

Julijana Petrovic

Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoito

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta- ala
Klininen asiantuntija, Ylempi AMK
Kevät 2014



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Kliininen asiantuntija Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tekijä(t) Julijana Petrovic	
Työn nimi Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoito	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot	Toimeksiantaja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Kajaanin seudun sairaala
Aika Kevät 2014	Sivumäärä ja liitteet 81 + 18
<p>Opinnäytetyö toteutettiin Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä. Metodologisena lähestymistapana oli toimintatutkimus. Tavoitteena oli kuvata haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitotyötä. Tarkoituksena oli edistää haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitoa sekä löytää menetelmiä, miten selviydytään hoitotyön arjesta ja miten ratkaistaan turvallisen hoitotyön kehittämistä vaativia asioita. Ensimmäisen syklin tavoitteena on selvittää, mitä ovat akuuttiyksikössä haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyön kehittämistarpeet. Kehittämistarpeita selvitettiin hoitohenkilökunnalle suunnatulla kyselyllä. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Kehitettäviksi asioiksi muodostuivat eristyksessä olevan potilaan turvallinen hoito, potilaan liikkumisen rajoitteet, potilaan turvallinen hoito ja turvallinen lääkehoito. Kehittämiskohteiksi valittiin ensimmäiset kolme asiaa. Jokaista kehittämissasia varten perustettiin omat projektiryhmät, jotka veivät kehittämistyötä eteenpäin sykliden A, B ja C mukaisesti.</p> <p>Sykli A:n tavoitteena oli hoitotyöntekijän käsihygienian parantaminen. Osastolla järjestettiin hygieniapäivä, joka sisälsi koulutusta infektioiden torjunnasta. Hoitotyöntekijät suorittivat infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollon -verkkotestin (n=20), jossa painopiste oli käsihygieniassa. Lisäksi testattiin käsidesinfection onnistumista UV-laitteella ennen (n=28) käsihygienian koulutusta ja sen jälkeen (n=8). Koulutuspäivän aikana kerättiin aineistot UV-testistä, verkkotestistä ja kyselyllä. UV-testauksen perusteella käsihygieniassa tapahtui kehittämistä. Kriittinen kohde käsidesinfectionissa oli sormien päällykset. Kaksi kolmasosaa verkkotestiin vastanneista hallitsi käsihygienian hyvin tai kohtalaisesti. Hygieniapäivä koettiin merkitykselliseksi ja opettavaiseksi.</p> <p>Sykli B:n tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan osaamista, kun hoidettavana on haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas potilas ja kun hoitotilanteessa tarvitaan potilaan fyysistä rajoittamista. Osastolla pidettiin potilaan fyysistä rajoittamista käsittelevä luento (n=16). Osa luennolle osallistuvista hoitajista oli sidottu Mg-vöillä P-tuoliin ja osa oli sidottu vuoteeseen. Jotkut tunsivat ahdistavaa oloa Mg-vöiden kiinni ollessa, kun taas osa koki olonsa turvalliseksi. Ergonomiasta vastaava hoitaja piti luennon aiheesta, miten käytetään Mg-vöitä potilasturvallisuus huomioiden. Potilaan turvallista hoitoa käsittelevä sykli C ei edennyt suunnitelman mukaisesti.</p> <p>Edelleen kehitettäviä asioita ovat potilaiden ja omaisten käsihygienian kehittäminen, hoitohenkilökunnan ja laitoshuoltajien säännölliset käsihygieniakoulutukset sekä desinfiointitestaukset. Lisäksi potilaan liikkumisen rajoittamista koskevan kirjallisen toimintaohjeen laatiminen, potilaan hoitosuunnitelman säännöllinen päivittäminen sekä hoitohenkilökunnan koulutus potilaan liikkumisen rajoitteiden käyttämisessä ovat kehitettäviä asioita.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	muistisairas potilas, liikkumisen rajoitteet, turvallisuus, käsihygienian, toimintatutkimus
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Clinical Practice
Author(s) Julijana Petrovic	
Title Safe Nursing of Challengingly Behaving Patients with Memory Disorders	
Optional Professional Studies	Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority Kajaani Regional Hospital
Date spring 2014	Total Number of Pages and Appendices 81 + 18
<p>This thesis was conducted as action research in the Acute Ward at Kajaani Regional Hospital. The objective of this thesis was to describe safe nursing of challengingly behaving patients with memory disorders. The purpose was to promote safe nursing of challengingly behaving patients with memory disorders and find methods to manage everyday nursing and to solve issues that required the development of safe nursing. The objective of the first cycle was to explore what needed to be developed in the safe nursing of challengingly behaving patients in the Acute Ward. The nursing staff answered a questionnaire on the development needs, and the material collected was analyzed by inductive content analysis. Out of several development targets, safe nursing of isolated patients, restrictions on patients' mobility and safe patient care were chosen to be the focus areas of development. Project groups were named for each development areas, and these project groups were responsible for development in accordance with Cycles A, B and C.</p> <p>The objective of Cycle A was to improve the hand hygiene compliance of the nursing staff. A hygiene awareness training day on infection prevention was organized on the ward. The staff (n=20) took an online test on hand hygiene. Furthermore, hand disinfection was tested with an UV device before (=28) and after the hand hygiene training (=8). The UV test results showed that hand hygiene improved significantly, and the online test results showed that two thirds of the respondents had good- or medium-level hand hygiene. The hygiene day was considered purposeful and educational.</p> <p>The objective of Cycle B was to improve the competence of the nursing staff in nursing challengingly behaving patients with memory disorder and in situations that required the physical restriction of patients' mobility. A lecture on physical restrictions on patients' mobility was held in the ward (n=16). Some of the nurses participating in the lecture were restrained with Mg belts to wheelchairs and some to beds. Some of the nurses felt anxious of being restrained with Mg belts while some felt safe. An ergonomics specialist nurse gave a lecture on the use of Mg belts regarding safe nursing. Cycle C the focus of which was safe patient care did not proceed as planned.</p> <p>In future the development of infection prevention will focus on improving the hand hygiene compliance of patients and their relatives, regular training of nursing staff and cleaners, and disinfection testing. In addition, written guidelines for restricting patients' mobility will be drawn, patients' care plans regularly updated and nursing staff trained in implementing restrictions on patients' mobility.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Patient with memory disorder, mobility restrictions, safety, hand hygiene, action research
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TURVALLISEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN (1 SYKLI)	4
2.1 Opinnäytetyön muodostuminen projektiksi (suunnittelu)	4
2.2 Opinnäytetyön projektiryhmäorganisaatio	6
2.3 Toimintatutkimus - metodologisena lähtökohtana	8
2.4 Kehittämistarpeiden kartoitus (toiminta ja havainnointi)	10
2.5 Potilaan hoitotyö akuutti vuodeosastolla (reflektointi)	15
3 ERISTYKSESSÄ OLEVAN HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN POTILAAN TURVALLINEN HOITOTYÖ (2A SYKLI)	21
3.1 Infektioiden torjunta kosketuseristyksessä (suunnittelu)	21
3.2 Käsien desinfektio- ja UV-laitteella ja käsihygienian kehittäminen verkkotestin avulla (toiminta)	25
3.3 Käsienhygienian kehittämisen tulokset (havainnointi)	29
3.4 Hoitotyöntekijöiden käsihygienian kehittäminen (reflektointi)	35
4 HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN POTILAAN LIKKUMISEN RAJOITTEET (2B SYKLI)	38
4.1 Lainsäädäntö ja toimintaa suuntaavat ohjeet sekä sairaanhoitajan eettiset ohjeet (suunnittelu)	38
4.2 Potilaan liikkumisen rajoitteet	40
4.3 Potilaan liikkumisen rajoitteita koskeva henkilöstön koulutus (toiminta)	42
4.4 Liikkumisen rajoitteita koskevan koulutuksen tulokset (havainnointi)	45
4.5 Potilaan liikkumisen rajoitteet hoitotyössä (reflektointi)	51
5 HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN POTILAAN TURVALLINEN HOITOTYÖ (2C SYKLI)	55
5.1 Muistisairaahan potilaan turvallinen hoito (suunnittelu)	55
5.2 Muistisairaahan potilaan haasteellinen käytös (toiminta)	56
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	58
7 POHDINTA	61
7.1 Eettisyys	61
7.2 Luotettavuus	65

7.3 Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana turvallinen hoitotyö klinisen asiantuntijan näkökulmasta	67
--	----

LÄHTEET	70
---------	----

LIITTEET	82
----------	----

1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat ikääntyneillä ihmisillä merkittävin sosiaali- ja terveystalouden tarvetta aiheuttava sairausryhmä. Muistiin vaikuttava sairaus voidaan tunnistaa hyvissä ajoin ennen varsinaista dementoitumista. Muistivaikeuksien lisäksi älyllisen kognitiivinen toimintakyky heikentyy, joka aiheuttaa potilaalle haittaa selviytyä päivittäisissä toiminnoissa. Nämä oireet voivat olla kielellisiä (afasiaa), kätevyteen liittyviä häiriöitä (apraksia), hahmotushäiriöitä (agnosia), sekä kokonaisuuden jäsentämiseen liittyviä häiriöitä. Käyttäytymisen oireita ovat fyysinen aggressiivisuus, levottomuus, huutelu, toisto-oireet ja tavaroiden keräily. Muistisairaus pysyy sitä kauemmin lievänä, mitä aikaisemmin lääkehoito aloitetaan. (Sulkava & Eloniemi - Sulkava 2008, 82 - 84; Pohjavirta 2012, 17; Eloniemi - Sulkava 2007, 7.)

Suomalaisten elinikä on noussut ja 60 - 70-vuotiaat ovat pääasiassa terveitä ja toimintakykyisiä. 80-vuotiaista ainoastaan 5 % on täysin terveitä. Vanhuksien määrää (80 - 100-vuotiaita) on lisääntynyt ja lisääntyy edelleen. Ikääntyminen myötä sairastumisen ja toimintakyvyn heikentyminen lisääntyy. (Sarvimäki 1998, 11.) Ikivihreät projektin tulosten mukaan joka kymmenes 75-vuotiaasta oli terve. 75 - 80-vuotiaista joka toinen selviää kotona ilman ulkopuolista apua. Tilanne muuttuu huomattavasti jos kyseessä on 85-vuotias vanhus. Heistä joka toinen liikkuu apuvälineiden avulla ja joka neljäs on laitoshoidossa. Iäkkäillä ihmisillä on yleensä pitkäaikaissairauksia ja iän myötä toiminnanvajavuudet aiheuttavat terveys ongelmia. (Helin 2000, 11.) Iäkkäiden osuus Suomessa lisääntyy nopeammin kuin muualla Euroopassa (Hartikainen & Lönnroos 2008, 12). Vanhusväestön nopea lisäys on tuonut terveyden- ja sosiaalihuollolle uusia haasteita (Ruikka, Sourander & Tilvis 1993, 5).

Vanheneminen on perintötekijöistä riippuvainen prosessi, joita ympäristötekijät voivat joko nopeuttaa tai hidastaa (Ruikka ym. 1993, 14). Ikääntymiseen kuuluu toiminnan alentuminen, vajaatoiminnat ja sairauksien lisääntyminen sekä yleisterveyden ja toimintakyvyn heikkentyminen. Nämä vähentävät ihmisten autonomiaa ja elämänlaatua. Ikääntymisen muutokset aiheuttavat iäkkäille ja omaisille erilaisia ongelmia. On tärkeää huomioida, että terveysongelmat eivät estä iäkkäiden kotona selviytymistä. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 21.)

Vanhusten hoidossa on otettava huomioon mahdolliset sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen. Muutosprosessit eivät tapahdu kaikilla ikääntyvillä yhtä nopeasti, eivätkä eri osa-

alueiden suoristuskyky heikkene samalla tavalla. Osa muutoksista tapahtuu fysiologian muutosten seurauksena. Toisaalta osa muutoksista johtuu sairauksista, jotka voivat rajoittaa vanhusten selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. (Rusi 1998, 25 - 27.)

Lääketieteen isä Hippokrates (400 eKr.) jo arveli, että vanheneminen lisää alttiutta sairauteen. Galenos (131 - 200 eKr.) erotti vanhenemisen sairaudesta. Hän sanoi, että iän mukana toimintakyky heikkenee, joka on luonnonmukaista, kun taas sairaus on luonnonvastaista. Vanhuutta ei voi vastustaa, vain ihmisen pitää noudattaa terveellisiä elintapoja. (Ruikka ym. 1993, 14.)

Tasainen neuronien menetys aivoissa johtaa alentuneeseen toimintakykyyn. 30 ikävuodesta 70 ikävuoteen aivojen keskipaino vähenee 44 % ja hermonopeuden impulssit vähenevät 10 %. Muisti voi heikentyä lyhyellä aikavälillä. Muutokset ovat yksilöllisiä ja osalle henkilöille aiheutuu dementia. (Barker 1998, 37.)

Gerontologinen hoitotyö perustuu tutkitun- ja kokemustietoon sekä hoitotyön ja sen toimijoiden arvioihin ja eettisiin periaatteisiin. Gerontologisen hoitotyön tavoitteita ovat hyvä terveys, toimintakyky, onnistunut vanheneminen ja hyvä elämänlaatu. Ikääntyneen ihmisen hoitotyössä arvot ja eettiset periaatteet saavat erilaisia vivahteita ja heidän kohtaaminen tekee niiden soveltamisesta haastavaa. Esimerkiksi etenevä muistisairaus, riippuvuus muista fyysinen heikkeneminen, kuoleman kohtaaminen ja ikääntyvä lähiomaisen huoli ovat haasteellisia asioita, joita hoitotyössä ei voi sivuuttaa. Huolenpitoa ja ihmisarvoa pidetään keskeisimpinä arvoja hyvälle gerontologiselle hoitotyölle, jolloin ikääntyvää ihmistä tuetaan, suojellaan ja luodaan turvallisuutta. Lisäksi hänellä on oikeus yksityisyyteen ja integriteettiin sekä itsemääräämisoikeuteen. (Sarvimäki 2008, 27 - 29.)

Euroopassa arvioitiin vuonna 2001 olevan 4,9 miljoonaa yli 60-vuotiasta dementiaa sairastavaa. Luvun arvioidaan nousevan 43 % iin vuoteen 2020 mennessä (6,9 miljoonaa) ja 102 % iin vuoteen 2040 (9,9 miljoonaa). Dementian esiintyvyys nousee suurimmaksi huoleksi sosi-aali- ja terveydenhuollossa Euroopan unionissa. (Sixsmith, Hammond & Gibson 2008, 219.)

Suomessa arvioidaan oleva 30 000 - 35 000 lievistä ja 85 000 - 95 000 vähintään keskivaikeasta muistisairaudesta kärsivää (v. 2020 dementiaa sairastaa 130 000 henkilöä). Uusia tapauksia ilmaantuu vähintään 13 000 vuosittain (päivässä 36 suomalaista). Väestön ikäraken-

teen vanhetessa potilaiden määrä lisääntyy ja hoidon kustannukset nousevat. (Viramo & Sulkava 2006, 23 - 25.)

Dementoivien sairauksien hoito on yksi terveydenhuollon suurimmista haasteista tulevaisuudessa (Viramo & Sulkava 2006, 27). Sairaanhoidon kustannukset dementiapotilaiden kohdalla ovat olennaisesti korkeammat kuin niillä ikääntyvillä potilaila, jotka eivät sairasta dementiaa (Lessig, Farrell, Madhavan, Famy, Vath, Holder & Borson 2006, 1137).

Potilaan liikkumisen rajoittaminen tarkoittaa erilaisia asioita. Tässä yhteydessä puhutaan vapauden rajoittamisesta, pakotteista ja sitomisesta sekä rajoittamisesta. (Saarnio 2009, 23.) Potilaan rajoittamista koskeva lainsäädäntö on perusteltua psykiatrisessa hoitotyössä, mutta somaattisen potilaan hoidossa tämä on niin sanottua ”harmaatta aluetta”. Somaattisessa hoidossa joudutaan soveltamaan rikoslain hätävarjelua koskevia säännöksiä. (Mäkinen 2014, 19.) Täsmällisen lainsäädännön puute on vaarallista sekä potilaille että hoitajalle oikeusturvan kanalta. Management of Actual or Potential Aggression (MAPA) on Englannissa kehitetty malli, joka auttaa hoitajaa kohtamaan ja hallitsemaan potilaan aggressiivista käytöstä. MAPA-kouluttajat kokivat, että väkivallan hallitsemismenetelmiä pitäisi kouluttaa yhtä usein kuin elvyttämistä. (Mäkinen 2014, 19.)

Opinnäytetyö toteutettiin Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä, jossa on hoidossa lyhytaikaista, akuutti sairaalahoidon ja kuntoutusta vaativia potilaita. Sairaalassa on kaksi osastoa, toinen on akuutti- ja toinen kuntoutusyksikkö. Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä on 52 potilaspaikkaa. Potilashuoneet ovat yhden, kahden ja neljän hengen huoneita. Koko osasto on jaettu neljään moduuliin. Kussakin moduulissa on sekä aamu- että iltavuorossa vähintään yksi sairaanhoitaja. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika on 15 vrk, osaston käyttöaste on noin 107 %. Osaston potilaat ovat pääasiassa kajaanilaisia aikuisia, vanhuksia, vammaisia ja pitkäaikaissairaita, joilla on akuutti, ei erikoissairaanhoitoa vaativa hoidon tarve.

Opinnäytetyö liittyy työelämästä nousseeseen aiheeseen. Aiheena on muistisairaana potilaan turvallinen hoito Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä. **Opinnäytetyön tavoitteena** oli kuvata haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitotyötä. **Tarkoituksena** oli edistää haastellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitoa sekä löytää menetelmiä, miten selviydytään hoitotyön arjesta ja miten ratkaistaan turvallisen hoitotyön kehittämistä vaativia asioita. Tähän haettiin ratkaisuja työyhteisön hoitohenkilökunnalta.

2 TURVALLISEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN (1 SYKLI)

Toimintatutkimus etenee spiraalimaisesti: suunnittelu - toiminta - havainnointi - reflektointi. Jokaiseen toimintakierrokseen kuuluu useita sivukierroksia. Syklin ensimmäinen kierros on perusta seuraavalle, jonka tarkoituksena on tarkastella sitä suhdetta, joka muodostuu aikaisemman syklin havainnoista. (Anttila 2006, 444.)

Toimintatutkimuksen metodologian mukaisesti opinnäytetyö etenee sykleittäin. Ensimmäisen syklin tavoitteena on selvittää, mitä ovat haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyön kehittämistarpeet. Tutkimustehtäväksi muodostui, mikä on haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoitotyön keskeisin ongelma? Tässä pääluvussa kuvaan opinnäytetyön ensimmäisen syklin. Luvuissa 2.1 ja 2.2 kuvaan kehittämistehtävän muodostumisen ja luvussa 2.3 toimintatutkimuksen metodologisena lähestymistapana. Ensimmäisen syklin aineiston keruun, analyysin ja tulokset kuvaan luvussa 2.4. Ensimmäisen syklin reflektoinnin kuvaan luvussa 2.5.

2.1 Opinnäytetyön muodostuminen projektiksi (suunnittelu)

Kajaanin seudun sairaala tuottaa perusterveydenhuollontasoista sairaalapalvelua. Ennalta ehkäisevä ja terveyttä edistävä näkökulma ohjaa hoitohenkilökunnan toimintaa. Hyvinvoiva ammattitaitoinen henkilöstö tuottaa laadukkaita näyttöön perustuvia oikea-aikaisia terveyspalveluja. Asiakkaat luottavat saamiinsa palveluihin ja heitä palveleviin ammattilaisiin. (Tuloskortti 2014.)

Akuuttiyksikössä on hoidossa aggressiivisia potilaita ja heidän hoitonsa vaatii henkilökunnalta erityisosaamista. Hoitohenkilökunta tarvitse tietoa potilaista ja siitä, kuinka heidän sairautensa vaikuttaa arjessa selviytymiseen sekä siitä, mitkä ovat potilaiden hoidon mahdollisuudet. Tieto sairauksien oireista auttaa arvioimaan tilannetta ja tunnistamaan mahdolliset poikkeamat. (Juva 2007, 8.)

Opinnäytetyön avulla syvennän sairaanhoitajan osaamistani ja kehitän hoitotyötä. Samalla edistän työyhteisön toimintaa sekä hoitohenkilökunnan osaamista haastellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallisessa hoidossa. Vastaanotto ja terveyskeskussairaala toiminnan

tuloskortissa (BSC) vuosille 2014 - 2017 strategisena päämääränä on potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantaminen. Hoitohenkilöstöön kohdistuvana päämääränä on ammattitaitoinen, työhönsä ja sen kehittämiseen sitoutunut henkilökunta. (Tuloskortti 2014.)

Potilaan hoidossa korostuu akuutin vaiheen tutkimus, hoito, alkuvaiheessa tehtävä toimintakyvyn kartoitus ja kotona selviytymisen arviointi. Yleisimmät osastolle tulemisen syyt ovat muun muassa toimintakyvyn heikkeneminen, verenkiertoelimistön äkilliset sairaudet, infektiot, hengityselinsairaudet, tapaturmat, muistiongelmät ja psyykkiset ongelmat sekä krooniset haavat. Lisäksi osastolla on saattohoitopotilaita ja päihderiippuvaisia potilaita. Viimeiseen potilasryhmään kuuluu pääosin katkaisuhoidossa olevat potilaat. Osastolla hoidetaan usean erikoisalan jatkohoitopotilaita: infektio- ja saattohoitopotilaita sekä geriatrisia tutkimuspotilaita. Akuuttiyksikön henkilökunnan hoitotehtävän kuuluu myös järjestää lääkkeellinen alkoholi- ja huumeiden katkaisuhuolto sekä diabetes tyyppi 2 hoidonopetus erityistilanteissa.

Osa potilaista on hakeutunut sairaalaan yleiskunnan heikkenemisen ja kotona pärjäämättömyyden vuoksi odottaen osastolla jatkohoitopaikkaa. Potilaat tulevat osastolle päiväsaikaan ylilääkärin suostumuksella joko terveyskeskuslääkärin vastaanotolta, päivystyksestä tai muista hoitolaitoksista. Iltaisin, öisin ja viikonloppuisin potilaat saapuvat osastolle päivystävän lääkärin läheteellä. Lisäksi potilaita tulee sovitusti erilaisiin kontroleihin sekä tutkimuksiin valmisteluja varten. Potilaalla voi olla lupa tulla suoraan osastolle (saattohoitopotilaat) sekä osasto- ja sairaalasiirtona Kainuun keskussairaalan tai Oulun yliopistollisen sairaalan osastoilta. Potilaat voivat saapua osastolle myös suoraan ambulanssilla lääkärin konsultaation perusteella.

Akuuttiyksikön fyysiset tilat ovat puutteelliset. Isoissa neljän hengen huoneissa on katkaisuhoidossa olevia potilaita, psykoottisia ja muistisairaita potilaita. He ovat ajoittain samassa huoneessa, jolloin potilasturvallisuus ja hoitotyön etiikka kärsivät. Osastolla on haastavia potilaita, jotka vaativat paljon hoitoaika. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitotyötä. Tarkoituksena oli edistää haastellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitoa sekä löytää menetelmiä, miten selviydytään hoitotyön arjesta ja miten ratkaistaan turvallisen hoitotyön kehittämistä vaativia asioita. Tähän haettiin ratkaisuja työyhteisön hoitohenkilökunnalta. Potilaiden määrää pysyy samalla tasolla ja heidän hoidon tarpeensa tulevat yhä vaativammaksi. Henkilöstön resurssit kuitenkin niukennevat. Muistisairaita potilaita oli keskimäärin puolet akuuttiyksikön kaikista potilaista vuonna 2013.

2.2 Opinnäytetyön projektiryhmäorganisaatio

Opinnäytetyön aloittaessa kerroin osaston kokouksessa opintoihini liittyvästä kehittämistyöstä ja sen merkityksestä työyhteisöön. Tavoitteena oli herättää keskustelua aiheesta ja ottaa työyhteisö mukaan kehittämiseen.

Kehittämistarpeet lähtevät liikkeelle organisaation visiosta, jota halutaan toteuttaa ja kehittää. Projekti syntyy ideasta tai tarpeesta ratkaista jonkin ongelma. Projekti voidaan määritellä eri näkökulmista. Yhteistä kaikille projektille on sen selkeä tavoite, mitä halutaan kehittää. Projektin täytyy olla rajattu, selkeästi aikataulutettu ja budjetoitu. Projektin etenemistä ja tuloksia seurataan ja kontrolloidaan. Sen toteuttamiseksi kootaan joukko ihmisiä, joille annetaan omat vastuut. Sen toimintaa ohjataan suunnitelmallisesti. (Kettunen 2009, 15; Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 8.) Projektin keskeinen vahvuus on sen kohdentuminen erityyppisten ongelmien ratkaisemiseen alueilla, jotka liittyvät johtamiseen, palveluihin, organisaatioihin ja niiden rakenteisiin, prosesseihin tai henkilöstöön. Projektin kesto on muutamasta kuukaudesta vuoteen. Projektioorganisaatio muodostuu projektipäälliköstä, projektiryhmästä, projektin ohjausryhmästä ja projektin omistajasta eli projektin hallinnoijasta. (Paasivaara ym. 2008, 8.)

Opinnäytetyötä varten muodostettiin projekti- ja ohjausryhmä. Projektipäällikkönä toimii opinnäytetyöntekijä. Opiskelijana toimin myös projektin aktiivisena osallistujana. Toimintatutkija voi olla työyhteisön jäsen, eikä tarvitse olla ulkopuolinen henkilö (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 40). Tutkijan vuorovaikutus tutkittavaan yhteisöön on pysyvää ja pitkäaikaista ja se ei ole ajallisesti tai temaattisesti tarkoin määriteltyä. Heidän aktiivinen vuorovaikutuksensa sekä sitoutumisensa tiettyihin yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin ovat keskeistä pysyvyydessä. (Eskola & Suoranta 1996, 98.) Tutkija rohkaisee työyhteisön tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää heidän omalta kannaltaan aikaisempaa paremmaksi. Lisäksi tutkija käynnistää muutoksen toimintatapoihin ja hänen pitää olla objektiivinen ja aktiivinen vaikuttaja. (Heikkinen 2010, 19.)

Opinnäytetyössä valittiin kolme kehitettävää asiakokonaisuutta ja jokaisella niille nimettiin oma projektiryhmä. Jokaisesta kolmesta projektiryhmästä yksi jäsen oli myös ohjausryhmässä. Ohjausryhmän aloituspalaverissa kävimme läpi projektin ohjauksen. Projektipäällikön,

ohjausryhmän ja projektiryhmän jäsenten tehtävät sekä niihin kuuluvat henkilöt on kuvattu liitteessä 1. Ensimmäinen ohjausryhmän kokous muistio on liitteessä 2.

Projektin toiminnallisen ydinjohdon muodostaa projektipäällikkö, ohjausryhmä ja projektiryhmä. Ohjausryhmä on projektin valvova elin, joka kootaan niiden organisaatioiden jäsenistä, joiden toimintaan projektin tuotos vaikuttaa. Hyvä ohjausryhmä koostuu henkilöistä, joille hankkeen toteutuminen on tärkeää ja mielenkiintoista, ei ylimääräinen velvollisuus tai lisätyö. Projektin ohjausryhmä voi parhaimmillaan toimia hyvänä apuna projektivastaavalle ja vaikuttaa projektin onnistumiseen. Ohjausryhmän päätehtävä on valvoa projektia koko prosessin ajan sen etenemistä kohti tavoitteita. (Tikkala 2007, 1 - 3; Ohjausryhmän rooli.)

Projektiryhmä koostuu henkilöistä, jotka tekevät projektia ja joka toimivat aktiivisesti projektissa. Merkittävä tekijä projektin menestymiselle on asetettu tavoite, joka on riittävän haasteellinen mutta myös realistinen. Projektiryhmä on joukko ihmisiä, joka mahdollistaa projektin onnistumisen. (Kettunen 2009, 160.) Projektiryhmän muodostamisesta keskustelin apulaisosastohoitajan ja ohjaavan opettajan kanssa. Päädyttiin siihen, että työyhteisön jäsenten lisäksi olisi hyvä olla joku ulkopuolinen jäsen. Tavoitteena oli saada projektiryhmään sekä perus-/lähihoitajia että sairaanhoitajia. Vapaaehtoisia ilmoittautujia projektiryhmään ei kuitenkaan tullut, joten kysyin henkilökohtaisesti työkavereilta, ketkä haluavat osallistua kehittämistyöhön. Heillä oli mahdollisuus kieltäytyä projektiryhmätyöskentelystä. Valintaperusteena projektiryhmän muodostamisessa oli se, että osallistujien vastualueet olisivat laajat. Yhtenä kriteerinä oli heidän monipuolinen osaaminen ja asiantuntijuus sekä avoimuus uusille ideoille. Valitulla projektiryhmä jäsenellä tulisi olla hyvät kommunikointi- ja viestintätaidot.

Projektipäällikön tehtävä on johtaa projektia sekä huolehtia tehtävien jakamisesta. Hän huolehtii, että projekti valmistuu ajoissa ja lopputulos vastaa asetettuja tavoitteita (liite 1). Projektinpäällikkö vastaa siitä, että projekti pysyy budjetissa. Hän kantaa vastuun projektista. Projektipäällikkyyden tarkoittaa vahvaa otetta toimintaan ja rohkeutta viedä projekti asetettuihin tavoitteisiin. Projektin koosta riippuu, tarvitaanko projektipäälliköltä enemmän asiaosaamisen vai johtajaosaamisen taitoja. Projektipäällikkö laatii projektiryhmän kokouksen esityslistat ja valmistelee käsiteltävät aiheet. Tähän päästäkseen hänen on pidettävä kirkkaana mielessä keskeiset asiat ja työskenneltävä päämäärän savuttamiseksi. Projektin johtamisen lisäksi projektipäällikkö osallistuu usein myös projektin tekemiseen ja vastaa työn tuloksista. (Kettunen 2009, 29, 32, 157 - 158, 166 - 167.)

Opinnäytetyö jatkui kolmena rinnakkaisena syklinä. Jokaiseen kehittämisteemaan valittiin oma projektiryhmä. Projektiryhmissä oli yhteensä 10 projektijäsentä. Ideana oli, että mahdollisimman paljon hoitohenkilökuntaa osallistuu aktiivisesti kehittämiseen. Kehittämistyö koskee omaa työyhteisöä.

2.3 Toimintatutkimus - metodologisena lähtökohtana

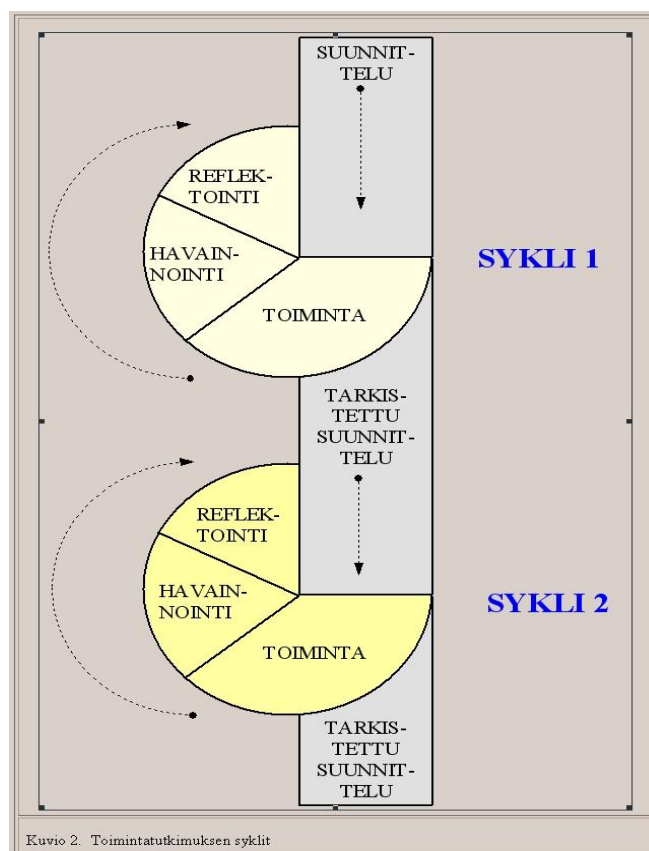
Valitsin metodologiaksi toimintatutkimuksen, koska sen avulla voidaan kehittää uutta lähestymistapaa ja uutta osaamista. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on toteuttaa samanaikaisesti sekä toimintaa että tutkimusta. (Anttila 2006, 439 - 440.) Toimintatutkimus on lähestymistapa, joiden avulla entistä toimintaa kehitetään (Heikkinen 2010, 37). Toimintatutkimuksen avulla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia tai vastamaan johonkin havaittuun ongelmaan ja kehitetään käytäntöä aikaisempaa paremmaksi. Toimintatutkimuksessa korostuu käytännön ja teorian sekä toiminnan ja ajattelun välinen vuorovaikutussuhde. (Suojanen 1992, 22.) Toimintatutkimuksen kohde määrittyy eri tutkimushankkeissa eri tavalla ja tutkimuksessa voidaan tavoitella laajaa yhteiskunnallista muutosta tai suppeammin yksittäisten toimijoiden henkilökohtaista oppimista (Toikko & Rantanen 2009, 30).

Tutkimuksen aluksi kartoitetaan nykytilanne ja selvitetään tutkimukseen vaikuttavia lähtökohtia. Kartoituksen pohjalta ideoidaan tutkimuksen toimintamalli. Toteutetaan toimenpiteitä, seurataan ja havainnoidaan niiden vaikutuksia. Prosessin lopulla pyritään vaikuttamaan siihen, että kehittyneempi toimintamalli vakiintuu toimintatutkimuksen kohteena olleeseen organisaatioon. Tätä vaihetta voidaan nimittää jälkihoidoksi, vaikka nimitys saattaa johtaa harhaan. On toivottavaa, että kehittäminen jatkuu toimintatutkimuksen päädyttyä. (Anttila 2006, 439 - 440; Heikkinen & Jyrkämä 1999, 37 - 38.)

Keskeinen piirre prosessissa on reflektiivinen ajattelu. Sen avulla ihminen voi ymmärtää, miksi ajattelee niin kun ajattelee. Ideana on, että toimintatutkimuksessa sykli etenee spiraalisesti, missä ensin on suunnittelu, jatkuu toimintana, havainnointina ja kierroksen lopussa on reflektointi. (Anttila 2006, 444.) Toiminta etenee spiraalisena kehänä ja jokaista vaihetta toteutetaan systemaattisesti ja kriittisesti (Metsämuuronen 2000, 29). On todettu, että joskus

kahlitsevaa tekijää toiminnan etenemisessä ei voida erottaa tarkkaan erillisinä suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin vaiheina (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 37).

