitattu 20.4.2019. Saatavilla DOI:[10.1007/s10484-018-9416-2](https://doi.org/10.1007/s10484-018-9416-2)

3 Akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessin kehittäminen elämänhistorian avulla (2. sykli)

Hoitohenkilökunnan suhtautuminen voi vaikuttaa olennaisesti siihen, kuinka muistisairaana käytösongelmat ilmenevät. Elämänhistorian tunteminen voi auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään haastavia tilanteita ja löytämään yksilöllisiä toimintatapoja hoitotyön arjen toiminnoissa. (Mönkäre 2019, 58.) Toisessa syklissä kartoitettiin akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian merkityksellisiä asioita haastatteleamalla osastolle tulevia potilaita ja heidän omaisiaan. Haastattelun tulosten perusteella projektiryhmässä laadittiin akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoria kartoittavan tulokeskustelun teemat.

3.1 Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoria (suunnittelu)

Muistamme parhaiten elämästämme sen käännekohdat. Niillä tarkoitetaan tapahtumia, jotka ohjaavat elämäämme uuteen suuntaan ja ovat tärkeitä elämässämme. Elämän käännekohdat uppoutuvat osaksi elämäntarinaamme, jotka voivat olla myönteisiä tai kielteisiä. (Purhonen, Hoikkala & Roos 2008, 37.) Elämä on ikäkausiin sidottujen roolien määrittämä. Se myös muodostaa kaaren, jossa huippuna on keski-ikä ja sen lopussa vanhuus (Roos 1987, 49).

Elämänhistoria koostuu eletystä elämästä ja tarinoista. Muistisairas on ihminen, joka ei aina pysty sairautensa vuoksi ilmaisemaan itseään tai tuomaan esille tuntemuksiaan ja tarpeitaan. Jos muistisairaana ihmisen eletty elämä jätetään huomioimatta, voidaan aiheuttaa hänelle epävarmuutta ja ahdistuneisuutta. Elämänhistorian tuntemisella voidaan vastata muistisairaana ihmisen toiveisiin ja tarpeisiin samalla, kun tuetaan hänen identiteettinsä säilymistä. (Andersson, Husso, Nikumaa, Vuori, Okkonen & Pohjanvuori 2016, 10.) Elämäntarinan tunteminen tuo potilaan yksilöllisyyden ja voimavarat huomioiduksi hoitotyön suunnittelussa. Se edistää luottamuksellisuutta hoitosuhteessa muistisairaana kanssa, josta on hyötyä myös vuorovaikutustilanteissa. (Ruotsalainen 2010, 33-34.)

Kehityopsykologiassa ihmisen elämänkulkua on jaoteltu eri vaiheisiin, joita luonnehtivat niille ominaiset kehitystehtävät. Kehitystehtävääjattelun keskeisimpänä teoriana pidetään psykoanalyttikko Erik Eriksonin psykososiaalista kehitysteoriaa. (Saarenheimo 2003, 22.) Kehitysteoriassa ihmisen elämää kuvataan kahdeksan kehitysvaiheen kautta. Jokaisella kehitysvaiheella on oma kehitystehtävänsä. Eri kehitysvaiheiden tehtävät ovat toistensa vastinpareja. Kehitystehtäviin liit-

tyvien kriisien läpikäyminen onnistuneesti auttaa yksilöitä kohtamaan oman muuttuneen minänsä. Onnistuneen kriisin läpikäymisen jälkeen yksilö on valmis kohtaamaan uusien vaiheiden kehityskriisit. Teoria korostaa kehityskausissa lapsuutta ja nuoruutta, jotka on jaettu kuuteen kehitysvaiheeseen. Kaksi seuraavaa kehitysvaihetta painottuu keski- ja myöhäisaikaisuuteen ja viimeisenä on vanhuuden kehitysvaihe, jonka kehitystehtävänä on oman elämän jäsennys ja kuolemaan valmistautuminen. Vanhuudessa omasta elämästä pyritään luomaan kokonaisuus, pyrkien saavuttamaan minän eheys ja rakentava asennoituminen elettyyn elämään (Read 2013; Uotinen, Suutama & Rantanen 2004, 115.) Erik H. Eriksonin psykososiaalisen kehitysteorian vaiheet ja kriisit on esitetty taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Erik H Eriksonin psykososiaalinen kehitysteoria (Erikson, Erikson & Kivnick 1966, 36; Pekkarinen 2007)

Kehitysvaiheet	Kehitysvaiheen tehtävät eli kriisit	Kriisistä selviytymistä seuraava perusvoima
Vauvaikä	perusluottamus vs. perusturvattomuus	toivo
Pikkulapsi-ikä	itsenäisyys vs. epäily, häpeä	tahto
Leikki-ikä	aloitteellisuus vs. syyllisyys	tarkoitus, merkitys
Varhainen kouluikä	ahkeruus vs. alemmuus	pätevyys
Nuoruusikä	identiteetti vs. roolien hajaannus	aitous
Varhaisaikuisuus	läheisyys vs. eristäytyminen	rakkaus
Keski-ikä	tuottavuus vs. lamaantuminen	huolenpito
Vanhuus	minän eheys vs. epätoivo	viisaus

Toimintatutkimuksen toisen syklin tarkoitus on kartoittaa, miten akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessia voidaan kehittää hänen elämänsä avulla. Tutkimuskysymys on, mitkä asiat akuuttigeriatrisen potilaan elämänsä historiassa ovat merkityksellisiä.

3.2 Haastatteluiden toteuttaminen (toiminta)

Toisessa syklissä suunniteltiin projektiryhmän kehittämisiltapäivissä haastattelulomake, jolla kartoitettiin hoitoon tulevan akuuttigeriatrisen potilaan elämänsä historiaa. Tiedon keräämisen suunnittelun perustana sovellettiin validoivan lähestymistavan taustalta käytettyä Erik. H. Eriksonin psykososiaalista kehitysteoriaa (Erikson & Erikson 1998 32-33; Ruotsalainen 2010, 8).

Haastattelun avulla haluttiin saada tietoa akuuttigeriatrisen potilaan elämässä tapahtuneista merkittävistä asioista. Haastattelukysymys suunniteltiin niin, että sillä saadaan vastauksia toisen

syklin tutkimuskysymykseen, joka oli, mitkä asiat ovat akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriassa merkityksellisiä. Merkityksellisissä asioita päädyttiin tarkastelemaan ihmisen eri kehitysvaiheiden kautta. Haastattelussa päädyttiin tarkastelemaan lapsuutta, nuoruutta, aikuisuutta ja vanhuutta. Tällä pyrittiin siihen, että muistinvaraisten vastausten aiheet olisivat tarkasti ja selkeästi määritelty. Tällä voidaan helpottaa muistelemista ja tarkan vastauksen muodostamista (Ahola, Godenhjelm & Lehtinen 2002, 48). Kyselylomakkeen pilkkominen Eriksonin kehitysvaiheen kahdeksaan osaan, olisi tehnyt haastattelusta pirstaleisen, erityisesti lapsuuden ja nuoruuden osalta.

Projektiryhmässä päädyttiin käyttämään haastattelussa sanaa merkittävä merkityksellisen tilalla, sillä käsite merkityksellinen voi olla muistisairaalle liian vaikea ymmärtää. Jos haastateltavalta kysytään asiaa pyytämällä häntä kertomaan mitkä asiat olivat esimerkiksi lapsuudessa tärkeitä, voidaan saada todennäköisesti vain myönteisiä asioita esille. Haastattelukysymykseksi projekti- ja ohjausryhmän palautteen perusteella valikoitui: Mitkä asiat olivat teille merkittäviä lapsuudessanne? Miksi ne olivat merkittäviä? Varakysymyksenä haastattelussa päädyttiin käyttämään kysymystä: Mitä merkittäviä elämäntilanteita koitte lapsuudessanne? Nämä kysymykset esitettiin lapsuus, nuoruus, aikuisuus sekä vanhuus ja eläkeikä -teemoissa. Potilaille esitetyt haastattelukysymykset on kuvattu liitteessä 3.

Elämänhistoriaan liittyvää aineistoa kerättiin haastattelemalla potilaita ja heidän omaisiaan potilaan osastojakson alussa tulohaastattelun yhteydessä. Haastattelut toteutettiin helmi-huhtikuussa 2020. Haastattelun toteuttamisesta vastasivat projektiryhmän toimijat. Haastateltaviksi kysyttiin potilaita, jotka täyttivät akuuttigeriatrisen potilaan kriteerit osastolle tulovaiheessa. Akuuttigeriatrisen potilaan osastolle ottamisen kriteerit on sovittu työryhmässä, joka kehittää toimintaa uuteen sairaalaan tulevaan akuuttigeriatriseen tutkimusosastoon. Potilaat ovat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita. Akuuttigeriatrisen potilas voi olla myös alle 65-vuotias, jolloin taustalla on esimerkiksi varhain alkanut Alzheimerin tauti. Kriteerinä pidetään demencian vaikeita käytöshäiriöitä, johon tarvitaan oireilun syyn selvittämistä tai hoitomenetelmien valintaa. Kriteerin täyttävät myös iäkkäät potilaat, joilla on delirium, mutta sairauden hoitaminen ei edellytä hoitoa valvontaosastolla. Muita tutkimusosastolle pääsyn kriteereitä ovat epäily sairastamisen taustalla olevasta muistisairaudesta, gerastenia (hauraus-raihnausoireyhtymä), kaatuilu, iäkkään potilaan päihdeongelma tai somaattisesti sairaan ja hauraan vanhuksen sairaala- hoitoa vaativa psykiatrinen sairaus kuten masennus. (Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 1 2018.)

Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristön mukaan elämänhistorian kirjaaminen on aiheellista toteuttaa yhdessä muistisairaana ja tämän läheisen kanssa. Keskustelunomaisesti voidaan kuvailla muistisairaana elämän merkitykselliset tapahtumat, harrastukset ja mielenkiinnon kohteet sekä elintavat. Myös erityiskyvyt ja -osaaminen on hyvä keskustella yhdessä muistisairaana ja tämän läheisen kanssa. (Andersson ym. 2016, 10.) Haastatteluiden toteuttamisen aikana Suomessa oli otettu käyttöön poikkeusolot maailmalaajuisen koronavirustilanteen vuoksi. Haastatteluiden toteuttamisen aikana oli voimassa vierailukielto Kainuun soten hoitolaitoksissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tämä vaikeutti haastatteluiden toteuttamista, ja siksi potilas ja omainen eivät voineet olla samanaikaisesti haastattelussa. Haastattelukysymykset oli suunniteltu toteutettavaksi niin, että omainen ja potilas olisivat yhtä aikaa läsnä. Omaiselle ei suunniteltu erillisiä haastattelukysymyksiä. Omaiselle esitettiin kysymyksiin vaihdettiin vain sana omainen. (vrt. liite 3) Kysymykset olivat: Mitkä asiat olivat nyt potilaana olevalle omaisellenne merkittäviä lapsuudessa? Nämä kysymykset esitettiin lapsuus, nuoruus, aikuisuus ja vanhuus sekä eläkeikä -teemoissa.

Haastattelu toteutettiin akuuttigeriatrisen potilaan hoitojakson alussa, koska osastolle tulotilanne voi olla potilaalle jo hämmentävä kokemus. Haastattelu toteutettiin keskimäärin 4-5 vuorokauden kuluttua osastolle tulopäivästä. Haastateltavien määräksi tutkimussuunnitelmassa suunniteltiin 6-8 henkilöä. Haastatteluun kysyttiin ensin potilaalta suostumusta. Jos hän ei halunnut osallistua niin omaiseen ei myöskään oltu yhteydessä. Potilaan toivetta kunnioitettiin. Haastatteluun suostuneiden potilaiden omaisiin oltiin puhelimitse yhteydessä 1-2 vuorokauden kuluttua potilaan osastolle tulon jälkeen.

Kaksi potilasta kieltäytyi haastattelusta. Mitään syytä heidän ei kieltäytymiselle tarvinnut sanoa. Pelkkä ilmoitus siitä, että ei halunnut osallistua, riitti. Haastattelut toteutettiin kolmelle potilaalle ja heidän omaiselleen. Potilaat olivat iältään 73-85-vuotiaita. Heidän osastolle tulossyynsä liittyivät kotona pärjäämättömyyteen. Taustalla olivat erilaiset käyttäytymiseen liittyvät häiriöt, levottomuus ja sekavuus, mutta oireiden taustalta ei todettu olevan infektioita. Haastatteluiden määrä jäi alle suunnitellun. Tähän vaikuttivat osaston potilastilanne ja koronapandemia. Haastatteluiden toteuttamisen aikana akuuttigeriatrisen potilaan kriteereiden täyttäviä potilaita oli myös vähän. Omaisiin otettiin yhteyttä puhelimitse. Heitä informoitiin haastattelusta ja kysyttiin halukkuutta osallistua siihen. Kaikki kolme omaista suostuivat. Haastattelun ajankohta sovittiin omaisten kanssa ensimmäisen yhteydenoton aikana heille sopivaan ajankohtaan. Omaisia haastateltiin puhelimitse koronapandemian aikana olevan vierailukiellon vuoksi. Suostumus tietojen käyttämiseen ja haastatteluun osallistumiseen (Liite 4) haastateltaville sekä tiedote opinnäytetyöstä (Liite

5) lähetettiin omaisille sähköpostilla. Potilaille tiedote opinnäytetyöstä annettiin haastattelun yhteydessä. Suostumuslomake täytettiin potilaiden kanssa ennen haastattelun aloittamista.

Haastattelutiedot kirjattiin manuaalisesti projektiryhmäläisten kanssa suunnitellulle elämänhistoriaa käsittelevälle haastattelulomakkeelle. Haastattelutilanteita ei nauhoitettu. Tietoja kirjattiin haastattelutilanteessa manuaalisesti, jotta haastateltavilla oli mahdollisuus tarkistaa itsestään kirjoitetut asiat. Käsien kirjoitetut muistiinpanot tulisi tehdä niin, että ne voi antaa haastateltavalle luettavaksi (Grönfors & Vilka 2011, 90). Tietojen kirjaaminen tapahtui ainoastaan potilaan ja tämän omaisen suostumuksella.

Haastattelut tehtiin potilaille osaston erillisessä varatussa kokoushuoneessa, jotta haastattelutilanne olisi mahdollisimman rauhallinen ja häiriötön. Haastattelut kestivät 20 minuutista 45 minuuttiin. Yhden haastateltavan kohdalla aikaa kului, kun hän palasi toistuvasti haastattelun aikana samaan lapsuudessa tapahtuneeseen asiaan. Muistisairauden aste tuli ilmi haastatteluissa, ja pitkälle edenneessä muistisairaudessa lapsuuden tapahtumat korostuivat. Samojen asioiden kertominen oli kaikille haastateltaville yhteistä. Asioiden esiintymisen lukumäärää ei kirjattu haastattelun aikana.

Omaiset kuvasivat pääsääntöisesti haastateltavan elämänhistorian perustietoja kuten perhettä ja sukua, opiskelua, työtä, työpaikkoja, omaa perhettä, harrastuksia ja läheisten menetyksiä. Ensimmäinen huomionarvoinen havainto aineistosta oli se, että omainen ei aina tiennyt, mitä merkittävää hänen omaisensa menneisyydessä oli ollut. Yksi haastateltu omainen ei tiennyt, kuinka monta sisarusta hänen vanhemmallaan oli. Olisiko tämä ilmiö tullut esille, jos haastattelut olisi tehty niin, että omainen ja potilas olisivat olleet yhtä aikaa haastateltavina? Haastateltavien potilaiden vastauksissa korostui elämänsä aikana tapahtuneita merkittäviä asioita omaisia enemmän. Projektiryhmässä pohdittiin sitä, voiko kukaan toinen ihminen sanoa toisen puolesta sitä, mitä toinen pitää merkityksellisenä. Siksi päädyttiin analysoimaan vain potilaiden haastatteluiden vastaukset. Näin varmistettiin se, että tuloksena on aineistoa, joka kuvaa potilaiden oman henkilökohtaisen "tarinan" elämässä tapahtuneista merkittävistä asioista. Omaisten näkemykset eivät aina vastaa muistisairaana näkemyksiä, ja ne voivat poiketa toisistaan (Hellström, Nolan, Nordenfield & Lund 2007).

3.3 Haastatteluiden analysointi (havainnointi)

Haastattelun analyysin avulla saatuja tuloksia arvioitiin yhdessä projektiryhmään kuuluvien kanssa. Projektiryhmän toimijoita sitoo vaitiolovelvollisuus ja tulosten raportointi toteutettiin siten, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Haastattelusta saatua aineistoa analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, jonka tavoitteena oli saada vastaus tutkimuskysymykseen, mitkä asiat akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriassa ovat merkityksellisiä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Se on induktiivista päättelyä, jota ohjaa tutkimusongelman asettelu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 167.)

Aineistoa päädyttiin analysoimaan induktiivisen sisällönanalyysi avulla, sillä sen avulla voidaan tiivistää aineistoa niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata tunnistamalla aineistosta sisällöllisiä väittämiä, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 16; Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Aineistoa kertyi yhden A4 paperiarkin verran. Analysointi aloitettiin lukeamalla potilaiden haastatteluista muodostunut aineisto useaan kertaan läpi, jotta niistä muodostuisi selkeä kokonaiskuva. Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on pelkistää alkuperäisdataa eli karsia pois epäolennaiset asiat, jotka eivät vastaa tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 118). Pelkistämistä tapahtui jonkin verran jo itse haastattelun aikana koska haastateltavan vastaukset kirjattiin manuaalisesti haastattelulomakkeelle. Tässä oli apuna haastattelulomakkeen yläreunaan kirjoitettu tutkimuskysymys. Haastateltavan kertomuksesta kirjoitettiin ylös ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Haastattelun aikaista pelkistämistä voi kuvata aineiston tiivistämiseksi. Haastattelutilanteessa merkityksellisiä ilmauksia pyrittiin tiivistämään niin, että niiden merkitys säilyi. (Kylmä & Juvakka 2007, 117).

Aineiston analyysin alussa määritettiin analyysiyksikkö, jonka määrittämistä ohjaa tutkimuskysymys ja aineiston laatu. Analyysiyksiköksi valittiin asiakokonaisuus, joka vastasi tutkimuskysymykseen. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.) Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen tekstistä etsittiin tutkimuskysymykseen vastaavia asiakokonaisuuksia. Asiakokonaisuudet (n=42) eli tärkeät ilmaiset koodattiin aineistosta, ja niitä pelkistettiin tarvittaessa. Pelkistetyt ilmaukset listattiin erilliselle asiakirjalle säilyttäen koodaus.

Samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset voidaan yhdistää ryhmittelemällä ne samoihin luokkiin niin, että ilmauksille etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia (Kylmä & Juvakka 2007, 118; Tuomi & Sarajärvi 2018,18). Ilmauksista muodostettiin samankaltaisuuksien mukaisesti ala- ja yläluokkia.

Alaluokat nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä ja näin saatiin alustava kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmittelyä jatkettiin muodostamalla alaluokista yläluokkia, jotka nimettiin ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 119.) Esimerkki sisällön analyysistä esitetty taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Esimerkki sisällön analyysistä

Asiakokonaisuus eli tärkeä ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
3. tein paljon töitä ja se oli minulle tärkeää	3. tein paljon töitä ... oli minulle tärkeää	(A) Vastoinkäymiset (12, 38, 42,)	I Elämän kriisit (A, E, H, K)
17. omaan taloon liittyvät rakennustyöt olivat tärkeitä muistoja	17. taloon liittyvät rakennustyöt	(B) Harrastaminen (34, 17a, 28, 34,35, 40)	
18. muistelen isän kädenjälkeä kotona, rakensi ollessaan lomilla	18. isän kädenjälkeä kotona	(C) Perusturvallisuus (1, 10,19,	II Ihmissuhteet (J, I, F)
21a. Piti itse opetella tekemään miestentöitä koska (21b) ei ollut isää minua opettamassa	21a itse opetella tekemään töitä 21b ei ollut isää opettamassa	(D) Armeija (13, 32, 33) (E) Tulevaisuuden pelko (41)	
28. Kalastaminen oli tärkeää	28. kalastaminen tärkeää	(F) Perheen perustaminen (36,37,45)	IV Turvallisuus (C, L)
30. Olen surullinen siitä, etten muista isästä mitään	30. Olen surullinen, etten muista isästä mitään	(G) Työnteko (3, 21a, 11b, 17b, 31, 39)	
36. Naimisiinmeno oli yksi aikuisuuden käännekohta	36. naimisiinmeno	(H) Läheisten kuolema (2,7,)	
34. Kaikkein tärkeintä minulle oli urheilu	34. tärkeintä urheilu	(I) Omat sisarukset (4, 8, 11a, 15,)	
39. henkireikäni oli työpaikkani, toimin sairaala-apulaisena 40 vuotta, josta olen ylpeä	39. henkireikäni työpaikkani, sairaala-apulaisena, josta ylpeä	J Omat vanhemmat (14, 18, 20, 21b,22,23, 30) (K) Toteutumattomat unelmat (24, 25,26,33)	
45. Lapsen saaminen oli yksi tärkeimpiä käännekohtia elämässäni	45. Lapsen saaminen	(L) Synnyin koti maisema (5, 6, 16, 29,)	

Haastattelusta saatujen tulosten perusteella suunniteltiin akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittavat tulokeskustelun teemat. Tulohaastattelu otetaan akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön prosessin suunnittelun tueksi. Aineistosta muodostuivat yläluokat elämän kriisit, ihmissuhteet, tekeminen ja turvallisuus.