Toimintatutkimuksen päämääränä on toiminnan kehittäminen (Heikkinen 2001, 170). Tutkimus perustuu interventioon. Keskustelu on toimintatutkimuksen keskeinen menetelmä. Jatkuvassa keskustelussa tuodaan tietojen perustelut ryhmän kriittisen tarkastellun kohteeksi. Tutkijan kannatta ”syöttää” keskustelua dokumentoimalla keskustelua, siinä asetettuja tavoitteita ja toimintaa. Tässä vaiheessa voidaan käyttää nimitystä reflektointi. Sillä tarkoitetaan, että osanottajat ottavat kantaa, pohtivat ja tutkivat käytännössä erilaisten vaiheiden onnistumista ja tavoitteiden sekä mielikuvien toteutumista. Reflektoinnissa tuodaan esille mielipiteet sekä väitteiden ja tietojen perustelut ryhmälle kriittisesti tarkasteltaviksi. Reflektointi on arviointiprosessi ja antaa osallistujille mahdollisuuden oppia ja kehittää näkemystään eteenpäin. (Anttila 2006, 444.) Toimintaan pyritään vaikuttamaan tutkimuksen avulla. Tässä vaiheessa muutetaan jotain, tehdään jotain toisin kuin on ennen tehty ja seurataan, mitä tapahtuu. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 44.)



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen syklit

Kuvio 1. Toimintatutkimuksen syklisyys (Anttila 2006, 442)

Tämän opinnäytetyön syklisyys on kuvattu myös posterissa (liite 3).

2.4 Kehittämistarpeiden kartoitus (toiminta ja havainnointi)

Akuuttiyksikössä on viime aikoina ollut aikaisempaa enemmän muistisairaita potilaita hoidossa ja heidän hoitonsa vaatii henkilökunnalta uudenlaista osaamista. Hoitohenkilökunta tarvitse osaamista siitä, kuinka sairaudet vaikuttavat potilaan arjessa selviytymiseen ja mitkä ovat hoitomahdollisuudet. Tieto muistisairauksien ilmenemisestä auttaa arvioimaan tilannetta tarkasti sekä tunnistamaan mahdolliset poikkeamat potilaan käyttäytymisessä. (Juva 2007, 8.)

Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa potilaan muistihäiriöt ja järjestää heille jatkotutkimukset. Lisäksi lääkärin tulee suunnitella potilaan jatkohoito. Muistisairauden edetessä jokainen sairastava ihminen tarvitsee jossain vaiheessa laitoshoidoa. Potilaan siirtyminen hoitolaitokseen vaatii hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa. Potilaan toimintakykyä ylläpitämällä voidaan toiminnan vajavuuden etenemistä hidastaa tai jopa kokonaan pysäyttää ainakin vuoden ajaksi. Joka kolmannen potilaan dementoituminen voidaan estää, jos potilaan perustutkimukset tehdään huolella ja ajoissa. (Viramo 1999, 53 - 55.)

Opinnäytetyö lähti liikkeelle alkukartoituksesta. Alkukartoituksen tavoitteena oli selvittää työyhteisön kehittämisen tarpeet muistisairaahan potilaan turvallisuudessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan potilaan turvallista hoitotyötä. Tarkoituksena oli edistää haastellisesti käyttäytyvän muistisairaahan potilaan turvallista hoitoa sekä löytää menetelmiä, miten selviydytään hoitotyön arjesta ja miten ratkaistaan turvallisen hoitotyön kehittämistä vaativia asioita. Tähän haettiin ratkaisuja työyhteisön hoitohenkilökunnalta osastokokouksessa tammikuussa 2013. Ennen osastokokousta keskustelin apulaisosastohoitajan kanssa, mitä asioita on tarpeellista kehittää työyksikössä. Akuuttiyksikössä on iäkkäitä ja muistisairaita potilaita, joten tämä aihe oli ajankohtainen. Myöhemmin osastokokouksessa pyysin hoitohenkilökuntaan kirjoittamaan paperille vähintään kaksi tärkeää asiaa, mitkä ovat heidän mielestään osastolla kehitettäviä asioita. Aiheena oli aggressiivisen ja muistisairaahan potilaan turvallinen hoito.

Osastopalaveriin osallistui 15 hoitajaa, mutta sain vastauksen viideltä henkilöltä. Henkilökunta ei vastaa kysymyksiin mielellään. Hoitajat, jotka vastasivat kyselyyn, antoivat arvokkaita ehdotuksia kehittämisaiheiksi. He myös he perustelivat vastauksensa ja heidän mielestään muistisairaahan potilaan hoito on haastavaa. Kirjallisen palautteen jälkeen osastokokouksessa keskustelimme aiheesta. Kaikki hoitajat antoivat suullista palauteta ja osallistuivat keskuste-

luun. Useiden mielestä muistisairaana potilaan hoitotyön liittyviä aiheita on paljon, joita tulisi kehittää. Esille tuli myös ehdotuksia, kuten esimerkiksi se, miten henkilöstön kuormittavuus vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Viime aikoina, meidän osastolla on ollut liian vähän henkilökuntaa, ja henkilöstön vähentäminen vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Hoitohenkilökunta toteaa, että akuuttiyksikössä on fyysiset tilat puutteelliset ja osastolla on liian vähän yhden hengenhuoneita. Osastolla on ollut aikaisempaa enemmän aggressiivisia potilaita hoidossa ja heidän hoitonsa vaatii henkilökunnalta tavallista aikaa enemmän.

Aineiston analyysimenetelmänä käytin sisällön analyysiä. Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällön analyysi on kerätyn tietoaineiston tiivistämistä. Sen avulla tutkittava ilmiö voidaan kuvailla tai tutkittava ilmiön välinen suhde saadaan esille. Laadullinen informaatio oli verballisessa muodossa oleva aineistoa. Sisällön analyysi on menetelmä, jolla erilaisia aineistoja voidaan analysoida systemaattisesti. Sen avulla voidaan analysoida muun muassa kirjoitettua ja suullista kommunikaatioita sekä asioiden merkityksiä. (Latvala 2003, 21 - 23.)

Kirjoitin puhtaaksi alkuperäiset vastaukset, joita oli 22 kappaletta. Sen jälkeen vastaukset koodasin. Aineistoa ei tarvinnut redusoida (pelkistää), koska alkuperäiset ilmaisut olivat lyhyitä ja niissä ei ollut epäolennaista tietoa. Ennen sisällön analyysin aloittamista luin aineistoa useita kertoja läpi. Aineiston lukeminen vaatii aikaa. Lukiessa syntyy oivalluksia, mutta alkuvaiheessa nämä ovat epäsystemaattisia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 114; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 7; Eskola & Suoranta 1996, 115 - 116.)

Aloitin sen jälkeen analyysin. Aineiston klusteroinnissa (ryhmittelyssä) koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi. Samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia asioita etsitään aineistosta. Tämä tarkoittaa, että samat asiat ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tässä vaiheessa pyritään kehittelemään aineistosta tulkintoja. Sen avulla edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokkiin, niin pitkälle kuin se on sisällön kanalta mielekästä ja mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 114; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 7; Eskola & Suoranta 1996, 115 - 116.) Seuraavaksi sisällön analyysissä etenin niin, että ryhmittelin aineistoa merkityksien perusteella allekkain, ja nimesin sen sisältöä kuvaavalla nimellä. Sen jälkeen ryhmittelin ja yhdistin samankaltaiset nimet alateemoiksi (taulukko 1). Alateemoista muodostui ryhmittelyn tuloksena neljä pääteemaa, jotka kuvasivat osastolla kehitettäviä asioita (taulukko 2).

Taulukko 1. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

ALKUPERAISET ILMAUKSET	ALATEEMAT
<p>1 Potilaan liikkumisen rajoittaminen oman turvallisuuden takaamiseksi</p> <p>2 Ei liika rajoittamista</p> <p>3 Mitä keinoja rajoittamiseen</p> <p>4 Hoitajan oma asenne</p> <p>5 Provosoi potilasta</p> <p>6 Hoitajien pitäisi osata rauhoittaa tilanteet omalla käyttäytymisellä</p> <p>7 Usein lääkitys ei ole kohdallaan potilaan käyttäytymään aggressiivisesti</p> <p>8 Lisätyövoimaa kun on erittäin aggressiivisiä potilaita, ei vie niin paljon aika pois muilta potilailta</p> <p>9 Ulkoisen turvallisuuden tunteen luominen (mutta, miten?)</p> <p>10 Potilaat eivät usein ymmärrä sairaalassa olonsa syytä, joten käyvät levottomiksi ja aggressiivisiksi</p> <p>11 Magneettivoissa oleva potilas, joka on potilaan huoneessa, valvonta? (Esim. tilanteita, jossa potilas on ollut kiertynyt magneettivyön kanssa niin, että on meinannut tukehtua tai jäänyt roikkumaan vöihin.)</p> <p>12 Magneettivoiden käyttöön, selvät pelisäännöt</p> <p>13 Missä ja miten valvotaan</p> <p>14 Tarvitaanko lisää resursseja valvomiseen</p> <p>15 Karkailun estäminen osastolla</p> <p>16 Hoitoon liittyvistä infektioista n. 20 % on ehkäistävissä infektioiden torjunnan perustaan toteuttamisella</p> <p>17 Huolehditään käsien pesusta ja käytetään käsisidesinfektioaineita aina WC:ssä käynnin jälkeen ja ennen ruokailua</p> <p>18 Huolehditään myös, että vieraat pesevät kätensä</p> <p>19 Eristystilanteissa noudatetaan eristysohjeita käsihygieniassa ja suojautumisessa</p> <p>20 Joskus joudutaan rajoittamaan vierailuja</p>	<p>A) Infektoiden torjunta (16, 21)</p> <p>B) Kasihygieniä (17, 18, 19, 22)</p> <p>C) Eristystilanteissa noudatettavat eristysohjeet (19, 20)</p> <p>D) Magneettivoissa olevan potilaan hoito (3, 11, 12, 13, 14)</p> <p>E) Karkailun estäminen osastolta (1, 2, 3, 15)</p> <p>F) Hoitajan asenne (5, 6, 7)</p> <p>G) Ulkoisen turvallisuuden tunteen luominen (10)</p>

eristyspotilaan luona tartunnan leviämiseen ehkäisemiseksi. 21 Infektoiden torjunta vaikuttaa potilasturvallisuuteen 22 Kasihygienia on tärkein yksittäinen keino ehkäistä infektioiden leviämisestä	H) Haasteellisen potilaan turvallinen lääkehoito (3, 7) I) Hoitohenkilökunnan resurssit (8)
--	--

Sisällön analyysissa pääteemoiksi muodostuivat **eristyksessä olevan potilaan turvallinen hoito, potilaan liikkumisen rajoitteet, potilaan turvallinen hoito ja turvallinen lääkehoito** (taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki teemojen ryhmittelystä

ALATEEMAT	PÄÄTEEMA
A) Infektoiden torjunta (16, 21) B) Kasihygienia (17, 18, 19, 22) C) Eristystilanteissa noudatetaan eristysohjeita (19, 20)	1. Eristyksessä olevan potilaan turvallinen hoito (16A, 21A, 17B, 18B, 19B, 22B, 19B, 19C)
D) Magneettivoissa olevan potilaan turvallinen hoito (3, 11, 12, 13, 14) E) Karkailun estäminen osastolta (1, 2, 3, 15)	2. Potilaan liikkumisen rajoitteet (3D, 11D, 12D, 13D, 14D, 1E, 2E, 3E, 15E)
F) Hoitajan asenne(5, 6, 7, 8) G) Ulkoisen turvallisuuden tunteen luominen (10)	3. Potilaan turvallinen hoito (5F, 6F, 7F, 8F, 10G)
H) Turvallinen lääkehoito (3, 7) I) Hoitohenkilökunnan resurssit (8)	4. Turvallinen lääkehoito (3H, 7H, 8I)

Ensimmäisenä pääteema aineistosta nousi **eristyksessä olevan potilaan turvallinen hoito**. Yksikössä toivotaan järjestettävään hygienia - teemapäiviä, jolloin hoitohenkilökunta saisi koulutusta ja voisi testata omaa osaamistaan (esimerkiksi verkkokoulutuksesta). Myös potilaat ja hänen lähiomaisensa pitää saada riittävästi tietoa infektioiden torjunnasta sekä siitä, mikä on käsidesinfection merkitys. Lisäksi hoitohenkilökunnan pitää informoida potilasta ja hänen omaistaan, mitä tarkoittaa eristystilanne ja miksi heidän tulee noudattaa eristysohjeita. Myös hoitohenkilökunnan pitää ohjata potilasta ja omaista, jotta käsihygienia toteutuu oikealla tekniikalla. Hoitohenkilökunta kokee, että kirjallinen kosketuseristysohje on hyvä laatia. Ohje on osa potilasturvallisuutta ja se on hyvä työväline.

”Eristystilanteissa noudatetaan eristysohjeita käsihygieniassa ja suojaautumisessa.”

”Käsihygienia on tärkein yksittäinen keino ehkäistä infektioiden leviämistä.”

”Huolehditään myös, että vieraat pesevät kätensä.”

”Joskus joudutaan rajoittamaan vierailuja eristyspotilaan luona tartunnan leviämiseen ehkäisemiseksi.”

Toiseksi pääteemaksi muotoutui **potilaan liikkumisen rajoitteet**. Henkilökunnan perusteella potilaan rajoittaminen vaati ajantasasta ohjeistusta, johon olisi kirjoitettu selvät pelisäännöt, milloin ja millä keinolla potilasta rajoitetaan. Omahoitajamalli olisi hyvä työskentelymalli muistisairaana potilaan hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan resurssien puutteen vuoksi tämä malli on mahdoton, mutta olisi hyvä ratkaisu. Muistisairaana potilaan omaisella on tärkeä rooli läheisensä hoidossa. Saarnion (2009, 58) tutkimuksen mukaan omaisten läsnäolo tuo muistisairaalle potilaalle turvallisuuden tunnetta ja vähentää ahdistuneisuutta, jolloin potilas on myönteinen hoitoonsa.

”Magneettivöiden käyttöön, selvät pelisäännöt.”

”Mitä keinoja rajoittamiseen.”

Silfverin, Laurin ja Leino - Kilven (1993, 71 - 72) tutkimustulosten mukaan yli 80 % hoitohenkilökunnasta tunsu sekavan ja muistisairaana potilaan häiritsevän työtään ja vajaa viides osa suhtautui työskentelyyn sekavan potilaan kanssa myönteisesti. Hoitajat perustelivat vastauksiaan sillä, että muistamaton ja sekava potilas yrittää toistuvasti karata osastolta ja se herättää ärtymystä osassa hoitajia. Hoitajista 95 % vastasi, että muistisairas potilas vaatii tavallista enemmän kärsivällisyyttä koska hän toistuvasti yritti karata osastolta. Yleensä akuuttiyksikössä on lukitut ulko-ovet, jotka avataan koodinäppäimellä. Jotkut potilaat voivat kuitenkin näppäillä ulko-ovien koodeja tai hissien näppäintä ja pääsivät karkaamaan osastolta.

”Tarvitaanko lisää resursseja valvomiseen.”

”Karkailun estäminen osastolla.”

Kolmantena pääteema aineistosta nousi **potilaan turvallinen hoito**. Hoitohenkilökunnan pätevyys sekä riittävä osaaminen ja koulutus muistisairaana potilaan hoidosta ovat välttämätön. Jos hoitaja ymmärtää muistisairasta potilasta, hän samalla rauhoittaa potilasta omalla käyttäytymisellään. Hoitajan oma asenne vai myös provosoida tai rauhoittaa potilasta.

”Hoitajien pitäisi osata rauhoittaa tilanteet omalla käyttäytymisellä.”

”Hoitajan oma asenne.”

Neljänneksi pääteemaksi muotoutui **turvallinen lääkehoito**. Potilasta voidaan hoitaa turvallisesti, kun lääkitys on ajan tasalla. Lääkelistan päivittäminen helpottaa hoitotyötä ja lisää potilasturvallisuutta. Hoitotyössä on myös menetelmiä, mitä voidaan käyttää haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoidossa. Menetelmien avulla vältetään fyysistä rajoittamista. Näitä ovat esimerkiksi virikkeiden järjestäminen tai vuorovaikutuksen huomioiminen/lisääminen, jolloin rauhoittava lääkkeitä ei käytetä.

”Mitä keinoja rajoittamiseen.”

”Usein lääkitys ei ole kohdallaan potilaan käyttäytymään aggressiivisesti.”

Ohjausryhmän palaverissa päätettiin, että akuuttiyksikössä kehitetään kolme ensimmäistä pääteeman kuvaavaa asiaa. Akuuttiyksikössä on kolme lääkevastaavaa, jotka ylläpitävät lääkehoitoa turvallisella tasolla. Lisäksi he kouluttavat osaston hoitohenkilökunta ja kehittävät työyksikössä lääkehoitoa säännöllisesti. Tämän perusteella tätä pääteemaa ei valittu kehittämiskohteeksi.

2.5 Potilaan hoitotyö akuutti vuodeosastolla (reflektointi)

Ohjausryhmän palaverissa maaliskuussa 2013 reflektoinnin tuloksena päädyttiin, että kehittämiskohteeksi valitaan eristyksessä olevan haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoito, haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan liikkumisen rajoitteet ja haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoito. Potilaan fyysisestä rajoittamisesta ei ole tehnyt tutkimuksia somaattisella osastolla, joten hoitohenkilökunta totesi sen tarpeelliseksi.

Hoitajat arvioivat pitkäaikaishoidossa muistisairaita ja aggressiivisia potilaita haasteellisesti käyttäytyviksi. Heillä esiintyy levottomuutta, vaeltelua ja liikkumista toisten potilaiden huoneissa. Potilaan kokeminen hankalaksi voi johtaa hänen eriarvoiseen kohteluun. Tilanne, jossa hoitaja kokee potilaan hankalana tai haasteellisena, on ongelmallinen hoitotyössä. Hoitohenkilökunta kokee hankalana potilaat, joiden voinnissa ei tapahdu myönteisiä muutoksia.

Lisäksi hoitohenkilökunta kokee haasteellisena potilaat, joka toistuvasti palaavat hoitoon saman ongelman vuoksi. Osa potilaita hyväksyy nopeasti passiivisen sairaan roolin ja uskovat turvaavansa asianmukaisen hoidon itselleen. Hoitajilla on erilaisia odotuksia potilaan käyttäytymisen suhteen ja toivovat, että potilaat mahdollisimman paljon osallistuvat hoitonsa. (Silfver ym. 1993, 1 - 4.)

Pitkäaikaissairaalla ei aina ole jatkuvaa tarkkailua vaativia oireita, joten hoitajien huomio kiinnittyy potilasiin, joiden tilanne vaatii jatkuvaa seuranta. Pitkäaikasairas kokee hoitajat tärkeinä ja pyrkii kiinnittämään huomiota itseensä. Potilas valittaa huonoa oloa, kehittää erilaisia oireita tai pyytää lisää lääkitystä. Tällä potilasryhmällä on muita enemmän lääkitystä sekä laboratorio- ja röntgentutkimuksia. Hoitohenkilökunta kokee tällaisen käyttäytyminen ärsyttävänä ja manipuloivana. Osa pitkäaikaissairaista kokee, ettei kukaan pysty heitä auttamaan ja tekevät toistuvasti valituksia hoidostaan. Tällaiset tilanteet aiheuttavat tarpeetonta kiirettä sekä pettymyksiä ja epäonnistumisen tunteita. (Silfver ym. 1993, 4 - 5.)

Aggressiivisen potilaan kanssa työskentelyn tunsu 53 % hoitajista ajoittain hankalaksi ja erityisen hankalaksi 40 %. Hoitajista 75 % ilmoitti potilaan aggressiivisen käyttäytymisen aiheuttavan ärtymystä. (Silfver ym. 1993, 27.) Aggression taustalla on usein pelko. Pelokas potilas voi raapia, sylkeä, potkia, lyödä tai tarttua vaateisiin ja oven kahvoihin. Potilaan sekavuus voi johtua psyykkisestä sairaudesta tai kehitysvammasta. Hoitohenkilökunnan asenne tällaisessa tilanteessa on tärkeä. Hoitaja etsii keinoja ymmärtää ja rauhoittaa potilasta. Tarvittaessa hoitohenkilökunta muuttaa työrutiineja. Jokainen potilaan tilanne on mietittävä erikseen. (Mäkinen 2014, 16.)

Haasteellisesti käyttäytyvä potilas on myös monisairas ja hän voi sairastaa sairaalainfektiota. Hoitoon liittyvään infektiioon (HLI) vaikuttavat tartunnan aiheuttavat mikrobit, tartuntatiet ja -tapa sekä potilaan vastustuskyky, hänen sairautensa ja sairauden hoito. Hoitoon liittyvät infektiot heikentävät potilaan hoidon laatua ja aiheuttavat lisää kustannuksia. (Torvinen 2013, 7.) Hoitoon liittyviä infektiota kehitty, kun potilaita hoidetaan yliaikoilla tai hoitohenkilökunnalla on kiire ja osasto on ylikuormitettu. Tällaisissa tilanteissa työntekijöille ei jää aikaa miettiä, miten toteutuu hoitoon liittyvä infektioiden torjuntatoimet. (Syrjälä 2010, 31 - 33.) Vaaratapahtuminen raportointia tai ilmoitusten määrää ei voi yksinomaan käyttää osoittamaan turvallisuuden tasoa, vaan se kertoo aktiivisuudesta, millä vaaratapahtumia raportoidaan. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 139.)

Vuonna 2005 Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan 9 % suomalaisissa akuuttisairaaloissa hoidettavista potilaista olivat vähintään yksi hoitoon liittyvä infektio. Leikkausalueen infektiot, keuhkokuume, virtsainfektiot ja sepsis ovat tavallisimmat hoitoon liittyvät infektiot. Bakteeri-infektion aiheuttaman hoidon nopea aloittaminen heikentää potilaan toimintakyvyn ja vähentää laitostumisen vaaraa iäkkäillä potilailla. Tutkimus osoitti, että miehillä hoitoon liittyvät infektiot ovat yleisimpiä naisiin verrattuna ja potilaan ikä oli korkeampi kuin infektiioon sairastumattomilla. Teho-osastolla todettiin kymmenes osa potilaan hoitoon liittyvistä infektiosta, missä infektion saamisen todennäköisyys oli kaksinkertainen muihin osastoihin verrattuna. *Staphylococcus aureus*, enterokokit ja *Escherichia coli* ovat tavallisimpia sairaalainfektioiden aiheuttajamikrobeja. (Kärki & Lyytikäinen 2013, 39; Syrjälä & Laine 2010, 38.)

Tärkein hoitoon liittyvien infektioiden leviämistapa on kosketustartunta ja käsihygienia on tärkein infektioiden torjuntamenetelmä. Käsihygieniaan kuuluu toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään mikrobien siirtymistä henkilökunnan ja potilaan välillä, potilaan ja ympäristön välillä ja potilaiden välillä. Käsihygienialla on ymmärretty yleensä vain käsien saippuavesipesua. Normaalisti iholla esiintyy 100 - 1000 bakteeria neliösenttimetrillä. (Syrjälä & Teirilä 2010, 167; Syrjälä & Lahti 2010, 115; Karhumäki, Jonsson & Saros 2010, 56.)

Käsidesinfektiolla tarkoitetaan käytännössä alkoholipitoisen desinfektioaineen hieromista käsiin. Alkoholi tuhoaa bakteerit nopeasti, jolloin mikrobien valkuaisaineiden rakenne muuttuu. Resistenssiongelmaa ei käytännössä esiinny, koska alkoholi haihtuu nopeasti. Hyvällä käsien desinfektiolla estetään useimpien viruksien leviämistä kuten esimerkiksi HIV:n, enteroviruksen tai rotaviruksen. Tällaisessa käytössä etanoli alkoholilla on parhas teho ja se on huomattavasti parempi kuin tavallinen käsien saippuapesu. (Syrjälä & Teirilä 2010, 167 - 168.)

Kädet desinfioidaan hieromalla alkoholivalmistetta aina, ennen ja jälkeen, kun potilaaseen tai lähiympäristöön kosketaan. Lisäksi kädet desinfioidaan ennen suojakäsineiden laittoa ja niiden riisumisen jälkeen sekä käsien pesun ja kuivauksen jälkeen. Oikea desinfektio hierontatekniikka pitää osata. Tukena voidaan käyttää esimerkiksi ultraviolettivaloa. Käsihuuhdetta otetaan 3 ml ja sen kuivuminen kestää 30 sekuntia. Huuhdetta otetaan kuiviin käsiin ja sitä hierotaan ensin sormenpäihin ja peukaloon. Kämmeniä hierotaan vastakkain ja sormia koukistettuna vastakkain. Sormien ja peukaloiden hierominen on tärkeää ja usein kiireen tai epähuomion vuoksi ne jäävät vajaaksi desinfektoitumisesta. (Syrjälä & Teirilä 2010, 165 - 170.)

Usein haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoidossa hoitohenkilökunta käyttää fyysisen rajoittamisen keinoja estämällä potilaan vapaata liikkumista. Fyysisellä rajoittamisella ja rajoittamistoimenpiteillä tarkoitetaan toimia, joilla puututaan potilaan fyysiseen vapauteen. Fyysisten rajoitteiden käyttöä perustellaan potilaan turvallisuudella. Rajoittamisella halutaan estää potilaan kaatuminen, putoaminen ja loukkaantuminen. Pitkittänyt fyysisten rajoitteiden käyttö aiheuttaa potilaalle liikkumattomuutta, inkontinenssia, painehaavoja sekä lisää lääkkeiden käyttöä ja altistaa infektioille. Fyysinen rajoittaminen alentaa myös potilaan liikkumiskykyä, lisää sairastavuutta ja avun tarvetta sekä kaatumisriskiä. Fyysisten rajoitteiden käytöllä on vaikutusta, sillä potilaalla on suurempi riski kuolla aikaisemmin, verrattuna niihin, joiden liikkumista ei rajoiteta. (Tideiksaar 2005, 121 - 122; Saarnio & Isola, 2008, 272.)

Fyysisten rajoitteiden käyttö on ollut pitkään käytäntö vanhusten laitoshoidossa. Saarnion (2009, 55) tutkimuksen mukaan eniten fyysisiä rajoitteita käytettiin terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vähiten yksityisissä vanhainkodeissa. Tutkimuksen mukaan laitoksessa, jossa on runsaasti potilaspaiikkoja (yli 20), tapahtuu potilaan fyysistä rajoittamista usein. Lähi/perushoitajista ilmoitti 90 % käyttäneensä fyysistä rajoittamista. Joskus hoitohenkilökunta rajoittaa potilasta fyysisesti ennaltaehkäistäessä tapaturmia.

Dementoituneiden kohdalla potilaan sitomisen perusteena käytetään hänen turvallisuutensa takaamista. Muistamattomuus altistaa rajoitteiden käytölle. Muistisairaspotilailla, erityisesti Alzheimerin tautia sairastavilla, on vaikeuksia ympäristön hahmottamisessa. Liikuntakyvyn alentuminen muistisairaalla potilaalla aiheuttaa putoamis- ja kaatumisriskiä ja siksi hoitohenkilökunta rajoittaa hänen liikkumistaan. Muistisairaspotilas saattaa kiivetä sängyn laidan yli, jonka seurauksena on vuoteesta putoaminen ja jopa luun murtumia. (Hartikainen & Jäntti 2001, 291.) Nostetut sängynlaidat voivat aiheuttaa levottomille tai muistamattomille potilaille useita lieviä vammoja, kuten mustelmia, ruhjeita, repeämiä, jos heidän kädet tai jalkansa jää pinteeseen. Mg-vyön käyttö johtaa myös kaatumisiin, jos siteitä ei ole kiinnitetty huolellisesti. (Tideiksaar 2005, 43 - 44.)

Dementoituva potilas on haasteellisesti käyttäytyvä, koska aggressiivisuus, levottomuus, vaeltelu ja huonekavereiden häiritseminen aiheuttaa muutoksia heidän käyttäytymisessään. Dementiaa sairastavilla on oikeus asianmukaiseen, ihmisarvoa kunnioittavaan ja elämänlaatua ylläpitävään hoitoon ja tukeen. (Kanala, Leinonen & Naumanen-Tuomela 2002, 13.)

Potilaan levottomuuteen liittyy usein sekavuutta ja se on tavallisilla vanhuspotilailla. Sekavan ja levottoman potilaan käyttäytyminen ilmenee yleisenä kiihtyneisyytenä, sängystä kiipeilynä, yhteistyö kyvyttömyytenä, äänekkäänä puheena, huuteluna, lyömisenä ja kiroilua. (Silfver ym. 1993, 17.) Hoitohenkilökunta tuntee vuorovaikutuksen heidän kanssaan hankalaksi, koska dementoituvalla potilaalla käyttäytyminen voi olla arvaamatonta. Heidän mielialansa vaihtelee hyvän tuulisuudesta raivoon ja väkivaltaisuuteen. Potilaan aggressiivisuus on aina ongelmallinen ja uhkaava tilanne hoitohenkilökunnalle. Potilasturvallisuuden näkökulmasta se on myös uhkaava tilanne muille potilaille. (Silfver ym. 1993, 17, 27).

Lisäksi Silfverin ym. (1993, 5 - 7) tutkimustuloksen mukaan hankalaksi on todettu myös psyykkisesti sairas ja kuoleva potilas. Tutkimuksen mukaan nuorta lapsipotilasta ei pidetä hankalana, ellei kyseessä oli psyykkisesti sairas. Sen sijaan vanhempien potilaiden kohdalla koettiin turhautumista, koska heillä oli samanaikaisesti useita sairauksia.

Hoitohenkilökunnalle on järjestettävä lisäkoulutusta haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoidosta. Esimerkiksi MAPA -koulutus, Englannissa kehitetty malli, auttaa hoitajaa kohtamaan ja hallitsemaan potilaan aggressiivista käytöstä. Hoitoketjun osana myös potilas- ja omaisjärjestöillä on tärkeä rooli. (Tarnanen, Suhonen & Raivio 2010; Mäkinen 2014, 18.)

Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät iän myötä ja samalla lisääntyvät lääkkeiden käyttö, minkä vuoksi iäkkäät ihmiset tarvitsevat useita lääkkeitä ja altistuvat niiden haitta- ja yhteisvaikutuksille. Useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö lisää haittavaikutuksia. (Kivelä & Räihä 2007, 97; Kivelä 2004, 11.) Lisääntynyt lääkkeiden käyttö johtaa monilääkitykseen. Tästä on kyse, jos ihminen käyttää vähintään viittä lääkettä samanaikaisesti. Iäkkäillä monilääkitys on yleistä, erityisesti naisilla, joista joka kolmas 85-vuotias käyttää samanaikaisesti 10 eri lääkettä. (Kivelä 2004, 55.)

Tilviksen (2001, 322) mukaan 75-vuotiaiden potilasryhmässä lähes 40 % potilaista käytti päivittäin viittä eri reseptilääkettä. Tästä syystä lääkkeiden yhteisvaikutuksen ja haittavaikutuksen vaara on korkea. Lääkkeiden haittavaikutuksia lisäävät vanhuksen muistin heikkeneminen tai yksinäisyys, koska vanhus voi pyytää turhaan lääkehoitoa. Lääkkeiden haittavaikutukset voivat johtaa uuden lääkityksen aloittamiseen, aikaisempien lääkkeiden haittavaikutukset voidaan tulkita sairauden oireiksi. (Kivelä 2004, 55; Hartikainen & Jäntti 2005, 357.) Jokaisen

iäkkään potilaan lääkehoitoon osallistuvan henkilön tulee raportoida potilasta hoitavalle lääkärille havaitsemistaan mahdollisista haittavaikutus- tai vieroitusoireista. (Kivelä 2004, 94.)

Uutta lääkettä voidaan määrätä oireiden perustella, selvittämättä oireiden syitä. Hyvä esimerkki on unilääkkeiden aloittaminen, vaikka kyseisen oireet ovat masennustilan oireita ja asianmukainen lääkitys olisi antidepressiivinen. Lisäksi väsymys, huonovointisuus, yleiskunnon laskeminen, pahoinvointi tai muistin heikkeneminen ovat yleisiä monilääkityksen käytöstä johtuvia haittavaikutuksia. (Kivelä 2004, 13, 55.)

Iäkkäillä on erityyppisiä haittavaikutuksia, kuin nuorilla ihmisillä. Haittavaikutukset saattavat jatkua pitkään tai jopa jäävät tunnistamatta. Joka tapauksessa lääkkeiden lyhyt- tai pitkäkestoiset haittavaikutukset heikentävät iäkkään ihmisen elämäläatua, toimintakykyä ja lisäävät terveyspalvelujen tarvetta. (Kivelä 2004, 53 - 55.) Maailman terveysjärjestö suositaa, että vanhuksilla on käytössä korkeintaan 3 - 4 eri lääkettä (Kivelä 2004, 11; Kivelä 2008, 354, 361). Keskimäärin dementiaa sairastavalla potilaalla on perussairauden lisäksi neljä toimintakykyä rajoittavaa sairautta ja hänellä on käyttösään kuusi lääkettä (Viramo 1999, 54).

Käypä-hoito suosituksen mukaan muistilääkkeet on vain osa potilaan kokonaishoitoa. Kokonaishoitoon kuuluvat vaaratekijöiden poistaminen ja sairauksien hoito, mielialan ja käytösoireiden hoito sekä kuntoutus, ohjaus ja tuki, hyvä perushoito (muun muassa ravitsemuksen ja kivun hoito), laukaisevien tekijöiden poistaminen (esimerkiksi kipu), liikunta, virkistys ja kuntouttava toiminta. Iäkkään potilaan lääkehoitokokonaisuus tulee tarkista vähittäin keran vuodessa, lääkkeiden määrän käytöstä riippumatta. (Kivelä & Rähä 2007, 97; Kivelä 2004, 11.) Iäkkään potilaan hyvän lääkehoidon toteuttaminen on yhteistyötä hoitohenkilökunnan, potilaan, lähiomaisten ja kotihoidon henkilöstön kanssa. (Kivelä 2004, 94.)

3 ERISTYKSESSÄ OLEVAN HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN POTILAAN TURVALLINEN HOITOTYÖ (2A SYKLI)

Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena ohjausryhmän kokouksessa päätimme lähteä kehittämään osaston eristyshoidossa olevan muistisairaana potilaan infektioiden torjuntaa. Toisen syklin kulun suunnittelemiseksi kokoonnuimme projektiryhmän kanssa. Tavoitteena oli hoitotyöntekijän käsihygienian parantaminen. Kehittämiskysymykseksi muodostui, miten osaston hoitotyöntekijöiden käsihygieniaa voidaan kehittää?

Potilaan sairaalainfektio ei ole aina seurausta sairaalassa tapahtuvasta tartunnasta tai puutteellisesta hygieniasta, vaan se saa alkunsa potilaan omista bakteereista. Sairaalainfektioista noin 20 - 30 % on ehkäistävissä. Loput ovat seurauksia esimerkiksi potilaan vaikeasta perustaudista ja sen riskialttiista hoidosta ilman, että on tapahtunut hoitovirhe. (Lautala 2013, 1076.)

3.1 Infektioiden torjunta kosketuseristyksessä (suunnittelu)

Hoitoon liittyvien infektioiden aiheuttajat voivat kuulua eri mikrobinryhmiin, joita voidaan ehkäistä tavanomaisilla varotoimilla. Tällaisilla toimilla katkaistaan tartuntatie estämällä mikrobin leviäminen, niiden siirtyminen hoitotyöntekijästä potilaaseen, potilaan lähiympäristöstä työntekijään tai toisiin potilaisiin. Tavanomaisissa varotoimissa on viisi keskeistä asiaa: oikea käsihygienia, oikea suojainten käyttö, oikeat työskentelytavat, poisto- ja viiltovahinkojen välttäminen ja oikea välineiden käsittely unohtamatta asianmukaista pyykin ja jätteiden käsittelyä. (Syrjälä 2010, 27 - 28.) Hoitoon liittyvistä infektioista 20 - 70 % on ehkäistävissä. Hyvä käsihygienia on tehokkain tapa vähentää infektion aiheuttajien leviämistä terveydenhuollon yksikössä ja suojata potilasta hoitoon liittyviltä infektioilta. Oikein toteutetun käsihygienian kustannukset ovat alle 1 % hoitoon liittyvien infektioiden kustannuksista. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä sairaalahygieneiprojektin aikana vuosina 2001 - 2004 pystyttiin vähentämään hoitoon liittyviä infektioita 30 % ja lisäämään käsihuuhteen kulutusta 40 %. (Rintala & Routamaa 2013, 1120.)

Hoitoon liittyvät infektiot ovat yleisimpiä hoidon komplikaatioiden aiheuttajia. Vuonna 2011 Suomessa tehdyssä kansallisessa tutkimuksessa 7,4 %:lla potilaista oli havaintohetkellä vähin-

tään yksi hoitoon liittyvä infektio. Hoitoon liittyvät infektiot aiheuttavat inhimillistä kärsimystä, ylimääräistä tautirasitusta, pidentyneitä sairaalahoitoaikoja, ylimääräisiä kustannuksia, invaliditeettia ja jopa kuolemia. Potilaalle hoitoon liittyvä infektio voi aiheuttaa pysyviä terveydellisiä haittoja. Hoitoon liittyvät infektiot ovat merkittävä potilasturvallisuusriski. Potilas ja yhteiskunta maksavat kalliita kustannuksia, kun käsien desinfektioajasta säästetyt muutamat minuutit johtavat kalliisiin hoidon komplikaatioihin. Infektioiden hoitoon liittyvät kansalliset kustannukset ovat noin 200 - 500 miljoonaa euroa vuodessa. Kuitenkin infektioista jopa viidennes on torjuttavissa. Hyvä käsihygienia on yksinkertainen ja helppo keino katkaista taudinaiheuttajien leviäminen potilaasta toiseen. (Rintala & Routamaa 2013, 1121; Korhonen 2013, 7.)

Hyvään käsihygieniaan kuuluu välttää ennalta käsien likaantumista mikrobeilta. Paljain käsin ei tule koskea paikkoja, joissa on runsaan mikrobikontaminaation mahdollisuus. Suojakäsineiden oikealla käytöllä vähennetään käsiin kiertyviä mikrobeja ja niiden siirtymistä. Kertakäyttöisiä suojakäsineitä tulee käyttää potilashoitotyössä eri tilanteessa, esimerkiksi kosketeltaessa verta, kehon nesteitä, eritteitä, kontaminoituneita ihoalueita, limakalvoja, rikkinäistä ihoa tai potilaille laitettuja vierasesineitä (verisuoni- ja virtsatietekatetreit tai intubaatioputki). Käsineet tulee panna puhtaisiin ja kuiviin desinfioituihin käsiin, joita toimenpiteiden jälkeen otetaan pois ja pannan roskiin. Käsineiden riisumistekniikkaan kiinnitetään huomioita, koska sen ulkopinnalta tulee helposti mikrobeja käsiin. Suojakäsineiden poiston jälkeen tehdään käsiendesinfektio. (Syrjälä & Teirilä 2010, 176 - 177.)

Saksassa valtakunnallinen käsihuuhteiden kulutuksen seuranta lisäsi käsihuuhteen käyttöä lähes 40 %. Suomesta tällainen seuranta puuttuu. Pelkkä seuranta ei riitä, vaan viranomaisten on myös puututtava käsihuuhteiden vähäiseen kulutukseen. Voidaan myös kysyä, onko hyvän käsihygienian noudattamatta jättäminen ammattieettisesti oikein ja voitaisiinko siihen puuttua rangaistuksilla. (Rintala & Routamaa 2013, 1121.)

Tartuntatautilain (1986/583) mukaan sairaalainfektiolla tarkoitetaan terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyttä tai alkunsa saanutta infektiota. Tartuntataudilla tarkoitetaan sairautta tai tartuntaa, jonka aiheuttaa elimistössä lisääntyvät pieneliöt (mikrobit) tai niiden osat taikka loiset. Tartuntatauti tarkoittaa myös pieneliön myrkyä (toksiiniä) aiheuttamaa tilaa. Hoitoon liittyville infektiolle altistuvien potilaiden määrä lisääntyy. Hoitoon liittyvä infektio on potilaalla todettu mikrobin tai mikrobin toksiinin aiheuttama

paikallinen tai yleisinfektio, joka ei ollut todettavissa potilaan tullessa hoitoon ja kyseinen infektio todetaan hoitajakson aikana tai sen jälkeen. Hoitoon liittyvien infektioiden aiheuttajat voivat kuulua mihin mikrobiryhmään tahansa. Infektiota aiheuttavat bakteerit, virukset, sienet ja parasitiitit. Virukset aiheuttavat enemmän hoitoon liittyviä infektioita kuin yleensä ajatellaan. Esimerkiksi hengitystievirukset ja norovirukset, jotka ovat yleisin vatsataudin epidemioiden aiheuttaja maailmanlaajuisesti, ovat merkittäviä kaikissa potilasryhmissä. (Syrjälä 2010, 18; Meurman & Kanerva 2010, 426.)

Infektio torjunta korostetaan, kun kädet pestään nestemäisellä saippualla näkyvän lian poistamiseksi WC-käynnin jälkeen, *Clostridium difficile* ja noroviruksen aiheuttamien infektioiden yhteydessä ja jos on poikkeuksellisesti koskenut kehon nesteisiin ilman käsiaineita. Kädet pestään myös silloin, jos käsihuuhteen sisältämä glyseroli on kerrostunut käsiin. Kosteat, pesun jälkeen huonosti kuivatut, kädet levittävät muun muassa klebsiellaa, pseudomonasta ja enterobakteereita, ja sen vuoksi käsien kuivaaminen on tärkeää. (Syrjälä & Teirilä 2010, 167 - 173.)

Käsien saippuapesua kannattaa välttää hoitotyössä, koska se poistaa käsistä selvästi huonommin ja hitaammin mikrobeja kuin alkoholihuuhteen. Lisäksi jatkuva käsien saippuapesu kuivatta ja ärsyttää ihoa. Käsidesihuuhte aiheuttaa vähemmän iho-ongelmia kuin saippuavesipesu. Kuivumisen vuoksi käsien iho voi muuttua karkeaksi ja hilseileväksi, joten perusvoiteen käyttö on perusteltua. Perusvoide edistää ihon pysyvän mikrobien säilymistä. Lisäksi perusvoiteen ansioita bakteerien leviäminen käsistä ympäristöön vähenee jopa neljä tunnin ajaksi. Tämän perusteella perusvoiteiden käyttö suojaa ihon kuntoa ja edistää infektioiden torjuntaa. (Syrjälä & Lahti 2010, 115; Syrjälä & Teirilä 2010, 173.)

Kajaaniin seudun sairaalan akuuttiyksikössä on SAI-järjestelmä (sairaalan antibiootti- ja infektionseurantajärjestelmä), jonka tarkoitus on infektioiden seuranta ja ehkäisy. SAI-järjestelmä on helppokäyttöinen työkalu infektioihin liittyvän tiedon osastokohtaiseen rekisteröintiin. Järjestelmä mahdollistaa pääsyn ajan tasalla oleviin infektioita ja antibioottitilastoja koskeviin tietoihin. SAI-järjestelmään kuuluu infektioiden seuranta, toimenpideseuranta, levinneisyysseuranta ja antibioottien käytön seuranta. (Meurman 2013, 7.)

Osastolla työskentelee kaksi sairaanhoitajaa hygieniavastaavana, jotka päivittävät säännöllisesti SAI-järjestelmää. SAI-järjestelmän avulla voidaan luoda yksityiskohtaisia raportteja,

esimerkiksi tietyn mikrobityypin esiintyvyyden raportointi osastolla. Lisäksi voidaan luoda laajoja yhteenvetoja, esimerkiksi kaikki antibiootikuurit tietyltä ajanjaksolta. SAI-järjestelmä tuli käyttöön kaksi vuotta sitten. Sen avulla hoitohenkilökunta voi seurata tartuntojen levinneisyyttä ja miettiä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Seuranta perustuu tartuntatautilain velvoitteeseen ehkäistä resistenttien bakteerikantojen leviämistä hoitojen yhteydessä. (Torvinen 2013, 8.)

SAI -rekisterin mukaan potilaiden yleisin sairaalainfektio osastolla on virtsatieinfektio, joiden osuus on noussut 79 % vuodesta 2012 vuoteen 2013. Jokainen infektio lisää lähes kuusi hoitopäivää 1000 hoitopäivää kohtaan. Toiseksi yleisimpiä ovat mahasuolikanavan sairaalainfektiot ja niiden osuus oli melkein sama molempina vuosina. Tämä infektio on lisää kaksi ylimääräistä hoitopäivää 1000 päivän kohti. Kolmantena infektiona on keuhkokuume, jonka osuus on noussut noin 63 % kyseisenä aikana (liite 4 ja 5). Näiden hoito aiheuttaa puolitoista ylimääräistä hoitopäivää. (Torvinen 2013.)

Käsihuuhteen kulutus, noin 30 litraa 1000 hoitopäivää kohti, on kansainvälinen raja, jolla on osoitettu voitavan vähentää sairaalainfektioiden määrää. Huuhteen kulutus vaihtelee yksikön luonteen ja hoidettavan potilasaineksen mukaan. Käsihuuhteen kulutusseurannan mukaan Kajaanin seudun sairaalassa akuuttiyksikössä kulutus on ollut 12 litraa vuonna 2013. (Torvinen 2013.)

Hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten käsihygienian toteuttamiseksi käytävällä, potilasvuoteiden päädyissä ja osaston sisäänkäynnin yhteydessä on desinfektioautomaatti. Joka huoneessa on suojakäsineiden telinne. Pääaulassa ilmoitustaululla on kirjallinen ohje ja posterit hyvästä käsihygieniasta. Mahasuolikanavan infektioiden yhdessä pyritään kiinnittämään erityistä huomiota aseptiseen toimintaan ja käsihygieniaan. Käsihygieniaosaaminen ja sen oikea tekniikka on taitoa, jonka hoitaja on oppinut ammatillisen koulutuksen yhteydessä ja sen oikea toteuttaminen on osa potilasturvallisuutta.

Lisäksi laitoshuoltajien on tärkeää noudattaa hyvää käsihygieniaa ja he tarvitsevat myös osaamista infektioiden torjunnasta. Laitoshuoltajat eivät osallistu aktiivisesti potilaiden hoitoon, mutta he huolehtivat siisteydestä ja ruoan jaosta osastolla, joten heidän osaaminen infektioiden torjunnasta ja käsihygienian toteuttamisesta kuuluu potilasturvallisuuteen. Käsihygieniaan ja infektioiden torjuntaan liittyvä koulutus on ollut satunnaista, jota ei ole järjestetty

säännöllisesti. Koulutuksiin on osallistunut sairaanhoitajat, jotka toimivat infektiovastaavina. Koulutuksen jälkeen infektiovastaavat olivat kouluttaneet hoitohenkilökuntaa osastolla ja informoineet kollegoita infektion torjunnan uusista asioista. Hygienia käsittelevä teemapäivät on järjestetty osastolla noin kerran vuodessa. Olisi hyvä jos hoitohenkilökunnan lisäksi tulevaisuudessa siihen voisi osallistua myös laitoshuoltajat.

Akuuttiyksikköön laadittiin samanaikaiseksi kirjallinen ohje potilaalle ja omaisille: potilaan kosketuseristäminen akuuttiyksikössä ja tiukennettu kosketuseristäminen yhden hengen huoneessa. Kosketuseristysohje esitettiin osallistujille hygieniapäivässä.

3.2 Käsien desinfektio testaus UV-laitteella ja käsihygienian kehittäminen verkkotestin avulla (toiminta)

Infektioiden torjunnan kehittämisen rajasimme käsihygieniaan, koska kosketustartunta on tärkein infektioiden leviämistapa ja koimme käsihygieniassa olevan osastollamme kehittämisen tarvetta. Lisäksi päätettiin tehdä kirjallinen kosketuseristys ohje potilaalle ja omaisille. Hoitohenkilökunta koki sen tarpeeksi. Tällaisia ohjeita ei ole, ja yksikössä on päivittäin hoidossa kosketuseristyspotilaita. Omaiset ovat mukana potilaan hoidossa ja ohje on myös heitä varten. Selkokieliset ohjeet säästävät henkilökunnan aikaa ja tukevat potilasturvallisuutta.

Hygieniapäivän ohjelma

Hygieniapäivään sisältyi neljä osiota. Ensimmäinen osio oli hoitohenkilökunnan käsihygienian kehittäminen infektioiden torjuntaan liittyvän verkkotestin avulla. Toisessa osiossa hoitohenkilökunta testasi ja arvioi käsiään desinfektion onnistumista. Kolmannessa osiossa hygieniahoitaja esitti osallistujille kosketuseristysohjeen, joka oli laadittu potilaalle ja omaisille. Neljäs osio sisälsi palautteen ja keskusteluun hygieniapäivän lopussa. Kouluttajat olivat osaston hygieniahoitajia. Hygieniapäivän tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan osaamista käsidesinfektion toteuttamisesta ja sen tekniikan varmuudesta.

Hygieniapäivä toteutui osaston päiväsalissa ja siihen oli kutsuttu myös kuntoutusyksikön henkilökuntaa. Päivään osallistui yhteensä 28 hoitohenkilöä osastolta. Mukana oli hoitohenkilökuntaa, osastohoitajia, akuutti- ja kuntoutusyksikön apulaisosastohoitajat ja viisi opiskeli-

jaa. Päivän ohjelma oli mielenkiintoinen ja se oli järjestetty niin, että kaikki osallistujat voisivat osallistua heidän työvuorostaan riippumatta. Jotkut hoitotyöntekijät olivat esimerkiksi puoli tuntia ja kävivät kaksi kertaa työvuoron aikana päiväsalissa, jossa he suorittavat eri tehtäviä.

Hoitohenkilökunta suoritti ensimmäisen kerran käsidesinfektion ja he tarkistivat tuloksen UV- laiteella. Päiväsalissa oli kaksi tietokonetta, joissa osallistujat suorittivat infektioiden torjuntaan liittyvän verkkotestin ja saivat siitä todistuksen. Verkkotestin jälkeen hygieniahoitaja esitti yhdelle tai kahdelle osallistujalle kerrallaan kosketuseristysohjeen. Tämän jälkeen hoitohenkilökunta suoritti toisen kerran käsidesinfektio-testauksen. Hygieniapäivän ohjelma suunniteltiin niin, että jokainen henkilö voi osallistua valittuun osioon. Suurin osa hoitohenkilökunnasta suoritti verkkotestin (20 henkilöä) ja he tekivät ensimmäisen käsidesinfektio-testauksen (28 henkilöä). Työkiireiden vuoksi osa osallistujista ei testannut käsidesinfektioita toista kertaa.

Hygieniapäivän aikana pyöri taukoamatta infektiorjunta video ”Hyvin vakava viesti käsihygieniasta sairaaloissa” (2011). Hoitohenkilökunta oli katsonut videota tehtävien suorittamisen välillä. Video kesti noin neljä minuuttia ja se osoitti, kuinka tärkeää käsihygienia on hoitotyössä. Videon tarkoituksena oli herättää hoitohenkilökunnan huomiota, kuinka näkymättömät mikrobit voivat kulkea sairaalan tiloissa. Videon sisältö oli opettavainen, koska se osoitti konkreettisesti sen, miten hoitohenkilökunta voi estää mikrobien levittämisen yksin kertaisilla menetelmillä: pese kädet ennen ja jälkeen, kun kosketat potilasta tai hänen ympäristöönsä.

Verkkotesti

Hoitohenkilökunnasta 20 suoritti suomalaisen lääkäriseura Duodecimin internetsivuilla olevan infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa verkkokoulutuspakettiin sisältyvän oman osaamisen testin. Verkkokoulutustestissä sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat suorittivat oman osaamisen testin. Testi sisälsi monivalintakysymyksiä eri infektiorjunnan alueelta: tavanomaiset varotoimet (1 kysymys), oikea käsihygienia (4 kysymystä), oikea suojainten käyttö (3 kysymystä), oikeat työskentelytavat (5 kysymystä) sekä neulojen ja terävien esineiden käsittelyyn (3 kysymystä) (liite 6). Testin jälkeen hoitajat tarkistivat tuloksensa. Testi an-

toi oman osaamisen raportin, joka näytti osaamisen kultakin osa-alueelta 1 - 100 prosentteina. Jokaisen vastaajan osaamisen raportti tulostettiin tietokoneelta testin jälkeen. Myöhemmin kokosin kaikkien testiin osallistuneiden osaamisen raportit (taulukko 3, liite 7).

Verkkokoulutustesti perustuu ”Infektioiden torjunta sairaalassa” -kirjaan ja materiaali oli saatavilla Duodecimin verkkosivuilta (Jakobsson, Teirilä & Holttinen 2007). Infektioiden torjunta verkkotesti sisälsi kuusi osiota. Tavoitteena oli, että tulosten analyysin mukaan voidaan katsoa, mitkä asiat pitää jatkossa osastolla kehittää.

Käsien desinfektio-testaukset

Demonstraatio esitykset, ultraviolettivalo tai erilaiset väriaineet ovat menetelmiä, joilla oikeaa käsien desinfektio-tekniikkaa voi oppia ja harjoitella. Bakteeriviljelyiden avulla näyte otetaan sormen päästä ennen käsihuuhtelua ja käsihuuhteen käytön jälkeen. Kahden päivän kuluttua arvioidaan käsihuuhteen käyttö bakteerimajoilta. Hyvin onnistuneen käsidesinfektion jälkeen ei todeta bakteerikasvua. (Syrjälä & Teirilä 2010, 169.)

Hoitohenkilökunnan käsihuuhteen käytön onnistumista testattiin hygieniapäivänä UV-laitteella. Ultravioletti merkkiaineella käsitelty käsihuuhde osoitti UV-laitteessa kohdat käsissä, joissa desinfektio toteutui puutteellisesti (valokuvat liitteenä 8). Osaston hoitohenkilökuntaa oli informoitu UV-laitteen käytöstä. UV-laite oli käytössä osastolla jo edellisenä vuonna. Testaukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen suoritti suurin osaa osallistujista. Kun henkilö tuli päiväsalin, hän suoritti ensin käsidesinfektio-testauksen UV-laitteella ja toisen kerran poistuessaan päiväsalista. Molempien testauksen aikana tehtiin havainnointia ja tulokset kirjattiin paperille. Tulokset kirjattiin käden kuviin, joihin merkittiin puutteelliset desinfektiokohdat jokaiselta henkilöltä erikseen. Lopuksi käsidesinfektion havainnoinnin tulokset koottiin yhteen. Osan havainnointimerkinnoista teki hygieniahoitaja ja osan projektipäällikkö. Ennen testausta jokaiselle henkilölle kerrottiin ja näytettiin käsidesinfektio-tekniikka. Lisäksi oikeita käsidesinfektio-tekniikan posterikuvia oli seinällä UV-laitteen vieressä. Ensimmäisen testaukseen osallistui 28 hoitotyöntekijää. Toiseen testaukseen osallistujia oli 8. Osa osallistujista osallistui molempiin testauksiin ja osa vain toiseen.

Hygieniahoitajien järjestelmä koulutus

Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittäminen on osa organisaation turvallisuutta. Henkilökunnan osaamista edistävä koulutus on yksi menettelytapa hoitotyön edistämiseksi ja onnistumiseksi. (Helovuori ym. 2011, 167.) Koulutuksellisilla interventioilla pyritään yksilöiden ja henkilökunnan käyttäytymistapojen muutokseen. Ulkopuoliset kouluttajat voivat tuoda työyhteisölle uusia toimintamalleja. Työyhteisö päättää niiden käytöstä ja sovelluksista. (Mäkisalo 2004, 148.)

Näyttöön perustuva toiminta painottaa tutkimustulosten käyttöä ja tarkoituksenmukaista arviointitiedon käyttöä. Tavoitteena on saada työyhteisö, jossa kaikki oppivat toisiltaan, ymmärtävät tutkimuksen perustuvan toiminnan ja arvostavat jatkuvaa koulutusta. Tutkimustieto on paras keino toiminnan oikeaan suuntaan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tutkimustiedon etsiminen alkaa vasta, kun työyhteisössä tunnistetaan hoitotyön tiedon puute. Hoitotyöntekijät hakevat tietolähteistä tietoa, arvioivat sen luotettavuutta ja tekevät analyysiä. Tietoa sovelletaan käytäntöön ja arvioidaan sen vaikuttavuutta. (Mäkisalo 2004, 142 - 143, 145.)

Kyselyn tarkoituksena on saada koottua, tietyin kriteerein valitulta joukolta, vastauksia kysymyksiin. Kyselylomakkeen pitää olla lyhyt, yksinkertainen ja selkeä. Tällöin vältytään uhraamasta liikaa aikaa vastaamiseen. Liian monimutkaiset kyselylomakkeet pelottavat vastaajia ja runsas kysymysten määrä väsyttää vastaajia. Avoimet kysymykset mahdollistavat kukin vastaamaan, kuinka itse haluaa. (Anttila 2006, 444, 260 - 262.)

Kysely sisälsi kolme avointa kysymystä, johon vastaaja sai itse kirjoittaa, mitä hän haluaa. Kyselylomake suunniteltiin päivän tavoitteiden mukaan, eli mitä hoitohenkilökunta oppi ja miten osastolla voi edelleen kehittää käsihygieniää. Hygieniahoitajat ja projektipäällikkö laativat kysymykset yhdessä.

Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa, minkä hoitotyöntekijät kokevat tärkeäksi käsihygienian kehittämisessä ja mitä uutta he oppivat. Lisäksi haluttiin kuunnella hoitohenkilökunnan mielipiteitä uudesta kosketuseristysohjeesta (liite 9 ja 10). Palautelomake annettiin osallistujille hygieniapäivän alussa ja päivän lopussa he jättivät kyselyn palautuslaatikkoon, joka oli päivänsalissa. Kyselylomakkeen palautti 12 hoitajaa hygieniapäivän lopuksi (liite 11). Kerroin

heille, mihin tarkoitukseen aineistoa kerätään ja mihin tuloksia käytetään. Heidän henkilösuojaansa ei ole opinnäytetyön missään vaiheessa uhattuna ja tuloksissa ei ilmoiteta henkilötietoja.

Saadun aineiston analysoin induktiivisella sisällön analyysillä. Palautelomakkeet luin useaan kertaan läpi. Alkuperäiset ilmaukset olivat lyhyitä ja selkeitä, joten niiden pelkistämistä en tehnyt. Kyselylomakkeen ensimmäiseen kysymykseen tuli 18 alkuperäisilmausta, toiseen kysymykseen 16 ja kolmanteen kysymykseen 10 alkuperäisilmausta. Induktiivisen sisällön analyysin perusteet olen kuvannut jo ensimmäisen syklin alkukartoituksen tuloksia raportoitessa. Kyselyn tulosten sisällön analyysi eteni samojen vaiheiden kautta kuin ensimmäisen syklin alkukartoituksessa. Etsin aineistosta tutkimuskysymyksen mukaisesti samankaltaiset ilmaukset, joista muodostin teemat. Esimerkki aineiston sisällön analyysistä on liitteessä 12.

3.3 Käsienhygienian kehittämisen tulokset (havainnointi)

Infektioiden torjunta – verkkotestin tulokset

Hoitajien suorittamassa Duodecimin infektioidentorjunnan testissä oikeaan käsihygieniaan liittyviä kysymyksiä oli neljä. Käsihygieniaan liittyvät kysymykset liittyivät yleiseen käsihygieniaan, saippua-vesipesuun, käsien desinfektioon sekä käsihygienian perusasioihin (sormukset, tekokynnet, käsivoide). Kysymyksiä oli yksi kustakin edellä mainitusta asiasta. Vastausten yhteenvedosta voidaan todeta, että hoitajista 66 % hallitsi asiat hyvin, 23 % hallitsi asiat kohtalaisesti ja 11 % hoitajista tulee kerrata asiaa (taulukko 3, liite 7). Verkkokurssin mukaan, kun tuloksena on 71 - 100 %, vastaaja hallitsee asian hyvin. Tulos 41 - 70 % merkitsee, että vastaaja hallitsee asian kohtalaisesti ja 0 - 40 % tarkoittaa sitä, että henkilön pitää kerrata asiaa.

Verkkokoulutukseen osallistuneista **oikeat työskentelytavat** hallitsi 45 % vastanneista, kohtalaisesti 20 % vastanneista ja vastaajista 35 % pitää kerrata asiaa. **Tavanomaisiin varotoimiin** liittyen kysymyksiin vastanneista 90 % hallitsi asian hyvin. **Oikeaan suojainten käyttöön** liittyviin kysymyksiin 60 % vastanneista hallitsi asian hyvin ja 40 % hallitsi asian kohtalaisesti. **Oikean käsihygienian** hallitsi 75 % vastanneista, kohtalaisesti 15 % vastanneista ja 10 % vastaajista pitää kerrata asiaa. **Neulojen ja terävien esineiden käsittelyn** hallitsi hyvin 60 % vastanneista ja kohtalaisesti 40 % (taulukko 4).

Taulukko 4. Verkkotestin tulosten yhteenveto eri osaamisalueilla prosentteina

OSAAMISALUE/TULOS	0 - 40 % Kertaa materiaaleja	41 - 70 % Hallitset asian kohtalaisesti	71 - 100 % Hallitset asian hyvin	YHTEENSÄ (n) %
Oikeat työskentelytavat	(7) 35 %	(4) 20 %	(9) 45 %	(20) 100 %
Tavanomaiset varotoimet	(2) 10 %	(0) 0 %	(18) 90 %	(20) 100 %
Oikea suojainten käyttö	0 %	(8) 40 %	(12) 60 %	(20) 100 %
Oikea käsihygienia	(2) 10 %	(3) 15 %	(15) 75 %	(20) 100 %
Neulojen ja terävien esineiden käsittely	0 %	(8) 40 %	(12) 60 %	(20) 100 %
Yhteensä (n) %	(11) 11 %	(23) 11 %	(66) 66 %	(100) 100 %

Hoitajien suorittamassa Duodecimin infektioidentorjunnan testissä oli mahdollista saada todistus koulun suorittamisesta, jos hoitaja vastasi oikein vähintään 70 %. Todistuksen sai 20 hoitajasta 13 eli 65 %. Opiskelijoilla olivat parhaat tulokset verkkotestissä.

UV-desinfektio-testaus - havainnoinnin tulokset

Ennen hygieniahoitajan koulutusta UV-desinfektio-testauksen teki 28 henkilöä (osastohoitaja, 2 apulaisosastohoitajaa, sairaanhoitajat, lähihoitajat, 5 opiskelijaa ja 3 laitoshuoltajaa). UV-laitteen testaukseen osallistuneilla 28 henkilöillä oli 56 puutteellista desinfektiokohtaa. Desinfektio-testauksen tuloksissa ilmeni, että täydellinen käsidesinfektio toteutui viidellä hoitotyöntekijällä (18 %). Testauksen tuloksen osoittivat, että puutteita oli runsaasti sormien päällyksissä, joihin tuli 20 havaintoa. Peukalon päällyksessä puutteellinen desinfektio oli 15 hoitotyöntekijällä. Puutteita oli desinfektiossa kynsien juuressa, johon tuli kahdeksan havaintoa. Myös ranteessa ja kämmenselässä sekä sormien välissä oli desinfektio-puutteita. Tulokset ovat taulukossa 5.

Taulukko 5. UV-laitteen testauksen tulokset ENNEN KOULUTUSTA % (n) ja KOULUTUKSEN JÄLKEEN % (n)

KOHDE ENNEN KOULUTUSTA	%, (n)	KOHDE KOULUTUKSEN JÄLKEEN	%, (n)
sormien päällys	35,7 (20)	sormien päällys	40 (4)
peukalon päällys	26,7 (15)	peukalon päällys	20 (2)
kynsien juuret	14,2 (8)	kynsien juuret	10 (1)
kämmen selkä	9,0 (5)		
ranne	9,0 (5)	ranne	30 (3)
sormien välit	3,6 (2)		
sormien päät	1,8 (1)		
yhteensä % (N) osallistuja 28	100 (56)	yhteensä % (N) osallistuja 8	100 (10)

Päivän päätyessä, **koulutuksen jälkeen desinfektioestauksen** UV-laitteella teki 8 henkilöä, joista täydellinen käsidesinfektio toteutui neljällä hoitotyöntekijällä eli 50 %. Tulosten perustella puutteita oli neljällä henkilöitä edelleen sormien päällyksissä, kolmella ranteessa kahdella peukalon päällyksessä ja yhdellä kynsien juurissa. Välittömästi koulutuksen jälkeen pidettävässä testauksessa oli parantumista desinfektioestauksessa sormien välissä, kämmenselässä ja kynsien juurissa. Parhaat tulokset käsidesinfektiossa ennen koulutusta ja koulutuksen jälkeen oli opiskelijoilla ja heikoin laitoshuoltajilla.

Käsidesinfektioestauksen tulosten mukaan voi todeta, että kriittisin kohta käsidesinfektiossa koulutuksen jälkeen on edelleen sormien päällys. Kun vertaillaan tuloksia ennen ja jälkeen koulutuksen, on huomattava, että sormien päällyksessä desinfektioestauksia on edelleen puolella osallistujilla. Muut kohteet käsidesinfektiossa parantui koulutuksen jälkeen.

Hygieniapäivä - kyselyn tulokset

Kyselyn perusteella hoitotyöntekijät kiinnittävät enemmän huomioita käsihygienian toteuttamiseen. Osallistajat ovat saaneet uutta tietoa **desinfektioestauksen käytöstä ja aseptisestä toimintatavasta**. Lisäksi hoitohenkilökunta koki hyvänä **kertauksen käsidesinfektioestauksista**.

Desinfektioestauksen käytön muutos koettiin sen oikeassa käyttö tavassa ja siinä, miten voidaan parantaa käsidesinfektioestauksia. Hoitajat totesivat, miten vaikeaa on käsidesinfektioestauksia ja miten he oppivat käyttämään ainetta oikealla tavalla ja riittävän määrän. Lisäksi on tärkeää, että käsidesinfektioestauksia otetaan kuiviin käsiin.

”Loistavasti palautteli mieleen miten tulisi toimia ja parantaa omaa käsihygieniaa.”

”Käsidesinfektion vaikeus.”

Hygieniapäivän osallistumisen ja käsien desinfektio- ja desinfiointitestauksen jälkeen hoitohenkilökunta koki olevan merkitystä **aseptiseen toimintatapaan**. He kiinnittivät huomioita käsien desinfiointiossa, miten paljon kohtia oli jäänyt käsissä desinfiointiaineella käsittelemättä. Lisäksi monille hoitajille oli selkeytynyt sääntö, että käsiä ei tarvitse pestä säännöllisesti saippuavesipeulla, jos ne eivät ole likaiset, koska saippuavesipesu rasittaa käsien ihoa ja aiheuttaa kuivumista. Myös käsien perusrasvan käyttö vähentää mikrobien leviämistä. Perusrasvan käytön jälkeen käsistä leviää ympäristöön tavallista vähemmän mikrobeja. Tämän perusteella, hoitohenkilökunta käyttää säännöllisesti perusrasvaa. Lisäksi jokaisessa potilashuoneessa on perusrasvaa, joten potilaat voivat käyttää sitä halutessaan. Potilaiden kädet ja jalat voidellaan perusrasvalla yleensä iltahoidon yhteydessä.

”Käsiä ei tarvitse aina pestä, jos ne eivät ole näkyvästi likaiset.”

”Tämä tempaus jo edistää käsihygieniaa osastolla.”

”Käsirasvan käyttö vähentää mikrobien leviämistä.”

Hygieniapäivän aikana oli hyvä **kerrata käsiendesinfektioita**. Lisäksi hoitohenkilökunta toteaa, että on hyvä virkistää entisiä tietoja käsidesinfektio- ja desinfiointitekniikasta. Hoitohenkilökunnan kädet ovat koruttomia, kynnet lyhyet, kynsilakkaa ja tekokynsiä ei käytetä. Tätä on tärkeä korostaa perehdytyksessä uusille hoitajille ja erityisesti opiskelijoille.

”Virheistä toivottavasti opin.”

”Hyvää mielen virkistämistä.”

Kyselyn perusteella osaston käsihygienian kehittämiseen liittyy jatkossa kolmeen asiaan:

potilaiden käsihygieniaan, säännölliseen ja riittävään käsihygienian koulutukseen henkilökunnalle sekä käsihygienian toteuttamiseen ja sen edistämiseen.

Jatkossa **potilaiden käsihygienian** tehostaminen koettiin tärkeäksi. Potilaita tulisi ohjata käsidesinfektioon ennen ruokailua ja WC-käynnin jälkeen. Muistisairaiden potilaiden kohdalla hoitohenkilökunnan tulisi huolehtia heidän käsidesinfektioistaan. Myös omaiselle on

tärkeää korostaa käsihygienian merkitystä osastolla. Heitä pitää informoida korostamalla käsihygienian tärkeyttä.

”Selkeät ohjeet seinille potilaita ja vierailijoita varten.”

”Korostamalla käsidesien käyttöä.”

Henkilökunnalle pidettävät **säännölliset ja riittävät koulutukset käsihygieniasta** koettiin erityisen tärkeinä käsihygienian kehittämiseksi. Tiedot ja tärkeät asiat pitää kerrata jatkossa riittävän usein, koska työ ja kiire aiheuttavat virheitä. Lisäksi on tärkeää riittävä perehdytys uusille hoitajille, opiskelijoille ja laitoshuoltajille infektio- ja torjunnasta ja erityisesti korostamalla käsihygieniasta. Hoitohenkilökunta totesi myös, kuinka tärkeää on käsihygienian eristystilanteissa.

”Eristystilanteissa käytettäviä tuotteita käytetty oikein.”

”Ihmisten muisti on lyhyt, jotta tietyn väliajan on paikallaan tämän kaltainen non-stop tapahtuma.”

Käsihygienian toteuttamisessa ja edistämiseksi koettiin tarvetta kiinnittää huomiota hygienian perusasioihin. Hoitohenkilökunnan tulee miettiä suojakäsineiden käyttöä. Niitä ei käytetä jatkuvasti potilaan hoidossa. On myös tärkeää huolehtia käsidesininfektioista ennen ja jälkeen suojakäsineiden riisumisen. Kertakäyttökäsineiden käyttöä tulisi vähentää, koska niitä käytetään tarpeettomasti esimerkiksi ruoan jaossa. Hoitohenkilökunnan mielestä kiireetön työskentely edistää hyvää käsihygieniasta.

”Kiireettömämpi työskentely.”

”Riittävä työvoima.”