3.4 Haastattelujen tulokset

Elämän kriisit

Elämän kriiseihin liittyvään yläluokkaan kuuluivat alaluokat vastoinkäymiset, tulevaisuuden pelko, läheisten kuolema ja toteutumattomat unelmat. Haastateltavat kuvasivat *erilaisia vastoinkäymisiin ja läheisten kuolemaan* liittyvistä kokemuksista, joita he olivat kokeneet elämänsä aikana. Aineistosta nousi myös haastateltavien kuvaamina kokemuksia, jotka *liittyivät toteutumattomiin unelmiin sekä tulevaisuuden pelkoon*. Erään haastateltavan mukaan hän ei ollut koskaan saanut keskustella kenenkään kanssa traumaattisia kokemuksiaan. Hän palasi toistuvasti haastattelun aikana elämässään tapahtuneisiin vastoinkäymisiin ja traumoihin. Muistelu on tärkeä osa vanhuuden kehitystehtävän pohtimista, jotta omasta elämästä muodostuisi eheä kokonaisuus. Muisteluprosessi aktivoituu juuri vanhuudessa, koska silloin tiedostetaan elämän loppuminen. Tällöin on ratkaistava, kuinka oman elämän ratkaisemattomat konfliktit hyväksytään osaksi elettyä elämää. Yksilö voi päätyä muistelemaan pakonomaisesti menneisyyttään. Pakonomaista muistelua kuvaa jatkuva menneisyyden epäonnistumisten, katkeruuden ja epätoivon kokemusten läpikäyminen. (Read 2013.)

Eräs haastateltavista kertoi olevansa katkera siitä, että kaikki hänen unelmansa opiskelusta romuttuivat, koska hän joutui ottamaan vastuun taloudenpidosta ja sisariensa hoitamisesta äidin sairastuttua. Nuoruuden riennot jäivät kokematta. Yhden haastateltavan opiskeluhaaveet eivät toteutuneet, koska vanhemmilla ei ollut silloin antaa rahaa opiskeluihin. Hän sanoi olevansa siitä katkera vieläkin. Kilposen (2014, 34) mukaan koulutuksen merkityksellisyys korostuu ikäihmisten keskuudessa. Hänen tutkimuksessaan haastateltavat 65-80 vuotiaat naiset kuvasivat kokeneensa mielipahaa koulutuksen heikosta laadusta lapsuudessa sekä opettajista jääneitä traumoja. Koulutusta pidettiin erittäin tärkeänä asiana niin että haastateltavat kertoivat kokeneensa koulutukseen pääsyn estymisen yhtenä elämänsä kriisikokemuksena.

Eräällä haastateltavalla tulevaisuuden pelkona oli oman fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. Iän myötä tapahtuvat fyysiset muutokset ovat läsnä vanhuksen päivittäisessä elämässä. Vanhenemisen mukanaan tuomien fyysisten oireiden ja väsymyksen lisääntyminen merkitsee uudenlaista suhdetta omaan ruumiiseen. Vanhus muodostaa uutta kuvaa omasta ruumistaan ja sopeutuu vanhenemisen mukanaan tuomiin muutoksiin. Tämä voi ilmetä joillakin vanhuksilla sopeutumisen sijaan alistumisena. Tämä voi voimistaa turvattomuuden, masennuksen ja häpeän kokemuksia. (Siltala 2004 152, 155.)

Vastaajalla oli kokemuksia sotaorvoksi jäämisestä, joten hänellä nousi isän kaipaus haastattelun aikana usein esille. Niirasen ja Purhosen (2017, 39) tutkimuksessa tutkittiin sotaorpojen kokemuksia isättömyydestä. Sotaorvoksi jääneillä isän kaipuuta koettiin kaikista eniten lapsuudessa ja nuoruudessa. Etenkin nuoruusvuosina kaivattiin isän ohjausta ja neuvontaa eri elämäntilanteissa ja työtaakan jakamisessa. Lapsuudessa katkeruuden tunne tuli usein siitä, kun muilla koulukavereilla oli isä. Haastateltavalla tämä sama asia tuli esille, kun hän kertoi olleensa katkera siitä, että hänen koulukavereillaan oli isät mutta hänellä ei. Sotaorpous ja isättömyys vaikuttivat läpi elämän lapsuudesta vanhuuteen. Isättömyys oli aiheuttanut kiusaamista, häpeää sekä turvattomuuden tunnetta.

Ihmissuhteet

Ihmissuhteisiin liittyvään yläluokkaan kuuluivat alaluokat omat vanhemmat, omat sisarukset ja perheen perustaminen. Perheen perustamiseen liittyviä kokemuksia tuli haastatteluissa esille. Naimisiin meneminen ja lasten saaminen kuvattiin yhdeksi elämän käännekohtaksi. Erään haastateltavan mielestä yksi elämän käännekohta oli lapsen saaminen, sillä hänellä oli omaan lapseensa hyvät välit. Läheisten ihmisten muodostama lähiverkosto on muistisairaana mielenhyvinvoinnin kannalta merkityksellinen. Se voi muuttua elämän aikana ja muistisairauden edetessä. (Andersson ym. 2016, 71.) Perhe on tärkeä ikäihmisille, mutta pelkkä lasten tai lastenlasten olemassaolo ei ole välttämättä tekijä, joka edistäisi hyvää elämänlaatua. Ratkaisevaa on, millainen suhde ikäihmisellä on omiin perheenjäseniinsä. Huonot välit voivat heikentää elämänlaatua. (Sarvimäki 2007, 55.)

Haastateltavat kuvasivat myös sisaruksiin ja vanhempiin liittyviä kokemuksia. Eräs haastateltava ei pitänyt omaa lapsuuttaan erikoisen hyvänä, mutta hyvät välit omien sisarusten kanssa olivat jääneet lähtemättömästi mieleen. Kun taas toisen haastateltavan kokemus oli päinvastainen. Hänellä oli omasta mielestään ankea lapsuus sen vuoksi, että hän joutui uhraamaan oman lapsuutensa sairaan veljensä vuoksi, jota pakotettiin hoitamaan.

Haastatteluihin osallistuneet kuuluivat Roos`n (1987, 56) mukaan suuren murroksen sukupolveen, joka on syntynyt sodan aikana tai sen jälkeen 1940 luvulla. Tämän sukupolven lapsuudessa sairaudet eivät olleet enää yleisiä eikä turvattomuus ollut enää samanlaista kuin edellisillä sukupolvilla. Tuon sukupolven lapsia ja vanhempia erotti usein työnteko. Pientilan emännän työpäivän pituus saattoi helposti venyä 15-16 tuntiin, jolloin lapset joutuivat avustamaan äitejään omien

voimavarojensa ja osaamisensa rajoissa erityisesti kotitaloustöissä ja karjanhoidossa. Tämän sukupolven lasten rooli pienempien sisarustensa kaitsijoina oli merkittävä. Vastuu toisesta ihmisestä on voinut olla ylitsepääsemättömän suuri, koska lapset ovat joutuneet ottamaan vastuuta toisesta ihmisestä ollessaan vielä itse lapsia. Sisarusten sosiaalinen tuki toisilleen vaikeissa olosuhteissa, on ollut tärkeää. (Malinen & Tamminen 2017, 178, 136-137.)

Tekeminen

Tekemiseen liittyvään yläluokkaan kuuluivat alaluokat harrastaminen, armeija ja työnteko. Haastattelussa kaikki haastateltavat toivat esille työhön ja harrastamisen liittyviä kokemuksia. Haastateltavista miehet kuvasivat oman työnsä tuloksia, joita olivat esimerkiksi oman talon rakentamisen liittyvät muistot. Lapsuuden aikainen työnteko ja aikuisen paikan täyttäminen poikasena ovat kokemuksia, jotka ovat jääneet lähtemättömästi mieleen 1920–1930 luvuilla syntyneillä, erityisesti miehillä. Työn tekeminen ja siihen liittyvät saavutukset koetaan yhtenä elämän huippuhetkenä. (Roos 1987, 57.) Eräs haastateltava kuvasi oman ammattinsa olleen henkireikä ja asia, josta hän oli elämässään ylpeä. Jotkut haastateltavista kuvasivat tarkasti oman ammattinsa sisältöä. He olivat selvästi ylpeitä saavutuksistaan. Aina haastateltava ei halunnut kertoa työhistoriasiaan, vaan kertoi käyneensä vain töissä, koska se oli elämisen kannalta pakollista.

Armeijaan liittyviä kokemuksia tuli esille miespuolisten haastateltavien kertomina. Ne eivät näytelleet heidän elämässään merkittävää roolia. Armeija käytiin, koska se oli pakollista. Yksi haastateltavista kertoi hakeutuneensa armeijassa lääkintäpuolelle, koska ei halunnut tapella vaan parantaa. Hänellä oli taustalla kokemus sotaorvoksi jäämisestä. Harrastamiseen liittyvien kokemusten merkitys korostui haastateltavan kertomuksissa eläkkeelle jäämisen yhteydessä. Silloin oli aikaa harrastaa, mikä oli helpottanut eläkkeelle jäämistä.

Turvallisuus

Turvallisuuteen liittyvään yläluokkaan kuuluivat alaluokat perusturvallisuus ja synnyinkoti. Haastatteluissa tuli esille synnyinkoti ja sen turvallinen ilmapiiri lapsuuden tärkeänä asiana. Tähän liittyivät myös luontoon ja maisemiin liittyvät muistot. Toteutuneeseen perusturvallisuuteen liittyviä kokemuksia oli myös lapsuuden aikaisista muistoista. Yksi haastateltava muisteli sitä, kuinka

hyvät nukkumiset hänellä oli silloin. Turvallisuutta toiselle haastateltavalle toi se, että ikävistä kouluajoista huolimatta oli varmuus lämpimästä ruoasta joka päivä.

3.5 Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittava tulokeskustelu (toiminta ja havainnointi)

Akuuttigeriatrisen työryhmään kuuluvien kanssa pohdittiin haastatteluista saatuja tuloksia. Ai-neistosta haluttiin nostaa tärkeät aiheet eli teemat, jotka on hyvä kartoittaa tulokeskustelussa, kun osastolle tulee akuuttigeriatrinen potilas, jolla esiintyy levottomuutta ja käytöshäiriöitä. Elä-mänhistorian tunteminen voi olla tukena osastojakson aikana potilaan ja hoitajan välisessä vuo-rovaikutuksessa. Se voi auttaa hoitajaa ymmärtämään dementoituneen potilaan persoonalli-suutta (Goldsmith 1996, 87).

Reflektion tuloksena päädyttiin laatimaan keskusteluun avoin teemalista, johon otettavat aiheet nousivat haastatteluista saatujen tulosten perusteella (taulukko 8). Teemat ovat muistilista hoi-tajalle, kun hän keskustelee omaisen ja potilaan kanssa tulotilanteen yhteydessä. Keskustelun teemat ja aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys vaihtelee (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 9). Grönforsin ja Vilkan (2011, 70) mukaan teemahaastattelussa haastateltavien annetaan puhua vapaasti niin, että tutkijan vastuulle jää se, että teema-alueet tulevat kartoite-tuksi haastattelun aikana.

TAULUKKO 8. Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittavan keskustelun teemat

Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittavan keskustelun teemat
Lapsuudenkoti, omat vanhemmat ja sisarukset
Oma perhe, merkittävät ihmissuhteet
Koulunkäynti ja opiskelu
Lapsuus ja nuoruus
Työhistoria (armeija)
Tärkeät asiat ja harrastukset
Pelot, elämänkriisit tai/ja vastoinkäymiset, selviytymismenetelmät
Läheisten kuolemat
Tulevaisuuteen ja omaan vanhenemiseen suhtautuminen

Yhdeksi teemaksi valittiin lapsuudenkoti, suhde omiin vanhempiin sekä sisaruksiin, koska ne olivat toteutettujen haastattelujen perusteella merkityksellisiä asioita. Koulunkäynti ja opiskelu olivat

haastateltavilla asioita, joista heillä kaikilla oli merkityksellisiä kokemuksia. Akuuttigeriatristen potilaiden haastatteluiden tuloksissa korostuivat lapsuuden ja nuoruuden tapahtumat. Oman työn tärkeys tuli myös esille sekä erilaiset harrastukset ja käsillä tekeminen, ja siksi näiden asioiden mukaan ottaminen tulokeskusteluun koettiin tärkeäksi. Myös Muistiliiton tekemän hyvän hoidon kriteeristön suositusten mukaista edellä mainitut asiat ovat merkityksellisiä, kun kartoitetaan dementoituneen potilaan elämänhistoriaa. (Andersson ym. 2016, 10.)

Erilaisten vastoinkäymisten ja kriisien sekä niistä selviytymisistä puhuminen muistisairaana ja tämän omaisen kanssa on Muistiliiton tekemän hyvän hoidon kriteeristön yksi tärkeä elämänhistoriaa kartoittava aihepiiri. (Andersson ym. 2016, 10.) Myös näitä asioita tuli esille haastatteluissa. Tulokeskustelun teemat lajiteltiin haastatteluiden analyysissä saatujen pääluokkien; ihmissuhteet, elämän kriisit/turvallisuus ja tekeminen mukaan. Luonnos tulokeskusteluiden teemoista esitelty liitteessä 6.

Akuuttigeriatristen potilaan elämänhistoriaa kartoittavan tulokeskustelun teemoja päädyttiin testaamaan yhden osastolle tulleen akuuttigeriatristen potilaan ja tämän omaisen tulokeskustelussa. Pyrkimys oli testata tulokeskustelun teemoja niin, että keskustelu käydään ensin omaisen ja sen jälkeen potilaan kanssa. Omaisen tulokeskustelusta esiin tuomia asioita voitaisiin tarvittaessa käyttää potilaan tulohaastattelun aikana, jos potilas ei kykene vastaamaan kysymyksiin. Tutut puheenaiheet voivat saada muistisairaalle ihmiselle turvallisuuden ja muistelemisen onnistumisen tunteita. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 103.) Omaisen kertomat tiedot olisivat apuna lisäkysymysten ja selventävien kysymysten muodostamisessa (Ahola, Godenhjelm & Lehtonen 2002, 55).

Omaisen ja potilaan haastattelua ei nauhoitettu, koska pyrimme pääsemään samanlaiseen tilanteeseen kuin potilaan tullessa osastolle. Tällöin ei ole mahdollisuutta haastatteluiden nauhoittamiseen, vaan asiat on kirjattava keskustelun aikana muistiin. Tulokeskustelun teemojen toimivuuden testaaminen aloitettiin haastattelemalla osastolle tulleen potilaan omaista. Haastattelu toteutettiin omaisen kanssa puhelimitse hänelle sopivana aikana. Häneltä pyydettiin myös haastattelun jälkeen palautetta esitetyistä kysymyksistä. Hän kertoi kaikkien aihepiirien mukaisesti potilaan elämästä. Haastattelussa tuli esille asioista, joista potilas piti, ja joita hän tykkäsi tehdä. Omaisen kertoi keskustelun aiheita, joista potilas mielellään keskustelee. Tuo tieto voi olla hoitajille hyödyllistä silloin, kun potilaalle tulee koti-ikävä ja levoton olo.

Potilasta haastateltiin omaisen haastattelun jälkeen. Potilaan haastattelussa omaisen kertomista tiedoista oli hyötyä. Potilas innostui kertomaan aiheista vielä lisää, kun haastateltavalla oli jotain

aiheeseen liittyviä lisäkysymyksiä, jotka olivat lähtöisin omaisen haastattelusta saaduista tiedoista. Huomion arvoista oli se, että omainen kertoi potilaan harrastuksista, jotka ovat olleet hänelle tärkeitä, niin potilas itse ei pitänyt niitä tärkeinä. Kyseessä oli harrastus, jota potilas oli tehnyt eläkeiässä, mutta hän ei oman kertomansa mukaan pitänyt sitä tärkeänä. Potilaan kertomuksissa korostuivat harrastukset, joissa hän oli ollut nuorena aktiivinen.

Omaiselta saadun palautteen mukaan tulokeskustelun teemoissa oli otettu huomioon kattavasti asioita, joita hänen läheisensä elämänsä historiaan kuuluu. Tulokeskustelusta oli noussut asioita, joista oli ollut hyötyä hoidettavana olevan akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyössä. Hänen kanssaan päästiin keskusteluyhteyteen muistelemalla hänelle merkityksellisiä asioita. Levotonta vaeltelua saatiin ajoittain rauhoitettua keskustelun ja muistelun avulla sekä järjestämällä potilaalle mielekästä tekemistä.

3.6 Johtopäätökset (reflektointi)

Toimintatutkimuksen toisen syklin tarkoituksena oli kartoittaa, miten akuuttigeriatrisen potilaan hoidon suunnittelua voidaan kehittää hänen elämänsä historiansa avulla. Tutkimuskysymyksenä oli, mitkä asiat akuuttigeriatrisen potilaan elämänsä historiassa ovat merkityksellisiä. Tutkimuskysymykseen haettiin vastausta haastatteleamalla akuuttiyksikössä hoidossa olleita akuuttigeriatrisia potilaita ja heidän omaisiaan. Haastatteluiden tulosten avulla kehitettiin akuuttigeriatrisen potilaan elämänsä historiaa kartoittavat tulokeskustelun teemat.

Alkuhaastatteluiden kysymykset oli jaettu lapsuus, nuoruus, aikuisuus ja vanhuus teemoihin ja haastateltavilta kysyttiin näiden elämän ajankohtien merkityksellisistä asioista. Omaisat pystyivät käymään aikavaiheet järjestelmällisesti läpi. Kaikki kolme haastateltavaa potilasta saattoivat palata haastattelun aikana takaisin lapsuusaikaisiin muistoihin, vaikka kysymyksenä olisi ollut aikuisuuden merkittävät tapahtumat. Muistisairauden eteneminen alkaa uusien asioiden muistamisen heikentymisenä edeten kohti vanhempia muistoja. Lapsuudenaikaiset muistot säilyvät pidempään niin, että muistot, ihmiset ja lapsena opitut tavat säilyvät pisimpään. (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihlakari 2019, 15.) Muistisairaahan toimintakykyä voidaan tukea muistojen käsittelemisen avulla. Siinä mahdollistuu eletyn elämän käsittely, sen jäsentäminen muistojen ja kokemusten avulla. (Immonen & Hohenthal-Antin 2019, 141.)

Haastattelut toteutettiin niin, että omaiset jouduttiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen haastattelemaan erikseen. Tähän vaikutti haastatteluiden ajankohtana vallinnut koronapane-
mista johtuneet poikkeusolot ja vierailukiellot. Haastatteluissa nousi esiin asia, etteivät omaiset
tienneet oman läheisensä lapsuuden aikaisten sisarussuhteiden määrää. Tähän on voinut vaikuttaa
se, että sodan jälkeisessä Suomessa eläneet lapset olivat tottuneet vaikenemisen kulttuuriin.
Tuolloin naisten ja lasten kokemukset eivät olleet yhtä sankarillisia kuin rintamalla olleiden mies-
ten. Tämän vuoksi he yleensä vaikenivat omista kokemuksistaan. (Näre, Kirves & Siltala 2010,
398.) Lapsuudessa tapahtuneet vaikeat asiat, esimerkiksi sisaruksen kuolema ja siitä nousseet
tuntemukset, ovat asioita, joita ei ole osattu tuolloin sanoittaa.

Akuuttigeriatriassa työryhmässä pohdittiin elämänhistorian ottamista akuuttigeriatrian poti-
laan hoitoprosessiin. Tällä hetkellä ei ole tarkkaa suunnitelmaa tai kuvausta akuuttigeriatrian
potilaan hoitoprosessista. Seuraavassa havainnollistava kertomus siitä, kuinka akuuttigeriatrian
potilaan hoitotyössä voidaan ottaa huomioon hänen elämänhistoriaansa. On mietittävää, miten
työyhteisön hoitotyöntekijät voidaan saada ottamaan akuuttigeriatrian potilaan elämänhistoria
osaksi tämän hoitoprosessia.

”Potilas saapui jatkohoitoon osastolle. Tulotietona oli jo, että potilasta ei voi aggressiivisen käy-
töksen vuoksi missään nimessä laittaa muuhun kuin yhden hengen huoneeseen. Taustalla oli pit-
källe edennyt muistisairaus ja kyseessä oli fyysisesti hyväkuntoinen potilas, joten se oli aika haas-
tava yhdistelmä. Aamut olivat rauhallisempia, mutta iltaa kohden levottomuus lisääntyi. Hoitami-
sessa täytyi olla kaksi hoitajaa taluttamaan potilas tuoliin istumaan. Käytössä oli magneettivyöt ja
kattava lista lääkkeitä. Piikitettävät lääkkeet jouduttiin laittamaan niin, että usea hoitaja osallistui
potilaan pitämiseen paikallaan. Potilaan hoidon aikana tuli tilanteita, joista joutui tekemään
Haipro-ilmoituksen, koska potilas käyttäytyi aggressiivisesti hoitohenkilökuntaa kohden.”