Henkilökunta kommentoi omaiselle ja potilaalle suunnattua kosketuseristysohjeetta myönteisesti. Kyselyn perusteella **ohjeet ovat ajantasaiset ja selkeät sekä tukevat hoitohenkilökunnan hoitotyötä.**

”Selkeät, hyvät ja etenkin eristysruoneissa, jossa potilaiden omaiset viettävät paljon aikaa.”

”Hyvät ohjeet tuovat ajansäästöä hoitajille.”

”Selkeät ohjeet kaikkien näkökäsille, myös vierailijoiden kun on joku epidemia.”

”Potilasohje on helppolukuinen, hyvä ja yksinkertainen.”

Hygieniapäivän tulosten perusteella voidaan osoittaa, kuinka tärkeä merkitys käsidesinfektio- ja käsienpuhdistuksella on terveydenhuollossa. Käsi- ja pöytädesinfektio- ja käsienpuhdistustulosten mukaan jäi isoja käsi- ja pöytädesinfektio- ja käsienpuhdistamatta. Testaus vaatii sen oikeaa tekniikkaa ja asian ymmärtämistä. Lisäksi toistuva kertaus helpottaa oppimista ja muistuttaa asian oikealla tavalla tekemistä. Mikrobien leviämisen ehkäisy terveydenhuollossa edellyttää hyvää ja oikeaa potilaskäsihygieniaa.

Muistisairaalan potilaan hyvästä käsihygieniasta huolehtii hoitohenkilökunta. Joskus potilaat joutuvat eristyksen vuoksi yhden hengen huoneeseen ja he eivät noudata käsi- ja pöytädesinfektio- ja käsienpuhdistusohjeita. He eivät ymmärrä sen merkitystä, joten potilaan koskettamisen seurauksena mikrobit leviävät muualle. Hoitohenkilökunta edistää mikrobien leviämistä.

Usein potilaan omaisilla oli kysyttävää eristyksistä, joten kosketuseristyspotilaan ohje oli tarpeellinen. Tavoitteena oli, että ohjeiden avulla voidaan parantaa käsihygieniaa osastolla ja edistää infektioiden torjuntaa. Kun osastolla on eristystilanne, kosketuseristysohje on huoneen oven sisäpuolella. Oven ulkopuolella on muistutus vierailijalle, että ennen huoneeseen astumista he ottavat yhteyttä hoitohenkilökuntaan. Hoitohenkilökunta kertoo vierailijalle eristyksen syyn, merkityksen ja tärkeyden, miten estetään mikrobien leviämistä. Lisäksi hoitohenkilökunta korostaa suojauksen merkitystä ja sitä miten vierailijat suorittavat käsihygieniaa sekä käyttävät oikealla tavalla suojakäsineitä ja vaatteita. Kosketuseristysohje jää huoneeseen siihen saakka, jonne eristystilanne on voimassa. Potilas ja omaiset voivat lukea ohjeita uudelleen. Käytännössä ohjeet tuovat ajansäästöä hoitajille, koska ne on kirjoitettu selkokielellä. Hoitohenkilökunta korostaa myös sitä, että sana ”eristys” usein herättää omaisissa kysymyksiä ja pelkoa, mitä se oikeasti tarkoittaa? Kosketuseristyksen purkamisen jälkeen laitoshuolijat siivoavat huoneet huolellisesti kloorilla ja desinfektioviat kalusteet. Kertakäyttöiset tavarat ja kosketuseristysohje laitetaan roskiin. Kosketuseristys ohjeet tulostetaan aina tarvittaessa uudelleen.

”Eristys jo sanana voi herättää jopa pelkoa, siksikin ohjeistus on todella hyvä.”

”Aihe, joka usein herättää omaisissa kysymyksiä, mutta ei välttämättä viitsi kysyä.”

3.4 Hoitotyöntekijöiden käsihygienian kehittäminen (reflektointi)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalahygienia- ja infektion torjuntayksikkö käynnisti vuonna 2011 TYKS:ssa käsihygienian toteutumisen systemaattisen havainnoinnin, koska käsihygienian toimivuutta ei voi luotettavasti arvioida pelkkien käsihuuhteen kulutuslukujen perusteella. Tutkimuksessa tarkkailtiin käsidesinfektion toteutumista ennen potilaan koskettelua, ennen aseptisiä toimenpiteitä, potilaan ja potilaan ympäristön kosketteluun jälkeen, potilaan eritteiden käsittelyn jälkeen. Suojakäsineiden käyttöä ja käsihygienian toteutumista estävät tekijät kuten sormukset ja rakennekynnet. Tutkimustulosten mukaan käsihygieniaa toteutti suositusten mukaisesti 44 % hoitotyöntekijöistä, osittain oikein käsihygieniaa toteutti 29 %. Tutkimustulokset osoittivat käsihuuhteen puutteellisuuden 27 %:llä hoitotyöntekijöistä. (Rintala & Routamaa 2013, 1120 - 1121.)

Käsien perushoito terveydenhuollossa edellyttää ehjää ihoa. Hoitohenkilökunnan kädet ovat koruttomia, kynnet lyhyet ja puhtaat, vapaa kynsilakasta ja rakennekynsistä. Käden saippuapesu suositellaan kun kädet ovat likaiset, muuten tehokas käsihygienia toteutuu käsidesinfektiohuuhteluaineella. Käsidesinfektio aineessa on ihoa hoitavia aineita, joten käsien iho pysyy olla ehjänä ja suojattuna. (Hellsten 2002, 176 - 177.)

Tieteellisesti on vaikea osoittaa, että pitkät kynnet, hihat ja käsikorut aiheuttavat sairaalainfektioepidemioita, koska epidemian syntyyn ja bakteerien leviämiseen vaikuttavat eri asiat. Kuitenkin eri tutkimustuloksen mukaan on riittävän hyvin osoitettu, että käsikorut, pitkät kynnet ja pitkät hihat haittaavat käsidesinfektion toteutumista. Rakennekynsien on osoitettu aiheuttaneen gramnegatiivisten bakteerien sairaalaeidemiaa ja pitkät kynnet ja käsikorut lisäävät käsien bakteerikasvuston määrää. Potilaille on tärkeää, että heitä hoidetaan puhtain käsin. Käsien desinfektio ennen ja jälkeen jokaista potilaskontaktia on tehokkain tapa ehkäistä hoitoon liittyviä infektioita. On todennäköistä, että koruttomilla käsillä, kynnärtaipeisiin kääntyillä hihoilla ja lyhyillä kynsillä voidaan parantaa käsidesinfektion tehokkuutta. (Huttunen, Syrjänen & Hiltunen 2011, 3460.)

Osa hoitotyöntekijöistä käyttää perusvoidetta käsien hoitoon. Perusvoide ylläpitää ihon mikrobipuolustusta, eikä sen käyttö heikennä käsihuuhteen tehoa. Perusvoiteiden käyttö on perusteltua sekä ihon kunnon että infektioiden torjunnan kannalta, koska bakteerien leviämi-

nen käsistä ympäristöön vähenee perusvoiteen ansiosta jopa neljän tunnin ajaksi. (Syrjälä & Lahti 2010, 117.)

Potilasturvallisuuden hallinnassa voidaan hyödyntää turvallisuuskriittisiltä aloilta menettelytapoja ja toimintaperiaatteita. Niitä voidaan kehittää, jotta ne tukisivat potilasturvallista hoitoa. Potilasturvallisuuden hallinnataan liittyvät käytännöt luovat pohjan potilasturvallisuuden varmistamiselle laadukkaasti henkilöstöstä riippumatta. (Helovuo ym. 2011, 46.) Korhosen (2013) mukaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa on selvitetty käsihygienian toteutumista ja, miten hoitohenkilökunta noudattaa siihen liittyviä ohjeita. Tulokset ovat osoittaneet, että käsihuuhdetta käytetään tiheästi, mutta käsien desinfektio tekniikka on tehotonta. Tieto ei muuta totuttuja toimintatapoja. Käsi desinfiointi vaatii sen toteuttamisen muistuttamista, kertautamista ja havainnollistamista.

Käsihygienian laiminlyöminen tai huolimattoman toteutuksen yleisin syy on kiire. Myös asenteet, kollegojen ja esimiehen esimerkki vaikuttavat käyttäytymiseen. Lisäksi onnistuneen käsihygienian toteuttamiseen vaikuttavat käsi desinfiointi tekniset hankaluudet, kuten annostelijoiden väärä sijainti tai niiden puuttuminen, huuhteen loppuminen tai huuhteen huonoksi koetut ominaisuudet. (Rintala & Routamaa 2013, 1120.)

Käsi desinfiointi vie vähän aikaa ja sitä on helppo käyttää vaikka potilaan vuoteen vieressä. Käsihuuhteen aineita pitää olla saatavilla riittävästi oikeassa paikassa. Myös annostelijan tulee olla toimiva. Alkoholikäsihuuhteen käyttö on saippuapesua vaivattomampaa, eikä käsi pesu altaita ja vettä ole aina saatavilla siellä, missä käsien puhdistusta tarvitaan. Käsihuuhteen sijoittaminen hoidettavan potilaan välittömään läheisyyteen lisää käsihuuhteen käyttöä. (Syrjälä & Teirilä 2010, 179.)

Käsihygienian toteuttamista ei muuta koulutus tai sen ulkoisten olosuhteiden parantaminen. Käsi desinfiointi on monimutkainen tapahtuma, joka sisältää motivaation ja koulutuksen. Muutoksen edellytyksenä on tyytymättömyys vallitsevaan tilanteeseen sekä erilaisten käyttäytymisvaihtoehtojen havaitseminen. Käsihygienian merkitys tulee ymmärtää hallinnossa. Johdon tulee aktiivisesti tukea käsihygienian edistämiseen tähtäviä toimia kuten käsihygieniakampanjoita. Esimiesasemassa olevien sitoutuminen oikeaan käsihygienian toteuttamiseen on tärkeää. Kiireellisyys ei saa olla syy hyvän käsihygienian toteuttamiseksi. Käsihygieniakäytännön merkittävään parantamiseen tarvitaan monimuotoinen strategia, jota toteutetaan sekä

yksilötasolla, että yksikkötasolla. Yksilötasolla on lisättävä työntekijöiden tietoisuutta käsihygieniasta ja sen merkityksestä sekä sitoutumista annettuihin käsihygieniohjeisiin. Yksikkötasolla kiinnitetään huomioita ympäristötekijöihin, kuten käsihuuhteiden helppoon saatavuuteen ja annostelijoiden asianmukaiseen sijoitteluun. (Syrjälän ja Teirilän (2010, 180.)

Hygieniapäivän yhteenvedona nousi tärkeitä asioita, joita on hyvä kehittää jatkossa kuten potilaan käsihygieniasta. Lisäksi verkkotestin tulosten mukana on hyvä jatkossa kehittää hoitohenkilökunnan oikeita työskentelytapoja. Tulokset osoittivat, että 45 % hoitotyöntekijöistä hallitsee asiat hyvin, loput henkilöt hallitsevat asiat kohtalaisesti tai tarvitsevat asian kertausta.

Hygieniapäivän palaute käsiteltiin osaston kokouksessa 10.4.2014, johon osallistui 10 hoitohenkilöä, joiden lisäksi paikalla oli osastonhoitaja, kaksi hygieniahoitajaa ja kehittämistehtävän projektipäällikkö. Kokouksessa esitettiin hygieniapäivän verkkotestin ja UV-laiteiden käsidesinfektion testauksen tulokset taulukon muodossa. Esimerkiksi verkkotestin tulosten mukaan oikeat työskentelytavat hallitsi 45 % vastaajista. Hoitohenkilökunta totesi, että testissä oli paljon kompakysymyksiä, ja vastauksissa piti olla todella tarkka. Lisäksi oli puhetta kosketuseristyspotilaan ohjeesta.

Hoitohenkilökunta oli tyytyväinen hygieniapäivän tuloksiin. Edellisenä vuonna hygieniapäivässä oli UV-laite käytössä, mutta tuloksen analyysia ei tehty. Tulokset osoittavat, että osastolla on edelleen kehitettävää käsihygieniassa. Osastonhoitaja ehdotti, että seuraava vaihe olisi käsihygieniakoulutus laitoshuoltajille. Heillä olivat huonoimmat tulokset käsidesinfektion tuloksissa. Tämän perusteella hygieniahoitajat ottavat yhteyttä laitoshuoltajan esimieheen ja heille järjestetään koulutus infektion torjunnasta osastolla.

Osastolla on suunnittelut hygieniapäivä vuosittain. Toiveina esitettiin, että UV-laite olisi osastolla ja hygieniahoitajat kutsuvat työpisteistä hoitohenkilökunta suorittamaan käsidesinfektio- ja käsidesinfektioannostelija. Käsidesinfektioannostelija. Käsidesinfektioannostelija pitää opettaa potilaille ja omaisille käytännössä. Hoitohenkilökunnalle järjestetään toistuvasti hygieniakoulutuspäiviä, joissa heille korostetaan oikeaa käsidesinfektio- ja infektion torjuntaa. Potilaille ja omaisille ei ole järjestetty koulutusta, joten se on terveydenhuollon hoitohenkilökunnalle haaste. Terveydenhuollossa infektioiden torjunta toteutuu parhaiten kun hoitohenkilökunta, potilaat ja omaiset noudattavat hyvää käsihygieniää yhdessä.

4 HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN POTILAAN LIIKKUMISEN RAJOITTEET (2B SYKLII)

Ohjausryhmän kokouksessa päätimme alkukartoituksen tulosten mukaisesti, että työyksikössä lähdetään kehittämään haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan liikkumisen rajoitte asiaa. Toisen syklin kulun suunnittelemiseksi kokoonnuimme projektiryhmän kanssa. Rajasimme aiheen muistisairaana haasteellisesti käyttäytyvän potilaan fyysisen liikkumisen rajoitteisiin. Kehittämiskysymykseksi muodostui, miten hoitotyöntekijöiden osaamista haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan liikkumisen rajoittamisessa voidaan kehittää?

4.1 Lainsäädäntö ja toimintaa suuntaavat ohjeet sekä sairaanhoitajan eettiset ohjeet (suunnittelu)

Somaattisessa hoidossa potilaan fyysistä vapautta ei ole erikseen lailla määritelty. Liikkumisen rajoittaminen on ihmisen henkilökohtaiseen ja itsemääräämisoikeuteen puuttumista. Jos potilaan liikkumista halutaan rajoittaa, syntyy eettinen ongelma. Liikkumisen rajoittaminen perustuu yleensä tilanteisiin, jolloin potilas aiheuttaa vaaraa itselleen, toiselle potilaalle, omaiselle tai hoitohenkilökunnalle. Olemassa olevien lakien ja sopimusten perusteella hoitohenkilökunnalla ei ole oikeutta rajoittaa vapaasta tahdosta hoidossa olevan potilaan fyysistä liikkumista. (Leino - Kilpi 2003, 234 - 235.)

Somaattisessa hoidossa potilaan fyysistä liikkumista voidaan rajoittaa päihdehuoltolain (1986/41), lain kehitysvammaisten erityishuollosta (1977/516) ja tartuntatautilain (1986/583) nojalla. Mikäli potilaaseen edellä mainitut lait eivät vaikuta, on potilaan fyysinen rajoittaminen lainvastaista perustuslakiin (1999/731) ja potilaan asemaa- ja oikeuksia säätelevään lakiin (1992/785) nähden. Vuonna 2015 tulee voimaan itsemääräämisoikeuslaki, joka velvoittaa työnantajan kouluttamaan henkilökuntaa haastaviin tilanteisiin ja pakkotoimien käyttöön somaattisessa hoidossa (Soldehed 2014, 54).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) korostaa, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, joka on hänen etunsa mukaista. Potilasta hoidetaan ihmisarvoisesti, hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioittaen (§3). Potilas-

ta hoidetaan inhimillisesti, luottamuksellisesti ja hänen yksityisyyttään suojellen. On otettava huomioon vuorovaikutus, rehellisyys ja riittävä tiedon saanti hoidosta. Jos potilas kieltäytyy hoidosta, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei pysty päättämään hoidostaan, on kuultava hänen laillista edustajaansa tai lähiomaistaan ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä. Mikäli tätä ei saada selvittelyä, potilasta hoidetaan hänen etujensa mukaisesti (§6).

Päihdehuoltolain (1986/41) mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri voi toisen lääkärin antaman lääkärinlausunnon nojalla määrätä henkilön tahdostaan riippumatta hoitoon terveysvaaran perusteella enintään viideksi vuorokaudeksi (§11). Mikäli tämä hoitoaika on osoittautunut riittämättömäksi, hallinto-oikeus voi sosiaalilautakunnan esityksestä päättää henkilön määräämisestä hoitoon tahdostaan riippumatta väkivaltaisuuden perusteella enintään 30 vuorokaudeksi (§13).

Tartuntatautilain (1986/583) mukaan henkilö voidaan määrätä karanteeniin hänen tahdostaan riippumatta, jos tartuntataudin leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä. Hallinto-oikeus voi päätöksen tehneen viranomaisen esityksestä jatkaa henkilön karanteenia enintään kahdella kuukaudella. Karanteenin lopettamisesta päättää terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaava lääkäri (§15a, §17, §18).

Kehitysvammaisten erityishuollon lain (519/1977) mukaan henkilöön saadaan soveltaa pakkoa vain siinä määrin kuin erityishuollon järjestäminen tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii (§42).

Suomen perustuslain (1999/731) mukaan jokaisen henkilön omaisuus on turvattu. Jokaisella ihmisellä on perustuslain mukaan oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti ja toista ihmistä ei saa asettaa eri asemaan esimerkiksi sukupuolen, iän, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (6§). Vapautta voi rajoittaa vain tuomioistuimien määrätessään vapaudenmenetyksen sisältävän rangaistuksen. Jos muuten vapautta rajoitetaan, voidaan sen laillisuus asettaa tuomioistuimen tutkittavaksi (7§). Jokaisen henkilön yksityiselämään kuuluu muun muassa yksilön oikeus määrätä itsestään ja ruumiistaan (§10). Perustuslaissa vaaditaan oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (§15). Val-

tiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa (§1).

Terveydenhuollon ammattihenkilön lain (1994/599) päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Lain mukaan hänen velvollisuutensa on ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään (§15.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hän pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden potilaan hoitoon osallistuvien kanssa. Lisäksi sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hänen ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Sairaanhoitaja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

4.2 Potilaan liikkumisen rajoitteet

Fyysinen rajoittaminen voi tarkoittaa mitä tahansa interventiota tai laitetta, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta tai valvoa hänen käytöstään (Saarnio 2009, 23). Potilaan fyysiseen rajoittamiseen voidaan ryhtyä vasta sitten kuin muut hoitotoimenpiteet eivät auta. Rajoittaminen tulee kestää vain niin kauan kuin on välttämätöntä. Päätöksen tekee aina hoitava lääkäri, joka kirjoittaa tiedot potilastietoihin. (Sarste & Koistinen 2012, 3.) Saarnion (2010, 143) mukaan kansanvälisesti potilaan fyysisiä rajoitteita on tutkittu vähän vaikka historian tarkastelu paljastaa, että fyysisiä rajoitteita käytetään vanhusten laitoshoidossa. Fyysinen rajoittaminen voi aiheuttaa potilaalle eriasteita fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista vahinkoa.

Royal College of Nursing (2008) erottelee viisi rajoitetyyppiä, joista fyysisten rajoitteiden käyttö on yleisin vanhusten hoitotyössä. Fyysisesti rajoitetaan liikkumisvapautta (G-tuolit, P-tuolit vyöllä kiinnitettynä). Mekaaniset rajoitteet estävät vanhusten liikkumisen laitteiden ja varusteiden avulla, kuten vöiden, sängynlaitojen ja pöytälevyjen avulla. Teknologisiin laitteisiin kuuluvat erilaiset valvontalaitteet. Kemiallisilla rajoitteilla, kuten rauhoittavalla lääkkeillä pyritään muuttamaan potilaan käytöstä. Psykkiseen rajoittamiseen kuuluu potilaan jatkuva verbaalinen rajoittaminen. Vanhukselle kerrotaan, mitä hän saa tehdä ja mitä ei. Milloin on aika mennä nukkumaan tai milloin otetaan silmälasit, apuvälineet tai ulkovaatteet pois. (Saarnio 2009, 20 - 22; Beare, Greene, Clough, Aveyard, Blatch, & Newman 2008, 2 - 3.)

Erityisesti Alzheimerin sairauteen liittyy neurologisia häiriöitä, jotka aiheuttavat kaatumisriskin. Neurologiset muutokset johtavat ympäristön virheelliseen tulkintaan, jolloin liukastumiset ja tasapaino vähentävät mahdollisuuksia korjata tasapainoa, mikä johtaa kaatumiseen. Liikkuvuuskyky ylläpitää pystyasentoa. Ikääntyessä visuaaliset, neurologiset, tuki- ja liikuntaelimistön sekä verenkiertoelimistön toiminnot vähitellen heikkenevät. Ne vaikuttavat kävelyyn ja tasapainoon sekä lisäävät kaatumisriskiä. Kaatumiset ennakoivat usein terveyden heikkenemistä. (Tideiksaar 2010, 14, 23.) Dementia ei luonnollisena osana kuulu ikääntymiseen ja suurin osa ikääntyneistä ihmisistä ei kärsi tästä sairaudesta (Sixsmith ym. 2008, 218).

Saarnio (2010, 143) on tehnyt tutkimuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. Hänen väitöskirjansa tutkimustulosten mukaan 88 % vastaajista ilmoitti, että heidän työyksikössään oli rajoitettu potilaita fyysisesti tutkimusta edeltävän viikon aikana. Rajoitusmuodot olivat ylös nostetut sängynlaidat ja geriatriseen ja pyörätuoliin tai tavalliseen tuoliin. Tuolloin oli käytetty myös tuplarajoitteita. Tämä tarkoittaa siitä, että hoitajat olivat käyttäneet perinteisen rajoittamisen lisäksi myös muita keinoja, jotka nimettiin epäsuoriksi rajoittamismuodoiksi. Näitä olivat muun muassa soitto kellon ja apuvälineiden pois ottaminen vanhuksen ulottumattomiin.

Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä fyysisten rajoitteiden käyttö on yleinen rajoitusmuoto hoitotyössä. Toiseksi yleisin rajoittamismuoto on kemiallinen eli potilasta rauhoitetaan lääkityksen avulla. Mikäli potilas on levoton tai aggressiivinen ja uhkaileva, voidaan antaa hänelle rauhoittavaa lääkettä. Royal College of Nursing mukaan ulkovaatteiden pois ottaminen on osa potilaan fyysistä rajoittamista. Sen perusteella työyksikössä jokaisen potilaan liikkumista rajoitetaan, koska potilaan osastolle saapumisen jälkeen viedään hänen ulko-

vaatteensa potilasvaatevarastoon. Akuuttiyksikössä potilaalla ei ole mahdollista säilyttää omia vaatteita potilashuoneessa. Omien tavaroiden ja vaatteiden säilyttäminen omassa huoneessa on ainoastaan mahdollista yhden hengen huoneessa. Yhden hengen huoneita käytetään usein eristystilanteissa. Potilaalle jää hoidon ajaksi tärkeät henkilökohtaiset tavarat kuten silmälasit, kuulolaitteet, kepit, kännykät ja tossut. Jos potilaalla on osastolle tullessa omia lääkkeitä tai lääkedoseja, ne säilytetään lääkehuoneessa.

Potilaan liikkumisen rajoittamisesta pitää olla perusteellinen syy ja lääkärin määräys sekä mahdollisesti omaisten suostumus. Päätöksen potilaan liikkumisen rajoittamisesta tekee osaston lääkäri. Hoitohenkilökunnalle potilaan fyysinen rajoittaminen tuo lisää haasteita, kun hoidettavana on haasteellisesti käyttäytyvä potilas. Jos potilaan on levoton, muistamaton tai aggressiivinen, otetaan yhteyttä hoitavaan lääkäriin tilanteen rauhoittamiseksi. Hoitohenkilökunnan tulisi löytää uusia menetelmiä, joilla vältetään potilaan fyysistä rajoittamista.

4.3 Potilaan liikkumisen rajoitteita koskeva henkilöstön koulutus (toiminta)

Saarnion (2009, 32 - 33) tutkimustulosten mukaan potilaan fyysistä rajoittamista käytännön hoitotyössä voidaan vähentää käyttämällä muita menettelytapoja. Saarnio on luokitellut viisi eri tekijää, joiden avulla voidaan vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä. Hoitajaan liittyvät tekijät: hoitohenkilökunnalla riittävä koulutus, ohjaus ja pätevyys. Työnyhteisön liittyvät tekijät: moniammatillinen yhteistyö ja yhteinen keskustelu. Organisaatioon liittyvät tekijät: hoidon laadun arviointi, kuntouttavan hoitohenkilökunnan osallistuminen hoitotyöhön ja selkeät ohjeet potilaan fyysisten rajoitteiden käyttämisestä. Yleisiin toimintatapoihin liittyvät tekijät: potilaan fyysisten rajoitteiden käyttöön kirjaaminen potilaan sähköiseen tietojärjestelmään, omaisten mukaan ottaminen päätöksentekoon ja asiantuntijuuden sekä luovien hoitomenetelmien hyödyntäminen. Vaihtoehtoja fyysisten rajoitteiden käytölle ovat esimerkiksi omahoitajamalli ja vuorovaikutuksen lisääminen sekä virikkeiden järjestäminen potilaalle. Yhteiskunnallisten tekijöiden avulla voidaan vähentää potilaan fyysistä rajoittamista, mihin kuuluu lainsäädäntö. Lainsäädännön avulla voidaan fyysisten rajoitteiden käyttöä ohjata vanhusten laitoshoidossa.

Potilaiden fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat eri tekijät. Usein ne ovat yksilöllisiä tekijöitä, kuten vanhusten oma tai omaisten toive rajoittamisesta, potilaan korkea ikä, dementia (tai

muut neurologiset sairaudet), runsas lääkkeiden käyttö ja aikaisempi kaatumishistoria. Hoitotyöntekijöiden huoli potilaan turvallisuudesta, puutteellinen tieto fyysisestä rajoittamisesta tai työvoiman pula, ovat yleisiä fyysisten rajoitteiden käytölle altistavia tekijöitä. Lisäksi fyysisen hoitoympäristön liukkaat lattiat, huono valaistus, apuvälineet ja huonekalut kulkureitillä, heikko valaistus, jossa on vaarallista liikkua, voi olla rajoittamisen syy. Tämän vuoksi hoitohenkilökunta rajoittaa usein vanhusten liikkumista. (Saarnio 2009, 33.)

Rajoittamisen aikana hoitohenkilökunta käyttää erilaisia laitteita ja välineitä niiden tarkoituksen mukaisesti. Laite tai tarvike ei saa vaarantaa potilaan terveyttä eikä aiheuttaa terveydellistä haittaa potilaalle. (Sterilointi terveydenhuollossa 1998, 2.) Laitteen asianmukainen käyttö ei saa tarpeettomasti vaarantaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyttä tai turvallisuutta (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010).

Potilaan fyysinen rajoittaminen saattaa aiheuttaa seurauksia sekä potilaalle että hoitohenkilökunnalle. Potilaalle, erityisesti vanhukselle, se aiheuttaa usein toimintakyvyn alenemista ja lihas surkastumista, jolloin hänen liikkumisensa entisestään huononee. Toisin hoitohenkilökunta rutinoituu vanhusten fyysisen rajoittamisen käyttöön ja altistaa hänet toistuvasti fyysiselle rajoittamiselle, vaikka sille ei ole perusteita (esimerkiksi sängynlaidan ylös nosto). (Saarnio 2009, 34.)

Ohjausryhmän palaverissa sovittiin luento potilaan fyysisestä rajoittamisesta, koska asia on osin ”hämärää aluetta” hoitotilanteessa (liite 13). Selkeitä sääntöjä ja ohjeita potilaan rajoittamisesta ei ole. Luentoa perusteltiin sillä, että on tarpeellista kehittää hoitohenkilökunnan osaamista potilaan rajoittamiseen liittyvässä asiassa. Osastolla on käytössä erikokoisia Mg-vöitä. Joskus potilas on istunut tuolissa tai maannut sängyssä Mg-vöissä kiinnitettynä, mutta vöiden koot eivät olleet sopivia potilaalle (liian iso vyö tai liian kireä).

Projektiryhmä ja -päällikkö laativat yhdessä luennon sisällön. Apulaisosastohoitajan kanssa sovittiin luentopäivät hyvissä ajoin. Kutsu koulutuksen lähti myös kuntoutusyksikön hoitohenkilökunnalle, mutta heiltä osallistujia ei ollut. Esimiehet eivät päässeet osallistumaan luennolle.

Ohjelma luennosta ”Potilaan fyysinen rajoittaminen” Kajaanin seudun sairaalassa

Luennot toteutuivat akuuttiyksikön päiväsalissa 7.6.2013 ja 13.2.2014. Ensimmäiselle luen-
nolle osallistui viisi hoitajaa. Luennon loppuun asti oli paikalla kolme hoitajaa. Osa henkilös-
töstä oli kesälomalla. Tästä syystä järjestettiin sama luento toisen kerran, johon osallistui 11
hoitajaa.

Luennon tavoitteet:

1. Kehittää hoitohenkilökunnan osaamista, kun hoidettavana on haasteellisesti käyttäyty-
vä muistisairas potilas ja kun hoitotilanteessa tarvitaan potilaan fyysisistä rajoittamista.
2. Esitellä akuuttiyksikön hoitajille toimintatapoja tilanteissa, jolloin muistisairaana fyysi-
nen rajoittaminen tulee kysymykseen.

Luento sisälsi kolme osiota. Ensimmäisen osiossa oli Power-point esitys potilaan fyysisen
liikkumisen rajoittamisesta. Tämän esityksen pitivät projektiryhmänjäsenet. Yksi projekti-
ryhmän jäsen oli ergonomiasta vastaava hoitaja, jolla on osaamista laitteista, niiden käytöstä
hoitotyössä sekä kokemusta potilaan fyysisestä rajoittamisesta. Hän esitti luennon toisen osi-
on aiheesta, miten turvallisesti Mg-vöitä käytetään niin, ettei se aiheuttaa potilaalle vaaratilan-
teita (liite 14). Hän korosti, miten valitaan oikea Mg-vyö, mitä hoitohenkilökunnan tulee tar-
kistaa, ennen kun kiinnittää vyön potilaalle. Liian pieni tai liian suuri Mg-vyö on epämukava
ja vaarantaa potilasturvallisuuden. Hoitohenkilökunnan tulee aina huomioida potilaan yksi-
ölliset ja fysiologiset ominaisuudet. Kainuun sosiaali- terveydenhuollon kuntayhtymän erilai-
sia potilaan liikkumisen rajoittamista koskevia ohjetta esitettiin luennolla, esimerkiksi leposi-
teiden käyttöohjeet (käytössä Kainuun keskussairaalan somaattisilla osastoilla). Kaikki ohjeet
ovat akuuttiyksikössä hoitajien kansliassa ja hoitohenkilökunta on tietoinen tästä asiasta. Li-
säksi ohjeet, esimerkiksi Segufix -turvavyön käyttö, on esitetty hoitohenkilökunnalle, koska
Mg-vöitä käytetään hoitotilanteessa akuuttiyksikössä. Yksi osallistuja oli luennon aikana poti-
lasmallina ja makasi vuoteessa vapaaehtoisesti Mg-vöihin kiinnitettynä. Luennon kolmas osio
sisälsi palautteen ja keskustelun.

Luento kesti 1,5 tuntia, jonka aikana osa hoitajista oli sidotettu Mg-vöillä pyörätuoliin tai ge-
riatriseen tuoliin. Sitominen luennon ajaksi oli vapaaehtoista. Hoitajat halusivat kokeilla, miltä
tuntuu vapauden rajoittaminen. Osallistujat saivat keskustella potilaan liikkumisen rajoittami-

sesta. Suurin osa heistä antoi myönteisen suullisen palautteen luennosta. Lisäksi pohdittiin hoitotilanteita, milloin potilaan liikkumisen rajoittaminen tulee kyseeseen.

Kaikki osallistujat kirjoittivat palautteen luennon jälkeen. Kyselylomakkeen suunnittelimme päivätavoitteiden mukaan. Projektiryhmälliset ja -päällikkö laativat kysymykset yhdessä. Kysely sisälsi kaksi avointa kysymystä ja yhden lisäkysymyksen niille hoitajille, jotka olivat Mg-vöissä kiinni. Palautelomakkeessa pyydettiin hoitohenkilökuntaa vastamaan: Mitä ajatuksia potilaan fyysinen rajoittaminen herättää hoitotyön arjessa?, ja miten akuuttiosastolla voidaan kehittää hoitotyötä, jotta potilaan fyysistä rajoittamista ei tarvittaisi käyttää olemassa olevilla resursseilla? Osallistujat, jotka olivat Mg-vöissä kiinni koulutuksen aikana, kirjoittivat erilaisen palautteen. Heitä pyydettiin kuvailemaan omia kokemuksiaan fyysisen rajoittamisen aikana (liite 15). Osallistujilla oli viikko-aikaa kirjoittaa palaute. Palautuslaatikko oli hoitohenkilökunnan taukotilassa.

Saadun aineiston analysoin induktiivisella sisällön analyysillä. Palautelomakkeet luin useaan kertaan läpi. Alkuperäiset ilmaukset olivat lyhyitä ja selkeitä, joten niiden pelkistämistä en tehnyt. Kyselylomakkeen ensimmäiseen kysymykseen tuli 17 alkuperäisilmausta, toiseen kysymykseen 19 ja lisäkysymykseen tuli 20 alkuperäisilmausta. Induktiivisen sisällön analyysin perusteet olen kuvannut jo ensimmäisen syklin alkukartoituksen tuloksia raportoidessa. Kyselyn sisällön analyysi eteni samojen vaiheiden kautta kuin ensimmäisen syklin alkukartoituksessa. Etsin aineistosta tutkimuskysymyksen mukaiset samankaltaiset ilmaukset, joista muodostui teemat. Esimerkki aineiston sisällön analyysistä on liitteessä 16.

4.4 Liikkumisen rajoitteita koskevan koulutuksen tulokset (havainnointi)

Palautelomakkeen ensimmäisen kysymyksen sisällön analyysin tuloksena, mitä ajatuksia potilaan fyysinen rajoittaminen herättää hoitotyön arjessa, nousi kaksi teemaa **Mg-vöiden käyttö** ja **potilaan turvallinen hoitotyö**.

Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä potilaan fyysinen rajoittaminen tapahtuu usein **Mg-vyön** avulla. Lisäksi potilaan fyysistä rajoittamista suoritetaan turvavöillä ja haaravöillä. Joskus potilaalla on kaksinkertainen fyysinen rajoittaminen, esimerkiksi potilas on Mg-vöissä kiinni, istuu geriatrisessa tuolissa ja edessä on tuolin pöytälevy. Turvavyöt ja etenkin Mg-

vyöt hidastavat potilaan pelastamista. Olisi hyvä, että vyöleikkureita olisi osastolla useita ja sovituisia paikoissa lähellä potilashuoneita. Potilaan rajoittamista tapahtui osastolla lähinnä öisin sekä ruokailujen aikana. Lisäksi potilaan liikkumisen rajoittamista tapahtui silloin, kun osastolla oli liian vähän hoitohenkilökunta.