”Juttelin potilaan omaisen kanssa puhelimesta hänen soittaessaan ja päädyimme keskuste-
lemaan potilaan elämästä. Omainen osasi kertoa potilaan elämänhistoriasta ja harrastuksista. Hän
osasi myös kertoa keskustelunaiheita, joita kannattaa ottaa puheeksi, jos tulee levoton hetki. Po-
tilaan hoitaminen onnistui hoitotyöntekijältä yksin, kun hänen kanssaan keskusteli mm. Kalastuk-
sesta, ja alkoi kyselemään nuoruuden hyvistä kavereista, joiden nimet omainen oli kertonut. Le-
vottomuus ja sekavuus väistyi silminnähtävästi, kun pyysin potilasta kertomaan minulle hänelle
tärkeästä ystävästä ja olin kiinnostunut heille tapahtuneista asioista.”

”Kirjasin näitä asioita potilaan hoitokertomukseen, jotta muutkin hoitajat voisivat käyttää näitä
tietoja apuna hoitaessa potilasta. Kun tulin töihin seuraavana aamuna, potilas makasi sängyssä
magneettivyöissä, ja hänen ranteensa olivat myös sidottu. Illalla oli ollut tilanne, jossa potilaan
kanssa ei ollut pärjätty. Jäin miettimään, oliko kukaan lukenut hoitokertomukseen kirjaamiani asi-
oita.”

Jotta potilaan elämänhistoriaa voidaan hyödyntää levottomasti käyttäytyvän akuuttigeriatrian
potilaan hoitoprosessissa, tulisi elämänhistoria ottaa mukaan hoidon suunnittelussa. Kolmannen

syklin tarkoitus on kehittää akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian sisältävä hoitotyösuunnitelma ja kuvata sen käyttöönottosuunnitelma. Kehittämiskysymykset ovat, minkälainen on akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian sisältävä hoitotyösuunnitelma ja minkälainen implementointisuunnitelma tukee sen käyttöönottoa.

3.7 Lähteet

Ahola, A., Godenhjelm, P. & Lehtinen, M. 2002. Kysymisen taito syrveylaboratorio lomaketutkimuksen kehittämisessä. Helsinki: Tilastokeskus.

Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 1. 2018. Palaveri muistio 15.3.2018. Opinnäyteyöntekijän hallussa.

Andersson, S., Husso, R., Nikumaa, H., Vuori, U., Okkonen, E. & Pohjanvuori, A. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö: Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Helsinki: Muistiliitto.

Erikson, E. H. & Erikson, J. M. 1998. The life cycle completed. Extended version with New Chapters on the Ninth Stage of Development by Joan M. Erikson. New York: W.W. Norton & Company.

Erikson, E. H., Erikson, J. & Kivnick, Q. 1986. Vital Involvement in Old Age. W.W. Norton & Company Ltd.

Goldsmith, M. 1996. Hearing the Voice of People with Dementia: Opportunities and Obstacles. Jessica Kingsley Publishers: London.

Grönfors, M. & Vilka, H. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätöyömenetelmät. Hämeenlinna: Sofia-Sosiologi-Filosofiapu Vilka.

Hallikainen, M, Immonen, A., Mönkäre, R & Pihlakari, P. 2019. Muistisairaahan hoidon lähtökohtia ja tavoitteita. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre, P. Pihlakari & Erkinjuntti (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki: Duodecim. 14-18.

Hellström, I., Nolan, M., Nordenfelt, L. & Lundh, U. 2007. Ethical and Methodological Issues in Interviewing Persons with Dementia. Nurs Ethics 14 (5), 608-619.

Immonen A. & Hohenthal- Antin L. 2019. Muistisairaahan tukeminen luovan muistelutyön menetelmin. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre, P. Pihlakari & Erkinjuntti (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki: Duodecim. 141-147.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Kilponen, S. 2014. Ikäihmisten kriisikokemusten psykologiaa – haastattelututkimus. Pro gradu - tutkielma. Kasvatustieteiden ja psykologian osasto. Itä-Suomen yliopisto: Joensuu.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Malinen, A. & Tamminen, T. 2017. Jälleenrakentajien lapset. Sotien jälkeinen Suomi lapsen silmin. Tallinna: Gaudeamus.
- Mönkäre, R. 2019. Muistisairaana käyttäytymisen muutoksiin suhtautuminen ja sen vaikutus muutosten ilmenemiseen. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre, P. Pihlakari & Erkinjuntti (toim.) Muistisairaana hoito. Helsinki: Duodecim. 58-60.
- Niiranen, P. & Purhonen, A. 2017. "Sisulla siitä selvittiin" Sotaorpojen kokemuksia isättömyydestä. Opinnäytetyö. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.8.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018120420112>
- Näre, S., Kirves, J. & Siltala, J. 2010. Sodan kasvattamat. Helsinki: WSOY.
- Pekkarinen, V-L. 2007. Elämänkaaren eri vaiheet. Viitattu 3.4.2020 https://oppimateriaalit.jamk.fi/elinikainenohjaus/files/2015/06/elamankaaren_eri_vaiheet.pdf
- Purhonen, S., Hoikkala, T. & Roos, J. P. 2008. Suuret ikäluokat ja elämän käännekohtat. Teoksessa S. Purhonen, T. Hoikkala & J. P. Roos, (toim.) Kenen sukupolveen kuulut? Tampere: Gaudeamus. Esaa Printti Oy. 34-51.
- Read, S. 2013. Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim). Gerontologia. E-kirja. Saatavilla: <https://www.oppiportti.fi/>
- Roos, J. P. 1987. Suomalainen elämä. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki: Karisto Oy.
- Ruotsalainen, K. 2010. Elämäntarinat muistisairaana hoitotyössä. Hoitotyönkoulutusohjelma. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino: Helsinki.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Helsinki: WSOY.

Sarvimäki, A. 2007. Ikäihmisten elämänlaatu hyvänä arkena. Ikääntyneiden arki näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin. Ikäinstituutti. Viitattu 23.8.2020 <https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2019/11/Orait-a-2-2007-PDF.pdf>

Siltala, P. 2004. Ruumiillisuus vanhuudessa. Teoksessa T. Raitanen, T. Hänninen, H. Pajunen & T. Suutama (toim.) Geropsykologia vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WS Bookwell Oy. 152-167.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uotinen, V., Suutama, T. & Rantanen, T. 2004. Persoonallisuuspsykologian näkökulmia ikääntymiseen. Teoksessa T. Raitanen, T. Hänninen, H. Pajunen & T. Suutama (toim.) Geropsykologia vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WS Bookwell Oy. 109-131.

4 Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelman kehittäminen ja käyttöön ottaminen (3. sykli)

Hoitotyön kirjaamista pidetään yhtenä vaikuttavimmista hoitotyön tehtävistä, jolla on merkitystä hoitotyön laatuun. Kirjaamisen tulee olla perusteellista, tarkkaa ja ajantasaista sillä kirjauksilla voidaan esittää dokumentoidusti, mitä on tehty. (Abbaszadeh, Sabeghi, Borhani & Heydari 2011.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen potilasasiakirjoista (298/2009) mukaan potilasasiakirjoihin tulisi merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot. Potilasasiakirjoihin tehtävät merkinnät tulee tehdä selkeästi ja ne tulee kirjata käyttäen yleisesti tunnettuja sekä hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.

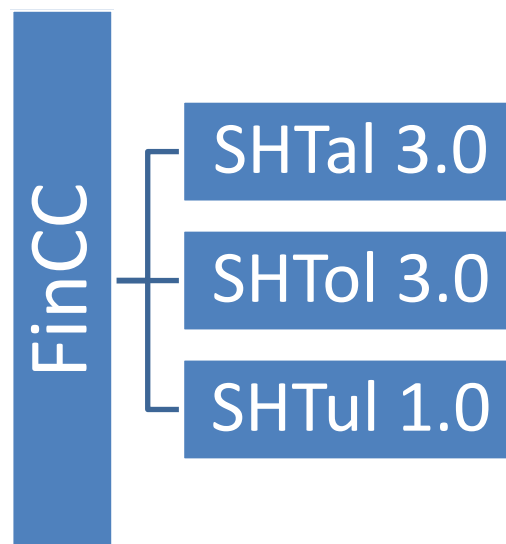
4.1 Hoitotyönsuunnitelman rakenteinen kirjaaminen (suunnittelu)

Rakenteinen potilastieto on kirjattu ja tallennettu tietyn rakenteen avulla potilastietojärjestelmään (Jokinen & Virkkunen 2018, 136). Hyöty, joka saadaan rakenteisesta kirjaamisesta, on sen vaikutus potilastiedon laatuun. Rakenteinen kirjaaminen tekee potilastietojen kirjaamisesta yhdenmukaista ja tehokasta sillä aikaisemmin potilastietoja kirjattiin vapaana tekstinä, jolloin tiedon jatkokäyttömahdollisuus oli vähäistä. Rakenteisen kirjaamisen avulla jo kirjattua tietoa voidaan hyödyntää päivittäisessä potilastyössä esimerkiksi laadun arvioinnissa. (Hyppönen, Vuokko, Doupi & Mäkelä-Bengs 2014, 27.)

Rakenteisiin potilastietoihin liittyvät luokitukset, termistöt ja koodistot on julkaistu kansallisella koodistopalvelimella (Lehtovirta & Vuokko 2014, 21). Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä käytettävistä valtakunnallisista yhtenäisistä tietorakenteista vastaa Terveystietokeskus ja hyvinvoinninlaitos (THL) (Mykkänen 2019, 25). Sen ylläpitämän koodistopalvelutoiminnan tarkoituksena on vastata sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävissä tietorakenteiden laadusta, kehittämisestä ja ylläpidosta. Tietorakenteita ovat esimerkiksi erilaiset luokitukset, lomakerakenteet, nimikkeistöt ja termistöt. (Koodistopalvelu 2020.)

Suomessa rakenteiseen kirjaamiseen käytetään suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuutta Finnish Care Classification (FinCC). FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksista

(SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) sekä Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhteneväinen hierarkkinen rakenne ja se rakentuu komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasoista. FinCC rakennetta esitelty kuviossa 4. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012; Puustinen 2018, 16.)



Kuvio 4. Finnish Care Classification FinCC luokituskokonaisuus (Liljamo ym. 2012, 10)

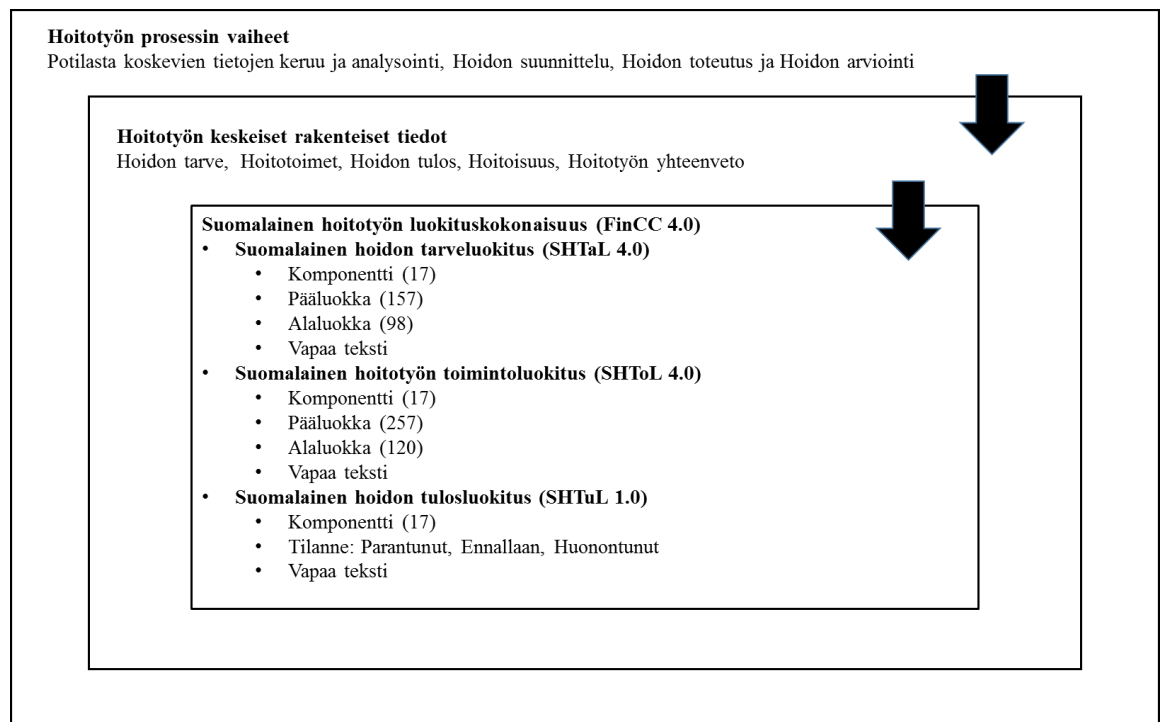
Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) sisältää komponentteja, pää- ja alaluokkia, joiden avulla voidaan laatia potilaan hoidon tarpeiden kuvaus terveydentilaan liittyvistä ja mahdollisesti tulevaisuudessa odotettavissa olevista potilaan terveysongelmista. Näitä määritettyjä hoidon tarpeita voidaan poistaa tai lievittää hoitotyötoimintojen avulla. (Kinnunen, Liljamo, Härkönen, Ukola, Kuusisto, Hassinen & Moilanen 2020, 12; Liljamo ym. 2012,25.)

Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) kuvaa potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta, jonka avulla kirjataan potilaan hoidon kannalta merkittävät hoitotoimet. Hoitotoimia ovat potilaan välittömät auttamis- ja ohjaustilanteet, joiden perustana on hoitohenkilökunnan osaaminen. Hoitotoimien avulla pyritään vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen. (Kinnunen ym. 2020, 12.)

Suomalaisen hoidon tulosluokituksen (SHTuL) avulla voidaan arvioida potilaan hoitotyön tarpeiden perusteella odotettuja tai toteutuneita tuloksia. Tulosluokituksen avulla kuvataan potilaan tilassa tapahtunutta muutosta. Sen avulla voidaan arvioida hoidon vaikutusta suhteessa hoidon

tarpeeseen ja toteutuneeseen hoitoon. (Liljamo ym. 2012, 54.) Tuloluokituksen avulla voidaan kirjata muutos potilaan tilassa käyttämällä tarkennetta: parantunut, pysynyt ennallaan tai huonontunut. Komponenttien sisältöä voidaan myös täydentää vapaalla tekstillä (Mykkänen 2019, 32).

Suomalaisessa hoitotyön kirjaamismallissa potilaan hoitoa kirjataan hoidollisen päätöksenteon mukaan. Päätöksenteko kuvaa hoitotyön prosessin eri vaiheita, joita ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. (Saranto & Sonninen 2008, 13.) Kirjattavia hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitoprosessin eri vaiheissa voidaan kirjata valitsemalla luokituksesta sopiva pää- tai alaluokka, jota voidaan täydentää samalla tarvittaessa vapaalla tekstillä. Kirjattaessa hoidon tavoitetta käytetään hoidon tarveluokituksen (SHTaL) pää- ja alaluokkia. Hoidon suunnittelu- ja toteuttamisvaiheessa käytetään hoitotyön toimintoluokituksia. (SHToL). (Liljamo ym.2012, 14.) Suomalainen hoitotyön kirjaamismalli esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. Suomalainen hoitotyön kirjaamismalli (Mykkänen 2009; Tantt 2009)

Kainuun sote käyttää TietoENVRY:n tuottamaa Lifecare-potilastietojärjestelmää erikoissairaan-
hoidossa, perusterveydenhoidossa ja suun terveydenhuollossa (Toiminnanohjaus tuo sujuvuutta
Kainuun uuteen sairaalaan n.d). Akuuttiyksikössä hoitotyön hoitosuunnitelma tehdään LifeCaren-

potilastietojärjestelmän valmiita hoitokertomus (HOKE) mallipohjia käyttäen. Yleisemmin käytetään YLE-potilas-mallipohjaa. Potilaan hoitosuunnitelma voidaan tehdä myös valitsemalla hoidon tarpeita vastaavat ja kuvaavat komponentit yksittäin tietojärjestelmästä. Akuuttisyksikössä käytetään potilaan hoidon suunnittelussa valmista mallipohjaa, jota täydennetään potilaan hoidon tarpeen arvioinnin mukaan. Kun käytetään valmista mallipohjaa, silloin komponenteista valitaan hoitosuunnitelmaan ne komponentit, jotka vastaavat potilaan tulotilanteen mukaista hoitosuunnitelmaa. (Kukkonen 2019, 42.) Mallipohjan avulla hoitokertomukseen tuodaan välttämättömimmät hoitoprosessin vaiheet ja siihen tarvittavat peruskomponentit sekä luokat. Tarpeen mukaan mallipohjaan voidaan lisätä tietoja, jotka auttavat muokkaamaan FinCC-luokituskokonaisuutta eri tilanteisiin sopiviksi. (Junntila & Nykkänen 2012, 26.)

Kolmannen syklin tarkoitus on kehittää akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian sisältävä hoitotyösuunnitelma ja kuvata sen käyttöönottosuunnitelma. Kehittämiskysymykset ovat, minkälainen on akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian sisältävä hoitotyösuunnitelma ja minkälainen implementointisuunnitelma tukee sen käyttöönottoa.

4.2 Akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomus (HOKE) (toiminta)

Akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomuksen suunnittelutyö tehtiin projektiryhmän toimijoiden kanssa aivoriihi ideointimenetelmän avulla. Aivoriihi on luovan ongelmanratkaisun menetelmä, jonka avulla tuotetaan ideoita ryhmässä. (Lavonen & Meisalo n.d.) Sen tavoitteena on saada esille ihmisten erilaisia kokemuksia, mielipiteitä, käsityksiä ja ideoita. Menetelmään päädyttiin sen nopeakäyttöisyyden vuoksi. Projektiryhmän toimijoille oli varattu yhteistä työaikaa aamuvuoron jälkeen iltapäivälle tunnin ajan. (ks. Aivoriihi n.d.) Aivoriihi on ryhmätyöskentelymenetelmänä, joka ei kuitenkaan sulje pois yksilöllistä työskentelyä. Menetelmän avulla voi muodostaa vapaasti erilaisia vaihtoehtoja, joita hyödynnetään ongelmien ratkaisuisissa. Aivoriihi työskentely voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, joita ovat ongelman määrittelyn vaihe, ideointi- ja ratkaisuvaihe. (Kupias 2001, 94.)

Aivoriihi työskentelyn määrittelyvaihetta ohjasi syklin tutkimuskysymys, minkälainen on akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian sisältävä hoitotyösuunnitelma. Ideointivaiheessa aivoriiheen osallistuneet tuottivat eri vaihtoehtoja hoitokertomukseen liitettävistä komponenteista ja vapaatekstiosioista. Suunnittelun tukena käytettiin suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen

(SHToL 3.0) ja Suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen (SHTal 3.0) luokituskokonaisuuden käyttöoppaita, koska hoitokertomuksen rakenteen tuli perustua niihin. Yhdellä projektiryhmän toimijalla oli asiantuntemusta FinCC-luokituskokonaisuuksien suunnittelusta. Ratkaisuvaiheessa ideointien perusteella koottiin FinCC-luokituskokonaisuuden mukainen akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomuksen mallipohja. Akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomus on suurelta osalta yhtenäinen akuuttiyksikössä käytössä olevan YLE-potilas mallipohjan kanssa. Hoitokertomukseen liitettiin elämänhistorian sisältämät tekstisisällöt seuraavien pääkomponenttien alaisuuteen.

Selviytyminen komponentti kuvastaa kognitiivista prosessia, joka perustuu yksilön arviointiin omasta tilanteesta ja henkilökohtaisista resursseista. Komponentin pää- ja alaluokkien avulla voidaan arvioida potilaan ja hänen omaistensa kykyä selviytyä sairauden aiheuttamista muutoksista. Potilaan selviytymisen tukemisen toimintokomponentin alaisuuteen mallipohjaan tulevat tulohaastattelun teemat ihmissuhteet, tekeminen, elämän kriisit ja turvallisuus. (ks. liite 6) Näihin tekstiotsikoihin kirjataan akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriasta tulohaastattelun avulla saatuja selviytymistä tukevia asioita. Näiden asioiden huomioimisella voidaan auttaa potilasta selviytymään laitoshoidon aiheuttamasta turvattomuuden tunteesta, joka voi olla usein myös muistisairaana käytösoireiden taustalla. Turvallisuuden tunnetta voidaan vahvistaa lyhyillä, säännöllisillä kontakteilla, jotka sisältävät rauhoittavan ja läsnäolosta kertovan viestin, jotka jäävät muistisairaalle kokemusten muistiin, vaikka hän ei enää muistaisikaan yksittäisiä kontakteja. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 124.) Potilaan selviytymisen tukemista edistetään hänen elämänhistoriaansa perehtymisen avulla, koska sen avulla mahdollistetaan hyvä hoitosuhde (Sulkava, Eloniemi, Erkinjuntti & Hervonen 1993, 128).