”Monesti yössä olevalla potilaalla on pöydät yms. siirretty pois käden ulottuvilta. Miltä tuntuisi itse maata/istua päivä ilman aktiviteetteja, esim. lehtiä?”

”Vyöt hidasta pelastamista, vyöleikkuri?”

Hoitohenkilökunnan pitää säännöllisesti tarkistaa Mg-vöissä sidotettuna oleva potilas. Hänen yleisvointi, raajojen verenkierto, hengitys sekä vöiden kiinnityskohtia tulee tarkistaa toistuvasti. Jokaisen tarkastelun jälkeen hoitaja kirjoittaa havainnot potilastietoihin. Potilas on usein sidotettuna pelokas ja ahdistunut, joten keskustelu hoitohenkilökunnan kanssa tuo potilaalle turvallista oloa ja rauhoittumista. Potilaalle voi antaa lehtiä luettavaksi tai erilaisia pehmytmuovisia tavaroita käsiteltäväksi, jotta istuessa olo säilyy levollisena. Paras menetelmä rauhoittaa levotonta potilasta on hoitajan tai omaisten läsnäolo. Saarnion (2010, 145) mukaan hoitohenkilökunta voi rauhoittaa levotonta potilasta istumalla hänen vieressään ja juttelemalla hänelle. Omaiset kutsuvat tätä ”positiiviseksi rajoittamiseksi”.

Muistisairas potilas ei ymmärrä fyysistä rajoittamista ja hänelle jopa perussairaus voi aiheuttaa ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Lisäksi potilas on täysin riippuvainen toisesta ihmisestä. Potilaan liikkuminen parantaa aina hänen vointiaan. Iäkkäille mobilisaatio akuuttisairauden vuoksi voi johtaa pysyvän liikuntakykyyn heikkenemiseen ja seurauksena voi olla pysyvä vuodehoito. On tärkeää, että jokaisella iäkkäällä on kuntoutusohjelma, jossa huomioidaan hänen toiminta- ja liikkumistarpeensa potilasturvallisuus huomioiden.

Pohditaan, että hoitotyössä on ollut tilanteissa kun muistamaton potilas oli turvavyössä kiinni, istunut rauhallisesti ja katsonut televisioita. Tällainen tilanne on tapahtunut esimerkiksi sunnuntaina. Silloin hoitohenkilökunnan määrä on arkipäivästä vähemmän ja aamupesun jälkeen potilasta istutettiin geriatrien tuoliin turvavyöllä kiinni. Sunnuntaina on jumalanpalvelu radio-ohjelmassa ja potilaat kuuntelevat sitä mielellään. Ne, jotka sidotettiin tuoliin, olivat yleensä rauhallisina.

Toisena teema nousi analyysistä **potilaan turvallinen hoitotyö**. Potilaan fyysistä rajoittamista tapahtuu usein hoitohenkilökunnan epähuomiossa. Sängyn laitojen käyttöä on syytä välttää. Usein hoitohenkilökunta pelkää syytöksiä laiminlyönteistä, jos potilas putoa vuoteesta. Toisaalta sängynlaidat eivät estä esimerkiksi sekavan potilaan putoamista. Joskus potilaan halu nousta vuoteesta lisääntyy siitä syystä, että vuoteessa on laita. Potilaiden liikkuminen käyttävällä ja tyhjät potilas vuoteet ovat merkki hoitohenkilöstön aktiivisuudesta. Vaikka hoitohenkilökunta pelkää potilaan kaatumisriskiä, riskit kanatta tunnistaa ja yrittää ennaltaehkäistä niitä. (Ruikka ym. 1993, 275 - 276.)

Osastolla on sovittu, että esimerkiksi sängynlaitoja ei nosteta pääsäännöllisesti potilaalle, jotka tarvitsevat yhden-kahden hoitajan apua. Asialliset iäkkäät potilaat voivat itse päättää, haluavatko oman turvallisuutensa vuoksi pitää sängynlaidan ylhäällä vai alhaalla. Perusteluna on se, että kotona asuvilla ihmisellä ei ole sängynlaitoja. Jos potilas kotiutetaan, häntä pitää kuntouttaa. Potilasta motivoidaan turvalliseen liikkumiseen, ensin hoitohenkilökunnan turvin ja sitten, kun hänelle tulee riittävästi varmuutta, hän voi liikkua omatoimisesti. Kunnioitetaan potilaan mielipidettä. Jos potilas haluaa nukkua vuoteessa sängynlaita alhaalla, hänen tilannetta pitää seurata usein turvallisuuden vuoksi.

”Rajoittamista tapahtuu paljon ”tajuamatta”, eli nostetaan juuri laitoja ylös ym.”

”Monelta osin potilaan fyysinen rajoittaminen on tapaturmien ennaltaehkäisyä.”

”Ei laiteta laitoja ylös sängystä, jollei ole potilaan turvallisuuden pakko.”

Osastolla on tilanteita, joissa potilas tai omainen itse pyytää fyysistä rajoittamista turvallisuussyistä. Yleensä tällöin on kyseessä sängynlaidan nostaminen. Jos hoidossa on levoton, haasteellisesti käyttäytyvä potilas ja hoitohenkilökunnan mielestä hänen turvallinen hoitonsa ei onnistu niin, tällöin kysytään lupa omaiselta lepositeiden käyttöön. Päätöksen lepositeiden käytöstä tekee hoitava lääkäri perusteellisen harkinnan jälkeen ja kirjoittaa tiedot potilastietoihin. Hoitaja, joka on ottanut yhteyttä omaiseen ja keskustellut perusteellisesti heidän kanssaan, kirjoittaa potilaan tietoihin omaisten mielipiteen asiasta.

”Yhteistyötä lääkärin/omaisten kanssa suurimaksi osaksi on toimitettu.”

”Mielestäni osastollamme fyysinen rajoittaminen on kohtuullista ja aiheellista.”

Toiseen kysymykseen, miten akuuttiosastolla voidaan kehittää hoitotyötä, jotta potilaan fyysisistä rajoittamista ei tarvittaisi olemassa olevilla resursseilla. Tuloksena tuli neljä teemaa: **riittävä hoitohenkilökunnan resurssit, oikea työskentelytapa, hoitosuunnitelman päivittäminen, ammattitaito ja koulutus.**

Hoitohenkilöstö on merkittävä voimavara ja tuotannontekijä kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Lisäksi **riittäväällä hoitohenkilökunnan resurssilla** on tärkeä merkitys potilaan fyysisessä rajoittamisessa. Jos on hoitohenkilöstön pula, potilasta ei voi valvoa niin usein kun pitäisi. Siksi nostetaan usein sängynlaita ylös tai hänet laitetaan pyörätuoliin istu-
man kiinnitettynä.

”Enemmän henkilökuntaa, jotta enemmän aikaa seurailta/tarkkailla potilasta.”

”Uskallusta pitää laita alhaalla kaatumisriskin pelossa.”

Oikea työskentelytapa tuo lisä turvallisuutta hoidettaessa potilaita. Hoitohenkilökunta toimii inhimillisesti, potilaita kunnioitetaan ja kuunnellaan. Potilaalle ja omaiselle oikea työskentelytapa voi antaa lisää motivaatioita osallistua hoitoon.

”Potilaan kuunteleminen.”

”Työskennellään rauhallisesti.”

”Asennetta työskentelyyn.”

Hoitosuunnitelman säännöllinen päivittäminen helpottaa hoitohenkilökunnan työskentelyä. Hoitosuunnitelman tiedot pitää olla aina ajantasaiset ja hyvin kirjoitettu loogisesti ja selkeästi. Kirjoittamisen avulla kuvataan myös hoidon vaikutusta. Hoitosuunnitelmaan kuuluu potilaan tarpeiden määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, hoitotyön menetelmien valinta sekä hoidon arviointi. Hoidon suunnittelussa tulee huomioida potilaan voimavarat. Hoitohenkilökunta tukee potilaan sopeutumista hoitonsa. (Vähäkangas, Lindman & Uusitalo 2005, 150 - 155.)

Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä hoitosuunnitelman päivittämisen voi tehdä kuka tahansa hoitotyöntekijä, ei välttämättä vastaava sairaanhoitaja. Jos potilasta hoidettaessa huomataan muutoksia, päivitetään tiedot.

”Jokaiselle potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma.”

”Hyvä idea käytäntöön kirjaamisen, ”siivoaminen” ajan tasalla olevat tiedot.”

”Lääkärit tutkisivat heti potilaan toimintakyvyn ja kirjaisivat turvallisuus ja rajoittamissyistä johtuva hoidot (laidat ylös ym.).”

Ammattitaito ja riittävä koulutus on tärkeä kaikille hoitotyöntekijöille sekä perehdytys uusille hoitajille ja opiskelijoille. Kun hoitohenkilökunnalla on tarpeellinen osaaminen potilaan fyysisestä rajoittamisesta, hänen tulee löytää muita menetelmiä potilasta hoidettaessa, jotta fyysistä rajoittamista ei tarvitse käyttää. Hoitohenkilökunnan rekrytoinnissa kiinnitetään huomioita siihen, miten hoitotyöntekijä on kiinnostunut potilaan kuntoutumista edistä toiminnasta. Hänellä tulee olla kykyä arvioida ikääntyneen toimintakykyä. Kuntoutuminen perustuu potilaan ja hoitohenkilökunnan sitoutumiseen. (Vähäkangas & Kalliokoski 2005, 158 - 159.)

”Rohkeutta hoitajilta ammattitaitoa.”

”Lisää koulutusta väkivallan koulutukseen.”

”Lisäkoulutusta hoitajille.”

Osastolla on sovittuja lisäkoulutusta aiheista koko hoitohenkilökunnalle. Potilaan turvallinen hoitotyö -koulutuksessa (MAPA) opitaan haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamista ja hoitotilanteen hallintaa. Koulutus osastolla on aloitettu keväällä 2014. Ikäinstituutin järjestämä VALSSI -koulutus vanhusten liikkumisen tärkeydestä arkielämässä, on toteutunut syksyllä 2013. Osaston hoitohenkilökunnan lisäksi kouluttajana on myös Kajaanin seudun sairaalan fysioterapeutti. Suurin osa koulutuksesta on kuntayhtymän järjestämää koulutuksesta, jota toteutetaan omassa yksikössä, ja jolloin kouluttajana on yksikön oma henkilöstö. Osastohoitaja päättää, ketkä hoitajista osallistuvat mihinkin koulutukseen.

Hoitajien kokemukset fyysisestä rajoittamisesta luennon aikana (vastasivat vain hoitajat ketkä olivat kiinni Mg-vöissä) vaihtelivat. Kokemukset liittyivät pyörätuolissa ja geriatrisena tuolissa istumiseen sekä vuoteessa Mg-vöissä maatesa olemiseen.

Jotkut hoitohenkilökunnasta **tunsi ahdistavaa ja kuumaa oloa Mg-vöiden kiinni ollessa**, kun taas toisilla **oli turvallinen olo**. Tulosten mukaan hoitohenkilökunta totesi, että **P-tuolien ja Mg-vöiden oikean koon käyttö** on tärkeää.

Hoitohenkilökunta totesi, että fyysinen rajoittaminen aiheutti heille luennon aikana tuskallista oloa, erityisesti pelkoa. Miten toimin jos osastolla tulee hätätilanne? Hoitohenkilökunta kuvaili **kuumaa ja ahdistavaa** oloa seuraavalla ilmaisulla.

”Mieleen tuli Mg-vöissä maatessa, jos olisi hätätilanne esim. tulipalo ja minulla, potilaalla, olisi vyöt paikallaan.”

”Kuuma, täytyi irrottaa pois itseltä.”

”Ahdistuneisuus, jos ei aukea, eikä kukaan tulee päästämään irti. Pelokkuus...”

Tosilla taas on **vastapäin tuntemuksia**, jota niitä on kuvattu seuraavalla ilmaisulla.

”P-tuolissa minulla oli kuitenkin mahdollisuus liikkua.”

”Leveä vyö vuoteessa tuntui turvalliselta.”

”Hyväkuntoinen voi kääntää kylkeä vyön ollessa kiinni.”

P-tuolien ja **Mg-vöiden oikean koon käyttö** on tärkeää. Mg-vöiden pitää olla tarpeeksi kiireällä, muuta se ei saa haitta hengitystä. Turvavyön tulee olla potilaan vyötärön korkeudella. Vyö ei saa olla rinnan tai lantion kohdalla. Potilaan ja turvavyön välin tulisi mahtua kiinnittäjän avokämmen. Hoitohenkilökunnan tulee lisäksi varmistaa, että sängynrunkoon kiinnitetyt hihnat eivät liiku, joten potilas ei voi muuttaa asentoa kiinnityksen aikana. Mikäli potilas voi liikkua kiinnityksen aikana, hän voi kasata tyynyä ja lakanoita vartalon ja vyön väliin ja näin rajoittaa hengitystä. Vain turvavyön oikea asettaminen edistää potilasturvallisuutta, muuten niiden huolimaton käyttö lisää onnettomuuden vaaraa, jopa potilaan kuoleman riskiä. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulee huomioida, mikä olisi potilaalle sopiva geriatrien tuoli. (Segufix - turvavyö käyttö-ohje.)

”Vyö on leveä ja nousee helposti liian ylös, valumaankin pääsee, jos turvavyön sivuhihnat eivät ole kiinni.”

”Tuoli ainakin oli valittava hyvin mihin potilasta laittaa, etteivät paikat pääse puutumaan ja jaloilla olisi myös hyvä asento.”

”Leveä vyö vuoteessa tuntui turvalliselta.”

Luennon aikana tein havaintoja, että hoitohenkilökunta ei voinut olla Mg-vöissä kiinni koko aikaa. Ensimmäisellä luennolla hoitohenkilökunta oli kiinni korkeintaan 15 minuuttia, toisella luennolla he olivat suurimman osan ajastaan. Luennon alussa kaikilla oli mahdollisuus avata

Mg-vyön lukko ja sen he avasivat. Ensimmäinen luento toteutui kesäkuussa ja ulkona oli lämmin ilma. Osastolla ei ole ilmastointia. Lisäksi hoitohenkilökunta kertoi, miten ulkoilma vaikuttaa potilaalle. Potilaalla ovat vaatteet päällä, useilla on haalari ja lisäksi lähes kaikilla on vaipat. Myös kestopatetti istuessa aiheuttaa epämukavuutta, jopa kipua.

Suullisen palautteen mukaan hoitohenkilökunta kaipaa potilaan fyysisen rajoittamisesta selkeät ohjeet akuuttiyksikön potilaita varten. Tällaiset ohjeet olisi apuvälinne työskennellessä, koska suurin osa potilasta on haasteellisesti hoidettavia. Toistaiseksi on käytetty lepositeiden käyttöä koskevan ohjetta Kaiman sivustolta. Projektiryhmän kanssa sovittiin, että ohje tehdään vuoden 2014 aikana.

Päivän päätyessä hoitohenkilökunnan suullinen palaute koulutuksesta oli myönteinen. Koulutus toi osallistujille uusia oivaluksia työskentelyyn sekä rohkeutta tehdä hoitopäätöksiä ja toimia oikealla tavalla. Lisäksi hoitohenkilökunta oli tyytyväinen potilaan fyysistä rajoittamista koskeviin koulutuksiin.

”Luento on mielenkiintoinen ajatuksia herättävä.”

”Esitys sai paljon ajatuksia ja uusia mielipiteitä.”

Luento sujui suunnitelman mukaisesti. Projektipäällikkö teki muistipanoja ja havainnointia luennon aikana. Tämän perusteella voin todetta, että fyysinen rajoittaminen aiheutti hoitohenkilökunnalle epämukavaa oloa, heiden ilmeensä kasvoilla ei ollut hyvä. Projektiryhmän jäsenet olivat tyytyväisiä, koska päivän lopussa pohdittiin asiaa käytännön hoitotyön kannalta.

4.5 Potilaan liikkumisen rajoitteet hoitotyössä (reflektointi)

Potilaan liikkumisen rajoitteita voidaan vähentää työyhteisön, organisaation ja yhteiskunnan toiminnalla. Organisaation toiminnan kuuluu järjestää riittävä hoitohenkilökunta resurssit (iltavuorossa ja viikonloppuna). Hyvä johdantuki ja selkeät ohjeet fyysisen rajoitteiden käytöstä mahdollistavat niiden vähäisemmän käytön. Yhteiskunnallisen tasolla olisi hyvä tehdä lainsäädännön uudistamista sekä laki potilaan fyysisestä rajoittamisesta somaattisessa hoidossa. Potilaan fyysisen rajoittamisen vähentäminen liittyy vahvasti hoitohenkilökunnan määrään ja käytettävissä oleviin resursseihin. Heidän toistuva koulutukseen osallistuminen, riittä-

vää tiedon saanti ja eettiset periaatteet ovat tekijöitä, joiden avulla rajoittamista voidaan vähentää hoidossa. (Saarnio 2009, 33.)

Fyysinen rajoittaminen laitoshuollossa vaikuttaa sekä vanhuksen että hoitajan hyvinvointiin. Vanhuksille fyysinen rajoittaminen voi joskus lisätä turvallisuuden tunnetta, ja toisilla se vaikuttaa sosiaalisen, fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn alenemiseen. Hoitohenkilökunnalle potilaan fyysinen rajoittaminen voi aiheuttaa ristiriitaisia tuntemuksia. Hoitajat kokevat siinä tilanteessa, että vanhuksen on turvallista istua pyörätuolissa turvavyö kiinni, mutta tilanne on ristiriidassa vanhusten yksilöllisen hoidon vaatimusten kanssa. (Saarnio 2009, 30.)

Potilaan fyysinen rajoittaminen 1990-luvulle asti oli yleinen näky hoitolaitoksissa Yhdysvalloissa. Hoitolaitoksissa yli puoli miljoona ihmistä (25 - 85 % vanhuksista) asetettiin lepositeisiin päivittäin. (Tideiskaar 2005, 120.)

Useasti fyysistä rajoittamista perusteellaan vanhusten turvallisuuden lisäämisellä, jolloin estetään heidän kaatumisensa ja siitä aiheutuvat loukkaantumiset. Lepositeiden käyttö ei vähennä kaatumisriskiä ja lepositeissa olevalla potilaalla on yhtä suuri riski kaatumiseen kuin niillä, joita ei sidota. (Tideiskaar 2005, 121 - 122.) Potilaan fyysisten rajoitteiden välttäminen ja ympäristön mukauttaminen apuvälinein sekä muiden menetelmin helpottaa potilaan hoitoa (Virammo 1999, 53).

Akuuttiyksikössä on käytettävissä kypäröitä, erilaisia apuvälineitä (rolaattoria) sekä sisäkenkiä ja jarrusukkia. Osaston käytäntö on, että muistisairaille potilaalle jätetään rolaattori vuoteen viereen. Jokaisella potilaalla on mahdollisuus ottaa omat kävelykengät käyttöön. Kenkien täytyy olla tukevat ja hyvää kuntoiset. Useasti fysioterapeutti tarkistaa kenkien kunnon. Muistamattomat potilaat unohtavat laittaa kengät jalkaan ennen kävelemistä. Tästä syystä on hyvä pukea potilaalle jarrusukat. Näin vähennetään kaatumisriskiä. Vanhuksille, jolla on runsas kaatumishistoria, otetaan käyttöön kypärä.

Lääkärillä on keskeinen rooli potilaan fyysisen liikkumisen rajoittamisessa, koska hän tekee loppupäätöksen rajoitteen käytöstä. Lisäksi potilaan fyysisen liikkumisen rajoittamisen välttäminen vaatii moniammatillista yhteistyötä eri ammattiryhmien (toiminta- ja fysioterapeutti) kanssa.

Potilaan fyysinen rajoittaminen tapahtuu yleensä kolmesta eri syystä, eli jos potilas on vaaraksi itselleen, hän häiritsee ympäristöään tai hoitotyöntekijät toimivat rutiininomaisesti. Yleisin syy on, että pelätään potilaan kaatuvan tai eksyvän. Hoitohenkilökunta saattaa rajoittaa potilasta fyysisesti, koska hoitohenkilön mielestä potilas ei muista, että hänen liikuntakykynsä on heikentynyt, ja siksi turvallinen kävely ei onnistu. Rajoitteilla hoitotyöhenkilökunta pyrkii takamaan ikääntyneen turvallisuuden. Toiseksi yleisin syy on ympäristöön aiheutuva häiriö. Muistisairas potilas saattaa olla levoton, aggressiivinen, sekava tai hän häiritsee muita potilaita kulkemalla heidän huoneissaan. Hoitotyöhenkilökunta kokee potilaan fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvän myös liian vähäisen henkilökunta määrän. Potilaan fyysistä rajoittamista käytetään myös mahdollistamaan jokaisen hoitotyöntekijän pääseminen palaveriin. (Saarnio & Isola 2008, 269 - 270.)

Riittäväällä hoitohenkilökunnan määrällä voidaan välttää potilaan fyysinen rajoittaminen ja estää hänen kaatuminen. Se on osa potilasturvallisuutta ja hyvää hoidon laatua. Terveydenhuollon alalla hoitajien määrän on tutkittu vaikuttavan muun muassa potilaiden kuolleisuuteen. Työn laatu, työympäristö ja työmäärä tulee ottaa huomioon, jos halutaan saada tietoa siitä, kuinka paljon hoitajia tulee olla potilaita kohden. Hoitohenkilökunnan määrällä ja sen jakautumisella eri koulutustasoihin sekä hoidon tuloksilla on yhteyttä toisiinsa. Työyksikössä, joissa hoitohenkilökuntaa on riittävästi tai hoitajat tuntevat hallitsevan työnsä, pystytään turvamaan potilaan hoito. (Helovuon ym. 2011, 59 - 60.)

Tideiskaarin (2005, 47) mukaan aina hoitohenkilökunnan määrä ei kuitenkaan ole verrannollinen potilaan kaatumisten määrään, vaan siihen vaikuttaa se, millä tavoin hoitohenkilökunta suhtautuu potilaiden auttamiseen. Esimerkiksi, jos viikonloppuna on töissä hoitajia jotka eivät tunne potilasta tai jotka eivät ole oikein asennoituneet potilaan turvallisuuteen, heillä on riittämätön valmius ennaltaehkäistä potilaan kaatumisia.

Tulevaisuudessa potilaiden fyysistä rajoittamista lääkityksen avulla tulee välttää, koska se nostaa potilaan kaatumisriskiä. Lääkelistan säännöllinen päivittäminen on tärkeää. Lisäksi lääkahoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa lääkkeiden vaikutus kaatumisalttiuteen on huomioitava. Joka kolmas 75 vuotta täyttäneiden kaatumistapaturmista johtuu osittain lääkkeiden haittavaikutuksista. Pitää olla tarkkana, kun iäkkäille ihmisille aloitetaan uusi lääke, koska niiden haittavaikutusten vaarat ovat korkeat. (Kivelä 2006, 21.)

Vanhuksilla on takana rikas elämä. He eivät ole vain muistamattomia, liikkumiskyvyttömiä tai sairaita ihmisiä. Vanhustyö vaatii jokaiselta hoitohenkilökunnalta vahvaa eettistä tietoisuutta, koska haavoittuvuuden johdosta ihmisarvo on vaarassa. Hoitotyössä riittävä osaaminen on tärkeää, pelkkä teoreettinen tieto ei riitä. (Heimonen, Sarvimäki & Suni 2010, 156 - 158.)

5 HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN POTILAAN TURVALLINEN HOITOTYÖ (2C SYKLI)

Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena ohjausryhmän kokouksessa päätimme lähteä kehittämään haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitoa.

Apulaisosastonhoitajan kanssa sovittiin, että tämän projektiryhmän avulla lähdetään kehittämään työyksikössä hoitotyötä ja etsitään ratkaisuja haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden potilaiden hoitotyöhön. Tavoitteena oli järjestää hoitohenkilökunnalle lisäkoulutusta aiheesta ja löytää menetelmiä muistamattomien potilaiden turvalliseen hoitoon. Kehittämiskykyiseksi muodostui, miten haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitoa voidaan kehittää?

5.1 Muistisairaana potilaan turvallinen hoito (suunnittelu)

Ohjaus- ja projektiryhmän yksi jäsen oli muistihoitaja. Syklin kulun suunnittelemiseksi koonnuimme projektiryhmän kanssa. Palaverissa pohdittiin asioita, miten päivittäessä hoitotyössä voidaan parantaa muistamattoman potilaan ymmärtämistä. Syystä tai toisesta tämä projektiryhmän toiminta ei edennyt suunnitelman mukaisesti. Yksi projektiryhmän jäsen on lähtenyt toiseen työpaikkaan, toinen jäsen aloitti täydennyskoulutuksen. Projektiryhmän koostaminen uudelleen oli hankalaa yhdistä.

Yleisimmät syyt vanhusten joutumista sairaalahoitoon ovat akuuttisairaudet tai yleistilan heikkeneminen. He eivät enää tule toimeen entisessä ympäristössään. Usein he kaatuvat tai muuttuvat sekavaksi. Sairaalahoidossa syyksi paljastuu usein joku akuutti infektio, kuten ruusu (bakteerin aiheuttama syvä ihotulehdus) tai pyelonefriitti (munuaisaltaan tai munuaisen tulehdus). (Tilvis 2001, 35.)

Iäkkäiden kuolleisuuden lasku ja syntyvyyden vähentyminen ovat muuttaneet väestönrakennetta siten, että iäkkäiden osuus nousee. Iäkkäille ihmisille toimintakyky laskee iän myötä ja päivittäisissä perustoiminnoissa vaikeudet alkavat selvästi 75. ikävuoden jälkeen. Suurimmalla osalla perustoiminnot kuitenkin sujuvat itsenäisesti hyvin iäkkäänkin. (Tilvis & Jylhä 1993, 21

- 29.) Ikääntyvien hoito on haasteellista hoitohenkilökunnalle, koska potilailla on runsaasti perus- ja kroonisia pitkäaikasi sairauksia ja he ovat muistamattomia.

Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä on hoidettavana iäkkäitä potilaita, joista suurin osa on muistisairaita henkilöitä yli 75-vuotiaita. Heidän yli- ja alidiagnostiikan välttäminen sekä oikean hoidon valinta ovat käytännössä haastavia asioita. Tämä edellyttää riittävää tietoa vanhusten sairauksista, heidän halukkuudestaan yhteistyöhön muiden ammattilaisten ja potilaan omaisten kanssa.

5.2 Muistisairaahan potilaan haasteellinen käytös (toiminta)

Normaalissa vanhenemisessä aivojen toiminta vähenee, joten se näkyy aivotoiminnan häiriöiden oireina. Normaalin vanhenemisen aikana vanhus on oppimiskykyinen, vaikka uuden oppimisessa, älyllisen toiminnan nopeudessa tai muistin kuormituskyvyssä tapahtuu lievää heikentymistä. (Erkinjuntti & Sulkava 1993, 106.) Muistin heikkeneminen on iäkkäillä tavallinen oire. Monet toiminnalliset tilat aiheuttavat muistiongelmia. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia ja Lewyn kappaleen tauti. Muistisairaahan potilaan hoidossa tarvitaan ammatillista osaamista sekä potilaan ja lähiomaisten tukemista. (Sulkava & Eloniemi - Sulkava 2008, 81.)

Muistihäiriöiden syyt voivat olla ohimeneviä tai pysyviä. Muistihäiriöiden ohimenevät syyt ovat aivoverenkierron häiriöt, lievä aivovamma, epileptinen kohtausta, lääkkeet ja niiden haittavaikutukset, päihteet, psykiatriset häiriöt ja sekavuus. Muistihäiriöiden pysyvän jälkitilat voivat aiheuttaa aivovamma, aivohalvaus, B 12-vitamiini puutos, leikkauksen tai/ja toimenpiteen jälkitila sekä sädehoidon jälkitila. (Sulkava & Eloniemi - Sulkava 2008, 82 - 84.)

Dementia on oireyhtymä, ei yksinäissairaus. Dementialla tarkoitetaan laaja-alaista henkisten toimintojen heikentymistä, johtuu aivojen vaurioittavasta sairaudesta tai vammasta. Yleisin dementoituvan sairauden oire on muistihäiriöt, johon kuuluvat ainakin yksi seuraavista oireista: kielelliset vaikeudet (afasiaa), kätevyuden häiriö (apraksia), hahmotushäiriö (agnosiaa), toimintaohjauksen ongelmat (kokonaisuuden jäsentäminen, järjestelmällisyys). American Dementian diagnoosin asettaminen näiden kriteerien lisäksi liittyy potilaan älyllisen toimintakyvyn muutokset. Käyttäytymisen oireita ovat fyysinen aggressiivisuus, levottomuus, huutelu,

toisto-oireet ja tavaroiden keräily. Muistisairaus pysyy sitä kauemmin lievässä vaiheessa, mitä aikaisemmin lääkehoito aloitetaan. (Sulkava & Eloniemi - Sulkava 2008, 82 - 84.)

Dementiaan liittyy myös psykologisia oireita kuten masennus, ahdistuneisuus, unihäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot sekä virhetulkinnat (Sulkava & Eloniemi - Sulkava 2008, 82 - 84).

Dementiaa sairastavalla potilaalla on persoonallisuuden muutoksia, harhoja, sekavuutta, ahdistuneisuutta, levottomuutta, masennusoireita sekä univaikeuksia. Yksi syy muistisairaiden laitoshoitoon joutumiselle on uni-valverytmin häiriöt. Potilas nukkuu päivällä aikaisempaa enemmän ja unta ei riitä yöksi. Muistisairaspotilas on suurimman osan vuorokaudesta sängyssä. Tämän vuoksi potilaan tutkimisessa on huomioitava erityisesti potilaan muistihäiriöiden määrä ja laatu. Somaattiset sairaudet ja lääkehoito voivat aiheuttaa unihäiriötä. Käyttöoireet ovat usein vaikeimmat alkuyöstä tai pimeän vuorokauden aikaan. (Saarinen 1999, 56; Vataja 2006, 102 - 103).

Keväällä ja syksyllä 2013 työyksikössä pidettiin hoitohenkilökunnalle TunteVa hoitaja-malli koulutus teemasta ”**Muistisairaahan haasteellinen käytös**” (liite 17). Koulutus järjestettiin neljä kertaa akuuttiyksikössä. Kouluttaja oli Kainuun Muistiyhdistyksestä vertaistoiminnan vastaava, MUISTILUOTSI, asiantuntija Eija Määttä. Koulutuksen tavoitteena oli, että hoitohenkilökunta osaa olla muistamattomille potilaille tukea tunteiden käsittelyssä. Koulutukseen osallistui yhteensä 25 sairaanhoitajaa ja lähi- perushoitajaa ja koulutus kesti 1,5 tuntia joka kerrallaan.

Ohjausryhmän palaverissa ehdotettiin, että tämä projektiryhmä kokoaisi näihin koulutuksiin osallistuneiden hoitajien kokemuksia ja kehittämistyön jatkamista. Valitettavasti tällainen suunnitelma ei toteutunut.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitotyötä. Tarkoituksena oli edistää haastellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitoa sekä löytää menetelmiä, miten selviydytään hoitotyön arjesta ja miten ratkaistaan turvallisen hoitotyön kehittämistä vaativia asioita. Toimintatutkimusta pidetään yhden organisaation sisäisten toimintatapojen kehittämisen prosessina. Se on tärkein tutkimus- ja kehittämistoiminnan risteyspaikka. Kehittämisprosessin havainnointi ohjaa tutkimusprosessia eteenpäin. (Toikka & Rantanen 2009, 30 - 31.)

Alkukartoituksella saaduista tuloksista opinnäytetyö rajautui infektioiden torjuntaan ja erityisesti käsihygieniaan. Lisäksi alkukartoituksesta nousi potilaan fyysinen rajoittaminen sekä haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoito. Valitut aiheet ovat tärkeä osa potilaan hyvää, laadukasta ja potilasturvallista hoitoa. Hyvä käsihygienia on tehokkain tapa vähentää infektion aiheuttajien leviämistä terveydenhuollon yksikössä ja suojata potilasta hoitoon liittyviltä infektioilta (Rintala & Routamaa 2013, 1120).

Opinnäytetyön aikana hoitohenkilökunnalle järjestettiin hygieniapäivä osastolla, jolloin he suorittivat verkkotestin ja UV-desinfektio-testauksen. Analyysitulosten perusteella voidaan todeta, että käsihygienian kehittämiseksi oli edelleen tarvetta ja hoitotyöntekijöiden käsihygieniaosaaminen kehittyi. Desinfektio-testauksen tulos antoi hoitotyöntekijöille konkreettista tietoa siitä, kuinka käsidesinfektio onnistui oikealla tavalla ja tekniikalla. (Syrjälä & Teirilä 2010, 169.) Lisäksi pohdittiin kuinka tärkeää on käsidesinfektio osaaminen laitoshuoltajille, vaikka he eivät osallistu potilaiden hoitotyöhön. Opinnäytetyön tulosten mukaan desinfektioaineen levittämiseen kiinnitetään aikaisempaa enemmän huomiota. Lisäksi hoitohenkilökunta pohti, miten suuri merkitys on käsihygienialla eristystilanteessa. He korostivat, että kosketuseristysohje potilaalle ja omaiselle on hyvä tapa edistää infektioiden torjuntaa osastolla.

Opinnäytetyön tulosten mukaan voidaan todeta, että hygieniapäivä on hyvä järjestää tulevaisuudessa, kerran tai kaksi kertaa vuodessa. Lähtökohtana hoitoon liittyvien infektioiden vähentämiseksi on se, että koko henkilöstö osallistuu infektioiden torjunta koulutukseen. (Syrjälä 2010, 33.)

Opinnäytetyön aikana osastolla pidettiin luento potilaan fyysisestä rajoittamisesta. Hoitohenkilökunta pohti eri tilanteita, jolloin fyysinen rajoittaminen tuli kyseeseen. Huomattiin, kuinka tärkeää hoitotyössä on käyttää muita menetelmiä rajoittamisen sijaan. Hoitolaitoksissa, joissa käytetään fyysisiä rajoitteita, potilailla esiintyy putoamisesta/kaatumisesta johtuvia loukkaantumista, kun potilas lähtee vuoteesta. Tällainen tilanne on erittäin vaarallinen muistamattomille ja huonokuntoisille potilaille. He eivät muista, että heidän liikuntakykynsä on heikentynyt. Potilaan fyysinen rajoittaminen johtaa usein avun ja hoidon tarpeen lisääntymiseen. Samalla kaatumisriski lisääntyy, koska liikuntakyky huononee. (Tideiskaar 2005, 43 - 44.)

Potilaan fyysinen rajoittaminen aiheuttaa inhimillistä kärsimystä potilaalle, omaiselle ja hoitohenkilökunnalle. Tideiskaarin (2005, 124) mukaan omaiset suhtautuvat eri tavoin potilaan liikkumisen rajoittamiseen. Osa omaisista luottaa hoitohenkilökuntaan ja uskoo, että fyysinen rajoittaminen estää potilaan kaatumista ja loukkaantumista. Toiset taas vaativat rajoitteiden poistamista kaatumisvaarasta huolimatta. Omaiset hyväksyvät potilaan sitomisen helpommin, jos hoitohenkilökunta kertoo heille niiden haittavaikutuksista ja vaihtoehtoisista menetelmistä.

Hoitohenkilökunnan ei tulisi tehdä potilaan fyysistä rajoittamista ennaltaehkäisyyn vuoksi. Akuuttiyksikössä on sovittu, että ennen kun potilaalle aloitetaan fyysinen rajoittaminen asiasta keskustellaan omaisten kanssa. Heille tulee perusteella tarkasti, miksi ja miten rajoitetaan. Heidän suostumuksensa kirjoitetaan potilastietoihin. Lopuksi fyysinen rajoittaminen päätöksen tekee osaston hoitava lääkäri.

Akuuttiyksikössä on käytössä geriatriasia tuoleja. Pehmeisiin tyynyihin uppoaa helposti ja niiltä ylös nouseminen on hankalaa, koska potilaan pakarat ovat alempana kuin polvet. Tällainen tuoli on kuitenkin parempi vaihtoehto kun fyysinen rajoittaminen. (Tideiskaar 2005, 110 - 112.) Saarnion (2009, 85) tutkimuksen mukaan ammatillisella hoitohenkilökunnalla on taitoa arvioida iäkkään potilaiden toimintakykyä. Tämä merkitsee, että hoitohenkilökunnan tulee osallistua säännöllisesti koulutuksiin, joissa hankitaan gerontologista asiantuntijuutta. On myös tärkeää, että iäkkäiden ihmisen laitoshoidossa tehdään moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat lääkärit, hoitajat, ravitsemus-, toiminta- ja fysioterapeutit sekä lähiomaiset.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta laaditaan kirjallinen toimintaohje potilaan fyysisestä rajoittamisesta. Hoitohenkilökunta kokee sen tarpeellisina. Ohjeet voi esitellä myös lähiomaisille. Opinnäytetyön prosessi on lyhyt ja sen vuoksi toimintaohje potilaan fyysistä rajoittamista on vielä kesken. Lisäksi hoitohenkilökunnan osallistuminen VALSSI -koulutukseen kehittää ikääntyvien hoitotyötä. Yhteistyö omaisten kanssa on merkittävä, jota vältetään potilaan fyysistä rajoittamista mahdollisimman paljon.

Opinnäytetyön aihe on ollut osa organisaation vuoden 2014 strategista toimintasuunnitelmaa (Tuloskortti 2014). Opinnäytetyötä ja sen kehittämistyön merkitystä arvioidaan seuraavalle vuodelle laadittavan toimintasuunnitelman yhteydessä. Opinnäytetyön tuloksia ja niiden mukaisia kehittämisasioita tulisi siis kirjata akuuttiyksikön vuoden BSC:n.

7 POHDINTA

Tässä luvussa arvioin opinnäytetyön prosessia kokonaisuutena ja sen onnistumista. Lisäksi tarkastelen opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä haasteellisesti käyttäytyvän muisti-sairaahan turvallista hoitotyötä kliinisen asiantuntijan näkökulmasta.

7.1 Eettisyys

Etiikka moraalisesta näkökulmasta on osa arkielämää. Etiikka ilmenee eri tilanteissa, joissa henkilö pohtii suhtautumistaan omiin tai toisten tekemisiin. Etiikka ja moraalit ovat mukana erityisesti tilanteissa, missä jokainen valinta sisältää eri näkökulmasta huomioiden myönteisiä ja kielteisiä piirteitä. Eettinen ajattelu on kykyä pohtia omien ja yhteisön arvojen kautta sitä, mikä on jossain tilanteissa oikein tai väärin. Tekijällä on itse eettisten vastuu tutkimustyöstä. Lait ja eettinen normisto auttavat ongelmien ratkaisujen tekemisessä. (Kuula 2006, 21.)

Tutkimusetiikkaan kuuluvat eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet, joita tutkijan tulee noudattaa omassa ammatissaan. Tämän perustella tutkimusetiikka määritellään tutkijoiden ammattietiikaksi. (Kuula 2006, 23.) Ammattietiikassa pohditaan henkilön vahvuudet ja heikoudet sekä sitä, millainen toiminta ammatissa on hyväksyttävää ja suositeltavaa. Ammattietikassa sairaanhoitajana minulla pitää olla kykyä vahvistaa työyhteisössä hyväksyttäviä käyttäytymistapoja sekä puuttua epäeettiseen toimintaan. Ammattietikka tukee sairaanhoitajaa päivittäin eettisessä ja päätöksenteossa. Sairaanhoitajan hyvä itsetuntemus on peruslähtökohta eettisesti laadukkaalle omalle ammatille. Itsetunnon vahvistaminen tuo sairaanhoitajalle mahdollisuuden pyrkiä eettisesti korkeatasoiseen hoitotyöhön. (Hopia, Heinonen & Liimatainen 2012, 14 - 15, 23.)

Tutkijan pitää ottaa huomioon eettisyyttä jo tutkimuksensa aihetta pohtiessaan. Hänen tulee olla selvillä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126.) Lisäksi tutkimuksen tekijän pitää informoida riittävästi tutkimukseen osallistuvia tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja mahdollisista riskeistä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131).

Etikalle kuuluu tieteenalan luotettavuus, todellisuus ja rehellisyys. Sisäiseen etikkaan liittyy työyhteisön sisäiset säännöt, joissa arvioidaan kollegoiden ja esimiesten välistä suhdetta. Eettisyyttä tukevat omat perusteet ja toimintatavat. (Mäkinen 2006, 34 - 35.) Lisäksi tieteen eettisenä arvona on riippumattomuus ja itsenäisyys, joiden avulla etsitään uutta tietoa ja päästään parhaimpiin tuloksiin. Uuden tiedon hankkiminen tutkimusaiheesta edellyttää aiheen kiinnostusta, rehellisyyttä ja tunnollisuutta. (Kuula 2006, 25, 30.)

Kun kerätään aineistoa organisaatiosta, on saatava lupa organisaation johdolta (Anttila 2006, 506 - 508). Opinnäytetyöhön sai suostumuksen Kajaanin seudun sairaalan, akuuttiyksikön apulaisosastonhoitajalta. Hänen kanssaan keskustelin työelämän tarpeesta nousevasta kehittämisaiheesta. Opinnäytetyön edetessä aiheeseen sain ehdotuksia osastokokouksessa, kun kysyin hoitohenkilökunnalta aiheeseen liittyviä mielipiteitä.

Kehittämistyön eettisellä ulottuvuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen kohteen vuorovaikutusta. Tutkija on oltava myös rehellinen itselleen. Tutkimuksen eettinen uskottavuus on oltava vahvaa. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden yksityisyyttä. Eettisyyden näkökulmasta tutkijan on harkittava, onko tutkimusstrategia valittu niin, ettei se ole ristiriidassa tutkittavan ilmiön kanssa. Riittävää huomioita on kiinnitettävä tutkittavien tietosuojaan. (Anttila 2006, 506 - 508.)

Tutkimuksessa kootaan tietoja erilaisten menetelmien avulla muun muassa kyselyllä, haastattelulla ja havainnoimalla. Tutkijan ja tutkittavien välillä ei saa olla sellaista riippuvuussuhdetta, joka voi vaikuttaa tietojen antamisen vapaaehtoisuuteen. (Anttila 2006, 509.) Osallistujien henkilöllisyys ei saa käydä ilmi tuloksia raportoitaessa. Tiedonantajien ominaisuudet voivat muodostua eettisyyden ja luotettavuuden haasteeksi. Tämän vuoksi tutkijan on oltava riippumaton eikä hän saa olla valta-asemassa tai esimies haastateltaviin nähden. (Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007, 309.)

Henkilötietolain (1999/523) mukaan tutkittavien henkilötietojen ominaisuuksista tai henkilökohtaisista oloista ei saa ilmaista sivulliselle saatuja tietoja (§13). Käsittelin palautelomakkeen niin, että osallistujien henkilöllisyyttä ei voi yhdistää vastauksiin. Kiinnitin huomioita anonymiteetin säilyttämiseen. Tiedonantajia ei saa vahingoittaa, loukata tai nöyryyttää. Kuulan (2006, 122 - 123) mukaan kehittämistyön päätyttyä vastauslomakkeet täytyy hävittää.

Suurin osaa koulutuksiin osallistujista kirjoitti palautelomakkeen. Tarkoitus oli, että kehittämistyö ja aineistojen analysointi vie asioita työyhteisössä eteenpäin mahdollisimman nopeasti. Pyysin luennoille ja hygieniapäivään osallistuvia tekemään palautteen samana päivänä tai mahdollisimman pian. Olin huolissani aineiston keruusta koska ajattelin, että osa hoitohenkilökunnasta unohtaa antaa palautteen. Osallistujat tekevät kolmenvuorotyötä. Työyksikön tapahtumissa oli yhteensä 44 hoitotyöntekijää. Heistä 27 antoi palautteen aineiston keruuseen.

Aineiston analyysissa ja tutkimustuloksissa olen kiinnittänyt huomioita siihen, että hoitotyöntekijöiden henkilöllisyyttä ei voi tunnistaa. Käytän aineistoa opinnäytetyöhön ja sen valmistuttua hävitän aineiston. Tutkimustulokset ja koko opinnäytetyön olen raportoinut avoimesti ja rehellisesti. Aineiston keruiden yhteydessä olen informoinut suullisesti osallistujia aineiston keruun tarkoituksesta ja sen käytöstä. Lisäksi olen tiedottanut osallistujia aineiston keruun osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Luentojen aikana ja hygieniapäivänä otin valokuvia. Osallistujilta kysyin luvan, joten vasta luvan jälkeen otin kuvat. Kerroin heille, että kuvat laitetaan liitteeksi opinnäytetyön loppuun. Lisäksi korostin, että luennon aikana otetuista kuvista näkyy van vartaloa, kun henkilö istuu pyörätuolissa. Lisäksi perustelin, kuinka tärkeää aineiston keruuseen osallistuminen on työyhteisön opinnäytetyön eteenpäin viemisessä.

Jokaiselle työntekijälle on tärkeää tuntea kuuluvansa työyhteisöön ja tunne, että häntä arvostetaan sekä ihmisenä että työntekijänä. Kohentunut henkilön itsetunto ja motivaation herääminen vievät ryhmän toimintaa eteenpäin. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 111). Opinnäytetyön aikana tämä kiinnostus ei ollut näkyvissä jokaisessa projektiryhmässä. Kahdesta projektiryhmästä kaikki jäsenet olivat kiinnostuneet aiheesta ja heidän motivaationsa oli korkealla tasolla. Lisäksi he osallistuivat aktiivisesti koko kehittämisprosessiin. Toisaalta kolmanteen projektiryhmään motivaatiota ei löytynyt, eikä prosessi edennyt suunnitelman mukaisesti. Pohtiessani asiaa, voisin toteaa, että organisaatiossa oli haastava tilanne. Opinnäytetyötä aloitettaessa akuuttiyksikössä ei ollut osastonhoitajaa. Osastohoitajan roolissa toimi apulaisosastonhoitaja, ja hän oli kehittämisprosessissa mukana niin paljon, kun hän pystyi olemaan oman tehtävänsä ohessa. Apulaisosastohoitajan rooli kehittämistehtävässä oli merkittävä, mutta hänkään ei pysynyt herättämään motivaatiota kaikille osallistujille eikä projektiryhmän jäsenille kehittämistyöhön.

Keskustelin projektivastaavien kanssa koko kehittämisprosessin ajan. Kuitenkaan en pystynyt vaikuttamaan niin paljon, että kaikkien projektivastaavien kehittämismotivaatio olisi herännyt. Kehittämistyöhön ei voi pakottaa ketään, mutta jokaisella hoitotyöntekijällä on kehittämisen velvollisuus. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan ammatissa toimivan sairaanhoidajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. Suurin osa hoitohenkilökunnasta osallistui mielellään kehittämistyöhön. Heitä on kohdeltu tasa-arvoisesti, eikä heitä ole nostettu ylemmälle tasolle muihin työyhteisön työntekijöihin verrattuna.

Jokaisessa työyhteisössä arvot kuvaavat yhteisön toimintaa ja kulttuuria. Työyhteisössä arvot ilmenevät toiminnassa ja ne ohjaavat toimintaa ja valintoja. Arvojen mukaan voidaan yrittää muuttaa työyksikön toimintaa. Työyhteisön tai organisaation arvot laaditaan kysymällä, mikä on työyhteisölle tärkeää. Mitä todella työyhteisössä tehdään? (Juujärvi ym. 2007, 50.) Arvot on usein kirjattu työyhteisön toimintasuunnitelmaan. Arvot ja vastuut liittyvät yhteen. Eettisten ohjeiden ja arvojen näkökulmasta tarkistetaan työyhteisön vastuuta. Vastuu tarkoittaa sitä, että henkilökohtaisesti määritellään työntekijän vastuutehtävä, kenelle ja mistä hän on vastuussa. (Juujärvi ym. 2007, 49 - 50.)

Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä tehdään vuosittain toiminnan suunnittelun yhteydessä BCS tulokortti. Suunnitelma sisältää linjaukset seuraavalle neljälle vuodelle sekä tarkemman vuosikohtaisen suunnitelman. Tulokortin (2014) mukaan Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikön hoitotyön keskeiset arvot ovat ihmisarvon kunnioittaminen, asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, sitoutuminen ja avoimuus. Arvojen toteutumista käytännön työssä arvioidaan henkilöstön kanssa käytävissä kehityskeskusteluissa. Kehityskeskustelujen yhteydessä kartoitetaan työntekijän osaaminen (osaamiskartoitus), arvioidaan osaamisen hyödyntämismahdollisuudet ja suunnitellaan, miten osaamista kehitetään.

Lisäksi Kajaanin seudun sairaalan akuuttiyksikössä hoitotyöntekijöiden työnkuvien ja vastuiden selkiytyminen, osaamisen ja asiantuntijuuden vahvistaminen ovat tärkeitä tavoitteita. Täydennyskoulutuksiin osallistuminen mahdollistetaan lain vaatimassa laajuudessa kaikissa ammattiryhmissä. Hoitohenkilökunnan tehtäväkuvat ja vastuut määritellään kirjallisesti ja päivitetään tarvittaessa. (Tulokortti 2014.) Kuitenkin totean, että kehittämisprosessissa kaikkien henkilöiden vastuutehtäviä ei saavutettu suhteessa tavoitteisiin. Olisi hyvä, että hoitohenkilökunnan vastuutehtävät päivitetään vähintään vuosittain.

7.2 Luotettavuus

Luotettavuuden arviointi kuuluu oleellisena osana opinnäytetyöhön. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa katsotaan, että prosessin kuvaus ja tutkimuksen teoreettiset ja aineiston analysointia koskevat menetelmät ovat lukijalle ymmärrettäviä. (Kiviniemi 2001, 81.) Luotettavuuden merkitys korostuu kun tutkimuksen tekijä kommunikoi lukijan kanssa. Luotettavuuden kannalta on oleellista myös se tapa, miten kirjoitetaan tutkimusraportin ja miten tutkija pystyy perustelemaan tehdyt ratkaisut. (Anttila 2006, 519.) Niemisen (1997, 219) mukaan aineiston analyysin luotettavuutta tukee riittävä määrä alkuperäishavaintoja, esimerkiksi suoria lainauksia tai dokumentoitujen havaintojen kuvauksia. Selkeä ja riittävä tiedotus antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida luokittelun onnistuneisuutta.

Tutkija pohtii jatkuvasti tekemiään ratkaisuja ja tekee yhtä aikaa analyyseja. Tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan myönteisyys ja subjektivisuus, koska luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tutkija on tutkimuksessaan keskeinen tutkimusväline. (Eskola & Suoranta 1996, 165 - 166.) Tutkijan on oltava objektiivinen, noudatettava hyväksytyjä pelisääntöjä ja menetelmän mukaista logiikkaa. Hän ei saa esimerkiksi muuttaa mittaus- ja testituloksia, kun tulkitaan jotakin omien mieltymystensä mukaisesti. (Anttila 2006, 521.) Luotettavuuden kriteereillä uskottavuudella, vahvistettavuudella, reflektiivisyydellä ja siirrettävyydellä arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129; Eskola & Suoranta 1996, 167).

Uskottavuutta vahvistaa keskustelu tutkimuksen tuloksista ja tutkimuksen eri vaiheista (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129). Uskottavuuden avulla tutkija voi tarkistaa, vastaavako hänen käsityksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 1996, 167). Opinnäytetyön tulosten uskottavuutta lisää tieto, että opinnäytetyön prosessin ja aineiston keruut toteutettiin omassa työyksikössäni. Lisäksi luotettavuutta tukee se, että työn tekijänä tunsin tutkittavan ilmiön. Opinnäytetyön aikana keräsin aineistoja opinnäytetyön alkukartoituksessa ja koulutusten jälkeen (hygieniapäivä ja luento ”Potilaan fyysinen rajoittaminen”) palautelomakkeilla. Opinnäytetyön alkukartoitus tapahtui tammikuussa 2013 osastokokouksessa, jossa puhuttiin kehittämistehtävästä. Alkukartoituksen aineisto oli laadullinen ja se antoi minulle opinnäytetyön kehittämissuunnan. Tulosten käsittelyssä säilytettiin vastaajien anonyymisyys. Alkukartoitus aineisto ei ollut laaja, mutta opinnäytetyön suunnitelman pohjaksi siitä nousi ke-

hittämisasiheet. Aineiston tulokset käytiin läpi ohjausryhmän palaverissa ja niistä keskusteltiin. Tämä vahvisti myös tulosten uskottavuutta.

Vahvistettavuudessa kuvataan tutkimusprosessin raporttia niin, että lukija pystyy seuraamaan prosessin kulkua (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129). Tutkimusprosessin kuvaaminen on ollut haasteellista, jopa vaikeaa, koska siihen liittyy useita eri vaiheita. Lisäksi suomenkielen taitoni ei ole huipputasoa, joten ajatuksen saaminen kirjallisen muotoon on joskus hankalaa. Kehittämistyön prosessin kuvaamisessa käytin ohjaus- ja projektiryhmän muistioita. Lisäksi sain tukea ja ensiarvoisen tärkeää ohjausta ohjaavalta opettajalta opinnäytetyön edetessä. Opinnäytetyön kirjoittaminen on minulle todella haasteellista. Kirjakielen virheitä on, mutta ohjaavan opettajan kanssa opinnäytetyön etenemistä tarkistettiin useasti ja häneltä saatu palaute selkeytti kirjoittamista. Esimiehet ja kollegat olivat arvokas apu tämä projektissa.

Reflektiivisyydessä arvioidaan sitä, kuinka tutkija vaikuttaa tutkimus aineistoihin ja tutkimusprosessiin. Tutkija kuvaa tutkimuksen lähtökohdat tutkimusraportissaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.) Olin kehittämistyön aktiivinen tekijä, joten opinnäytetyön prosessin ajan yritin kriittisesti reflektoida omia ajatuksiani ja toimintaani. Koko prosessin ajan pyrin motivoimaan työyksikön kollegoita osallistumaan mahdollisimman paljon kehittämistehtävään. Kuitenkaan en pystynyt itse vaikuttamaan heidän omaan haluunsa osallistun. Aineiston keruiden aikana pyrin rohkaisemaan hoitohenkilökunta vastamaan totuudenmukaisesti, jotta he tuovat uusia ideoita ja ajatuksia. Tein muistipanoja ja esitin asiat sellaisina kun ne havaitsin. Tutkijana kirjoitin tutkimusraportissa asiat riittävän tarkasti. Kuvasin myös se mihin tehdyt ratkaisut ja valinnat perustuvat tutkimusprosessin eri vaiheissa.

Kehittämistehtävän tutkimusraportissa olen kuvannut kehittämistyön syklit mahdollisimman totuudenmukaisesti ja tarkasti. Lisäksi tutkimustulosten analyysin olen tehnyt mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti vaiheittain. Tulosten analyysiosuonissa olen käyttänyt runsaasti suoria lainauksia aineistosta, jotta lukija voi arvioida tutkimustulosten luotettavuutta. Lisäksi liitteessä 12 ja 16 on esimerkkinä alkuperäisiä ilmauksia palautteista (potilaan fyysinen rajoittaminen ja hygieniapäivä), jotta niiden avulla lukija voi arvioida sisällön analyysiiä.

Siirrettävyydessä arvioidaan tutkimustulosten hyödynnettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129). Opinnäytetyön raportissa kuvasin tutkimukseen osallis-

tuneet ja kehittämistyön ympäristön. Opinnäytetyössä kerätyt aineistot ja niiden tulokset ovat ainutlaatuisia. Tuloksia ei voi sellaisenaan soveltaa toiseen samanlaiseen kontekstiin.

Lähteiden valinnassa pitää huomioida kirjoittajan asiantuntijuus, tunnettuus, objektiivisuus, tiedon alkuperäisyys, lähteen ajantasaisuus ja tuoreus. Vanhempikin lähteitä voi käyttää, mikäli ne ovat esimerkiksi tärkeitä perusteoksia. (Mäkinen 2006, 128.) Opinnäytetyön raporttia tehdessä huolehdin lähteiden aitoudesta ja alkuperäisyydestä ja käytin vain primäärilähteitä. Huomioin kirjoittajien koulutuksen ja tutkimuksen. Kuitenkaan en pystynyt löytämään kaikkia uusia lähteitä, joten käytin osittain vanhoja, joissa oli tärkeitä asioita aiheesta. Aikaisempia opinnäytetöitä lähteitä en ole käyttänyt, koska niiden sisältöä en pysty varmistamaan.

7.3 Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana turvallinen hoitotyö kliinisen asiantuntijan näkökulmasta

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, kliininen asiantuntija koulutus, on työelämäläheinen. Tutkinnon tavoitteena on vastata työelämän kehittämisen tarpeisiin antamalla laajat ja syväiset teoreettiset tiedot toimia vaativissa asiantuntija- ja johtamistehtävissä sekä kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa sekä käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien ratkaisemiseen. Tavoitteena on myös vahvistaa ja kehittää osaamista erilaisten tutkimustoimintaan liittyvien lähestymistapojen soveltamisessa työelämään. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakoulusta 2003/352.)

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma kehittää opiskelijan osaamista kliinisen hoitotyön asiantuntijuuteen. Koulutukseen sisältyy erityisesti opetus- ja ohjausosaamista, osaamisen johtamista, potilasturvallisuutta, lääkehoitoa sekä tutkimus- ja kehittämistyöhön liittyviä opintoja sekä oman työn kehittämiseen liittyvä opinnäytetyö. Työelämään suuntautuvassa opinnäytetyöprosessissa on tärkeä merkitys yhteistyöllä, josta hyötyy prosessin kaikki osapuolet: opiskelija, toimeksiantaja, opinnäytetyön ohjaaja, ammattikorkeakoulu ja työelämä. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijan pitää osata hankkia ja arvioida tietoa kriittisesti sekä reflektoida tiedon tuotantoa. Opiskelija osaa hallita tutkimus- ja kehittämistoiminnan menetelmiä sekä analysoida kansallisia ja kansanvälistä tutkimustietoa. (Opetussuunnitelma 2012 - 2013 2012.)

Sosiaali- ja terveydenhuolto muuttuu entistä haasteellisemmaksi väestön tarpeiden muuttuessa. Näihin tarpeisiin voidaan vastata maniammatillisella yhteistyöllä. Tällainen yhteistyö edellyttää jokaiselta hoitoyöntekijältä ammattialan osaamista lisäksi asenteita ja tunnetta, tiimi-, projektityöskentely-, kehittämis- ja ohjaustaitoja. Moniammatillisuuden oppiminen on yksilöllinen prosessi, mutta työyhteisö on arvokas resurssi ja oppimisen voimavaara. (Katajamäki 2012, 34.) Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittäminen on jatkuvaa, sillä tieto vanhenee nopeasti. Keskeistä on tunnistaa vaikuttavat toimintatavat ja hoitomenetelmät sekä siirtää ne käytäntöön.

Asiantuntijuuden kehittäminen, yhdessä myönteisen työpaikan ilmapiirin ja oikeudenmukaisen esimiestyön kanssa rakentavat perustan laadukkaiden palveluiden tuottamiselle, paremmalle taloudelliselle tuottavuudelle sekä työyhteisön ja yksittäisen työntekijän hyvinvoinnille. Tärkeitä asioita työn kehittämisessä yksilön näkökulmasta ovat urakehitys, asiantuntijuuden syventyminen ja työsuhteen turvallisuus. (Hahtela & Mäkipää 2011, 162.)

Aktiivisena tekijänä ja projektipäällikkönä organisoin kehittämistyötä, jaoin työtehtäviä ja loin työskentelymenetelmiä, jotka sopivat työyhteisöön sekä omaan persoonaani. Projektipäällikköllä tulee olla kykyä johtaa projektin etenemistä ja kokouksia niin, että tehokkuus ja päätöksentekyky säilyvät. Hänen päämäärätietoisuutensa auttaa kehittämistyön loppuun saattamisessa. Vaikka projektipäällikkö on tarkka ja tehokas, välillä tapahtuu projektin epäonnistumisia. (Kettunen 2009, 29 - 31.)

Opinnäytetyön prosessin aikana kehitin omaa osaamistani potilasturvallisuudesta. Kyky arvioida kriittisesti sekä reflektoida asioita kehittyi. Kuitenkin koko kehittämisprosessi toi minulle lisää itsevarmuutta päätöksenteossa. Aikaisemmin en ole osallistunut projektiin, joten tämä oli hyvä kokemus oman osaamisenkehittämiseksi. Projektipäällikön tehtävässä suullinen viestintätaito kehittyi. Kuitenkin kirjoittaminen suomen kielellä on edelleen haastava. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessi tuki minun kehittymistä kliiniseksi asiantuntijaksi. Opinnäytetyön prosessin ajan kiinnitin huomioita prosessin aikatauluun. Kehittämisen kohteeksi valitut aiheet olivat ajankohtaisia ja realistisia. Kehittämisaiheiden rajausta oli selkeä.

Seminaaripäivässä työyhteisön työntekijöitä olivat mukana. Kahdesta projektiryhmästä jäsenet esittivät oman ryhmän etenemistä. Lisäksi seminaaripäivässä oli mukana ulkopuolinen ohjausryhmän jäsen, Muistiyhdistyksestä, joka myös esitti muistisairaiden haasteista Kainuus-

sa. Heidän aktiivinen osallistuminen opinnäytetyössä ja korkea motivaatio, vei koko prosessia loppua kohti.

Opinnäytetyön prosessiin liittyi artikkelin kirjoittaminen. Artikkelin kirjoittaminen toteutettiin yhdessä opiskelukollegan kanssa. Artikkelin kirjoittaminen kesti reilun vuoden. Yhdessä kirjoittamisessa korostui selkeät pelisäännöt sekä vahva sitoutuminen omaan osuuteen. Artikkelin kirjoittamisen aloittaessa ryhmässä oli yhteensä neljä henkilöä. Kaikki osallistujat eivät sitoutuneet tehtävään suunnitelman mukaisesti, ja niin osa jäi ryhmästä pois.

Artikkelin nimi oli ”Laiteturvallisuus osana potilasturvallisuutta” kliinisen asiantuntijan näkökulmasta. Artikkelia julkistetaan kesällä Potilasturvallisuus lehdessä. Tästä aiheesta ja koko kirjoittamisprosessista kehitin omaa potilasturvallisuus osaamistani. Kajaanin seudun sairaalan akuuttisyksikössä on käytettävissä eri laiteita ja apuvälineitä. Uuden osaamisen ja kehittämisen avulla kiinnitän aikaisempaa enemmän huomioita laitteen toimivuuteen ja niiden oikean käyttöön. Lisäksi osaamisen avulla pystyn edistämään terveydenhuollon turvallista hoidon kehittämistä ja sen suunnittelua. Potilaiden liikkumisen avustaminen vaatii erilaisia taitoja, ja sen vuoksi toistuva harjoittelu ja koulutus siirtolaitteilla on tärkeää. (Rantsi & Hämäläinen 2006, 9.) Lisäksi asiantuntijoiden tuki auttaa hoitohenkilöstön laitteiden käyttöä stressitilanteissa.

Koko opinnäytetyö prosessi kesti noin puolitoista vuotta ja siinä aikana käsittelin eri kirjallisuutta ja niiden myötä oman asiantuntijuuteni on monipuolistunut. Lisäksi opinnäytetyötä tehdessä käytin monipuolista ja vieraskielistä lähdemateriaalia. Opinnäytetyön käytännön toteutumista helpottivat motivoituneet projektiryhmäläiset ja meidän yhteinen halu kehittämiseen. Suurin osaa hoitohenkilökunnasta oli motivoitunut ja kiinnostunut kehittämiseen. Jokaisesta projektiryhmästä oli ainakin yksi jäsen ohjausryhmässä, mikä helpotti tiedon ja viestinnän kulkua. Lisäksi apulaisosastohoitaja ja osaston ylilääkäri kuuluivat ohjausryhmään. Ulkopuolinen ohjausryhmän jäsen Muistiyhdistyksestä toi koko opinnäytetyön prosessille arvokasta kokemusta ja tietoa muistisairaiden potilaiden kohtelusta. Opinnäytetyön tiedotus- ja dokumentointisuunnitelma sekä koko prosessin eteneminen on kuvattu liitteessä 18. Henkilökohtaisesti olen tyytyväinen opinnäytetyön prosessin toteutumiseen.

LÄHTEET

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

Beare, M., Greene, J., Clough, R., Aveyard, B., Blatch, G. & Newman, B. 2008. "Let's talk about restraint". Rights, risks and responsibility. Royal College of Nursing. Luettu 15.4.2014. https://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/157723/003208.pdf.

Barker, K. 1998. The ageing process. Teoksessa J. Marr & B. Kershaw (toim.) Caring for Older People. Developing Specialist Practice. Arnold, a member of the Hodder Headline Group. London. 10 - 39.

Eloniemi - Sulkava, U. 2007. Muistioireinen ihminen. Teoksessa L. Sievänen, M. Sievänen, K. Välikangas & U. Eloniemi - Sulkava (toim.) Opas ikääntyneen muistioireisen muutostöihin. Ympäristöopas. Edita Prima Oy. Helsinki. 7 - 11.

Erkinjuntti T. & Sulkava, R. 1993. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa R. Tilvis & L. Sounder (toim.) Geriatria. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 105 - 128.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi.

Hahtela, N. & Mäkipää, S. 2011. Asiantuntijuuden kehittäminen. Teoksessa I. Ranta (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Edita Prima Oy. Helsinki. 162 - 169.

Hartikainen, S. & Jäntti, P. 2005. Ikääntyneen väestön terveyden edistäminen. Teoksessa E. Kumpusalo, M. Ahto, K. Eskola, S. Keinänen - Kiukaanniemi, E. Kosunen, I. Kunnamo & J. Lohi (toim.) Yleislääketiede. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna. 348 - 358.

Hartikainen, S. & Jäntti, P. 2001. Iäkkäiden kaatumiset ja huimaus. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna. 281 - 292.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatrisen tiedon ja taidon merkitys iäkkäiden hoidossa. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Edita Prima. Helsinki. 11 - 14.

Heikkinen, H.L. T. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökodat. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint Oy. Vantaa. 16 - 38.

Heikkinen, H.L. T. 2001. Toimintatutkimus - Toiminnan ja ajattelun taito. Teoksessa J. Aaltonen & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 170 - 185.

Heikkinen, H.L.T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Atena kustannus. Juva. 25 - 62.

Heimonen, S.-L., Sarvimäki, A. & Suni, A. 2010. Hoitaja haavoittuvuuden kohtaajana. Teoksessa A. Sarvimäki, S.- L. Heimonen & A. Mäki - Petäjä - Leinonen (toim.) Vanhus ja haavoittuvuus. Edita Prima. Helsinki. 156 - 180.

Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatio-prosessi. ER - paino Ky. Jyväskylä.

Hellsten, S. 2002. Aseptiikka ja hygienia - mikrobiologian soveltaminen. Teoksessa S. Hellsten (toim.) Kliininen mikrobiologia terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 176 - 186.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Fioca. Helsinki.

Henkilötietolaki (22.4.1999/523). Luettu 9.5.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L7P33>.

Hopia, H., Heinonen, J. & Liimatainen, L. 2012. Sairaanhoidajan eettinen osaaminen. Teoksessa I. Ranta, A. Matikainen, N. Hahtela & A. Suutarla (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Bookwell Oy. Porvoo. 12 - 24.

Huttunen, R., Syrjänen, J. & Hiltunen, K. - M. 2011. Käsikoruista on vaikea luopua. Lääkäri-lehti 66 (48), 3460. Luettu 18.3.2014.

<https://remote.kajak.fi/cgicug/brs/,DanaInfo=www.fimnet.fi+artikkeli.cgi?docn=000036735>.

Infektiotorjunnan video. ”Hyvin vakava viesti käsihygieniä sairaaloissa” 2011. Videon linkki on osoitteessa. Luettu 6.2.2014.

http://www.youtube.com/playlist?list=PLgdFPud5E6tWUnXopojj1Ezfa_oT5v7z1.

Jakobsson, A., Teirilä, I. & Holttinen, L. 2007. Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa. Duodecimin verkkokurssit. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 5.2.2014.

http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=59763&p_sivu=58300.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Juva, K. 2007. Perehdy muistisairauksiin. Teoksessa U. Vuori & S-L. Heimonen (toim.) Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista - opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Paintek Pihlajmäki Oy. Helsinki. 8 - 20.

Kanala, A., Leinonen, P. & Naumanen - Tuomela, P. 2002. Dementoituvan potilaan haasteellinen käyttäytyminen. Yksilölliset ratkaisut auttavat potilaan kohtaamisessa. Sairaanhoidaja. 75 (8), 13 - 15.

Karhumäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. 2010. Mikrobit hoitotyön haasteena. Edita Prima Oy. Helsinki.

Katajamäki, E. 2012. Sairaanhoidajan eettinen osaaminen. Teoksessa I. Ranta, A. Matikainen, N. Hahtela & A. Suutarla (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Bookwell Oy. Porvoo. 25 - 36.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. WS Bookwell Oy. Juva.

Kivelä, S-L.. 2004. Vanhusten lääkehoito. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kivelä, S - L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 1.5.2014.
<http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/passthru.pdf>

Kivelä, S-L. 2008. Lääkkeet ja ikääntyminen. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy. 354 - 365.

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimus metodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 68 - 84.

Korhonen, A. 2013. Tulevaisuus on käsissämme - käsihygienialla infektiot kuriin. Tiedote 14.3.2013. Luettu 16.3.2014. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/?x57461386=125289332>.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

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

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 5 - 7.

Kärki, T. & Lyytikäinen, O. 2013. Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys Suomessa 2011. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 1 - 2 (68), 39 - 45.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (23.6. 519/1977). Luettu 25.3.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1977/19770519#Pid1854607>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Luettu 25.3.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559). Luettu 25.3.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P15>.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. 629/2010. Luettu 5.6.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>.

Latvala, E. & Vanhanen - Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perus-prosessi: sisällön analyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy. Juva. 21 - 43.

Lautala, T. 2013. Sairaalainfektio on harvoin hoitovirhe. Suomen lääkärinlehti 15 (68), 1076 - 1078. Luettu 14.3.2014.