Psyykinen tasapaino komponentin avulla voidaan kirjata psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvistä hoidon tarpeista, jotka voivat ilmetä ahdistuneisuutena, pelokkuutena tai harhaisuutena (Liljamo ym. 2012, 34.) Eri hoitomenetelmien tarpeen arviointi ja toteutus on otettu tähän komponenttiin. Lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien suunnitteleminen elämänhistoriaa kartoittavan tulokeskustelun avulla voidaan tehdä eri hoito- ja terapiamuodot alaluokkaan.

Arviointia mallipohjaan tehtiin jakamalla se sähköisesti kaikille akuuttigeriatrisen työryhmän henkilöille. Kainuun soten järjestelmäasiantuntija teki projektiryhmän suunnitteleman tekstimuotoisen asiakirjan mukaisesti LifeCare järjestelmään akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomuksen eli HOKEn mallipohjan. Mallipohja on käytettävissä kaikissa Kainuun soten Lifecare-potilastietojärjestelmässä niissä hoitoyksiköissä, jotka käyttävät kyseistä potilastietojärjestelmää. Mallipohjaa voidaan päivittää järjestelmäasiantuntijan avulla lähettämällä hänelle sähköpostilla tarvittavat

muutos tiedot. Tekstimuotoinen aivoriihen tuella muotoutunut HOKE-pohjan versio 1 on esitelty liitteessä 7.

4.3 Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelman käyttöönottosuunnitelma (suunnitelu)

Terveyslainsäädäntö (2010/1326) velvoittaa järjestämään terveydenhuollon toiminnan niin että se perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on lain mukaan oltava myös laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan parhaan ajantasaisen tutkimustiedon käyttöä hoitotyön päätöksenteon tukena siten, että päämääränä on potilaan mahdollisimman hyvä hoito. Päätöksenteon tulisi perustua mahdollisimman luotettavaan tietoon, jonka avulla voidaan vastata potilaan hoitoon. (Elomaa & Mikkola 2008, 6.)

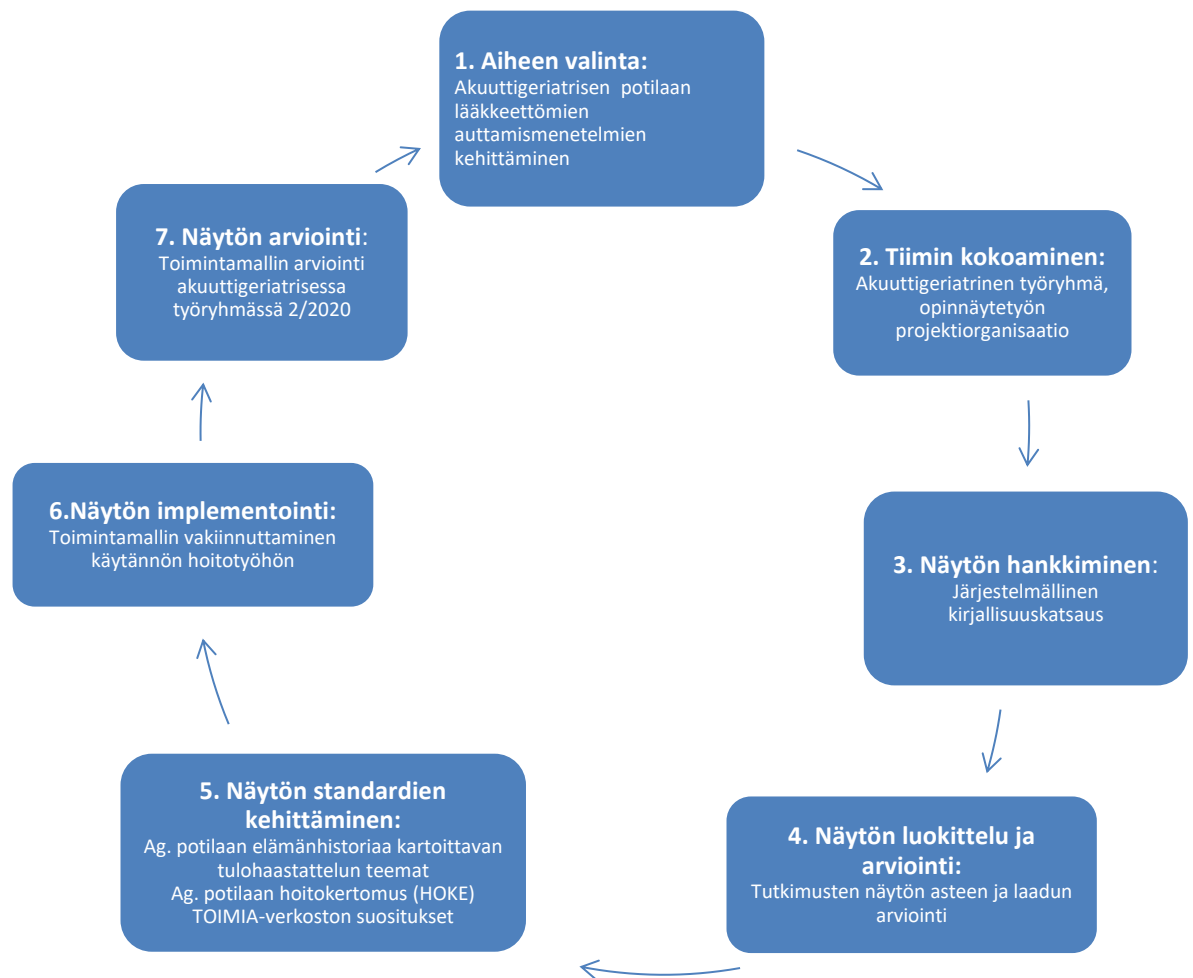
4.3.1 Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöön ottaminen Iowa mallin avulla

Näyttöön perustuvan toiminnan avulla voidaan parantaa hoitotyön laatua ja luotettavuutta, kehittää potilaiden hoitoa ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia (Levin & Feldman 2006, 15). Sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä toiminnan tulisi olla vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta ensisijaista. Tähän voidaan pyrkiä sillä, että kehitetyt hyvät käytännöt ovat monistettavissa. Monistettavuuden edellytykselle on Korhosen, Jylhän, Korhosen ja Holopaisen (2018, 6) mukaan useita edellytyksiä, joiden tulee täytyä. Hyvän käytännön taustalla oleva näyttö vaikuttavasta tai asiakkaalle/potilaalle merkityksellistä käytännöstä on tunnistettava. Myös näytön käyttöönottoa kuvaavat menetelmät tulisi kuvata. Konkreettiset ratkaisut, tukimateriaalit sekä toimintaprosessit tulisi olla kuvattuina niin että kuvaukseen sisältyy myös näiden arviointi.

Näytön käyttöönotto ei ole pelkästään hallinnollinen päätös vaan sen taustalla on moniulotteinen ja pitkäkestoinen prosessi. Toimintaa tulisi kehittää niin, että erilaiset menetelmät edistävät näytön käyttöä. Näillä menetelmillä mahdollistetaan myös näyttöön perustuva toiminta. Näytön

käyttöönottamiseksi on luotu erilaisia toimintamalleja. (Korhonen ym. 2018 5,10.) Akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomuksen käyttöönottamisen menetelmänä päädyttiin käyttämään IOWA mallia (Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care) joka on hoidon laadun kehittämisen menetelmä, joka perustuu käytännön läheiseen näyttöön (Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki & Pelkonen 2008, 16).

Mallin avulla voidaan muuntaa tieteellistä näyttöä käytäntöön, edistään samalla potilaiden hoitoa. Mallissa on kuvattu seitsemän vaihetta näytön käyttöön ottamiseksi. Opinnäytetyön näytön käyttöönotto IOWA mallin mukaisesti on esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6. IOWA mallin näytön käyttöön seitsemän vaihetta (Doody & Doody 2011)

4.3.2 Aiheen valinta

Ensimmäinen vaihe on aiheen valinta, jonka aikana on otettava huomioon useita tekijöitä. Iowassa voidaan lähteä liikkeelle kahdesta eri lähtökohdasta. Joko tunnustetaan ongelmakeskeinen käytäntö, johon halutaan muutosta tai lähtökohdaksi on uusi toimintatapa, jonka käyttöön ottaminen olisi perusteltua. (Dontje 2007; Doody & Doody 2011.)

Akuuttigeriatrisen potilaan muistisairauteen voi liittyä muutoksia hänen käyttäytymisessään. Käyttäytymisen muutosten eli käytösoireiden taustalla olevat syyt ovat yksilöllisiä ja monitekijäisiä. Hoitohenkilökunnan kyky suhtautua ja toimia erilaisissa haastavissa tilanteissa korostuu käyttäytymisen muutosten hoitamisessa. (Mönkäre 2019, 58, 59.) Käypä hoitosuosituksen mukaan muistisairauksien käytösoireiden ensisijaisina hoitomuotoina tulisi käyttää lääkkeettömiä auttamismenetelmiä. Suosituksessa pidetään käytösoireisen ensisijaisena lääkityshoitona muistisairaudesta asiainmukaista lääkehoitoa. (Muistisairaudet. Käypä hoitosuositus 2017.) On hyvin yleistä, että muistisairaahan potilaan levottomuuteen ja muuten haitalliseksi koettuun käyttäytymiseen akuuttiyksikössä on tarjottu ensimmäisenä rauhoittavaa lääkettä. Tämän vuoksi työyhteisössä halutaan kehittää lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien käyttöönottamista.

Toisena lähtökohdaksi aiheen valinnassa on myös uuden toimintatavan luominen. Akuuttigeriatrisen tutkimusosasto on yhdeksän paikkainen osasto, joka aloittaa uuden sairaalan tiloissa syksyllä 2021. Tutkimusosaston toimintaperiaatteita ja käytäntöjä on suunniteltu keväältä 2018 lähtien akuuttigeriatrisessa työryhmässä. Tämän opinnäytetyön tekeminen on nivoutunut tähän suunnitteluprosessiin. Työryhmä on suunnitellut uutta toimintatapaa. Vastaavaa akuuttigeriatrista tutkimusosastoa ei Kainuussa ole aikaisemmin ollut.

4.3.3 Tiimin kokoaminen

Toisessa vaiheessa valitaan tiimiin ne henkilöt, jotka vastaavat toimintamallin kehittämisestä, toteuttamisesta ja arvioinnista. Tiimiin on hyvä valita toimijoita eri asiantuntijoiden sidosryhmistä ja toimijoiden kokoonpanoa tulisi ohjata aiheen valinta. (Doody & Doody 2011; Tittler, Kleiber, Steelman, Rakel, Budreau, Everett, Buck-walter, Tripp-Reimer & Goode 2002, 503.) Tiimin kokoonpanoksi muodostui akuuttigeriatrisen työryhmä, johon kuuluivat opinnäytetyön projektiryhmän toimijoita sekä Kajaanin terveyskeskussairaalan akuuttiyksikön ylilääkäri ja osastonhoitaja. Tiimin kuuluvat edustava lääketieteen- ja hoitotyön monialaista asiantuntijuutta.

Tiimiin kuuluva lääkäri on koulutukseltaan geriatrian erikoislääkäri, tiimin sairaanhoitaja on asiantuntija Mapa menetelmän käyttämisessä, lähihoitaja on asiantuntija Kinestetiikka-voimavara-lähtöisen toimintamallin käyttämisessä, toinen tiimin sairaanhoitaja on käynyt muistihoitaja koulutuksen sekä kaksi tiimiin kuuluvaa sairaanhoitajaa ovat käyneet Tunteva-vuorovaikutusmenetelmäkoulutuksen. Tiimiin osallistuu myös lähijohdon toimijoita, joiden avulla voidaan vaikuttaa tiimin käytettävissä oleviin resursseihin ja siihen, että kehitystyölle on lähijohdon hyväksyntä. Ilman välttämättömiä resursseja ja johdon osallistumista kehitystyöhön, tiimiläiset eivät voi muuttaa hoitotyön käytäntöjä (Doody & Doody 2011).

4.3.4 Näytön hankkiminen

Kolmannessa vaiheessa IOWA mallissa kerätään näyttöön liittyviä tutkimuksia. Tutkimukset tulisi hakea sähköisten tietokantojen, kuten Cinahl, Medline, Cochrane, kautta käyttäen asianmukaisia hakustrategioita. (Brown 2014, 157; Doody & Doody 2011.) Näyttöä haettiin tekemällä järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys oli, millä lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä. Tutkimuskysymyksen muotoileminen niin, että saadaan suoritettua tarkoituksenmukainen kirjallisuuskatsaus, on haastavaa. Tutkimuskysymyksen muotoiluun käytettiin PICO-periaatetta (patient, intervention, comparison, outcome) jotta tunnistettiin tutkimuskysymykseen liittyvät asiat. (Doody & Doody 2011.)

Vastausta tutkimuskysymykseen haettiin tekemällä hakuja Pubmed, Pubmed Central, Finna ja Cinahl tietokantoihin. Hakutuloksena tuli kokonaisuudessaan 1049 tutkimusta, joista otsikon perusteella hyväksyttiin 96 tutkimusta. Näiden tiivistelmiin perehtymisen jälkeen jäljelle jäi 22 tutkimusta, joiden tiivistelmässä kuvattiin lääkkeettömillä auttamismenetelmillä olleen yhteyttä dementoituneen potilaan levottomuuteen ja käytöshäiriöihin. Nämä tutkimukset luettiin kokonaan, ja niihin perehtymisen jälkeen jäljelle jäi 12 tutkimusta.

4.3.5 Näytön luokittelu ja arviointi

Neljännessä vaiheessa luokitellaan ja arvioidaan näyttö. Tutkimusten metodologia, tekniikat ja tilastolliset havainnot arvioidaan. Tarkastellaan tulosten merkitsevyyttä ja sitä, ovatko ne soveltuvia käytännön työhön. (Dontje 2007; ks. Titler 2002, 504-506.) Tutkimuksille suoritettiin laadun arviointi Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisemien arviointikriteerilistojen avulla. Eri tutkimuksille ja julkaisuille on erilaiset kriteerit ja näiden tulisi täytyä vähintään 50 %. (Tutkimustiedon laadun arvioiminen 2019).

Kaksi tutkimusta hylättiin koska ne eivät täyttäneet kriteerien suositeltua prosentuaalista vähimmäismäärää. Jäljelle jäi 10 tutkimusta, joiden menetelmällisen laadun asteen ja näytön arviointi tehtiin Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuosituskäsikirjan näytön vahvuus ja vaikuttavuus liitteen mukaan (Hoitosuosituskäsikirja 2019).

4.3.6 Näytön standardien kehittäminen

Viidennessä vaiheessa tiimiin valitut toimijat kehittävät näytölle standardit ja toimintaohjeet näytön käyttöön ottamiseksi (Doody & Doody 2011). Jos tutkimusnäyttöä ei ole riittävästi, jotta se soveltuisi käytännössä suoritettavaksi, voidaan soveltamisen apuna käyttää myös käytännöstä saatavaa näyttöä, esimerkiksi tapausseosteita tai asiantuntijoiden mielipiteitä (Titler 2002, 506).

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisen syklin tulosten reflektiossa valittiin seuraavan syklin kehittämisen aiheeksi akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessin kehittäminen hänen elämänsä avulla. Aineistoa kerättiin haastattelemalla akuuttigeriatrisia potilaita (n=3) ja heidän omaisiaan (n=3). Haastattelujen tulosten perusteella laadittiin akuuttigeriatrisen potilaan elämänsä historia kartoittavan tulokeskustelun teemat. Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyösuunnitelma toteutettiin suunnittelemalla akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomus (HOKE)-mallipohja. Akuuttigeriatrisen potilaan elämänsä historia kartoittavan tulokeskustelun teemat otetaan akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomukseen (HOKE) pohjalle, jotta levottomasti käyttäytyvän akuuttigeriatrisen potilaan elämänsä historiaa voidaan hyödyntää hoitoprosessissa.

Iowa mallin mukaisesti näytön standardien luomisessa voidaan käyttää apuna asiantuntijoiden lausuntoja näytön käyttöönottoa suunnitellessa (Titler 2002, 506). Koska akuuttigeriatrisella potilaalla on sairaalahoidon aikana lisääntynyt toimintakyvyn heikentymisen riski, haluttiin akuuttigeriatrisen potilaan hoitosuunnitelmaan ottaa mukaan Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA) kehittämä toimintamalli. Toimintamallin avulla arvioidaan potilaan toimintakykyä, jotta tunnistetaan toimintakyvyn heikkenemisen taustalla olevia tekijöitä. Käytettävät mittarit ja niiden tulokset kirjataan akuuttigeriatrisen potilaan sähköiseen LifeCare hoitokertomukseen, potilasasiakirjoihin yleislääketieteen lomakkeelle päivittäismerkintöihin sekä osastojakson loppuarvioon. (Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 10 2020; Kerminen, Jäppinen, Kiviniemi, Tikkanen & Havulinna 2019, 2.)

Suosituksessa esitellään nopeasti tehtäviä seulontatestejä, jotka ovat soveltuvia iäkkäiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon. Suosituksessa potilaiden toimintakykyä arvioidaan eri osa-alueilta. Näitä ovat kognitio, mieliala, ravitsemustila, liikkumiskyky, arkisuoriutumisen ja kaatumisvaara. Jos seulontatestin jollakin toimintakyvyn osa-alueella todetaan poikkeamaa, voidaan yksityiskohteisemmin jatkaa näiden poikkeavien osa-alueiden arviointia. (Kerminen ym. 2019, 8.)

Opinnäytetyön projektiryhmän toimijat selvittivät TOIMIA-verkoston kehittämän suosituksen mukaisia iäkkään potilaan arviointiin liittyviä seulontatestejä. Heidän tekemänsä koosteen perusteella akuuttigeriatrisen työryhmän kokouksessa potilaiden hoidonsuunnitteluun valittiin seuraavat seulontamittarit. Kognition seulonnassa käytetään muistin osalta kuuden kysymyksen muisti-seulaa ja selvää muistin alenemaa arvioidaan MMSE tutkimuksella. Kognitioon liittyvän tarkkaavaisuuden seulonnassa käytetään kuukausien luettelemista takaperin. Mikäli testissä ilmenee ongelmaa, poissuljetaan delirium CAM testillä. Mielialaa seulotaan GDS-15 testillä. Ravitsemustilan selvittämisessä käytetään NRS 2002 kyselyä. Akuuttigeriatrisen työryhmä päätyi tulokseen, ettei liikkumista testata testeillä vaan se arvioidaan havainnoimalla potilaan arkiliikkumista. Tässä asiassa tehdään yhteistyötä fysioterapeuttien kanssa. Arkisuoriutumista selvitetään IADL lomakkeen avulla. Se on osa RAI-tutkimusta, jota kotihoidon työntekijät toteuttavat. Kaatumisvaaraa arvioidaan FRAT-testillä sekä tekemällä potilaalle ortostaattinen verenpaineen mittaaminen. TOIMIA-verkoston suosituksen toimintamalli iäkkään potilaan arvioinnista sairaalaosastolla on esitetty liitteessä 8, kuviossa 7. (Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 10 2020.)

TOIMIA-verkoston suosituksen mukaiset mittarit liitetään akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomukseen eli HOKE:n hoidon ja jatkohoidon koordinointi tarve pääluokkaan (Akuuttigeriatrisen

työryhmän muistio 10 2020). Pääluokassa kuvataan potilaan hoidon kannalta oleellisia asiantuntijapalveluiden, jatkohoidon tai jatkohoito-ohjeiden tarvetta sekä potilaan oikeuksiin liittyvää tiedon tarvetta. (Liljamo ym. 2012, 29.)

4.3.7 Näytön implementointi

Kuudennessa vaiheessa implementoidaan näyttö käytäntöön. Tiimin kehittämät toimintaohjeet ja käytännöt otetaan käyttöön. Työntekijöiden ja lähijohtajien välillä tulee mahdollistua välitön vuorovaikutus, jotta käytännön muutoksia voidaan tukea. (Doody & Doody 2011.) Implementointi tapahtuu akuuttigeriatrisen työryhmän tekemän suunnitelman mukaisesti. Akuuttiyksikön osastokokouksen päätöksen mukaan joka toinen torstai kello 14:00-15:00 on varattu aikaa akuuttigeriatriselle osastopalaverille, jonne voi osallistua akuuttiyksikön työntekijät. Ajankohtaa käytetään koulutuksiin, tiedottamiseen ja keskusteluun erilaisista aiheista. Implementointisuunnitelma on kuvattu taulukossa 9.