<https://remote.kajak.fi/cgicug/brs/,DanaInfo=www.fimnet.fi+artikkeli.cgi?docn=000039219>.

Leino - Kilpi, H. 2013. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa H. Leino - Kilpi & M. Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. WS Bookwell Oy. Juva. 227 - 250.

Lessig, M. Farrell, J. Madhavan, E. Famy, C. Vath, B. Holder, T. & Borson, S. 2006 Cooperative Dementia Care Clinics: A New Model for Managing Cognitively Impaired Patients. Models of Geriatric Care, Quality of Improvement and Program Dissemination. Luettu 10.3.2014. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2006.00975.x/pdf>.

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jaabes OU. Viro.

Meurman, O. & Kanerva, M. 2010. Hoitoon liittyviä infektioita aiheuttavia viruksia. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoi-

toon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. Porvoo. WS Bookwell Oy. 426 - 441.

Meurman, O. 2013. Suomen sairaalahygienia lehti. Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta. 31 (1), 7 - 8.

Mäkinen, T. 2014. Väistä! Minä menen kirkolle. MAPA- menetelmä auttaa kohtamaan sekavan potilaan. Tehy (3), 14 - 19.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Mäkisalo, M. 2004. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tammer - Paino Oy. Tampere.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivinen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen - Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimus- metodiikka. WSOY. Juva. 215 - 221.

Ohjausryhmän rooli. Ohjausryhmät EAKR- ohjelman ja alueellisen ESR- ohjelman hankkeissa. Luettu 28.1 2013. <http://www.jedu.fi/ohjausryhman-rooli>.

Opetussuunnitelma 2012 - 2013. 2013. Kliininen asiantuntija. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Kajaani.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Silverprint. Sipoo.

Pohjavirta, H. 2012. Onko tänään eilen. TunteVa - opas muistisairaita hoitaville. Tammerprint Oy. Tampere.

Päihdehuoltolaki (17.1.1986/41). Luettu 24.3.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041#L2>.

Rantsi, H. & Hämäläinen, K. 2006. PAST- toiminta (potilaan ja siirto avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Oulun yliopistopaino. Oulu.

- Rintala, E & Routamaa, M. 2013. Hyvä käsihygienia sairaalassa - suositus vai velvollisuus? *Lääkärinlehti*. 68 (15), 1120 - 1121. Luettu 14.3.2014. <https://remote.kajak.fi/cgi-cug/brs/,DanaInfo=www.fimnet.fi+artikkeli.cgi?docn=000039242>.
- Ruikka I. Sourander L. & Tilvis, R. 1993. Vanheneminen ja sairaudet. WSOY:n grafisen laitoksen. Juva.
- Rusi, R. 1998. Vanhusten toimintakyvyn merkitys tutkimusten valossa. Teoksessa T. Parviainen (toim.) *Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön*. Tammer-Paino Oy. Tampere. 25 - 48.
- Saarinen, A. 1999. Kainuun alueellinen suunnitelma dementian tutkimuksesta ja hoidosta – Kainuun malli. *Dementiautisten valitut artikkelit 1996 - 1999*. Suomen dementiayhdistys ry. Helsinki. 55 - 56.
- Saarnio, R. 2009. *Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa*, Oulu University Press. Oulu.
- Saarnio, R. 2010. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47 (2), 143 - 145.
- Saarnio, R. & Isola, A. 2008. Fyysisten rajoitteiden käyttö- onko vaihtoehtoja? Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen, P. (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Kirjoittajat ja WSOY Opimismateriaalit Oy. Helsinki. 265 - 278.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajan liitto. Luettu 30.3.2014. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.
- Sarste, T & Koistinen, T. 2012. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen. Työohje. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani.
- Sarvimäki, A. 1998. Vanhusten elämän laatu hoitotyön haasteena. Teoksessa T. Parviainen (toim.) *Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön*. Tammer-Paino Oy. Tampere. 11 - 24.

Sarvimäki, A. 2008. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa P. Tiikainen & P. Vuotilainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY. Helsinki. 27 - 40.

Sarvimäki, A. & Heimonen, S.-L. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa A. Sarvimäki, S.-L. Heimonen & A. Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhus ja haavoittuvuus. Edita Prima. Helsinki. 13 - 32.

Segufix -turvavyö käyttö-ohje. Fenno medical Oy. Vantaa.

Silfver, P., Lauri, S., Leino-Kilpi, H. 1993. Hankala potilas - kuka hän on? Empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:2. Turku.

Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointi menetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. Hoitotiede 19 (6), 305 - 313.

Sixsmith, A., Hammond, M. & Gibson, G. 2008. Quality of Life and Dementia. Teoksessa M. Vaarama, R. Pipre & A. Sixsmith (toim.) Care-Related Quality of Life in Old Age. Concept, Models and Empirical Findings. Springer Science + Business Media, LLC. New York. 217 - 233.

Soldehed, S. 2014. Väkivallan torjunnasta tarvitaan lisätietoa. Tehy (4), 54.

Sterilointi terveydenhuollossa. 1998. Lääkelaitos TLT - INFO. Luettu 26.2.14.

http://www.fimea.fi/download/19918_julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Info_3_98_sterilointi_1_1_.pdf.

Sulkava, R. & Eloniemi - Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Edita Prima. Helsinki. 81 - 116.

Suojanen, U. 1992. Toimintatutkimus koulutuksen ja ammatillisen kehittymisen välineenä. Loimaan Kirjapaino Oy. Loimaa.

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731). Luettu 25.3.2014.
<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P10>.

Syrjälä, H. 2010. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintyvyyteen vaikuttaa? Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, A., M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. WS Bookwell Oy. Porvoo. 18 - 35.

Syrjälä, H. & Lahti, A. 2010. Iho ja infektioiden torjunta. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä, & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. WS Bookwell Oy. Porvoo. 113 - 120.

Syrjälä, H. & Laine, J. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys ja merkitys. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä, & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. WS Bookwell Oy. Porvoo. 36 - 42.

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygienia. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä, & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. WS Bookwell Oy. Porvoo. 165 - 183.

Tarnanen, K., Suhonen J. & Raivio, M. 2010. Käypä- hoito suositukset. Muistisairaudet. Luettu 11.3.2014.
http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094&p_teos=khp&p_osio=&p_selaus=.

Tartuntatautilaki (25.7.1986/583). Luettu 14.3.2014.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583?search\[type\]=pika&search\[pika\]=25.7.1986%2F583.%20Tartuntatautilaki#L3P15](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583?search[type]=pika&search[pika]=25.7.1986%2F583.%20Tartuntatautilaki#L3P15).

Tideiksaar, R. 2010. Falls in Older People. Prevention and Management. Health Professions Press, Inc. Baltimore. 3 - 100.

Tideiskaar, R. 2005. Vanhuksen kaatumiset. Opas hoidosta vastaaville. Helsinki. Edita Prima Oy.

Tikkala, P. 2007. LET - Oppimisen ja Koulutusteknologian tutkimusyksikkö. Ohjausryhmän tarkoitus ja tehtävät. Luettu 20.2.2014.

<https://www.google.fi/#q=OHJAUSRYHM%C3%84N+TARKOITUS+JA+TEHT%C3%84V%C3%84%2C+Tikkala>.

Tilvis, R. 2001. Vanhusten lääkehoito. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna. 32 - 44.

Tilvis, R. & Jylhä, M. 1993. Vanhus ja vanhukset terveydenhuollossa. Teoksessa R. Tilvis & Sourander, L. (toim.) Geriatria. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 13 - 39.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Torvinen, S. 2013. Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Potilasturvallisuustiedote (3), 7- 9.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hansaprint Oy. Vantaa.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen tavoitteet. Luettu 12.2.2014.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352?search\[type\]=pika&search\[pika\]=ylemp%C3%A4%C3%A4n%20ammattikorkeakoulututkinto%2C%20valtioneuvoston%20asetus](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352?search[type]=pika&search[pika]=ylemp%C3%A4%C3%A4n%20ammattikorkeakoulututkinto%2C%20valtioneuvoston%20asetus).

Vataja, R. 2006. Dementian liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne, K. Alhainen & H. Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna. 98 - 109.

Viramo, P. 1999. Dementiapotilaan tutkimuksen ja hoidon kehittäminen perusterveydenhuollossa. Dementia uutisten valitut artikkelit 1996 - 1999. Suomen dementia yhdistys ry. Helsinki. 53 - 55.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne, K. Alhainen & H. Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna. 23 - 39.

Vähäkangas, P & Kalliokoski, P. 2005. Asukkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen - Esimerkkinä Vaiho - osasto. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren & P. Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Gummerus Kirjanpaino Oy. Saarijärvi. 157 - 165.

Vähäkangas, P., Lindman, K. & Uusitalo, K. 2005. Laitoshoidossa olevan asiakkaan hoidon suunnittelu. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren & P. Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Gummerus Kirjanpaino Oy. Saarijärvi. 147 - 156.

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Torvinen, S. 2013. SAI- rekisteri. Kainuun sote -maakuntayhtymä. Kajaani.

Tuloskortti. 2014. Suunnitelma vuosille 2014 - 2017 2014. Kajaani.

LIITTEET

1. Kehittämisprojektin organisaation jäsenet ja tehtävät
2. Ohjausryhmän palaveri- muistio
3. Posterit
4. Sairaalainfektiot, suhde hoitopäiviin
5. Hoitoon liittyvät infektiot, suhde hoitopäiviin
6. Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa, verkkotesti
7. Infektioiden torjunnan verkkotestin tulokset, osaamisraporttien yhteenveto (taulukko 3)
8. Käsisidesinfektion testaus UV- laitteiden avulla, kuvat
9. Tiukennettu kosketuseristäminen yhden hengen huoneessa akuuttiyksikössä (ohje potilaalle ja omaiselle)
10. Miten toimin eristyksessä(ohje potilaalle ja omaiselle)
11. Palautelomake hygieniapäivästä 6.2.2014
12. Kysely - sisällön analyysin tulokset
13. Luento Potilaan fyysinen rajoittaminen Kajaanin seudun sairaala
14. Hoitohenkilökunnan liikkumisen rajoittaminen, kuvat
15. Palautelomake potilaan fyysisestä rajoittamisesta, koulutus päivät 7.6.2013 ja 13.2.2014
16. Kysely - sisällön analyysin tulokset
17. Muistisairaahan haasteellinen käytös
18. Opinnäytetyön tiedotus- ja dokumentointisuunnitelma

KEHITTÄMISPROJEKTIN ORGANISAATION JÄSENET JA TEHTÄVÄT

Ohjausryhmä: ylilääkäri Mervi Niemelä, apulaisosaston hoitaja Leena Korhonen, yliopettaja Rauni Leinonen, Muistiyhdistyksen jäsen Lea Torvinen (Muistiluotsi Kainuun toiminnanvas- taava, neuropsykiatrinen valmentaja), sh Titta Kaipainen, sh Mervi Huotari, sh Anita Kaipai- nen (hygieniahoitaja), ph Tuula Marin

OHJAUSRYHMÄN TEHTÄVÄ

- Ohjausryhmän päätehtävä on valvoa kehittämistehtävä koko prosessin aikana
- valvoo kehittämistehtävää etenemiseen tavoitteita kohti
- ohjaa kehittämistehtävän toimintaa ja varojen käyttöä sekä vertaa sitä hyväksytyyn
- voi ehdottaa muutoksia hyväksytyyn kehittämistyön suunnitelmaan
- päättää kehittämistyön tavoitteista ja päättää niiden muutoksista
- arvioida kehittämistyön tuloksia ja tekee keskeiset päätökset sekä ratkaisee tulevat ongelmat
- tukee kehittämistyön tekijä suunnittelussa
- hyväksyy kehittämistyön siirtymiset seuraavan vaiheeseen ja tekee päätökseen kehit- tämistyön päättämisestä
- tukee projektiryhmää ja antaa projektiryhmälle selkeän toimeksiannon, että pystyy toimimaan tavoitteiden saavuttamiseksi
- osallistuu ohjausryhmän kokouksiin

Projektiryhmät:

1. **muistisairaahan haasteellisesti käyttävän potilaan liikkumisensa rajoitteet:** sh Mervi Huotari, sh Kirsi Pylkäs, sh Petri Juntunen ja ph Tuula Marin
2. **muistisairaahan haasteellisesti käyttävän potilaan turvallinen hoito**
sh Titta Kaipainen, sh Piia Kortelainen, sh Kirsi Kajoranta, ph Merja Niskanen
3. **eristyksessä olevan muistisairaahan haasteellisesti käyttäytyvän potilaan turvallinen hoito**
sh Anita Kaipainen (hygieniahoitaja) ja sh Marjo Väisänen (hygieniahoitaja)

PROJEKTIRYHMÄN TEHTÄVÄT:

- Osallistuu potilasturvallisuuden kehittämistyön suunnitteluun.
- Vastaa siitä, että työssä saatavat tulokset ja ideat saatetaan organisaation tietoon.
- Toteuttaa itse potilasturvallisuuden kehittämishanketta.
- Huolehtii ohjausryhmän / projektipäällikön määrittelemistä tehtävistä.
- Raportoii työn etenemisestä projektipäällikölle.

Projektipäällikkö: sh Julijana Petrovic (YAMK – opiskelija)

PROJEKTIPÄÄLLIKÖN TEHTÄVÄT

- Osallistuu kehittämistyön suunnitteluun ohjaus- ja projektiryhmän kanssa.
- Vastaa osaltaan potilasturvallisuuden kehittämisestä.
- Varmistaa, että ohjausryhmän palaute välittyy projektiryhmälle ja päinvastoin.
- On innostaja, neuvottelija sekä projektiryhmän tukija.
- Johtaa ja jakaa työtehtävät ja huolehtii projekti- ja muiden työryhmien koolle kutsumisesta

Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoito-kehittämishankkeen ohjausryhmän kokous

Aika: Pe 1.3.13 klo 13- 15

Paikka: Kajaanin seudun sairaala, ylilääkäri Mervi Niemelän työhuone

Läsnä: ylilääkäri Mervi Niemelä (poistui n. klo 14:40), yliopettaja Rauni Leinonen, Muistiluotsi Kainuun toiminnan vastaava Lea Torvinen, sh Mervi Huotari, sh Anita Kaipainen, sh Titta Kaipainen, sh Julijana Petrovic ja aoh Leena Korhonen

Sh Julijana Petrovic avasi kokouksen, esitteli ohjausryhmän jäsenet, joista ph Tuula Marin oli poissa, ja toivotti heidät tervetulleiksi. Toiminnan vastaava Lea Torvinen kertoi työskentelystään Muistiluotsi Kainuussa. Puheenjohtajaksi valittiin sh Julijana Petrovic ja sihteeriksi aoh Leena Korhonen.

Ohjausryhmän päätösvaltaisuudesta keskusteltiin. Päätettiin, että ohjausryhmän kokous on päätösvaltainen, kun puolet ohjausryhmän 9 jäsenestä on paikalla 5 (puheenjohtaja ja 4 jäsentä).

Kehittämistyön lähtökohtia tarkasteltaessa todettiin, että kehittämishanke palvelee Kajaanin seudun sairaalan tulosturvallisuuden ja hoidon laadun parantaminen-tavoitetta. Hankkeen työnimeksi muutoutui Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoito. Käytiin läpi 28.1.3 pidetyssä henkilökunnan palaverissa koottuja aiheeseen liittyviä kehittämistavoitteita. Näistä nousi hankkeen näkökulmiksi eristyksessä olevan muistisairaana haasteellisesti käyttäytyvän potilaan turvallinen hoito, hänen liikkumisensa rajoitteet ja hänen kohtaamisensa.

Sh Julijana Petrovic kertoi toimintatutkimuksesta yleensä. Menetelmä etenee sykleittäin. Kukin sykli sisältää toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin. Näiden pohjalta suunnitelmaa tarkistetaan ja muokataan.

Todettiin, että ohjaus- tai projektiryhmissä työskentely on työaikaa. Ohjausryhmän seuraavat kokoontumiset ovat toukokuussa, syyskuussa ja marras-joulukuun vaihteessa.

Ehdotettiin eristyksessä olevan muistisairaana haasteellisesti käyttäytyvän potilaan turvallista hoitoa käsittelevään projektiryhmään jäseniksi sh Anita Kaipainen ja sh Marjo Väisänen, muistisairaana haasteellisesti käyttäytyvän potilaan liikkumisen rajoitteita pohtivaan ryhmään sh Mervi Huotari, sh Petri Juntunen ja ph Tuula Marin sekä muistisairaana haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamista työstävään ryhmään sh Titta Kaipainen, sh Piia Kotilainen, sh Kirsi Kajoranta ja ph Merja Niskanen. Projektiryhmien jäseniksi voi vielä ilmoittautua sh Julijana Petrovicille.

Seuraava ohjausryhmän kokous on ke 15.5.13 klo 13 ylilääkäri Mervi Niemelän työhuoneessa.

Muistion kirjasi Leena Korhonen

HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN TURVALLINEN HOITOTYÖ

Kajaanin seudun sairaalan tulokortin (BSC:n) mukaan yhtenä tavoitteena on potilasturvallisuuden ja potilaan hoidon laadun parantaminen. Potilaiden määrää pysyy samalla tasolla ja heidän hoidon tarpeensa tulevat yhä vaativimmiksi. Henkilöstön resurssit kuitenkin niukennevat. Miten selviytyä?

Tavoitteena on kehittää haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitotyötä. Tähän haettiin vastauksia hoitohenkilökunnalta.

❖ Eristyksessä olevaan potilaan turvallinen hoito (projektiryhmä A)
❖ Kehittää hoitotyöntekijöiden infektio- ja torjuntaosaamista a eristyksessä olevan haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan hoitotyössä

❖ Liikkumisen rajoitteet (projektiryhmä B)
❖ Kehittää hoitotyöntekijöiden osaamista haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan liikkumisen rajoittamisessa

❖ Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoitotyö (projektiryhmä C)

❖ Luento osastolla infektioiden torjunnasta
❖ Kosketuseristysohje potilaalle ja hänen omaiselleen
➢ Yleiskosketuseristysohje
➢ Tiukennettu kosketuseristysohje

❖ Luento osastolla potilaan liikkumisen rajoittamisesta, luennon aikana hoitajien liikkuminen oli rajoitettu
❖ Toinen luento on tulossa
❖ Luentojen ja hoitajien palautteiden perustella laaditaan potilaan liikkumista rajoittavat yhtenäiset toimintaohjeet

Kehittämistyötä aloitetaan

Julijana Petrovic, sairaanhoitaja
Kliininen asiantuntija (YAMK opiskelija)
julijana.petrovic@kainuu.fi



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

HAI KASAK 2012 alkaen

SAI - Report Generator

Sairaalainfektiot, suhde hoitopäiviin, kasak, 2012 alkaen**Järjestys: Infektiopäluokka****Laskukaava: Infektioiden määrä****Alkuperä: Sairaalainfektio****Osasto:****kasak**

Hyväksytty:

X - X

Inf Pvm: 15.03.2012

			2012	2013
Infektiopäluokka			/1000hp	/1000 hp
2	Virtsatieinfektio		3,46	6,19
3	Sepsis		0,14	0,06
4	Keuhkokuume		1,41	2,29
5	Muu alahengitystieinfektio		0,78	1,38
6	Mahasuolikanavan/intra-ab		2,47	2,69
7	Iho- ja pehmytosainfektio		0,35	0,57
8	Sukuelinten infektiot			0,57
9	Luu- ja nivelinfektio		0,07	
12	Silmä-, korva-, nenä-, nielu- ja suuinf.		0,21	0,4
13	Muu yleisinfektio		0,07	
14	Paikallinen kanyyli/katetri-infektio ilman sepsistä		0,07	0,11

(Torvinen, S. 2013)

**Hoitoon liittyvät infektiot, suhde hoitopäiviin,
tk-sairaalat, 2012
alkaan**

Infektioluokka

Laskukaava: Infektioiden määrä

**Alkuperä: Sairaalin-
infektio**

Osasto: kasak,kasku,kuo1,soos, suo1

Hyväksytty: X - X

Inf Pvm: 01.07.2012

				2012	2013
Infektiopäälouokka				1000 hp. kohti	
2 Virtsatieinfektio				2,44	5,76
3 Sepsis				0,05	0,06
4 Keuhkokuume				0,48	1,55
5 Muu alahengitystieinfektio				0,34	1,18
6 Mahasuolikanavan/intra-ab				1,1	1,99
7 Iho- ja pehmytosainfektio				0,25	0,59
8 Sukuelinten infektiot				0,02	0,37
9 Luu- ja nivelinfektio				0,04	
12 Silmä-, korva-, nenä-, nielu- ja suuinf.				0,16	0,53
13 Muu yleisinfektio				0,02	0,02
14 Paikallinen kanyyli/katetri-infektio ilman sepsistä				0,02	0,11

(Torvinen, S. 2013)

Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa

Mitkä seuraavista väittämistä ovat oikein (1 vaihtoehto/kysymys)?

Tavanomaiset varotoimet

1.

- a) Tavanomaisia varotoimia noudatetaan vain sairaaloissa.
- b) Tavanomaisia varotoimia noudatetaan vain potilaiden hoidossa.
- c) Tavanomaisia varotoimia noudatetaan vain niiden potilaiden hoidossa, joilla on infektio.
- d) Tavanomaisia varotoimia noudatetaan kaikessa työskentelyssä.
- e) Tavanomaisia varotoimia ei noudateta eristystilanteissa

OIKEA KÄSIHYGIENIA

2. Käsihygienia

- a) Hyvän käsihygienian onnistumisen edellytys on, että käsihygieniatuotteet ovat näkyvillä ja helposti saatavilla.
- b) Hyvä käsihygienian toteutus kuuluu vain potilastyötä tekeville.
- c) Huoltohenkilöiden käsihygienia ei ole tärkeää, koska he ovat pääasiassa tekemisissä elottoman materiaalin kanssa.
- d) Käsien huuhtelu pelkällä vedellä ei kuulu käsihygieniamenetelmiin.

3. Saippua-vesipesu

- a) Kätet pestään vedellä ja saippualla jokaisen potilaskontaktin jälkeen.
- b) Kätet pestään vedellä ja saippualla jokaisen potilashuoneen välillä
- c) Kätet pestään vedellä ja saippualla, kun ne ovat näkyvästi likaiset.
- d) Saippua-vesipesu tappaa mikrobit käsistä.
- e) Vesihanauksen sulkeminen puhtain käsin saippua-vesipesun jälkeen ei vaikuta pesutulokseen.
- f) Saippua-vesipesu ei rasita käsien ihoa niin paljon kuin alkoholikäsihuuhte.

4. Käsien desinfektio

- a) Käsihuuhteen voi ottaa kosteisiin käsiin.
- b) Käsihuhdetta otettaessa käsien pitää olla kuivat.
- c) Käsihuhdetta ei saa käyttää, jos se kirvelee iholla.
- d) Käsihuhdetta ei saa käyttää elintarvikkeita käsiteltäessä.

5. Käsihygienian perusasioita

- a) Tekokynsien alla on vähemmän mikrobeja kuin tavallisten kynsien alla, koska tekokynnet ovat elotonta materiaalia.
- b) Sormusten alla on vähemmän mikrobeja kuin muualla sormien iholla, koska mikrobit eivät pääse sormusten alle.
- c) Sormusten lukumäärä ei vaikuta käsien mikrobien määrään.
- d) Käsivoiteiden käyttö heikentää käsien desinfiektion vaikutusta.
- e) Käsivoiteiden käytön jälkeen käsistä leviää ympäristöön tavallista vähemmän mikrobeja.
- f) Jos työntekijä käyttää kynsilakkaa, ei kynsilakan värillä ole merkitystä käsihygienian kannalta.

OIKEA SUOJAINTEN KÄYTTÖ

6. Suojakäsineet

- a) Käytettyjen suojakäsineiden välityksellä mikrobit eivät leviä.
- b) Kättä ei tarvitse desinfioida ennen suojakäsineiden pukemista, jos ne näyttävät puhtailta.
- c) Kättä ei tarvitse desinfioida suojakäsineiden riisumisen jälkeen, koska suojakäsineiden käyttö korvaa käsihygienian.
- d) Kätet pitää desinfioida ennen ja jälkeen suojakäsineiden käytön.

7. Missä seuraavista tilanteista pitää käyttää suojakäsineitä?

- a) Lääkkeiden jaossa
- b) Perifeerisen kanyylin laitossa
- c) Vuoteen sijauksessa
- d) Puhtaiden hiusten kampaamisessa

8. Muut suojaimet

- a) Suojainten käyttöä pitää opetella etukäteen.
- b) Työntekijän omat silmälasit antavat riittävän suojan toimenpiteissä, joissa on roiskevaara.
- c) Käytetyn hiussuojuksen voi laittaa pukukaappiin odottamaan seuraavaa käyttöä.
- d) Kengänsuojuksia käytetään estämään infektioiden leviämistä paikasta toiseen.

OIKEAT TYÖSKENTELYTAVAT

9. Yleistä oikeista työskentelytavoista

- a) Aseptista työjärjestystä noudatetaan vain potilashoidossa.
- b) Potilaiden hoitaminen ylipaikoilla ei lisää infektioiden leviämisen riskiä.

- c) Potilasasiakirjat on hyvä laittaa potilaan sänkyyn kierron ajaksi.
- d) Potilasasiakirjojen kansia ei tarvitse pyyhkiä.
- e) Yhteiskäytössä olevat ATK-laitteet, etenkin näppäimistöt tulee puhdistaa säännöllisesti.

10. Eritetahradesinfektioaine

- a) Eritetahradesinfektioon valitaan desinfektioaine, joka tehoaa mahdollisimman moneen mikrobiin
- b) Klooriyhdistettä eritetahradesinfektioon käytettäessä kloorilaimennoksen vahvuus on aina sama riippumatta eritteen määrästä ja tilanteesta.
- c) Korkeita alkoholipitoisuuksia sisältävä desinfektioaine (esim. denaturoitu alkoholi 80% A12t) on eritetahradesinfektiossa tehokas.
- d) Eritetahran poistossa desinfektioaineen käyttö sumutinpullossa on asianmukaista.

11. Hoitotoimenpiteet ja siivouksen ajankohta

Menet potilashuoneeseen hoitamaan haavaa. Huoneen siivous on alkamaisillaan. Miten toimit?

- a) Hoidat haavan alkuperäisen suunnitelmasi mukaan huolimatta siivouksesta.
- b) Viet potilaan tutkimuhuoneeseen ja hoidat haavan siellä.
- c) Pyydät laitoshuoltajaa aloittamaan siivouksen haavan hoidon jälkeen.
- d) Hoidat haavan kahden tunnin kuluttua siivouksen päättymisestä.

12. Huuhtelu- ja desinfektiokoneen käyttö

- a) Välineiden tuoja laittaa välineet suoraan huuhtelu- ja desinfektiokoneeseen, jos kone on vapaa.
- b) Huuhtelu- ja desinfektiokonetta ei saa käyttää kaatoaltaana
- c) Vain saman likaisuusasteen omaavaa välineistöä voi pestä yhtä aikaa samassa pesuohjelmassa.
- d) Huuhtelu- ja desinfektiokonetta ei tarvitse huoltaa säännöllisesti, jos se toimii hyvin.

13. Hoitovälineiden huolto

- a) Verenpainemittareita ei tarvitse huoltaa, koska ne ovat kosketuksissa terveen ihon kanssa.
- b) Stetoskooppien välityksellä mikrobit voivat levitä.
- c) Lämpömittarit laitetaan käytön jälkeen likoamaan desinfektioaineeseen.
- d) Suihkupaarit ja suihkutuolit pestään joka potilaan välissä desinfektioaineella

- e) Alusastiat, portatiivit ja virtsapullot tyhjennetään erilliseen kaatoaltaaseen ennen huuhtelu- ja desinfektiokoneeseen laittoa.

NEULOJEN JA TERÄVIEN ESINEIDEN KÄSITTELY

14. Veriviruksen kantaja

- a) Kaikkien potilaiden vereen ja veriin eritteisiin tulee suhtautua ikään kuin niissä olisi verivirusta.
- b) Veriviruksen kantajan hoitovälineet tulee aina erikseen merkitä ja desinfioida kemiallisilla aineilla.
- c) Veriviruksen kantaja sijoitetaan aina yhden hengen huoneeseen.
- d) Veriviruksen kantajan hoidossa käytetään aina suojakäsineitä.
- e) Veriviruksen kantajan huoneen siivouksessa käytetään desinfiointia aineita.

15. Neulankeräysastiat

- a) Tyhjentyneitä lasi- ja muovipulloja voi käyttää neulankeräysastioina, jolloin myös kierrätysideologia toteutuu.
- b) Neulankeräysastioita ei saa täyttää liian täyteen.
- c) Veriviruksen kantajalla tulee olla oma neulankeräysastia.
- d) Neulan laittaminen takaisin suojukseen (hylsyttyminen) on vaihtoehto neulankeräysastian käytölle.
- e) Käytetyn neulan voi laittaa kaarimaljaan ja viedä myöhemmin neulankeräysastiaan.

16. Verialtistustilanteiden ehkäisy

- a) Työnantajalla ei ole velvollisuutta hankkia turvavälineitä, koska tavallisillakin välineillä pärjää, jos on huolellinen..
- b) Turvavälineistä (turvaneulat, turvaruiskut, turvakanyylit) on hyötyä vain oikein käytettynä.
- c) Työrutiineista poikkeaminen veriviruksen kantajan perushoidossa vähentää työntekijän verialtistusriskiä.
- d) Työntekijän työkokemuksella ei ole merkitystä verialtistuksen ehkäisyssä.

Lähde: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2007. Verkkokurssit. Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa. Testaa osaamisesi. Monivalintakysymykset. Luettu 22.2.2014. http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=59764&p_url=/kotisivut/tentti.nayta?p_tentti=1058

Taulukko 3. INFEKTIOIDEN TORJUNNAN VERKKOTESTIN TULOKSET
 Verkkotestin osaamisraporttien yhteenveto

vastaaja	Oikeat työskentelytavat	Tavanomaiset varotoimet	Oikea suo- jainten käyttö	Oikea käsi- hygienia	Neulojen ja terävien esi- neiden käsit- tely
1.	40 %	100 %	67 %	75 %	67 %
2.	80 %	0 %	100 %	50 %	100 %
3.	40 %	100 %	67 %	25 %	67 %
4.	80 %	100 %	67 %	50 %	100 %
5.	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7.	60 %	100 %	67 %	100 %	67 %
8.	60 %	100 %	100 %	75 %	76 %
9.	80 %	100 %	100 %	75 %	100 %
10.	40 %	100 %	100 %	75 %	100 %
11.	40 %	100 %	100 %	75 %	100 %
12.	100 %	100 %	67 %	75 %	100 %
13.	40 %	100 %	100 %	50 %	67 %
14.	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %
15.	60 %	100 %	67 %	75 %	67 %
16.	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %
17.	400 %	100 %	100 %	75 %	100 %
18.	80 %	100 %	100 %	75 %	67 %
19.	40 %	100 %	67 %	25 %	100 %
20.	100 %	0 %	67 %	75 %	67 %

71 – 100 % Hallitset asian hyvin

41 – 70 % Hallitset asian kohtalaisesti

0 – 40 % Kertaa materiaaleja

Käsidesinfektion testaus UV-laitteiden avulla (kuvat 1 ja 2)



Kuva 1. Desinfektio aine on kädessä, laite on valmis käyttöön.



Kuva 2. Käsidesinfektion testaus UV-laitteiden avulla, lamppu on päällä. Tummat kohdat kynsien seudulla ovat osoittaneen epäonnistuneen käsidesinfektio.

TIUKENNETTU KOSKETUSERISTÄMINEN YHDEN HENGEN HUONEESSA AKUUTTIYKSIKÖSSÄ

OHJE POTILAALLE JA OMAISELLE

Teillä on todettu tavallisille antibiooteille vastustuskykyinen bakteeri (ESBL, MRSA, VRE), joka tarttuu muihin kosketuksen ja roiskeiden välityksellä. Sairaalassa teitä hoidetaan tiukennetussa kosketuseristyksessä yhden hengen huoneessa. Eristyshuoneessa oleilemista suositellaan koko hoidon ajan.

tai

Teillä on todettu ripulia aiheuttava suolistobakteeri (Clostridium difficile toksiiniposiitivinen bakeerikanta), joka leviää herkästi kosketustartuntana suoraan likaisista käsistä tai kosketuspinoilta. Sairaalassa teitä hoidetaan tiukennetussa kosketuseristyksessä yhden hengen huoneessa. Hoito eristyshuoneessa kestää näytevastauksen perusteella oireiden keston ajan.

MITEN TOIMIN ERISTYKSESSÄ

~ potilas-omainen ~

Hyvällä käsihygienialla ehkäisen taudinaiheuttajien leviämistä käsien välityksellä itseeni, muihin potilaisiin, hoitohenkilökuntaan ja läheisiini.

Käsien puhdistaminen alkoholihuuhteella on käsihygienian perusmenetelmä sairaalassa.

POTILAANA	OMAISENA/VIERAANA
puhdistakaa kätenne käsihuuhteella	puhdistakaa kätenne käsihuuhteella
<input type="checkbox"/> ennen ruokailua	<input type="checkbox"/> kun menette eristyshuoneeseen ja poistuesanne sieltä
<input type="checkbox"/> wc:ssä käynnin jälkeen peskää kädet vedellä ja saippualla sekä hierokaa käsiinne käsihuuhdetta.	<input type="checkbox"/> kun ryhdytte hoitamaan omaistanne eristyksessä ja hoidon lopettamisen jälkeen. Käyttäkää lisäksi suojakäsineitä, ja suojakäsineitten poiston jälkeen käsihuuhdetta.
<input type="checkbox"/> kun poistutte eristyshuoneesta	<input type="checkbox"/> omaisena myös voitte avustaa potilasta käsihuuhteen käytössä
<input type="checkbox"/> aivastamisen jälkeen	<input type="checkbox"/> aivastamisen jälkeen
<input type="checkbox"/> pyydä hoitajaa näyttämään mistä käsihuuhde löytyy	

Otatte käsihuuhdetta annostelijasta kaksi painallusta ja hierotte sen kuiviin käsiinne. Kaikenikäiset voivat käyttää käsihuuhdetta. Usein pelkkä käsihuuhteen käyttö riittää suojautumises-
sa, jos ette osallistu omaisenne hoitotoimenpiteisiin.

Tehokkaampaa on pestä kädet ensin vedellä ja saippualla jos teillä on todettu suolistoinfek-
tio, jonka aiheuttajana on norovirus tai itiöitä tuottava clostridium difficile-
toksiinipositiivinen bakteerikanta. Pesun jälkeen kuivattuihin käsiin hierotaan käsihuuhdetta.

Jos käytätte suojaimia omaisenne hoidossa (kertakäyttökäsineet, esiliina, suu-nenäsuojus),
riisutaan ne huoneessa hoitotoimenpiteen jälkeen ja laitetaan huoneen roskakoriin. Näin
vältätte bakteeri- ja virustartuntojen leviämistä eristys huoneen ulkopuolelle.