TAULUKKO 9. Akuuttigeriatrisen potilaan hoitosuunnitelman käyttöönottosuunnitelma

Tavoite: Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian sisältävän hoitotyönsuunnitelman käyttöönotto Kajaanin terveyskeskussairaala akuuttiyksikössä					
Tavoite	Toimenpiteet	Aikataulu	Vastuuhenkilöt	Mittarit	Arviointi
Hoitohenkilökunta tietää lääkkeettömien auttamismenetelmien käytön merkityksen akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön prosessissa sekä ymmärtää potilaan elämänhistorian ja yksilöllisyyden mukaan ottamisen tärkeyden asiakaslähtöisen hoitoprosessin suunnittelussa	<p>Akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömien auttamismenetelmien kehittäminen: YAMK opinnäytetyö esitys osastopalaverissa</p> <p>Paperinen ilmoitus esitystilaisuudesta taukotilassa ja kutsu osallistua esitykseen sähköpostissa.</p> <p>Esityksen video tallenteena Y-aseamalla, työntekijät kuittaavat sähköiseen lomakkeeseen videon katsomisen jälkeen</p>	3.12.2020 klo 14:00-15:00	Marjo Väisänen	<p>Esitykseen osallistuneet työntekijät</p> <p>Esityksen videon katsooneet työntekijät Y-asema</p> <p>Esityksen aikana käyty keskustelu</p>	<p>Toteutunut esitys</p> <p>Työntekijät osallistuneet</p> <p>Keskustelun avulla saatu palaute</p> <p>Kehityskeskustelut</p>

	TunTeva-toimintamallin koulutus työntekijöille Projektiryhmän toimijat perehdyttävät uudet työntekijät akuuttigeriatrisen tutkimusosaston periaatteisiin ja käytäntöihin	Kainuun soten koulutuskalenterin mukaisesti	Hoitohenkilökunta Projektiryhmään kuuluvat	Koulutuksen käynyt hoitohenkilökunta Perehdytetty hoitohenkilökunta	Koulutuspalautteet Kaikki uudet työntekijät perehdytetty
Kehittää opinnäytetyön projektiryhmän toimijoiden digitalisaatio-osaamista	Dreambroker ohjelman avulla tehdyt koulutusvideot: -Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian sisältävän tulohaastattelun toteuttaminen -Akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomuksen käyttöönotto -TOIMIA-mittareiden esittely ja ohjeistus	Akuuttigeriatrisen projektiryhmän kehittämispäivä 12/2020	Opinnäytetyön projektiryhmä	Toteutetut koulutusvideot	Akuuttigeriatrisen työryhmän palaute
Hoitotyöntekijä osaa toteuttaa elämänhistorian sisältävän tulohaastattelun akuuttigeriatrisen potilaan hoitojakson aikana	Työntekijöiden perehdyttäminen elämänhistoriaa sisältävään tulohaastatteluun tekemiseen. Koulutusvideon esitys akuuttigeriatrisen palaverissa Koulutusvideo tallenteena Y-aseamalla, työntekijät kuittaavat sähköiseen lomakkeeseen videon katsomisen jälkeen Tulohaastattelun toteuttamisen harjoittelu projektiryhmän toimijan alaisuudessa	1/.2021 klo 14:00-15:00 Akuutti-yksikkö päiväsaali 1-2/2020	Opinnäytetyön projektiryhmä Hoitotyöntekijät Opinnäytetyön projektiryhmä	Esitykseen osallistuneet työntekijät Opetusvideon katsovat työntekijät Y-aseamalla Palautekeskustelu koulutuksen jälkeen Kirjallinen palaute koulutusvideon katsomisen jälkeen Toteutuneet tulohaastattelut	Koulutustilaisuudessa saatu suullinen palaute Tulohaastatteluiden toteutumisen arviointi akuuttigeriatrisen osastopalaverin yhteydessä keskustelemalla Kehityskeskustelut Kirjallinen palaute työntekijöiltä tulohaastattelun toteutumisesta ja kokemuksista

<p>Hoitotyöntekijä osaa suunnitella ja toteuttaa akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelman</p>	<p>Työntekijöiden perehtyminen akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomukseen. Koulutusvideon esitys akuuttigeriatrisen osastopalaverin aikana.</p> <p>Koulutusvideo tallenteena Y-aseamalla, työntekijät kuittaavat sähköiseen lomakkeeseen videon katsomisen jälkeen</p> <p>Hoitokertomuksen toteuttamisen harjoittelu projektiryhmän toimijan alaisuudessa</p>	<p>1/2021</p> <p>Akuuttiyksikkö päivä-sali</p> <p>1-2/2021</p>	<p>Opinnäytetyön projektiryhmä</p> <p>Hoitotyöntekijät</p> <p>Opinnäytetyön projektiryhmä</p>	<p>Esitykseen osallistuneet työntekijät</p> <p>Opetusvideon katsovat työntekijät Y-aseamalla</p> <p>Palautekeskustelu koulutuksen jälkeen</p> <p>Kirjallinen palaute koulutusvideon katsomisen jälkeen</p> <p>Toteutuneet hoitokertomuksen harjoittelut</p>	<p>Koulutustilaisuudessa avulla saatu suullinen ja kirjallinen palaute</p> <p>Tulohaastatteluiden toteutumisen arviointi akuuttigeriatrisen osastopalaverin yhteydessä keskustelemalla</p> <p>Kehityskeskustelut</p> <p>Kirjallinen palaute työntekijöiltä hoitokertomuksen toteutumisesta ja kokemuksista</p>
<p>Hoitotyöntekijä osaa toteuttaa ja arvioida iäkkään potilaan toimintakykyä TOIMIA-verkoston mittareiden avulla</p>	<p>Työntekijöiden perehtyminen Toimia-mittareihin, koulutusvideon esittäminen akuuttigeriatrisen palaverin aikana.</p> <p>Koulutusvideo tallenteena Y-aseamalla, työntekijät kuittaavat sähköiseen lomakkeeseen videon katsomisen jälkeen</p> <p>Kirjallisten ohjeiden tekeminen y-asealle</p> <p>TOIMIA-verkoston mittareiden toteuttamisen harjoittelua projektiryhmän toimijan alaisuudessa</p>	<p>2/2021</p> <p>Akuuttiyksikkö päivä-sali</p> <p>1/2021</p>	<p>Opinnäytetyön projektiryhmä</p> <p>Hoitotyöntekijät</p> <p>Opinnäytetyön projektiryhmä</p> <p>Opinnäytetyön projektiryhmä</p>	<p>Esitykseen osallistuneet työntekijät</p> <p>Opetusvideon katsovat työntekijät Y-aseamalla</p> <p>Palautekeskustelu koulutuksen jälkeen</p> <p>Kirjallinen palaute koulutusvideon katsomisen jälkeen</p> <p>Toteutuneet mittareiden toteuttamiset akuuttigeriatrisen potilaan hoitojakson aikana</p>	<p>Koulutustilaisuudessa avulla saatu suullinen ja kirjallinen palaute</p> <p>Toteutunut TOIMIA-verkoston mittareiden käyttö</p> <p>TOIMIA-verkoston mittareiden toteuttamisen arviointi akuuttigeriatrisen osastopalaverin yhteydessä keskustelemalla</p> <p>Kehityskeskustelut</p> <p>Kirjallinen palaute työntekijöiltä TOIMIA-verkoston mittareiden toteuttamisesta ja kokemuksista</p>

Käyttöönottosuunnitelma otetaan käyttöön vuoden 2021 aikana, jonka toteuttamisesta ja arvioinnista vastaa akuuttigeriatrian työryhmään kuuluvat työntekijät.

4.3.8 Näytön arviointi

Iowa mallin seitsemännessä vaiheessa arvioidaan näytön käyttöönottoa. Näytön käyttöönoton arviointi on tärkeää, jotta ymmärretään näytön arvo ja sen merkitys käytännössä. Implementointiprosessin tarkasteleminen ja palautteen kerääminen koko prosessin ajan on suositeltavaa. (Doody & Doody 2011.) Arvioinnin avulla saadaan tietoa toiminnasta ja sen kehittämistarpeista sekä toiminnan tulosten merkityksestä ja vaikutuksesta. Toimintaa arvioidaan usein aikaansaatu- jen tulosten ja onnistumisten avulla. Arviointia voidaan tehdä myös vertaamalla saavutettuja tu- loksia toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. (Itsearviointiopas n.d, 15.)

Arviointi voidaan kuvata prosessina, joka koostuu eri vaiheista, joilla on omat tehtävänsä. Virta- sen mukaan (2007, 143-144) arvioinnin prosessimalli koostuu seitsemästä osavaiheesta. *Ensimmäisessä vaiheessa* kartoitetaan arvioinnin tarve ja tämä vaihe käynnistää koko arviointi proses- sin. Arvioinnin kohteena olevien intressiryhmien odotukset ja tarpeet kartoitetaan. Arvioinnin kohteena oleville tulisi olla omat yksilölliset suunnitelmansa, jossa voidaan ottaa huomioon toi- mintaympäristö ja arviointiin kohdistuvat odotukset (Lindberg 2013, 8). Akuuttigeriatrisen poti- laan hoitotyönhoitoprosessin arviointi kohdistuu hoitohenkilökunnan osaamiseen ja käytännön toimintaan, jonka avulla käyttöönotettua akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyösuunnitelman merkitystä ja vaikutusta voidaan arvioida ja mitata

Arviointi prosessin *toisessa vaiheessa* muodostetaan arviointiasetelma arvioinnin tarpeen perus- teella. Tässä vaiheessa muotoillaan metodologinen arviointimalli arvioinnin tekemistä varten (Vir- tanen 2007, 144). Anttilan ja Kataikkon (2007, 92, 104) mukaan arvioinnin tavoitteiden ja lähtö- kohtien selkiytyttyä voidaan luoda eräänlainen ohjelmateoria, jolla pyritään pääsemään asetet- tuihin tavoitteisiin. Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönprosessin arvioimiseen käytetään laadul- lista aineistoa ja sitä kerätään haastatteluiden, havainnoinnin, dokumenttiaineiston ja reflektoin- tiaineistojen avulla

Arvioinnin kolmannessa vaiheessa valitaan arviointikäsitteet ja yksilöidään arvioinnissa käytettä- vät kriteerit. Näiden valinta vaikuttaa siihen mistä näkökulmasta arvioitavaa kohdetta tarkastel-

laan. (Virtanen 2007, 154.) Arvioinnin kohdetta voidaan tarkastella myös suhteessa tiettyyn arviointiperusteeseen eli kriteeriin (Arviointi sosiaalipalveluissa: Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin 2001). Kriteerien tulee tukea tavoitteiden ja arvojen toteutumista (Anttila & Kataikko 2007, 97).

Virtasen (2007, 148) mukaan arvioinnin suunnittelu ja käynnistäminen on *neljäs prosessin vaihe*. Tässä vaiheessa päätetään, kenen mielipiteistä ollaan kiinnostuneita ja millaisia dokumenttiai-
neistoja tarvitaan. Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönprosessin arvioinnissa käytetään hoito-
henkilökunnan itsearviointia sekä vertaispalautetta.

Viidennessä vaiheessa kerätään aineistoa arviointia varten määrällisen tai laadullisen tutkimuk-
sen avulla. Arviointitehtävä on hyvä avata konkreettiseksi arviointikysymyksiksi, jonka avulla voi-
daan konkretisoida se, mitä tietoa tarvitaan. (Virtanen 2007, 148, 154.) Arvioinnin avulla on tar-
koitus kerätä tietoa, jotta sitä voidaan hyödyntää kehittämistyön eteenpäin viemiseksi (Anttila &
Kataikko 2007, 83). Arviointikysymysten suunnittelusta ja sen toteuttamisesta vastaa akuuttige-
riatrisen työryhmä.

Kuudennessa vaiheessa arvioidaan ja raportoidaan tulokset. Tiedon arviointi voidaan jakaa kol-
meen osatekijään: tutkimusaineistosta tehtyihin havaintoihin, havaintojen perusteella tehtyihin
johtopäätöksiin ja johtopäätösten perusteella muotoiltuihin kehittämissuosituksiin. Viimeinen eli
seitsemäs vaihe on saadun arviointitiedon hyödyntäminen. Arvioinnin hyödynnettävyys kertoo
arvioinnin hyödyllisyydestä ja laadusta (Virtanen 2007, 144). Tämän opinnäytetyön raportointi
päättyy toimintatutkimuksen kolmannen syklin toiminta- ja suunnitteluvaiheeseen. IOWA mallin
mukainen näytön implementoinnin käyttöönottosuunnitelma toteutetaan akuuttiyksikössä
akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelman kehittämiseksi vuoden 2021 kevään aikana.
Näytön käyttöönottamisen arviointisuunnitelma on yksi jatkokehittämisen aihe ja se tullaan to-
teuttamaan vuoden 2021 aikana.

4.4 Lähteet

Abbaszadeh, A., Sabeghi, H., Borhani, F. & Heydari, A. 2011. A comparative study on effect of e-learning and instructor-led methods on nurses' documentation competency. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 16 (3), 235-243. Viitattu 20.10.2020 Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249805/>

Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 10. 2020. Palaveri muistio 16.9.2020. Opinnäyteyöntekijän hallussa.

Anttila, P. & Kataikko, M. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.

Aivoriihi. n.d. Työelämä valmennus TeVeRe. Viitattu 1.8.2020. Saatavilla <https://tevere.fi/menetelmat/aivoriihi/>

Arviointi sosiaalipalveluissa: Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. 2001. Helsinki: Stakes.

Brown, C. 2014. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care: An Illustrated Example in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 18 (2),157-159. Viitattu 1.7.2020. Saatavilla DOI: [10.1188/14.cjon](https://doi.org/10.1188/14.cjon).

Dontje, K.J. 2007. Evidence-based practice. Understand the process. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal* 7(4). Viitattu 2.11.2020. Saatavilla <http://www.medscape.com/viewarticle/567786>.

Doody, C. & Doody, O. 2011. Introducing evidence into nursing practice: using the IOWA model. *British journal of nursing* 20(11), 661-664. Viitattu 29.10.2020. Saatavilla DOI: [10.12968/bjon.2011.20.11.661](https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.11.661)

Elomaa, L. & Mikkola H. 2010. Näytön jäljillä – Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Viides uudistettu painos. Turun ammattikorkeakoulu. Turku. Saatavissa <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>

Hoitosuosituskäsikirja. 2019. Hoitotyöntutkimussäätiö. Liite 6a. Viitattu 7.5.2019. Saatavilla <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/liite-6a-nayton-vahvuus-vaikuttavuus.pdf>

Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen: Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Itsearviointiopas. n.d. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskampus. Viitattu 22.11.2020. Saatavilla <https://www.stea.fi/documents/2184241/2492102/Itsearviointiopas.pdf/9c90fac1-47a8-4bdc-a35f-9b22d9020080/?t=1480079910950>

Jokinen, T. & Virkkunen, H. 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavilla https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018__.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77

Junttila, K. & Nykänen, P. 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti: Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kerminen, H., Jäppinen, A-M., Kiviniemi, K., Tikkanen, P. & Havulinna, S. 2019. läkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. TOIMIA-suositus. Viitattu 1.11.2020. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019100230834>

Kinnunen, U., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T. & Moilanen, K. 2020. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.10.2020. Saatavissa https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/FLKJ1?preview=/56886406/58588499/FinCC%20opas%20ver%204_0%20FINAL_20200428.pdf

Koodistopalvelu. 2020. Tiedonhallista sosiaali- ja terveysalalla. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 19.9.2020 Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/koodistopalvelu>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta: Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole.

Kukkonen, T. 2019. Vuodeosastopotilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa. YAMK opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Kupias, P. 2001. Oppia opetusmenetelmistä. Educa-Instituutti Oy. Helsinki.

Lavonen & Meisalo. n.d. Luovan ongelmaratkaisun työtavat. Viitattu 9.8.2020. Saatavilla <http://www.edu.helsinki.fi/malu/kirjasto/lor/main.htm>

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas: Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen: osa I. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Levin, RF. & Feldman, HR. 2006. Teaching Evidence-Based Practice in Nursing. A Guide for Academic and Clinical Settings. Springer Publishing Company. New York. The United States of America.

Viitattu

2.11.2020.

Saatavilla

https://books.google.fi/books?id=HEe_CDD4fJMC&dq=Teaching+Evidence-Based+Practice+in+Nursing.&hl=fi&lr=

Liljamo, P., Kinnunen, U. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas: SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Lindberg, A. 2013. Eväitä arviointiin sosiaali- ja terveystjärjestöissä: Yleiskuva erilaisista arvioinnin osa-alueista sosiaali- ja terveystalan järjestöissä sekä vihjeitä jatkokirjallisuuteen. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Muistisairaudet. Käypä hoitosuositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.12.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Mykkänen, M. 2019. Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä. Väitöskirja No 202. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveystjohtamisen laitos. Kuopio: University of Eastern Finland. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3181-8>

Mönkäre, R. 2019. Muistisairaana käyttäytymisen muutoksiin suhtautuminen ja sen vaikutus muutosten ilmenemiseen. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre, P. Pihlakari & Erkinjuntti (toim.) Muistisairaana hoito. Helsinki: Duodecim. 58-60.

Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Pelkonen, M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Valopaino Oy.

Puustinen, J. I. 2018. Iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältö kotihoitossa – FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuva dokumenttianalyysi. Kuopio: University of Eastern Finland.

Saranto, K & Sonninen, L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa K. Saranto, A. Ensio, K. Tantt & A. Sonninen (toim.). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy. 13-28.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 20.10.2020 <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sulkava, R., Eloniemi, U., Erkinjuntti, T. & Hervonen, A. 1993. Dementia opas omaisille ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Kirjayhtymä: Helsinki.

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa S. Hartikainen, E. Lönnroos & S. Rusanen (toim.). Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Edita: Helsinki. 81-100.

Tantt, K. 2009. Suomalainen hoitotyön kirjaamisen malli. Teoksessa Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke (HoiData-hanke) 9/2007-10/2009. Loppuraportti 9.12.2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hallintokeskus. Turku.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tittler, M. G. & Kleiber, C. & Steelman, VJ. & Rakel, BA. & Budreau, G. & Everett, LQ. & Buckwalter, KC. & Tripp-Reimer, T. & Goode, CJ. 2001. The Iowa Modell of Evidence Based Practice to Promote Quality Care. Critical Care Nursing Clinics of North America 13 (4),497–509. Viitattu 2.10.2020. Saatavilla DOI:[10.1016/S0899-5885\(18\)30017-0](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(18)30017-0)

Toiminnanohjaus tuo sujuvuutta Kainuun uuteen sairaalaan. n.d. TietoEvry. Viitattu 20.9.2020. Saatavilla <https://www.tietoevry.com/fi/asiakkaitamme/2018/Toiminnanohjaus-tuo-sujuvuutta-Kainuun-uuteen-sairaalaan/>

Tutkimustiedon laadun arvioiminen. 2019. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 29.3.2019. Saatavilla <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen>

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Prima Oy. Helsinki.

5 Pohdinta

Hoitotieteellisen tiedon kehittämiseen liittyy tärkeänä osana tutkimusraportin arviointi. Se ei ole vain tutkimustulosten ja johtopäätösten tarkastelua. Arvioinnin tulisi sisältää myös vahvuuksien ja heikkouksien tarkastelua ja pohdintaa siitä, mitä niistä voidaan oppia. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 239.) Tässä luvussa esitetään opinnäytetyön johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet sekä tarkastellaan toimintatutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Luvussa on myös pohdittu valmentavan johtajuuden merkitystä akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön kehittämisen tukena.

5.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien käyttöönottamista akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessissa. Akuuttiyksikössä suunnitellaan akuuttigeriatrista tutkimusosastoa, jonka toiminta alkaa vuoden 2021 aikana uudessa sairaalassa. Akuuttigeriatrisen tutkimusosaston osastojakson tavoitteena on potilaan kokonaishoito, jossa potilaan jäljellä olevia voimavarojaan, yksilöllisyyttään, arvokkuuttaan ja ihmisarvoa kunnioitetaan. (Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 1 2018.) Opinnäytetyön tulosten avulla kehitettiin akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönprosessia.

Opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaa tutkimustietoa siitä, millä lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä. Kirjallisuuskatsauksen avulla voitiin muodostaa kokonaiskuvaa tutkittavasta aihealueesta (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7). Aineistoa analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä, sillä sen avulla voidaan tiivistää aineistoa niin, että tutkittavaa aineistoa voidaan kuvata yleistävästi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 166). Aineiston analyysissa tuloksiksi nousivat aistitoimintoihin perustuvat auttamismenetelmät, fyysistä aktiivisuutta tukevat auttamismenetelmät, asiakkaan elämänhistoriaa tukevat auttamismenetelmät sekä hoitohenkilökunnan osaamiseen perustuvat auttamismenetelmät. Kirjallisuuskatsauksen tulokset tukivat sitä, että erilaisilla lääkkeettömillä auttamismenetelmillä on merkitystä sekavasti ja levottomasti käyttäytyvän dementoituneen potilaan hoitotyössä, vaikkakin näyttö on suuntaa antavaa.

Akuuttigeriatrisen työryhmän kokouksessa seuraavan syklin kehittämiseksi tarkennettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksista asiakkaan elämänhistoriaa tukevat auttamismenetelmät. Tutkimusnäyttö tuki dementoituneen potilaan yksilöllisten mieltymysten ja henkilökohtaisten tarpeiden huomioivien menetelmien sekä vuorovaikutuksellisten tilanteiden käyttöä sekavuuden ja levottomuuden hoidossa. Eloniemi-Sulkavan ja Savikon (2011, 110) mukaan muistisairaana ihmisen tarpeista lähtevä sekä asiakaslähtöinen hoito on tällä hetkellä lupaavin hoitolinja silloin, kun muistisairaalla esiintyy ulkopuolisten kokemaa vaikeaa käyttäytymistä. Toisen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessia voidaan kehittää hänen elämänhistoriansa avulla. Tutkimuskysymys oli, mitkä asiat akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriassa ovat merkityksellisiä.

Aineistoa kerättiin haastattelemalla akuuttigeriatrisia potilaita ja heidän omaisiaan. Haastattelut jouduttiin toteuttamaan vallinneen koronatilanteen vuoksi erikseen potilaille ja omaisille. Lumme-Stand (2005, 155) kuvaa, että omaisen mukanaolo haastattelutilanteessa voi muodostua ongelmaksi silloin kun omaiset kuvittelevat, ettei vanhus ole enää kykenevä vastaamaan kysymyksiin. Hänen mukaansa omaisen mukanaolo voi olla myös aineistoa rikastuttava tekijä. Haastattelutulosten analysointi vaiheessa muiden henkilöiden merkitys on otettava huomioon.

Laadukas tulos haastatteluista saadaan, kun haastatellaan vanhusta niin, että omainen on läsnä sekä haastattelemalla vanhusta myös ilman omaista (Pratt 2001, 170). Omaiset ovat haastattelutilanteessa tärkeitä, sillä heillä on kokemusta muistisairaana vanhuksen elämästä. On otettava huomioon, että heidän näkemyksensä eivät ole muistisairaana omia näkemyksiä. (Hellström 2007, 610.) Joudumme haastattelemaan potilaita ja omaisia yhdessä ja erikseen hoitojakson aikana. Tällöin on tärkeää ottaa huomioon se, että potilaan yksityisesti kertomia asioita ei saa kertoa edelleen omaisille.

Haastatteluaineistosta saatiin tuloksiksi elämän kriisit, ihmissuhteet, tekeminen ja turvallisuus. Tulosten avulla kehitettiin akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kuvaavat tulohaastattelun teemat. Haastavasti käyttäytyvän akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistorian tunteminen voi auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään, miksi potilas käyttäytyy haastavasti, sillä käyttäytymiseen vaikuttavat persoonallisuuden lisäksi myös menneisyyden tapahtumat (Haapala 2015, 76). Kun tunnetaan potilaan elämänhistoriaa, pystytään vastaamaan muistisairaana ihmisen tarpeisiin sekä tukemaan hänen identiteettinsä säilymistä (Andersson, Husso, Nikumaa, Vuori, Okkonen & Pohjanvuori 2016, 10).

”Osastolla oli akuuttigeriatrinen potilas, jolla alkoi aina iltpäivisin levottomuus. Silloin hän hyvin aktiivisesti etsi ulospääsyä osastolta liikkuen hyvin nopeasti ilman apuvälineitä ja oli välillä meiltä hukassa löytyen toisesta kerroksesta. Tulohaastattelussa omainen kertoi, että hänen vanhempansa pitää kovasti käsitöistä etenkin villasukkien kutomisesta. Pyysinkin häntä tuomaan osastolle kotoa kutimet ja lankoja. Seuraavan levottomuusjakson alkaessa ohjasin potilasta käsityön tekemiseen. Hän alkoi innokkaasti kutomaan. Kutomisen jälki ei ollut varmaankaan samantaista kuin se aikaisemmin oli ollut, mutta hänellä meni 2 tuntia aikaa, kun hän selvitteli solmuun menneitä villalankoja, pysyen koko tuon ajan huoneessaan omalla paikallaan! Hän joutui keskeyttämään villalankojen selvittelyn ruokailun ajaksi ja tuumasi laittaessaan villalankakasat potilas-pöydälle, että huh huh olipas siinä urakkaa.”

Ammattihenkilö, joka työskentelee muistisairaiden kanssa, tarvitsee työssään erityisosaamista, vahvaa ammatillisuutta ja työhön soveltuvaa oikeaa asennetta. Muistisairaahan hyvän hoidon perustan muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten asenteet. Asenteet ovat perusta, jonka avulla muotoutuu osaaminen muistisairaahan kohtaamisesta ja hoidosta. (Hallikainen, Immonen, Mökäre & Pihlakari 2019, 29.) Muistisairaahan potilaan vuorovaikutuksen erityisyys voi olla aihe, josta hoitohenkilökunnalta voi puuttua osaamista. Ehkä aina ei ajatella sitä asiaa, että muistisairauden edetessä vastuu vuorovaikutuksen onnistumisesta ja ilmapiiristä siirtyy hoitavalle henkilökunnalle. Vuorovaikutustilanne muistisairaahan kanssa ei ole samalainen, jossa kaksi tervettä ihmistä on tasavertaisesti vastuussa sanomisistaan, tekemisistään ja niiden seurauksista. (Mönkäre 2019, 119.) Seuraavassa ote akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomuksesta hoitajan kirjaamana.

”Potilas vaeltaa levottomana etsien ulospääsyä. Hakeutuu toistuvasti toisiin potilashuoneisiin. Hoitajan kielloista huolimatta jatkaa toimintaa. Ei saada rauhoittumaan yrityksistä huolimatta eikä usko, että huoneisiin ei saa mennä. Koettanut mennä väkisin huoneeseen X joten jouduttu useamman hoitajan voimin viemään omaan huoneeseen ja magneettivöihin.”

Tekstistä voidaan päätellä, että hoitajalla on ollut tavoitteena rauhoittaa tilanne niin, että potilaan vaeltelu loppuu. Hän on kuitenkin lähestynyt tilannetta väärällä tavalla. Hänellä ei ole ollut tilanteeseen sopivaan osaamista siitä, kuinka tilanteessa tulee toimia. Dementiaa sairastavien potilaiden ei pidä tuntea, että heille kerrotaan, mitä heidän pitäisi tehdä, vaan heitä pitää pyytää tekemään. Todennäköisesti jatkuva kieltäminen ja rajoittaminen sanallisesti on vain lisännyt esimerkkipotilaan levottomuutta. Liialliset valinnat ja aikarajoitukset voivat olla merkittävä stressitekijöitä dementiaa sairastavilla potilailla. Hellävaraiset muistutukset ovat hyödyllisiä, mutta ne on tehtävä tavalla, joka ei ole painostava. (Hamdy, Lewis, Kinser, Depelteau, Copeland, Kendall-Wilson & Whalen 2017.)

Toisen syklin reflektiossa päädyttiin siihen, että potilaan elämänhistorian hyödyntäminen akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessissa vaatii sen mukaan ottamisen potilaan hoidon suunnitteluun. Joten kolmannen syklin tarkoitus oli kehittää akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa

sisältämä hoitotyönsuunnitelma ja kuvata sen käyttöönottosuunnitelma. Opinnäytetyön projektiryhmä kehitti sähköiseen akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomuksen (HOKE) johon elämäntarinaa kartoittavan tulokeskustelun teemat on integroitu. Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelman käyttöönottosuunnitelma suunniteltiin IOWA mallin avulla. Potilaan toimintakyvyn heikkenemisen taustalla olevien tekijöiden selvittämiseksi ja toimintakyvyn arvioimiseksi otettiin hoitotyönsuunnitelmaan mukaan Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) alaisen Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA) suositukset iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvän toimintakyvyn arvioinnin mittareita.

Hallikaisen, Nukarin ja Mönkäreen (2017, 8) mukaan muistisairaahan hyvä hoito perustuu hoitohenkilökunnan osaamiseen sekä tutkimukselliseen näyttöön. Hyvään hoitoon kuuluu myös tiedon kerääminen muistisairaahan ja hänen läheisensä hyvänä koetun elämän edellytyksistä. Kaiken hoidon perustana tulee olla ajan tasalla oleva muistisairaahan voimavaroista lähtevä hoito- ja kuntoutumissuunnitelma. Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelman avulla voidaan muistisairaahan toimintakykyä ylläpitää osastojakson aikana. Sen avulla voidaan asettaa osastolle tulotilanteessa, usein heikentyneelle toimintakyvylle, tavoitteita ja arvioida hoidon ja kuntoutuksen vaikutusta TOIMIA-verkoston suosituksen mukaisten mittareiden avulla. Elämäntarinan mukaan ottamisella hoitotyön suunnitteluun voidaan osastojakson aikana suunnitella potilaalle mielekkäitä lääkkeettömiä hoitotyön auttamismenetelmiä. Elämäntarinasta voi myös löytyä menetelmiä, joilla osastojakson aikana selvittää haastavista tilanteista. (Immonen 2019, 234.)

Johtopäätösten perusteella voidaan esittää seuraavat jatkotutkimuskysymykset

1. Miten kehittää hoitohenkilöstön vuorovaikutusosaamista akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyössä?
2. Miten käyttöönotettua akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelman vaikutusta voidaan mitata ja arvioida?
3. Minkälaista tukea akuuttigeriatrisen potilaan omainen kokee tarvitsevansa hoitohenkilökunnalta?
4. Mitä lääkkeettömiä auttamismenetelmiä voidaan ottaa käyttöön vuodeosasto-olosuhteissa akuuttigeriatrisen potilaan hoidossa, ja kuinka mitata niiden vaikutusta käyttäytymisen muutoksiin?

5.2 Eettisyys

Tieteen etiikalla tarkoitetaan erilaisten eettisten kysymysten tarkastelua, jotka nousevat esille tutkimuksen suorittamisen aikana. Tarkastelua tulisi olla tutkimuksen suunnittelun, menetelmien valinnan, aineiston kokoamisen, arkistoinnin, luokittelun ja julkaisemisen yhteydessä. Myös tutkimuksen kohteena olevien erityislaatuisuutta tulisi tarkastella. (Kuula 2006, 24; Pietarinen & Lounis 2002, 46.) Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa otettiin huomioon Kainuun sotien ohjeistus siitä, että opinnäytetyö on tutkimusasetelmaltaan sellainen, ettei se vaadi lakisääteisen eettisen toimikunnan lausuntoa. Opinnäytetyössä ei puututa tutkittavan fyysiseen tai psyykkiseen koskemattomuuteen. (Ahonen, Huovinen-Tervo, Karivuo & Ruokolainen 2017.) Opinnäytetyölle on tehty tutkimussuunnitelma Kajaanin ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti, ja sille on haettu lupa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä. Opinnäytetyöstä on tehty myös toimeksiantosopimus.

Tieteenfilosofiassa tiedeyhteisön yhteisymmärryksen tulisi perustua sen toimijoiden hyväksymiin tiedollisiin arvoihin. Opinnäytetyötä varten perustettiin projektityöryhmä. Ryhmän tapaamisissa päätökset perustuivat siihen, että kaikkien osapuolten mielipide tuli kuulluksi ja huomioiduksi. Rolin (2002, 101) mukaan ei voida sanoa, että toimijoiden yhteisymmärrys eli konsensus olisi luotettavaa, ellei kaikkien tiedeyhteisön toimijoiden kritiikkiä ole otettu huomioon ja sitä keskustellen käsitelty.

Tutkimuseettisiä normeja tarkastellessa, keskeisimpänä pidetään ihmisarvojen kunnioittamista (Kuula 2006, 60). Opinnäytetyön aikana keskeinen käsitys muistisairaasta ihmisestä on ollut se, että hän on oman elämänsä asiantuntija eikä hänen osallisuuttaan ole rajattu fyysisten tai kognitiivisten rajoitteiden vuoksi. Lumme -Stand (2005, 148-149) mukaan haastateltaessa vanhoja ihmisiä voidaan fyysisten ja kognitiivisten rajoitteiden vuoksi rajata huonokuntoisimpia haastateltavia pois esimerkiksi huonon kuulon tai muistisairauden vuoksi. Tällä ei ole välttämättä mitään tekemistä tutkimusasetelman ja tutkimuskysymyksen kanssa, vaan halutaan saada haastattelut sujumaan ilman ongelmia. Esimerkkinä hän käyttää tästä tilastokeskuksen tutkimuksia, joista yli 75-vuotiaat on rajattu pois, koska heidän haastattelemisensa on hankalaa ja hidasta.

Haastatteluun osallistuneiden akuuttigeriatristen potilaiden muistisairauden astetta tai kognitiivisia kykyjä ei mitattu ennakkoon. Perusajatus oli, että mahdollistetaan potilaan osallisuus, kuuluksi tuleminen ja se, että hän voi toimia oman menneisyytensä asiantuntijana. Kognitiiviset testit kuten Mini Mental State Examination (MMSE) ja niiden tulokset eivät anna viitteitä siitä, miten muistisairas kykene keskustelemaan omasta elämästään, tarpeistaan ja kokemuksistaan (Hellström, Nolan, Nordenfelt & Lundh 2007, 611). Haapalan (2015, 93) mukaan muistisairaille on annettavaa laadulliselle tutkimukselle. Asenteita, jotka ylläpitävät ajatusta, että muistisairaot olisivat kyvyttömiä osallistumaan tutkimukseen tulisi tarkastella uudelleen. Hänen mukaansa suurimman ongelman tähän asenteeseen luovat käsitykset, joiden mukaan muistisairas ei voi tuottaa relevanttia tietoa, joka olisi luotettavaa.

Potilaan ja omaisen tulohaastattelussa tehtävään haastatteluun osallistuminen elämänhistoriaa käsittelevältä osuudelta oli täysin vapaaehtoista. Tutkittavilla tulee olla täysi oikeus valita osallistumisen ja osallistumattomuuden väliltä (Kuula 2006, 87). Suostumuksen osallistumiseen sai keskeyttää milloin tahansa ilman syytä ilmoittamatta. Alkuperäinen allekirjoitettu suostumuslomake jäi opinnäytetyöntekijän arkistoon, opinnäytetyötiedote ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annettiin tutkimushenkilölle. Kopio suostumuslomakkeesta ja haastattelun kirjauksista ovat säilytettyinä haastateltujen potilaiden potilaspapereissa. Kirjaus haastattelun toteuttamisesta tehtiin potilaiden hoitojakson hoitokertomukseen. Puhelimitse haastatelluille omaisille lähetettiin tiedotteet ja suostumuslomakkeet sähköpostilla. Haastatteluun osallistujalla tulee olla oikeus saada tietoa opinnäytetyön sisällöstä, henkilötietojen käsittelystä ja käytännön toteutuksesta. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019, 8.)

Haastattelut pyrittiin toteuttamaan potilaiden kanssa niin ettei viimeiseksi asiaksi haastattelusta jäänyt mieleen kielteisiä kokemuksia tai asioita. Tällä voidaan ehkäistä se, etteivät kielteiset asiat jää mieleen haastateltavalle haastattelun jälkeen. (Lumme-Stand 2005, 156.) Haastattelulla voi olla muistisairaalle myös terapeuttinen vaikutus, koska sillä voidaan mahdollistaa omien tunteiden ja vaikeiden asioiden käsittelemistä. (Hellström ym. 2007, 616; Haapala 2015, 90.) Yhden haastateltavan kohdalla kysyin useasti haastattelun aikana, haluaako hän keskeyttää haastattelun, sillä hän liikkui syvästi kertoessaan elämänsä ikävistä asioita. Hän ei halunnut keskeyttää. Tuntui, että hän haluaa käydä haastattelun avulla läpi asioita, jotka olivat hänellä käsittelemättä.

Haastattelulla saatuja tuloksia arvioitiin ja analysoitiin yhdessä projektiryhmään kuuluvien kanssa. Projektiryhmän toimijoita sitoo vaitiolovelvollisuus ja tulosten raportointi toteutettiin si-

ten, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Tulohaastatteluvaiheessa paperiselle haastattelulomakkeelle kerättyä tietoa akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriasta säilytettiin osastojakson aikana potilaan henkilökohtaisessa potilaskansiossa. Osastojakson päätyttyä alkuperäinen aineisto siirtyi säilytettäväksi potilasarkistoon muiden potilaspapereiden kanssa. Kopiot haastattelulomakkeista säilytettiin opinnäytetyöntekijän arkistossa opinnäytetyön tekemisen ajan. Arkisto sijaitsi akuuttiyksikössä lukitussa kaapissa. Kopiot hävitetään opinnäytetyön valmistuttua Kainuun sotien salassa pidettävän paperijätteen käsittelyohjeen mukaisesti.

5.3 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla kriteereillä. Muun muassa validiteetti ja reliabiliteetti käsitteet ovat huonoja käsitteitä arvioitaessa toimintatutkimuksen mukaista kehittämisprosessia. Reliabiliteetin arviointi toimintatutkimuksessa on hankalaa, sillä siinä pyritään muutoksen eikä muutosten välttämiseen. Validiteetin avulla arvioiminen on hankalaa sen vuoksi että tulkinnot rakentavat sosiaalista todellisuutta. Tällöin ei ole mahdollista tavoittaa todellisuutta johon väitteitä verrataan. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 147-148.)

Heikkinen ja Syrjälä (2010) ehdottavat viittä periaatetta toimintatutkimuksen arvioimiseksi. Nämä periaatteet ovat *historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus*. Historiallisella jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija pohtii tutkimuskohteensa historiaa. Toiminta ei koskaan ala tyhjästä ja se ei pääty koskaan. Tutkimusprosessi sijoittuu tiettyyn historialliseen, poliittiseen ja ideologiseen yhteyteen. Sen kehittymistä voidaan tarkastella yhteiskunnallisella makrotasolla tai sosiaalisen yhteisön mikrotasolla. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149-150.) Akuuttiyksikössä on hoidettu koko sen olemassaolon ajan geriatria potilaita, joilla on voinut olla osastojakson aikana käytösoireita. Osastolle tulotilanteessa on pääsääntöisesti kartoitettu potilasta ja omaista haastatteleamalla lääkitys, allergiat, tulotilanteeseen vaikuttaneet tekijät, liikkuminen, ruokavalio, tavarat, kotona pärjääminen ja toimintakyky siellä sekä mahdolliset kotona asumista tukevat palvelut. Potilaan elämänhistorian kartoittamista tulotilanteessa ei akuuttiyksikössä ole ollut käytössä, todennäköisesti sen vuoksi, koska kyseessä on ollut lyhytaikainen sairaalahoitojakso.

Reflektiivisyys on toimintatutkimuksen syklin peruskäsite. Aikaisemman toiminnan reflektointi on aina edellytys uuden toiminnan kehittämiseksi (Heikkinen & Syrjälä 2010, 150). Reflektoinnissa

projektiryhmän toimijat keskustelevat, pohtivat ja tutkivat sitä, kuinka käytännössä erilaiset kehittämisympäristöt ovat toteutuneet, ja miten tavoitteet on saavutettu (ks. Anttila 2006, 444). Reflektointia tapahtui projektiryhmän palaverissa sekä ohjausryhmän kokouksissa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Reflektion avulla on voitu ymmärtää tutkittavana ollutta ilmiötä ja pohtia sen todenperäisyyttä. Keskustelun avulla toteutetussa reflektoinnissa on voitu yhdessä muodostaa seuraavan syklin tarkoitus.

Anttila (2006, 446) mukaan toimintatutkimuksen validiteetti perustuu siihen, että havainnot ja kokemukset voidaan heijastaa muiden vastaavia kokemuksia omaavien henkilöiden tai ympäristön mielipiteistä. Hänen mukaansa kokemuseräisen tiedon validointi koskee aina ryhmää, joka toimii yhdessä, sillä validia toimintatutkimusta ei voi tehdä yksin. *Dialektisuus* näkyy totuuden rakentumisena väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena niin, että lopputuloksena syntyy eri näkökulmien perusteella synteesi (Heikkinen & Syrjälä 2010, 154). Opinnäytetyön dialektisuutta lisää se, että projektiryhmässä toimijat ovat erikoistuneet eri hoitotyön sisältöihin, jotka liittyvät akuuttigeriatrisen potilaan hoitoon. He tuovat omat osaamisensa ja havaintonsa tutkimusprosessiin myös ryhmätyöskentelyjen aikana. Myös tutkitun tiedon tuominen mukaan hoitotyöstä nousevien havaintojen yhteyteen on lisännyt erilaisten näkökulmien vuoropuhelua. Vuoropuhelua on käyty ohjausryhmän, projektiryhmän sekä työyhteisön kokoontumisissa.

Toimivuuden periaate toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioimisena tarkoittaa sitä, että arvioidaan toimintatutkimuksella aikaansaatuja käytännön vaikutuksia (Heikkinen & Syrjälä 2010, 156). Konkreettisenä käytännön vaikutuksena on projektiryhmän kanssa kehitetty akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittavan tulokeskustelun teemat -lomake, joka on työyksikön sisäisellä Y-verkkoasemalla tallennettuna. Akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönsuunnitelma toteutettiin suunnittelemalla akuuttigeriatrisen potilaan hoitokertomus (HOKE)-mallipohja, johon elämänhistoriaa kartoittavan tulokeskustelun teemat on integroitu. Henkilökunta koulutetaan elämänhistorian sisältävän tulohaastattelun tekemiseen. Henkilökunnan sitoutuminen potilaan elämänhistoriaa sisältävän tulohaastattelun tekemiseen sekä sen kirjaamisen hoitotyönsuunnitelmaan on asia.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös *havahduttavuuden* kriteerin avulla. Tutkimuksen tulisi havahduttaa lukijaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Lukija pystyy eläytymään kertomukseen, jos se tuo hänelle mieleen jotain aikaisemmin itse kokeemaansa. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 159-160.) Opinnäytetyö on pyritty kirjoittamaan hyvän tieteellisen kirjoittamisen periaatteiden mukaisesti. Kirjoittamisprosessin tuottaman tekstin havahduttavuutta lukijassa on vaikeaa arvioida. Kirjoittamisprosessiin on tuotu mukaan narratiivista

tekstiä auttamaan lukijaa eläytymään aiheeseen, jotta lukija pysyisi ymmärtämään tekstin avulla toimintatutkimuksen avulla aikaansaatuja muutoksia. Tämän vuoksi on pyritty kuvailemaan tilanteita, joita hoitotyöntekijät kohtaavat hoitotyön arjessa.

Onnistuneen toimintatutkimuksen jälkeen asiat ovat eri tavalla, kuin ennen toimintatutkimuksen tekemistä. Muutos voi näkyä ajattelutavoissa ja sosiaalisen toiminnan käytänteissä. (Heikkinen, Rovio ja Kiilakosken 2010, 86.) Kehittämistyön tuloksia voidaan arvioida, kun koko henkilökunta on koulutettu akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien käyttämiseen, potilaan elämänhistorian sisältävään tulohaastatteluun, hoitokertomuksen ja TOIMIA-verkoston suosituksen mittareiden käyttöön. Tällä hetkellä akuuttigeriatristen potilaiden hoito on keskitetty akuuttiyksikössä b-moduuliin, jossa myös opinnäytetyön projektiryhmän työntekijät toimivat. Haastetta on tällä hetkellä työntekijöiden nopean vaihtuvuuden vuoksi. Osalla työntekijöistä ei ole kokemusta akuuttigeriatrisista potilaista, joilla on levottomuutta ja käytöshäiriöitä. Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyönprosessia sekä edistää työntekijöiden osaamista lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien käyttämisessä. Tulosten hyödyntäminen tulee esille akuuttiyksikön hoitotyön arjessa, fyysisen ja lääkkeellisen rajoittamisen vähenemisenä sekavan akuuttigeriatrisen potilaan hoidossa.

5.4 Valmentavan johtaminen akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön kehittämisen tukena

Sosiaali- ja terveysalan YAMK:n asiantuntijakoulutuksen kompetensseihin kuuluu sosiaali- ja terveysalan johtajuusosaaminen. Osaamisen tavoitteena on muun muassa johtaa moniammatillisia työyhteisöjä moniäänisesti kehittämällä toimijoiden osaamista eettisesti ja vastuullisesti jaetun asiantuntijuuden mukaisesti. Oma johtajuusosaamisen asiantuntijuuttani kehitän tämän opinnäytetyön projektiryhmän työskentelyssä valmentavan johtajuuden näkökulman avulla. Sen avulla voin kehittää osaamistani ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa, joka valmentavassa johtajuudessa korostuu ongelmakeskeisten lähestymistavan vastakohtana (Määttänen 2015, 70).

Valmentavasta johtajuudesta voidaan käyttää myös kirjallisuudessa määritteitä managerial coaching, coaching tai coaching leadership. Valmentavan johtajuuden päämääränä on tukea työntekijöitä yksilöinä ja ryhmänä niin, että he selviytyvät tehtävistään ja toimivat itseohjautuvasti työssään samalla itseään kehittäen. (Ristikangas 2008, 5.) Kujasen (2016), 78 tutkimuksen mukaan investoimalla valmentavaan johtajuuteen voidaan tukea asiantuntijoita heidän itsensä johtamisessa ja tällä voidaan saavuttaa työhyvinvointia vahvistava vaikutus. Muistisairaiden

kanssa työskennellessä on tärkeää pitää huolta työyhteisön hyvinvoinnista, koska muistisairaat aistivat herkästi työyhteisön ilmapiirin ja voivat käytöksellään reagoida ilmapiirin muutoksiin (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihalakari 2019, 30).

Viitalan ja Jylhän (2019, 266) mukaan valmentavan johtamistyylin on todettu edistävän organisaatioon työntekijöiden sitoutumista, työtyytyväisyyttä, edistävän oppimista sekä tehostavan tiimityöskentelyn tehokkuutta. Työyhteisö, jossa tuetaan omaa ja toisen ammatillista kehittymistä sekä jaksamista on ilmapiiriltään muistisairaana näkökulmasta rauhallinen. Tällainen työyhteisö luo muistisairaalle potilaalle myös turvallisuuden tunnetta (Hallikainen ym. 2019, 30).

Kun lähijohtajan toiminnan yhteydessä puhutaan valmentajuudesta, se voidaan kuvata työntekijöiden voimaantumista edistävänä roolina, jossa työntekijän rohkaiseminen ja motivoiminen opimaan ja kyseenalaistamaan omia ajatusmallejaan korostuu (Viitala 2003, 310). Antosalon (2019, 7) tutkimuksessa valmentavalla esimiestyöllä havaittiin olevan myönteinen ja tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys työntekijän kokonaisinnovatiivisuuteen. Tämä voidaan havaita uusien ideoiden syntymisenä tai vanhojen toimintatapojen kehittämisenä uudella tavalla (Viitala & Jylhä 2019, 115). Rohkaiseminen on näkynyt valmentavan johtajuuden roolissa opinnäytetyön prosessin aikana siinä, opinnäytetyön projektiryhmän innovatiivisuus on lisääntynyt opinnäytetyön prosessin aikana. Kaikkien mielipiteet ja ideat on otettu tarkasteltaviksi ja annettu mahdollisuudet toteuttaa ja kokeilla, jos se on ollut osaston olosuhteissa mahdollista. Jokainen idea tai ajatus on huomioitu ja mietitty yhdessä projektiryhmäläisten kanssa, kuinka toteuttamiskelpoinen idea voisi olla. Työntekijöiden keskuudessa on tapahtunut muutosta akuuttigeriatrisen potilaan hoidossa ilmenevissä ajatusmalleissa.

Valmentava johtajuus (coaching) voidaan kuvata prosessina, jossa valmentaja auttaa valmennettavaa ottamaan käyttöönsä voimavarojaan niin, että hän voi saavuttaa asettamansa tavoitteet, johon on pyrkimässä (Ristikangas 2008, 5). Valmentava johtajuus perustuu kysymysten avulla ohjaamiseen niin, että valmennettava pystyy selkiyttämään käsityksiään ja toimimaan innovatiivisesti. Valmiita vastauksia ei anneta vaan rohkaistaan löytämään omia ratkaisuja. Tällöin voidaan puhua voimaannuttamisesta, jolloin vahvistetaan valmennettavan kykyä ja halua johtaa itseään. (Viitala & Jylhä 2019, 266.)

Opinnäytetyön prosessin aikana työyhteisön johtaminen perustui siihen, ettei valmiita ratkaisuja tuotu esille, vaan osallistettiin projektiryhmäläisiä ja työntekijöitä tuomaan sille omia ratkaisuja. Projektiryhmäläisten innovatiivisuus lisääntyi prosessin aikana. Heidän ideoimina akuuttiyksik-

köön toteutettiin muun muassa yhdestä potilashuoneesta oleskeluhuone, joka nimettiin kammariksi. Huoneen sisustus oli projektityöryhmäläisten toteuttamaa, seinille tulostettiin värillisiä luontokuvia ja sisustustekstiilejä pyydettiin lahjoituksina. Huone on hyvin suosittu ruokailu- ja oleskelupaikka sen rauhallisen ilmapirin ja tunnelman vuoksi. Huone ei muistuta potilashuonetta. Projektiryhmäläisten toimesta toteutettiin myös muita kehittämiskohteita, jotka eivät liittyneet suoraan opinnäytetyöprosessiin.

Projektiryhmän toimijat ovat eri hoitotyön osaamisalueiden asiantuntijoita, joiden sitoutumisella ja osaamisella on ollut tärkeä merkitys opinnäytetyöprosessissa. Valmentavan johtajuuden tavoitteena on myös auttaa ryhmää kehittymään joukkueeksi, johon kuuluvat työntekijät tukevat toinen toisiaan oppien yhdessä niin, että heillä on tavoitteena selvittää tehtävistä mahdollisimman hyvin. (Viitala & Jylhä 2019, 265.) Opinnäytetyön projektiryhmän toimijoiden oman asiantuntijuuden kehittymistä on vahvistettu projektiryhmän tapaamisissa keskustelemalla kehittämisen päämääristä ja tukemalla jokaisen erikoisosaamisen käyttämistä opinnäytetyö prosessin aikana.

Sosiaali- ja terveysalan ylemmän amk-tutkinnon tavoitteena on kouluttaa asiantuntijoita, joiden kehittyminen perustuu monitieteiseen, uudistuvaan ja rajapinnat ylittävään tietoperustaan. Koulutuksen yhtenä osaamistavoitteena on sosiaali- ja terveysalan asiantuntijaosaaminen. (Sosiaali- ja terveysalan koulutus 2018.) Opiskeluiden alkaessa asetin sosiaali- ja terveysalan asiantuntijuuden tavoitteeksi sen että, osaa toimia erilaisissa työympäristöissä itsenäisenä asiantuntijana perustuen päätökset näyttöön ja hyödyntäen hoitotieteen tietoperustan lisäksi monitieteistä tietoa. Näyttöön perustuvan tiedon tuominen päätöksen tekoon on kehittynyt opiskeluiden aikana, myös monitieteisen käyttämisessä päätöksen teon tukena olen saanut kokemusta opinnäytetyö prosessin aikana. Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut omaan alaan liittyvän näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämistä.

Sosiaali- ja terveysalana tutkimus- ja kehittämisosaamisen tavoitteeksi asetin opiskeluiden alkaessa sen että, osaan hyödyntää tutkimus- ja kehittämistyön menetelmiä uudistaen käytännön toimintaan näyttöön perustuen (Sosiaali- ja terveysalan koulutus 2018). Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt asiantuntijuuttani tutkimusosaamisessa. Toimintatutkimus on hyvin monivaiheinen prosessi ja sen avulla ymmärrys tutkimusprosessin erivaiheista selkeni minulle. Myös kriittisen ajattelun kehittyminen tuli esille opinnäytetyön tekemisen aikana. Kriittinen ajattelu omasta toiminnasta tutkijana syveni opiskelujen edetessä.

5.5 Lähteet

Ahonen, E., Huovinen-Tervo, M., Karivuo, H. & Ruokolainen, M-L. 2017. Ohjeita sosiaali- ja terveydenhuollon opinnäyte-/tutkimustyön tekemiseen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. Hallinnollinen ohje. Viitattu 20.9.2020 https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-03/Ohjeita_soten_opinnayte_tai_tutkimustyon_tekemiseen.pdf

Andersson, S., Husso, R., Nikumaa, H., Vuori, U., Okkonen, E. & Pohjanvuori, A. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö: Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Helsinki: Muistiliitto.

Antosalo, A. 2019. Valmentavan esimiehisyyden yhteys työntekijän innovatiivisuuteen. Pro-gradu tutkielma. Henkilöstöjohtamisen koulutusohjelma. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi.

Akuuttigeriatrisen työryhmän muistio 1. 2018. Palaveri muistio 15.3.2018. Opinnäyteyöntekijän hallussa.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke: Tutkimusraportti 3. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa: käytösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Haapala, N. 2015. Muistisairaahan osallisuus laadullisessa tutkimuksessa: Teoreettinen tutkimus laadullisten tiedonkeruumenetelmien soveltuvuudesta muistisairaalle. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro-gradu tutkielma. Lapin yliopisto.

Hallikainen, M, Immonen, A., Mönkäre, R & Pihlakari, P. 2019. Ammattihenkilöstön osaaminen ja asenteet: merkitys ja kehittäminen. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre, P. Pihlakari & Erkinjuntti (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki: Duodecim. 28-30.

Hallikainen, M., Nukari, T, & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaahan hyvänhoidon lähtökohdat. Teoksessa. M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 8-9.

Hamdy, R. C., Lewis, J. V., Kinser, A., Depelteau, A., Copeland, R., Kendall-Wilson, T., & Whalen, K. (2017). Too many choices confuse patients with dementia. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 3. Viitattu 20.4.2019 Saatavilla DOI: [10.1177/2333721417720585](https://doi.org/10.1177/2333721417720585)

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2010. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä. (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. 3. Korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 144-162.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2010. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä. (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. 3. Korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 78-93.

Hellström, I., Nolan, M., Nordenfelt, L. & Lundh, U. 2007. Ethical and Methodological Issues in Interviewing Persons with Dementia. *Nurs Ethics* 14 (5), 608-619.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3. Helsinki.

Immonen, A. 2019. Muistisairaahan hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre, P. Pihlakari & Erkinjuntti (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki: Duodecim. 232-234.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kujanen, T. 2016. Valmentava johtajuus asiantuntijoiden itsensä johtamisessa. Pro-gradu tutkielma. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Lappeenranta. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201702011403>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Vastapaino.

Lumme-Stand, K. 2005. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa J. Ruusuvoori & L. Tiittula (toim.) Haastattelu Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino: Tampere. 149-169.

Määttänen, E. 2015. Coachaava kulttuuri - käsikirja valmentavaan kulttuuriin. Helsinki: Books On Demand.

Mönkäre, R. 2019. Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre, P. Pihlakari & Erkinjuntti (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki: Duodecim. 119-121.

- Pietarinen, J. & Launis, V. 2002. Etiikan luonne ja alueet. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tammer-Paino: Tampere. 42-57.
- Pratt, R. 2001. Nobody's ever asked how I felt. Teoksessa. H. Wilkinson. (toim.) Perspective of People with Dementia: Research Methods and Motivations. Jessica Kingsley Publishers: London 165-182.
- Ristikangas, M-R. 2008. Työnohjaus ja coaching – samaa ohjausperhettä. Viitattu 5.9.2019 https://www.bomentis.fi/wp-content/uploads/2012/01/Coaching_ja_tyonohjaus_2008_01.pdf
- Rolin, K. 2002. Tieteen etiikka metodologian näkökulmasta. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tammer-Paino: Tampere. 92-104.
- Sosiaali- ja terveysalan koulutus. 2018. Opetussuunnitelma. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.12.2020 <http://opinto-opas.kamk.fi/index.php/fi/68148/fi/68794/SYA18S/year/2018>
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, R. Axelin & R. Suhonen, R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja A:73. Turku: Juvenes Print, 7-22.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 234-254.
- Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.
- Viitala, R. & Jylhä, E. 2019. Johtaminen keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. Liitteet

Liitteet

Liite 1: TAULUKKO 3. Kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeet

Liite 2: TAULUKKO 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset sekä näiden menetelmällisen laadun asteen ja näytön arviointi

Liite 3: Haastattelukysymykset

Liite 4: Suostumus tietojen käyttämiseen ja haastatteluun osallistumiseen

Liite 5: Tiedote osallistumisesta opinnäyteyöhön sisältyvään haastatteluun

Liite 6: Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittavan tulokeskustelun teemat

Liite 7: Akuuttigeriatriapotilaan HOKE

Liite 8: TOIMIA-verkoston suositus toimintamallista iäkkään potilaan arvioinnista sairaalaosastolla

TAULUKKO 3. Kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeet								
Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset yhteensä	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmien perusteella	Koko tekstin perusteella valitut	Laadun arvioinnin jälkeen valitut	Yhteensä
Medic	dementia, käyttöoire	2010-2019 englantia, suomi, pro-gradu, väitöskirja	7	2	1	1	1	13
Medic	dementia, haasteellinen käyttäytyminen	2010-2019 englantia, suomi, pro-gradu, väitöskirja	30	4	1	1	1	37
Finna	dementia, käyttöoire, hoitotyö, haastava käyttäytyminen vanhus, dementia,terapia	2010-2019, väitöskirja, YAMK työ, verkossa saatavilla	11	6	6	2	1	26
Finna	dementia lääkkeetön hoito	2010-2019, väitöskirja, pro-gradu YAMK työ, verkossa saatavilla	4	1	1	1	1	9
Pubmed	geriatric nursing AND non-pharmalogical treatment	publication date 10 years, english, full text	30	9	2	0	0	41
Pubmed Central	dementia AND behavioral symprons AND interaction NOT stroke	publication date 5 years, open access, fulltext	428	37	4	2	1	472
Pubmed Central	geriatric nursing AND behavioral symptoms AND intervention NOT falls NOT stroke NOT mice	publication date 5 years, open access, fulltext	491	25	4	4	4	528
Cihahl	geriatric nursing, non-pharmalogical treatment, dementia, challengin behavior	haku ajalla 200-2019, english, fulltext	48	12	3	1	1	65
Yhteensä			1049	96	22	12	10	1191

TAULUKKO 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset sekä niiden menetelmällisen laadun asteen ja näytön arviointi.

1. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, Näytön aste A-D, JBI	(P) Kohderyhmä	(I) Interventio tai tarkoitus	(C) Vertailu	(O) Loppumuut- tajat	Tulokset
Schaub, C., Gunten, A., Morin, D., Wild, P., Gomez, P. & Popp, J. 2018. The Effects of hand Massage on Stress and Agitation Among People with Dementia in a Hospital Setting: a pilot Study.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Tarkoitus oli testata seitsemän käsihieronnan vaikutusta kolmen viikon aikana. Mittareina käytettiin levottomuuden mittaamiseen CMAI levottomuusasteikkoa sekä stressin biomarkkereiden mittaamisen sylkinäytteestä otettavaa syljen kortisolin (sC) ja alfa-amylaasin (sAA) tasoja	Vahvuus:1 c Aste: B JBI: 9/13 pistettä. JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaisesti tutkittuun kontrollidulle tutkimukselle	Tutkimukseen osallistui 40 sairaalahoitossa olevia yli 65-vuotiaita (n= 40), joilla oli dementia ja siihen liittyvää levottomuutta. (interventioryhmä n= 20 ja verrokkiryhmä n=20)	Tutkia käsihieronnan vaikutusta levottomuuteen ja stressin biologisiin markkereihin sairaalahoitossa olevilla dementoitu-neilla vanhuksilla (n=20)	Vertailuryhmä (n=20) sai tavanomaista päivittäistä hoitoa.	levottomuus, stressin biomarkkerit	Käsihieronnalla voi olla hyödyllisiä vaikutuksia stressiin ja levottomuuteen dementiaa sairastavilla sairaalahoitossa olevilla potilailla
2. Tekijä & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D, JBI	(P) Kohderyhmä	(I) Interventio	(C) Vertailu kon- teksti	(O) Loppumuut- tajat	Tulokset
Cohen- Mansfield, J., Marcia S. Marx, Maha Dakheel- Ali, Khin Thein: The use and utility of nonpharmacological intervention for behavioral symptoms in dementia: an exploratory study	Kyseessä oli eksploratiivinen tutkimus Change Assessment Rating (CAR)	Vahvuus:3 c Aste: C JBI: 9/13 pistettä JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaisesti tutkittuun kontrollidulle tutkimukselle	Hoitokodin asukaita (n= 89) kuudesta eri hoitokodista. Osallistujien keski-ikä oli 85,9. Diagnostoi dementiaa ja käytösoireiden ilmeneminen	Vertailla erilaisia lääkkeettömiä interventiota, niiden käytön yleisyyttä ja koettua tehokkuutta vanhuksilla, joilla oli käytösoireita dementoitu-neilla	Kontrolliryhmällä ei interventiota		Tehokkaita interventiota olivat kahdenkeskeinen vuorovaikutus, simuloitujen sosiaalisten toimenpiteiden vaikutus oli interventiolla, joihin sisältyi kävelyä, ulosmenemistä, kukkien asetelu, ruoka ja juoma, kutominen, käsihieronta, musiikki, kahdenkeskeinen vuorovaikutus, ryhmäaktiiviteetit ja kirjaesittely. Vähiten mutta silti myönteisesti käytösongelmiin vaikuttivat palapelit, muovikirjat ja tavaroiden lajittelu.

3. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D, JBI	(P) Kohderyhmä	(I) Interventio	(C) Konteksti		Tulokset
Jauho, P. 2010. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyön auttamismenetelmät laitoshoidossa. Pro Gradu	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (n=29)	Vahvuus:3b Aste: B JBI: 8/11 pistettä. JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle	Haasteellisesti käyttäytyvä dementoitunut laitoshoidossa oleva vanhus	Kuvata haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen hoitotyön auttamismenetelmiä laitoshoidossa	Laitosympäristö		Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen vanhuksen auttamismenetelmät laitoshoidossa perustuvat yksilöllisyyteen ja henkilökohtaisiin tarpeisiin, fyysisen aktiiviteetin mahdollistamiseen, aistitoimintojen kautta vaikuttamiseen ja fyysisen ympäristön muokkaamiseen
4. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D, JBI	(P) Kohderyhmä	(I) Interventio	(C) Vertailu-Konteksti	(O) Loppumuutokset	Tulokset
Hynninen, N. Ikääntyvän muistisairas kirurgisella vuodeosastolla. 2016. Väitöskirja	I vaiheen lähentymistapa kvalitatiivinen analysointitapa induktiivinen sisällön analyysi. II vaiheen lähestymistapa kvantitatiivinen menetelmänä kyselylomake, jonka tulokset analysoitiin käyttäen kuvailevan tilastotieteen menetelmiä.	Vahvuus:4d Aste:D JBI: 8/10 pistettä. JBI: Arviointi kriteerit laadulliselle tutkimukselle	Aineisto kerättiin kirurgisilla vuodeosastoilla olevilta muistisairailta potilailta (n=7), omaisilta (n=5), hoitohenkilökunnalta (n=19) ja lääkäreiltä (n=9)	Kuvata ja selittää ikääntyvän muistisairaahan potilaan hoitotyötä omaisten, henkilökunnan ja lääkäreiden näkökulmasta			Ikääntyvän muistisairaahan potilaan hoitotyössä korostui fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaalisen avuntarpeeseen vastaaminen, jotka vaativat keskimääräistä enemmän henkilöstö- ja aikaresursseja. Muistisairaahan potilaan hoitotyön tueksi tarvittaisiin näyttöön perustuvia suosituksia
5. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D JBI	(P) Kohderyhmä	(I) Interventio	(C) Vertailu-Konteksti	(O) Loppumuutokset	Tulokset
Eggert, J., Dye, C., Vincent, E., Parker, V., Daily, S., Pham, H., Watson, A., Summey, H. & Roy, T. 2015. Effects of viewing nature image and hearing preferred music on engagement, agitation and mental status in persons with dementia.	Kuvaileva eksploratiivinen tutkimus. Levottomuutta mitattiin ennen ja jälkeen intervention CMAI levottomuusasteikolla.	Vahvuus:2d Aste:C JBI: 7/9 pistettä. Arviointikriteerit kvantitatiiviselle tutkimukselle	Memory Care unitissa asuvat (=24) dementoitunutta vanhusta, joiden MMSE oli alle 10 pistettä.	Tutkijat mittasivat musiikille ja luontokuville altistumisen vaikutuksia hoitomyönteisyyteen		hoitomyönteisyys	Luontokuvien käyttö ja musiikki saattavat parantaa Alzheimerin tautia sairastavien ja muiden dementiapotilaiden hoitoon sitoutumista ja vähentää häiriökäyttäytymistä

6. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D JBI	(P) Kohde-ryhmä	(I) Interventio	(C) Vertailu	(O) Loppumuut-tujat	Tulokset
Hsu, M., Flowerdew, R., Parker, M., Fachner, J. & Odell-Miller, H. 2015. Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study.	Klusteroitu satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Arvioinnissa käytettiin Dementia care mapping (DMC) ja The neuropsychiatric nursing homes (NPI-NH) työkalua	Vahvuus:1c Aste:B JBI: 7/13 pistettä. JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaisesti tutkittuun kontrolloidulle tutkimukselle	17 hoitokodin asukasta ja 10 hoitohenkilökuntaa satunnaistettiin musiikkiterapian ryhmään tai tavalliseen hoito-ohjausryhmään.	Musiikkiterapia	Ei musiikkiterapiaa kontrolliryhmä	Neuropsykiatriset oireet	Potilaiden dementian oireet musiikkiterapiaryhmässä vähenivät.
7. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D JBI	(P) Kohde-ryhmä	(I) Interventio	(C) Vertailu	(O) Loppumuut-tujat	Tulokset
Fleiner, T., Dauth, H., Gersie, M., Zijbren, W. & Haussermann, P. 2017. Structured physical exercise improves neuropsychiatric symptoms in acute dementia care: a hospital based RCT.	Satunnainen kontrolloitu tutkimus. ADCS-ADL-haastattelu, neuropsykiatrisen arviointi ja CMAI-levottomuus-asteikko. Aineisto analysoitiin SPSS avulla	Vahvuus:1c. Aste:B JBI: 7/13 pistettä. JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaisesti tutkittuun kontrolloidulle tutkimukselle	Lyhytaikaisessa vanhusten hoitoon erikoistuneessa sairaalahoitossa oleva dementia diagnosoitu potilas	Tarkoituksena selvittää lyhytaikaisen harjoitusohjelman vaikutuksia dementoituneen neuropsykiatrisiin oireisiin.	Kontrolliryhmä (n = 35) ei interventiota	Neuropsykiatriset oireet	Verrattuna kontrolliryhmään interventioryhmällä (n=35) pystyttiin osoittamaan että, fyysinen harjoitusohjelma vähentää merkittävästi dementoituneiden neuropsykiatrisia oireita
8. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D JBI	(P) Kohde-ryhmä	(I) Interventio	(C) Konteksti		Tulokset
Martini de Oliveira, A., Radanovic, M., Homem de Mello, P., Buchain, P., Vizotto, A., Celestino, D., Stella, F., Piersol, C. & Forlenza, O. 2015. Nonpharmacological intervention to reduce Behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. (n=20)	Vahvuus:1b Aste:B JBI: 6/11 pistettä. JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle	Dementoituneet vanhuksot, joilla käytösoireita	Kuvata ei-lääkkeitä sisältäviä hoitokeinoja dementoituneen käytöshäiriöiden psykososiaalisten oireiden hoidossa			Fyysisien aktiviteeteilla myönteinen vaikutus käytöshäiriöiden hoidossa. Suurin vaikutus aktiviteeteilla, jotka oli räätälöity dementoituneen mielenkiinnon mukaan. Musiikkiterapialla saatiin myönteisiä tuloksia. Terapeuttinen kosketus voi vähentää dementian käytösoireita. Kirkasvaloterapia (BLT) on todettu hyväksi tarkoituksenmukaiseksi välineeksi päivärytmin edistämiseksi, jolla voi

							olla hyötyä hoidettaessa unirytmien häiriöitä, auringonlaskusyndrooman ja iltapäivään tai iltaan kohdistuvaa levottomuutta.
9. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D JBI	(P) Kohde-ryhmä	(I) Interventio	(C) Vertailu-Konteksti	(O) Loppumuutokset	Tulokset
Hamdy, R., Lewis, J., Kinser, A., Depelteau, A., Copeland, Kendall-Wilson, R. & K. Whalen, K. 2017. Too Many Choices Confuse Patients With Dementia; Gerontology & Geriatric madice-lehti	Tapaustutkimus raportti	Vahvuus:4d Aste:D. JBI: 5/6 pistettä. JBI: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille	Analysoidaan Alzheimerin tautia sairastavan dementoituneen ja omaisen välistä vuorovaikutusta, poikkeavaan käyttäytymiseen johtavia syitä	Vuorovaikutus			Dementiaa sairastavien potilaiden ei pitä tuntea, että heille kerrotaan, mitä heidän pitäisi tehdä, vaan heitä pitää pyytää. Valinnat voisivat olla merkittäviä stressitekijöitä dementiaa sairastaville potilaille. Aikarajoitus on merkittävä stressitekijä, kun hoidetaan dementiaa sairastavia potilaita. ”Hellävaraiset” muistutukset ovat hyödyllisiä, mutta ne on tehtävä tavalla, joka ei ole painostava
10. Tekijät & nimi	Tutkimusasetelma Käytetyt mittarit	Näytön vahvuus 1-5, aste A-D JBI	(P) Kohde-ryhmä	(I) Interventio	(C) Vertailu-Konteksti	(O) Loppumuutokset	Tulokset
Bulsara, C., Seman, K & Steuxne, S. 2016. Using sound therapy to ease agitation amongst persons with dementia: a pilot study. Australian Nursing & Midwifery Journal.	Kvasikokeellinen tutkimus. CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) levottomuusasteikko	Vahvuus:2d Aste:B JBI: 6/9 pistettä JBI kriteerit kvasikokeelliselle tutkimukselle	Yhden kuukauden interventioon osallistui 16 dementoitunutta asukasta kahdesta eri hoitokodista	Tutkia tiibetiläisten soivien kulhojen (Tibetan Singing Bowls TSBT) vaikutusta dementoituneen levottomaan käytökseen		levottomuus	TSB vaikutus oli suurin ei-fyysisessä aggressiivisessa käyttäytymisessä. Levottomuus väheni 50 % tutkittavien asukkaiden keskuudessa intervention aikana.

Toimintatutkimuksen toisen syklin tarkoitus on kartoittaa, miten akuuttigeriatrisen potilaan hoitoprosessia voidaan kehittää hänen elämänsä avulla.

Tutkimuskysymyksenä on, mitkä asiat akuuttigeriatrisen potilaan elämänsä ovat merkityksellisiä?

Haastattelukysymykset haastattelijalle:

LAPSUUS

Mitkä asiat olivat teille merkittäviä lapsuudessanne?

Miksi ne olivat merkittäviä?

Mitä merkittäviä elämänsä käänteitä koititte lapsuudessanne?

NUORUUS

Mitkä asiat olivat teille merkittäviä nuoruudessanne?

Miksi ne olivat merkittäviä?

Mitä merkittäviä elämänsä käänteitä koititte nuoruudessanne?

AIKUISUUS

Mitkä asiat olivat teille merkittäviä aikuisuudessa?

Miksi ne olivat merkittäviä?

Mitä merkittäviä elämänsä käänteitä koitit aikuisena?

VANHUUS/eläkeikä

Mitkä asiat olivat teille merkittäviä eläkeikäsi?

Miksi ne olivat merkittäviä?

Mitä merkittäviä elämänsä käänteitä koitit ollessasi eläkkeellä?

SUOSTUMUS OSALLISTUA OPINNÄYTETYÖHÖN SISÄLTYVÄÄN HAASTATTELUUN

Minua on pyydetty haastateltavaksi opinnäytetyöhön, jonka aiheena on akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien kehittäminen.

Olen perehtynyt minulle annettuun tiedotteeseen ja saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja siihen sisältyvän haastattelun yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Opinnäytetyön sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin opinnäytetyön haastattelun osallistumisesta ja tietojen keräämistä koskeviin kysymyksiini. Selvitykset antoivat _____
___/___/20___. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani haastatteluun.

Kaikki opinnäytetyön aikana kerätty tieto tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja voin kieltäytyä ja keskeyttää osallistumiseni syytä siihen ilmoittamatta ja kieltäytyminen osallistumisesta ei vaikuta minun hoitooni millään tavalla.

Allekirjoituksella vahvistan osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön ja suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi

Allekirjoitus Päiväys

Nimen selvennys Syntymäaika

Osoite

Suostumus vastaanotettu

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus Päiväys

Nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu opinnäytetyön osallistujan suostumus jää opinnäytetyöntekijän arkistoon. Opinnäytetyötiedot ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan haastateltavalle henkilölle

TIEDOTE osallistumisesta opinnäytetyöhön sisältyvään haastatteluun

Opinnäytetyön aiheena on akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien kehittäminen

Teitä pyydetään mukaan opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kehittää akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön prosessia niin, että voimme ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet ja kiinnostuksen kohteet hoidossa. Haastattelusta saatujen tulosten perusteella kehitetään akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittava lomake, joka on tarkoitus ottaa akuuttigeriatrisen potilaan hoitotyön prosessin suunnittelussa huomioon. Lomake testataan syksyn 2020 aikana Kajaanin terveyskeskussairaala akuuttiyksikössä.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Tähän haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta, keskeyttää osallistumisenne tai peruuttaa suostumuksenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa opinnäytetyön aikana ilman, että se vaikuttaa oikeuteenne/omaisenne oikeuteen saada tarvitsemaanne hoitoa. Teidän ei tarvitse osallistua tähän opinnäytetyön saadaksenne hoitoa. Lukekaa rauhassa tämä tiedote. Jos Teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä opinnäytetyöntekijään tai muuhun osaston henkilökuntaan. Jos päätätte osallistua haastatteluun, Teitä pyydetään allekirjoittamaan tämän viestin lopussa oleva suostumus.

Opinnäytetyön toteuttaja

Tämän opinnäytetyön toteuttaa Marjo Väisänen, joka opiskelee tällä hetkellä Kajaanin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitaja ylempi (AMK) tutkintoa.

Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää akuuttigeriatrisen potilaan lääkkeettömien hoitotyön auttamismenetelmien käyttöönottoa. Kehittämistyö alkaa potilaan elämänhistorian kannalta merkityksellisten asioiden selvittämisellä. Osastohoidon alkuvaiheessa kysytään elämänhistoriaan liittyviä asioita, joiden avulla voidaan suunnitella Teidän/omaisenne hoitotyötä niin, että siinä korostuvat yksilöllisyys ja potilaan tärkeät kiinnostuksen kohteet. Yksilöllisesti suunnitelluilla hoitotyön auttamismenetelmillä on eri tutkimuksissa todettu olevan merkitystä esimerkiksi dementoituneen potilaan käytöshäiriöiden vähenemisessä.

Tietojen kerääminen tapahtuu haastattelemalla Teitä osastohoidon alkuvaiheessa. Tietoja kirjataan valmiille lomakkeelle yhdessä haastattelijana toimivan hoitohenkilökunnan kanssa. Lomakkeelle kerätyt tiedot säilytetään Teidän/omaisenne potilaspapereissa. Opinnäytetyöntekijälle otettava kopio täytetystä lomakkeesta tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyö on luettavissa Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastossa ja thesus.fi verkkopalvelussa sen valmistuttua. Opinnäytetyölle on haettu lupa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä. Suunniteltu valmistuminen on joulukuussa 2020.

Yhteystiedot

Marjo Väisänen

Karhentie 20

88470 Kontiomäki



Päivitetty

Akuuttigeriatrisen potilaan elämänhistoriaa kartoittavan tulokeskustelun teemat

Ihmissuhteet

- Lapsuudenkoti, omat vanhemmat ja sisarukset
- Oma perhe, merkittävät ihmissuhteet
- Lapsuus ja nuoruus

Tekeminen

- Koulunkäynti ja opiskelu
- Työhistoria (armeija)
- Tärkeät asiat, joista tykkää

Elämän kriisit & turvallisuus

- Läheisten kuolemat
- Suhtautuminen tulevaisuuteen ja omaan vanhenemiseen
- Pelot, elämänkriisit tai vastoinkäymiset, selviytymiskeinot

Akuuttigeriatriapotilaan HOKE VERSIO 1 25.10.2020

KOMPONENTTI:

5000 AKTIVITEETTI, 50001 AKTIVITEETIN MUUTOS

Suunnitellut toiminnot: 1002 aktiviteettia edistävä toiminta
1009 aktiviteetin rajoittaminen
1012 uni- ja valvetilan seuranta

5021 ERITTÄMINEN, 5044 MUU ERITTÄMISEEN LIITTYVÄ HÄIRIÖ

Suunnitellut toiminnot: 1023 suoliston toiminnan seuranta
1032 virtsaamisen seuranta

5059 SELVIYTYMINEN, 5060 POTILAAN HEIKENTYNYT SELVIYTYMISKYKY, 5068 MUISTIHÄIRIÖ

Suunnitellut toiminnot: 1078 potilaan selviytymisen tukeminen

-Ihmissuhteet

-Tekeminen

-Elämän kriisit & turvallisuus

1396 sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen

5437 HOIDON JA JAKHOHOIDON KOORDINOINTI, 5356 JATKOHOIDON TARVE

Suunnitellut toiminnot: 1175 potilaan oikeuksista tiedottaminen

1180 tutkimuksen, toimenpiteen tai näytteenoton suorittaminen

Mittarit: TOIMIA suosituksen mittarit

1690 jatkohoidon suunnittelu

5127 LÄÄKEHOITO

Suunnitellut toiminnot: 1215 lääkkeen antaminen

1202 lääkkeen vaikutuksen seuranta

1236 lääkkeen antaminen tahdosta riippumatta

5236 TURVALLISUUS, 5255 TOISEN VAHINGOITTAMISEN VAARA

Suunnitellut toiminnot: 1415 potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

5256 PÄIVITTÄIET TOIMONNOT, 5405 ITSEHOITOVAJAUS

Suunnitellut toiminnot: 1443 peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen

1446 suun tai hampaiden hoidossa avustaminen

1448 ruokailussa avustaminen

1458 apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen avuksi

5269 PSYKKINEN TASAPAINO, 5290 KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOS, 5408 TODELLISUUDENTAJUN HÄIRIINTYMINEN

Suunnitellut toiminnot: 1465 psyykkisen tilan seuranta

1475 eri hoito- ja terapiamuotojen käyttö (lääkkeettömät hoidot)

5297 AISTI- JA NEUROLOGISET TOIMINNOT, 5298 AISTITOIMINTOJEN MUUTOS

Suunnitellut toiminnot: 1511 kuuloaistin muutosten huomiointi

1515 näköaistin muutosten huomiointi

1534 ärsykeherkkyyden huomiointi

1535 kivun seuranta

Kuvio 7. TOIMIA- verkoston suositus toimintamallista iäkkään potilaan arvioinnista sairaalaosastolla

Iäkkään potilaan arviointi sairaalaosastolla							
VAIHE	Kognitio		Mieliä	Ravitsemustila	Liikkuminen	Arki-suoriutuminen	Kaatumisvaara
S E U L O N T A	Muisti	Kuuden kysymyksen muistiseula ¹	Kaksi kysymystä masennuksesta ³ tai GDS-15 ⁴	MNA-SF ⁵ tai NRS 2002 ⁶	Itsearvioitu kävelykyky ⁷ ja Portaiden nousukyky ⁸	Arki-suoriutuminen ja itsestä huolehtiminen ⁹	Kaatumisen vuoksi osastolla tai kaatunut vuoden aikana? ✓ ✗
	Tarkkaavaisuus	Kuuksien luetteleminen takaperin ²					
A R V I O I N T I J A H O I T O	Tarkista muistilaboratoriokokeet. Ohjelmoi muistitutkimukset (mm. MMSE ¹⁰) n. 3 kk päähän, ellei muistisairausdiagnoosia ennestään.		Arvioi mieliä tarkan ICD-10 masennuksen diagnostisten kriteereiden perusteella.	Arvioi ravitsemustilaa: MNA ⁵ .	Arvioi liikkumista ja tasapainoa: Tuolista nousutesti ¹² tai TUG ¹³ tai SPBB ¹⁴ tai Bergin tasapainotesti ¹⁵ jalkai neljän metrin kävelynopeus ¹⁶	Arvioi arjen toimintakykyä: Barthel Index ¹⁷ ja IADL ¹⁸	Arvioi kaatumisalttiutta ja kartoita riskitekijät: FRAT ¹⁷ jalkai Bergin tasapaino-testi ¹⁸ ja ortostaattisen verenpaineen mittausta
	Poissulje delirium: CAM ¹⁰ tai 4AT ¹¹		Aloita masennuksen hoito. Järjestä tuki ja seuranta.	Tunnista syyt ja aloita hoito. Anna ravitsemusohjausta. Tehosta ravitsemusta. Järjestä seuranta.	Tunnista syyt ja aloita hoito. Aloita yksilölliset harjoitukset. Järjestä tarvittaessa kuntoutus.	Tue ja harjoita päivittäisiä toimintoja. Arvioi kotiutumisen jälkeinen avun tarve. Järjestä tarvittavat kodin tukitoimet.	Tunnista kaatumisvaaran syyt ja aloita hoito. Aloita kaatumisen ennakointimenpiteet. Järjestä tarvittaessa kuntoutus.
V I I T T E E	<p>¹ Callaghan ym. Med Care 2002; 40: 771-81</p> <p>² O'Regan ym. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014; 85: 1122-31</p> <p>³ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00081</p> <p>⁴ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00087</p> <p>⁵ http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf</p> <p>⁶ http://www.ksshp.fi/tules-kartta/NRS_tomake.pdf</p> <p>⁷ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00132</p> <p>⁸ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00131</p> <p>⁹ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00094</p> <p>¹⁰ https://www.vaaanakeskusairaala.fi/globalassets/hallinnontiedot/primarivardsenheten/geriatrisen-potilaan-palvelukehitysuoimi/cam_testi.pdf</p> <p>¹¹ www.the-4at.com</p> <p>¹² https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00155</p> <p>¹³ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00153</p> <p>¹⁴ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00154</p> <p>¹⁵ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00084</p> <p>¹⁶ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00031</p> <p>¹⁷ https://thi.fi/documents/966696/149811/lie_2_FRAT-+uusi+2016.pdf?69b4af3-f10d-41e-1-8-1f9-0c3b6c9e4826</p> <p>¹⁸ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00051</p> <p>¹⁹ https://www.terveysportti.fi/dtk/tilm/imm00091</p>						

Copyright TOIMIA 2019