**~YHDESSÄ ONNISTUMME EHKÄISEMÄÄN TARTUNTOJEN LEVIÄMIS-
TÄ~**

~epäselvissä asioissa ottakaa yhteyttä henkilökuntaan~

MITEN TOIMIN ERISTYKSESSÄ

~ potilas-omainen ~

Hyvällä käsihygienialla ehkäisen taudinaiheuttajien leviämistä käsien välityksellä itseeni, muihin potilaisiin, hoitohenkilökuntaan ja läheisiini.

Käsien puhdistaminen alkoholihuuhteella on käsihygienian perusmenetelmä sairaalassa.

POTILAANA	OMAISENA/VIERAANA
puhdistakaa kätenne käsihuhuhteella	puhdistakaa kätenne käsihuhuhteella
<input type="checkbox"/> ennen ruokailua	<input type="checkbox"/> kun menette eristyshuoneeseen ja poistuessanne sieltä
<input type="checkbox"/> wc:ssä käynnin jälkeen peskää kädet vedellä ja saippualla sekä hierokaa käsiinne käsihuhdetta.	<input type="checkbox"/> kun ryhdytte hoitamaan omaistanne eristyksessä ja hoidon lopettamisen jälkeen. Käyttäkää lisäksi suojakäsineitä, ja suojakäsineitten poiston jälkeen käsihuhdetta.
<input type="checkbox"/> kun poistutte eristyshuoneesta	<input type="checkbox"/> omaisena myös voitte avustaa potilasta käsihuhuhteen käytössä
<input type="checkbox"/> aivastamisen jälkeen	<input type="checkbox"/> aivastamisen jälkeen
<input type="checkbox"/> pyydä hoitajaa näyttämään mistä käsihuhde löytyy	

Otatte käsihuhdetta annostelijasta kaksi painallusta ja hierotte sen kuiviin käsiinne. Kaikenikäiset voivat käyttää käsihuhdetta. Usein pelkkä käsihuhuhteen käyttö riittää suojautumises-
sa, jos ette osallistu omaisenne hoitotoimenpiteisiin.

Tehokkaampaa on pestä kädet ensin vedellä ja saippualla jos teillä on todettu suolistoinfek-
tio, jonka aiheuttajana on norovirus tai itiöitä tuottava clostridium difficile-
toksiinipositiivinen bakteerikanta. Pesun jälkeen kuivattuihin käsiin hierotaan käsihuhdetta.

Jos käytätte suojaimia omaisenne hoidossa (kertakäyttökäsineet, esiliina, suu-nenäsuojus),
riisutaan ne huoneessa hoitotoimenpiteen jälkeen ja laitetaan huoneen roskakoriin. Näin väl-
tätte bakteri- ja virustartuntojen leviämistä eristyshuoneen ulkopuolelle.

**~YHDESSÄ ONNISTUMME EHKÄISEMÄÄN
TARTUNTOJEN LEVIÄMISTÄ~**

~epäselvissä asioissa ottakaa yhteyttä henkilökuntaan~

PALAUTELOMAKE HYGIENIANPÄIVÄSTÄ 6.2.2014

Kysely Kajaanin seudun sairaalan akuutti- ja kuntoutusyksikön hoitohenkilökunnalle käsien desinfektio- ja hygieniakoulutukseen osallistumisesta sekä käsihygienian edelleen kehittämistä. 28 osallistujasta palautteen antoi 12 hoitajaa.

Olet osallistunut käsien desinfektio- ja hygieniakoulutukseen sekä käsihygienian edelleen kehittämiseen osastollamme.

1. Mitä uutta opit käsihygieniapäivästä?

2. Miten Sinun mielestä osastollamme voidaan edelleen kehittää käsihygieniaa?

3. Kirjoitko vapaasti kommentteja ja mielipiteitä kosketuseristys potilasohjeesta.

Kiitos vastauksestasi!

Kysely - sisällön analyysin tulokset

1. Mitä uutta opit hygieniapäivästä?

ALKUPERÄISET ILMAUKSET	TEEMAT
1. Käsi-desinfektio aineen oikea opista käyttää 2. Testatessa jäi isoja alueita puhdistamatta. 5. Käsi-desinfektion vaikeus. 9. Loistavasti palautteli mieleen miten tulisi toimia ja parantaa omaa käsihygieniää. 16. Oikea määrä käsi-desiä, auttaa desinfectiossa.	Desinfectioaineen käyttö (1, 2, 4, 5, 6, 9, 11, 16)

2. Miten Sinun mielestäsi osastollamme voidaan edelleen kehittää käsihygieniää?

ALKUPERÄISET ILMAUKSET	TEEMAT
1. Kiireettömämpi työskentely. 2. Riittävä työvoima. 6. Lisäämällä käsi-desien saannin helppoutta. 13. Tämä tempaus jo edistää käsihygieniää osastolla 14. Korostamalla käsi-desien käyttöä (oikea määrä).	Käsihygienian toteuttaminen ja edistäminen (1, 2, 6, 13, 14)

3. Kirjoitatko vapaasti kommentteja ja mielipiteitä kosketuseristys potilasohjeesta.

ALKUPERÄISET ILMAUKSET	TEEMAT
1. Selkeät, hyvät ja etenkin eristys-huoneissa jossa potilaiden omaiset viettävät paljon aikaa. 4. Hyvää ja henkilökohtaista ohjausta. 5. Hyvät ja selkeät ohjeet. 6. Selkeät ohjeet kaikkien näkö-sälle, myös vierailijoiden kun on joku epidemia. 7. Potilasohje on helppolukuinen, hyvä ja yksinkertainen. 8. Ohje on loistokeksintö.	Ajantasainen ja selkeät potilasohjeet (1, 4, 5, 6, 7, 8)

Luento Potilaan fyysinen rajoittaminen Kajaanin seudun sairaala

Tavoitteet

- Kehittää hoitohenkilökunnan osaamista hoitaa haastavasti käyttäytyvää muistisairasta potilasta tilanteessa, jossa fyysinen rajoittaminen tulee kysymykseen
- Esitellä akuuttiyksikön hoitajille toimintatavat tilanteissa, jolloin muistisairaana fyysinen rajoittaminen tulee kysymykseen

Rajoittaminen vanhusten laitoshoidossa

Royal College of Nursing (2008) erottelee seuraava rajoitetyypit:

1. fyysinen - rajoitetaan fyysistä liikkumisvapautta (G-tuolit, P-tuolit vyöllä kiinnitetynä)
2. mekaaninen - vanhusten liikkumisen estävät laitteet ja varusteet (vyöt, sängyn laidat, pöytälevyt)
3. teknologisen- erilaiset valvontalaitteet
4. kemiallisen- rauhoittava lääkkeet, joiden avulla pyritään muuttamaan potilaan käytöstään
5. psyykkisen- kuuluu jatkuvan verbaalisen rajoittamiseen (vanhukselle kerrotaan mitä hän saa tehdä, mitä ei. Esim. milloin on aika mennä nukkumaan, tai silmälasien, apuvälineiden, tai ulkovaatteiden poisottaminen)

Fyysinen rajoitteen määritelmä

- Fyysiseksi rajoitteeksi on määrittely henkilökunnan voiman käyttö, jolla estetään vanhusta liikkumasta tai liikutetaan vanhusta väkisin (Royal College of Nursing 2008)
- Laajimmassa merkityksessä fyysisen rajoitteet ovat erilaiset interventiot, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta, vartalon normaalia toiminta, tai valvoa hänen käytöstään

Fyysinen vapauden rajoittaminen voi olla

- suora- ylösnostettu sängynlaidat, erilaiset laitteet, varusteet, apuvälineet (esim. G-tuolit, P-tuolit vyökiinnityksellä, huoneen oven lukitseminen, hoitajan voimankäyttö, magneettivyöt, raajojen sitomiseen rannekkeet)
- epäsuora- liikkumisen apuvälineiden, vaatteiden, kännykän tai soitto kellon pois ottaminen

Fyysinen rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset

Fyysisten rajoitteiden käyttö voi lisätä vanhuksen turvallisuudentunnetta, mutta toisaalta

1. aiheuttaa fyysisen toiminnan heikentymistä (ääreisverenkierron heikentyminen, infektioherkkyyden- ja aggressiivisuuden lisääntyminen, virtsa inkontinenssi; aiheuttaa painehaavoja, tapaturmia, kuolleisuutta)
2. psyykkiset vaikutukset -> heikentävät vanhuksen kognitiivista toimintakykyä (lisäävät passiivisuutta ja riippuvuutta hoitajista, sekä sekavuutta, levottomuutta, depressiota. Aiheuttaa lisäksi epämukavuutta, pelkoa ja vihaa, tunteen vangittuna olemisesta)

Fyysinen rajoitteiden käytöstä aiheutuvat seuraukset

Fyysisten rajoitteiden käyttö voi lisätä vanhuksen turvallisuudentunnetta, mutta toisaalta

- aiheuttaa fyysisen toiminnan heikentymistä (ääreisverenkierron heikentyminen, infektioherkkyyden- ja aggressiivisuuden lisääntyminen, virtsa inkontinenssi; aiheuttaa painehaavoja, tapaturmia, kuolleisuutta)
- psyykkiset vaikutukset -> heikentävät vanhuksen kognitiivista toimintakykyä (lisäävät passiivisuutta ja riippuvuutta hoitajista, sekä sekavuutta, levottomuutta, depressiota. Aiheuttaa lisäksi epämukavuutta, pelkoa ja vihaa, tunteen vangittuna olemisesta)

Fyysisten rajoitteiden käyttö aiheuttaa hoitajissa ristiriitaisia tuntemuksia

- Hoitajat kokevat fyysisten rajoitteiden käytön toisaalta lisäävän vanhuksen turvallisuutta, mutta toisaalta olevan ristiriidassa vanhuksen yksilöllisen hoidon vaatimuksen kanssa
- Fyysisten rajoitteiden käyttö koetaan eettiseksi valintatilanteeksi, mikä saattaa aiheuttaa ristitilanteen hoitajan oman eettisyyden ja laitoksen toiminnan välillä
- Eri tutkimuksien mukaan fyysisten rajoitteiden käyttö ei suojaa vanhusta tapaturmilta (esim. sängynlaidat eivät vähennä sängystä putoamista ja vakavia loukkaantumista)
- Eri tutkimusten mukaan potilaat kokivat lepositeiden käytön rangaistuksena ja pakottamisena, jopa kiduttamisen muotoa

- Positiivisia kokemuksia vapauden rajoittamisesta eri tutkimusten mukaan oli, jos rajoitteiden käyttö koettiin osaksi aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden hoitoa
- LePOSITEIDEN KÄYTTÖ aiheutti potilaissa monenlaista tunnetta, esim. vihaa, hämmennystä, pelkoa, avuttomuutta, nöyryytystä

LePOSITEIDEN KÄYTTÖOHJE SOMAATTISESSA SAIRAANHOIDOSSA

Kaima-ohje 27.5.2005

Henkilökunnan vastuut leposidehoitotilanteessa:

- tarkkailee potilasta säännöllisesti: vointia, oireita, elintoimintoja, seuraa raajojen venkiertoa ja lePOSITEIDEN kiinnityskohtia (tarvittaessa pehmustus, paikan vaihto)
- järjestää potilaille tarvittaessa henkilökohtaisen hoitajan
- neuvoo ja ohjaa potilasta ja omaisia
- viestittää potilaan tilan muutokset lääkärille ja omaisille

HOITOSUUNNITELMAAN KIRJAAMINEN LEPOSITEIDEN KÄYTÖSTÄ

- Perusteet lePOSITEIDEN käytöstä
- Mihin aikaan potilas on laitettu lePOSITEISIIN
- Ketkä ovat tapahtuman toteuttaneet
- Kenelle lääkärille ja mihin aikaan tilanteesta on ilmoitettu
- Lääkärin määräykset ja hoito-ohjeet
- Potilaan voinnin ja elintoiminnot sekä niissä tapahtuvat muutokset (esim. missä asennossa potilas on ollut ja mihin aikaan)
- Mihin aikaan lePOSITEIDEN käyttö on lopetettu
- Aggressiiviset, kiihtyneet, levottomat sekä aspiraatiovaarassa olevat potilaat vaativat jatkuvaa tarkkailua

Segufix -turvavyö käytössä osastolla

Osastolta löytyy kuvallinen käyttöohje Segufix- turvavyölle

1. Tulee valita oikean kokoinen vyö

2. Pitää olla riittävän kireällä, mutta ei saa haitata hengitystä (avonainen kämmen tulee sopia potilaan ja vyön väliin)
3. Käytettävä sivukiinnityshihnoja
4. Kaikki vuoteen sivulaidat tulee olla ylhäällä
5. Segufix magneettilukon käyttö
6. Poistettava vaaralliset esineet (terävät esineet, lasit, korut) potilaan ulottuvilta
7. Varoitus sydämen tahdistimesta (sydämen tahdistimen ja magneettiavaimen välillä tulee olla vähintään 10 cm etäisyys takykardia- vaaran vuoksi)
8. Potilaan tarkkailu

Syyt potilaan vapauden rajoittamiseen

1. Vanhukseen liittyviä tekijöitä ovat mm. yksilölliset tekijät, kuten omat toiveet rajoitteiden käytöstä sekä korkea ikä, sukupuoli, dementoiva- ja neurologiset sairaudet, runsas lääkkeiden käyttö, aikaisempi kaatumis- ja putoamishistoria sekä omaisen huoli vanhuksen turvallisuudesta.
2. Hoitajaan liittyviä tekijöitä ovat mm. huoli vanhuksen turvallisuudesta, esimerkiksi heikko valaistus, portaat ja askelmat, kulkureiteillä olevat huonekalut sekä apuvälineet, liukkaat lattiapinnat ja osaston sokkeloinen pohjaratkaisu tekevät hoitoympäristön vanhukselle turvattomaksi.
3. Suomen eri laissa sivutaan vapauden rajoittamista, niin sanotusti poikkeuksia itsemääräämisoikeudessa, mutta somaattisessa laitoshoidossa potilaan rajoittamista ei suoraan mainita missään
4. Terveystieteissä ei ole mitään yleisiä säännöksiä tai yleistä oikeutta sitoa tai lukita potilaita, ei edes turvallisuuden takia
5. Säännöksiä ei ole ja fyysisen rajoittamisen tarvitaan peruste

Vapauden rajoittamista säätelevät lait

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), poimintoja:

- Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Potilaan itsemääräämisoikeudet ja eettiset ohjeet

- Suomen peruslaissa (1999) mukaan ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti
- Siinä vaaditaan oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen
- Somaattisesti sairaiden potilaiden fyysisen vapauden rajoittamiseen osalta tulee noudattaa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain säännöksiä
- Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, joka on hänen etunsa mukaista ja potilaan yksityisyyttään kunnioitetaan

Poimintoja sairaanhoitajan eettisistä ohjeista

- Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.
- Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. (Sairanhoitajaliitto, Sairaanhoitajan eettiset ohjeet)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä

Ammattieettiset velvollisuudet

- 15§ Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä

ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat.

Vaihtoehtoiset hoitomenetelmät fyysisten rajoitteiden käytölle

- Lisää valvovia silmäpareja eli hoitajia, omaiset?
- Kävelytystä. Lonkkahousujen ja turvakypäröiden käyttöön otto takaisi turvallisemman ja vapaamman liikkumisen. Lisäksi kunnolliset kengät potilaiden käyttöön.
- Yksinkertaiset keinot käyttöön, esimerkiksi patja lattialle – potilas ei pääse tippumaan sängystä.
- Omahoitaja-malli, vuorovaikutuksen lisääminen.
- Virikkeiden järjestäminen, esim. kirjat, lehdet, radio, tv jne.
- Huomioidaan potilaan kaatumishistoria hoitosuhteen alkaessa.
- Hoitajien riittävä koulutus ja pätevyys.

Lähteet

Sairaanhoidajaliitto osoitteessa:

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_työ/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

www.flinex.fi osoitteesta:

<http://www.flinex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P19>

<https://www.flinex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Saarnio, R. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa, Oulu university Press, Oulu 2009.

Hoitohenkilökunnan liikkumisen rajoittaminen (kuvat 3 ja 4)



Kuva 3. Hoitaja sidottuna Mg-vöissä sängyssä.



Kuva 4. Hoitaja sidottuna pyörätuolissa.

Kysely - sisällön analyysin tulokset

1. Mitä ajatuksia potilaan fyysinen rajoittaminen herättää hoitotyön arjessa?

ALKUPERAISET ILMAUKSET	TEEMA
5. Rajoittamista tapahtuu paljon ”tajuamatta”, eli nostetaan juuri laitoja ylös ym. 9. Herättää ahdistusta myös henkilökunnassa. 14. Potilaalla ei ole ”oma tahto”, hän ei voi tulla ja mennä haluamallaan tavalla-- potilasturvallisuus 15. Monelta osin potilaan fyysinen rajoittaminen on tapaturmien ennaltaehkäisyä.	Turvallinen potilaan hoitotyö rajoittamisessa (5, 9, 14, 15)

2. Miten akuuttiosastolla voidaan kehittää hoitotyötä, jotta potilaan fyysistä rajoittamista ei tarvittaisi olemassa olevilla resursseilla?

ALKUPERAISET ILAMUKSET	TEEMAT
7. Jokaiselle potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma. 8. Lääkärit tutkisivat heti potilaan toimintakyvyn ja kirjaisivat turvallisuus ja rajoittamisystistä johtuva hoidot (laidat ylös ym.). 13. Hyvä idea käytäntöön kirjaamisten, ”siivoaminen” ajan tasalla olevat tiedot. 14. Usein aggressiivinen potilas rauhoittuu vain yhden hoitajan ollessa hoitamassa (on hyvä olla toinen hoitaja lähellä, esim. oven takkana) 15. Rohkeutta hoitajilta ammattitaitoa. 16. Lisää koulutusta väkivallan koulutukseen. 18. Lisäkoulutusta hoitajille.	Hoitosuunnitelman päivittäminen (7, 8, 11, 13) Ammattitaito, koulutus (14, 15, 16, 18)

3. Kuvaile omia kokemuksia fyysisen rajoittamisen aikana.

ALKUPERAISET ILMAUKSET	TEEMAT
<p>2. Tulee kuuma kun on vyö kiinni vyötäröllä.</p> <p>4. Kuuma, täytyi irrottaa pois itseltä.</p> <p>5. Ahdistuneisuus, jos ei aukea, eikä kukaan tulee päästämään irti. Pelokkuus...</p> <p>6. Hetken aika siinä oli turvallinen olo, kun vyö oli kiinni, mutta sitten tuli kuuma ja ahdistava olo.</p> <p>11. Voisin pelota jäädä yksin, jos esim. jäisin jumiin, tai P- tuoli kaatuisi.</p> <p>13. Vuoteen päällä loistava valo häikäisi, tuntuisi ahdistava pidemmän aikaa maatessa.</p> <p>14. Hyväkuntoinen voi kääntää kylkeä vyön ollessa kiinni.</p> <p>15. Jos liikuntakyky olisi alentunut, tai kipukohtia olisi koholla asennon vaihto olisi kovin hankalaa.</p> <p>16. Lisää kipua, puutumista.</p> <p>17. Olen riippuvainen toisen toimista.</p>	<p>Ahdistava ja kuuma olo Mg-vöissä kiinni (2, 4, 5, 6, 11, 13, 15, 16, 17, 18)</p>

MUISTISAIRAAN HAASTEELLINEN KÄYTÖS

Tavallisimpia käytösoireita ovat:

- ✚ Sosiaalinen vetäytyminen
- ✚ Masennus
- ✚ Itsetuhoiset ajatukset
- ✚ Vainoharhat
- ✚ Vuorokausi rytmin häiriöt
- ✚ Ahdistuneisuus

KÄYTÖSOIREET JATKUVAT

- ✚ Ärtäisyys
- ✚ Harhaluulot
- ✚ Vaeltelu
- ✚ Seksuaaliset käytösoireet
- ✚ Levottomuus
- ✚ Hallusinaatiot
- ✚ Aggressiivisuus

KÄYTÖSOIREIDEN SYYT

- ✚ Muistisairaus: aivoissa tapahtuvat muutokset, toiminnan kömpelyys, arviointikyvyn muutokset
- ✚ Fyysiset tekijät: kipu, muut sairaudet, jo olemassa olevat vammat
- ✚ Henkilökohtaiset tekijät: persoonallisuus, elämäkokemukset,
- ✚ Vuorovaikutus: ei tule ymmärretyksi, ei osaa ilmaista itseään,
- ✚ Sosiaalinen ja fyysinen ympäristö: rauhattomuus, tuntemattomat ihmiset, tuntematon ympäristö

MITÄ VOIN TEHDÄ

- ✚ Käytösoireen ymmärtäminen, ei syyttelyä
- ✚ Normaalin elämän jatkaminen mahdollisimman pitkään
- ✚ Päivittäiset toiminnot tehdään yhdessä
- ✚ Muiden sairauksien hyvä hoito (RR, sokeri, lääkitys, kuulo, näkö, tulehdukset)
- ✚ Turvallinen ympäristö, tutut ihmiset, oma reviiiri

- ✚ Ei nolata, autetaan hankalassa tilanteessa, huumori
- ✚ Hankala tilanne muutetaan myönteiseksi
- ✚ Kiireettömyys
- ✚ Selkeä puhe, lyhyet lauseet
- ✚ Hyviä tunnelmia (laulut, tanssi, runot, lemmikit)
- ✚ Päivän tutut rutiinit
- ✚ Voimavarojen arvostaminen

TunteVa – toimintamalli, miten ymmärrän muistisairasta



TUNTEVA – TOIMINTAMALLI. MITÄ SE ON?

TunteVa – toimintamallissa opetellaan arvostamaan muistisairasta, ymmärtämään hänen käyttäytymistään ja tunnistamaan hänen tunteitaan. Ollaan hänelle tukena tunteiden käsitte-
lyssä

MISTÄ TUNTEVA-TOIMINTA MALLI TULEE

- ✚ Amerikkalainen sosiaaliterapeutti Naomi Feil kehitti työssään muistisairaille vanhuk-
sille soveltuvan validaatio – menetelmän v.1963 -1980.
- ✚ Menetelmän avulla läheiset ja hoitohenkilökunta saavat valmiuksia ja keinoja kohdata
ja ymmärtää muistisairaana maailmaa ja tunneilmaisuja sekä säilyttää yhteys sairauden
takana olevaan ihmiseen.

ELÄMÄNKAAREN TAPAHTUMIEN MERKITYS KÄYTTÄYTYMISEEN

Imeväisikä	Perusluottamus	Äiti ei jätä
Lapsuus	Säännöt	Rangaistus, häpeä
Murrosikä	Oma identiteetti	Epävarmuus, hylkääminen
Aikuisuus	Intiimin läheisyyden oppiminen	Riippuvuus, eristäytyminen
Keski-ikä	Uuden elämän oppiminen	Takertuminen totuttuun
Vanhuus	Elämän tilinpäätös	Epätoivo, halu kuolla

MUISTAMATTOMUUDEN VAIHEET

1. MALORIENTAATIO VAIHE (lievä muistisairaus)

- ✚ Tiukat säännöt, rutiinit, vastustaa muutoksia
- ✚ Nykyhetken ihmiset symbolisoivat menneisyyden ihmisiä, epäluuloisuutta
- ✚ Keksivät tarinoita, joilla peittävät unohduksia
- ✚ Tilanteen hallinnassa ongelmaa, luopumisen vaikeus
- ✚ Ei puhuta tunteista, syyttelyä toisia kohtaan
- ✚ Järkevä ajattelu, orientoitunut muttei onnellinen
- ✚ Fyysinen olemus jännittynyt
- ✚ Määrätietoinen liikkuminen ja katsekontaktin hakeminen
- ✚ Tavaroiden katoa, laittaa niitä väärin paikkoihin
- ✚ Menettämisen pelko, hamstraus
- ✚ Haluaa korostetusti arvostusta

MITEN OLEN TUKENA?

Malorientaatiovaiheessa muistisairas tarvitsee:

- ✚ Arvostusta (olet aina ollut huolellinen, katoaako tavaroita usein)
- ✚ Ei syyttelyä (ai olet huomannut, että leipää häviää)
- ✚ Ei tunteista puhumista (vain jos itse aloittaa)
- ✚ Asiallista keskustelua (olen ihmeissäni...)
- ✚ Puhe, päättelykyky ja järkevä ajattelu tärkeitä
- ✚ Oma reviiiri on tärkeä (kodin kunnioitus!)

2. AJAN JA PAIKAN TAJUN HÄMÄRTYMISEN VAIHE (keskivaikea muistisairaus)

- ✚ Muistamattomuus helpottaa luovuttamista
- ✚ Sisäiseen maailmaan vetäytymistä (käsittelemättömät menetykset rasitteena)
- ✚ Muistot lisääntyvät (äiti)
- ✚ Symboli ihmiset tai asiat tulevat arkipäivään
- ✚ Hallintakeinojen ja sääntöjen noudattaminen vaikeutuu, itsestä huolehtiminen vaikeutuu
- ✚ Ajan - ja paikan taju hämärtyy
- ✚ Perustunteet voimistuvat (rakkaus, viha, ilo, pelko, suru)
- ✚ Olemus voi olla kyselevä, rento, kokoon lysähtänyt, liikkeet kuvastavat tunteita, hengitys hidasta, katse harhaileva, puhe hidasta
- ✚ Todellisuudentaju heikkenee, tunnetilojen ilmaisu lisääntyy
- ✚ Aistii aidon ja teeskentelijän
- ✚ ”kiinni menneisyyden selvittämisessä”

MITEN OLEN TUKENA?

Ajan ja paikan tajun hämärtymissä vaiheissa ihminen tarvitsee:

- ✚ Turvallisuutta, rutiinit
- ✚ Kosketusta, lähellä olemista
- ✚ Musiikkia, laulua, muistojen rasia, valokuvat
- ✚ Hyväksy symbolihenkilönä oleminen
- ✚ Älä tee kysymyksiä: kuka minä olen? Älä korjaa: olen tyttösi tms.

3. TOISTUVIEN LIIKKEIDEN VAIHE (vaikea muistisairaus)

- ✚ Kehon eri osista tulee symboleja ja liikkeet korvaavat sanat
- ✚ Toiminnoilla puretaan tukahdutettuja tunteita, joita ei ole enne voinut käsitellä
- ✚ Suun kautta koetaan mielihyvää
- ✚ Sanat häviävät (tilalla ääntelyä, laulut, lorut)
- ✚ Vaeltelu, itkuherkkyys, keskittymisen puute
- ✚ Tietoisuus omasta kehosta heikkenee

MITEN OLEN TUKENA?

Toistuvien liikkeiden vaiheen aikana henkilö tarvitsee:

- ✚ Läheisyyttä
- ✚ Arvostavaa kosketusta (pitääkö kosketuksesta)
- ✚ Vuorovaikutusta; loruttele, laula, mukaile liikkeitä
- ✚ Lämmintä äänensävyä
- ✚ Katsekontaktia

Näistä syntyy reaktio. Saadaan yhteys.

MITEN OLEN TUKENA?

Toistuvien liikkeiden vaiheen aikana henkilö tarvitsee:

- ✚ Läheisyyttä
- ✚ Arvostavaa kosketusta (pitääkö kosketuksesta)
- ✚ Vuorovaikutusta; loruttele, laula, mukaile liikkeitä
- ✚ Lämmintä äänensävyä
- ✚ Katsekontaktia

Näistä syntyy reaktio. Saadaan yhteys.

4. SIKIÖVAIHE (syvästi dementoitunut)

- ✚ Luovutus, ympäröivän maailman ulkopuolelle sulkeminen
- ✚ Sairastunut ”säilyttää itsensä vain hengissä”
- ✚ Itsenäistä kehon liikuttamista hyvin vähän
- ✚ Tunteita havaittavissa harvoin
- ✚ Toistuvien liikkeiden vaiheen aikana käytetyt rauhoittavat lääkkeet jouduttavat tähän vaiheeseen

MITEN OLEN TUKENA?

Sikiö vaiheessa henkilö tarvitsee:

- ✚ Lämmintä kosketusta
- ✚ Turvallista hoivaa, rauhallisuutta
- ✚ Huomiota
- ✚ Laulamista, hyräilyä (selvitä mistä tykkää)
- ✚ Kerrotaan mitä tehdään

YHTEENVETOA

- + älä tee ”miksi” kysymyksiä
- + älä käytä kieltosanoja
- + älä vähättele muistisairaana mielipidettä, kokemusta, tunteita
- + kuuntele, myötäelä, anna arvostusta
- + tutustu muistisairaana elämän historiaan

LÄHTEET

- + Hohenthal -Antin Leonie, Muisteluterapia luennot. V.2008
- + Kämäräinen Liisa, TunteVa-hoitaja koulutus materiaali. Aj.24.3. – 14.10.2009
- + Naomi Feil, 1998, Validaatio menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Vammalan kirjapaino
- + www.muistojentalo.fi

OPINNÄYTETYÖN TIEDOTUS- JA DOKUMENTOINTISUUNNITELMA					
Opinnäytetyön nimi: Haastellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallinen hoito					
Opinnäytetyön vastuuhenkilö: Julijana Petrovic					
Opiskelija: Julijana Petrovic					
Opinnäytetyön aikataulu: syksy 2012 – kevät 2014					
Mitä? (esimerkkejä)	Miksi? Missä tarkoituksessa? Milloin? (kehittämissyklin vaihe)	1)Minne? (julkaisu-foorumi) 2)Keille? (lukijat)	1)Keiden kanssa? (kirjoittajakumppanit) 2)Yhteis-kehittelytilat? (vuoropuheluun haastaminen)	Miten? (tekstilaji, genre) (kognitiiviset, dialogiset ja audiovisuaaliset työvälineet)	Tekstin aikaan-saama keskustelu, ”vastakaiku”
Opinnäytetyön aiheanalyysi	Syksy 2012 Opinnäytetyön aiheen valinta	1) Seminaaritunnit koulussa 2) Lähiesimies, ohjaava opettaja, koulukaverit	1) Projektipäällikkö 2) Seminaaritunnit koulussa	Informatiivinen keskustelu	Kehittämistehtävän täsmentäminen
Tiedote työyhteisölle	Tiedottaa työyksikköä tulevasta kehittämisprojektista 1.syklin (suunnittelu ja toiminta)	1)Työyhteisön jäsenet 2) Osastokokous	1) Projektipäällikkö 2) Osastokokous	Informatiivinen keskustelu	Avoin keskustelu, kysymykset, työyhteisön jäsenten motivointi herättää keskustelua aiheesta
Opinnäytetyön aloituspalaveri	Projektiryhmä valinta	1) Osastonkokous, muistio 2) Työyhteisön jäsenet	1) Projektipäällikkö 2) Osastonkokous	Informatiivinen keskustelu, dialogi	Projektiryhmän motivoiminen kehittämistyöhön
Opinnäytetyön suunnitelma	1-2/2013 Metodologian hahmottaminen valitseminen	1) Muistio 2) Ohjaava opettaja, koulukaverit	1) Projektipäällikkö	Asiateksti	Tavoitteen ja metodologian täsmentyminen
Opinnäytetyön käynnistäminen	3/2013 Kehittämisprojektin aiheen valinta 1.syklin havainnointi ja reflektointi	1) Ohjausryhmän jäsenet 2) Muistio	1) Projektipäällikkö, ohjausryhmän jäsenet 2) Ohjausryhmän palaveri	Avoin keskustelu	Ohjausryhmäjäsenet motivoituvat ja sitoutuvat kehittämistyöhön
Katsaus, mikä olisi sopiva kirjoittamisen muoto	4/ 2013 2 A, B ja C syklin suunnittelu	1) Muistio 2) Projektiryhmän jäsenet	1) Projektipäällikkö 2) Palaveri projektiryhmien kanssa	Avoin keskustelu, asiakirjoittaminen	Keskustelun herääminen ja motivoituminen toimintoihin
Luento osastolla	15.5/2013 TunteVa malli- hoitaja 2 C sykli (toiminta)	1) Ilmoitustaulu 2) Projektiryhmän jäsenet, hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö, Muistiyhdistyksen jäsen 2) 15.5 koulutus osastolla	Luento, keskustelu, dialogi	Uudet oivallukset muistisairaiden hoitotyöhön
Ohjausryhmän palaveri	5/2013 2 A, B ja C syklin suunnittelu	1) Muistio 2) Ohjausryhmä jäsenet	1) Projektipäällikkö 2) Muistio	Avoin keskustelu, dialogi	Keskustelun herääminen kolmesta teemasta, projektiryhmän aikataulu täsmentäminen

Luento osastolla	7.6/2013 Potilaan liikkumisen rajoitteet 2 B sykli (toiminta ja havainnointi)	1) Ilmoitustaulu, kutsu luennolle osallistumiseen 2) Projektiryhmän jäsenet, akuutti- ja kuntoutusyksikön hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö 2) Akuutti- ja kuntoutusyksikkö hoitohenkilökunta 7.6.2013	Luento, keskustelu, Power-point, näyttö, dialogi,	Herättää keskustelua potilaan fyysisestä rajoittamisesta, hoitohenkilökunnan kirjallinen ja suullinen palaute
Luento osastolla	5.9/2013 TunteVa malli- hoitaja 2 C sykli (toiminta)	1) Ilmoitustaulu 2) Hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö, Muistiyhdistyksen jäsen 2) 5.9.2013	Luento, keskustelu, dialogi	Uudet oivallukset muistisairaiden hoitotyöhön
Ohjausryhmän palaveri	24.9/2013 Projektiryhmien työskentelyn eteneminen, suunnittelu ja arviointi	1) Muistio 2) Ohjausryhmän jäsenet	1) Projektipäällikkö 2) 24.9.2013	Avoin keskustelu, dialogi	Kehittämistyön väliarviointi, aika-aulun täsmentäminen
Luento osastolla	26.9/2013 TunteVa malli- hoitaja 2 C sykli (toiminta)	1) Ilmoitustaulu 2) Hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö, Muistiyhdistyksen jäsen 2) 26.9.2013	Luento, keskustelu, dialogi	Uudet oivallukset muistisairaiden hoitotyöhön
Luento osastolla	22.10/2013 TunteVa malli- hoitaja 2 C sykli (toiminta)	1) Ilmoitustaulu 2) Hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö, Muistiyhdistyksen jäsen 2) 22.10.2013	Luento, keskustelu, dialogi	Uudet oivallukset muistisairaiden hoitotyöhön
Posterit	Opinnäytetyön esittely	Työelämän edustajat, opettajat, opiskelijat	1) Projektipäällikkö, seminaaripäivä 2) 7.11.2013	Tieteellinen teksti, power-point, esittely	Keskustelu infektioiden torjunnasta ja potilaan liikkumisen rajoitteista
Seminaaripäivä	11/2013 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus, tiedon ja kokemuksen jakaminen. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana potilaan turvallista hoitotyötä.	Työelämän edustajat, Muistiyhdistyksen jäsenet, opettajat, opiskelijat, vierailijat	1) Projektipäällikkö 2) 7.11.2013	Tieteellinen teksti, power-point, esittely	Keskustelu infektioiden torjunnasta ja potilaan liikkumisen rajoitteista ja muistisairaana hoitotyöstä
A projektiryhmän palaveri	1/2014 Projektiryhmän palaveri 2 A sykli (suunnitelma)	1) Muistio 2) Projektiryhmän jäsenet	1) Projektipäällikkö 2) Muistio	Informatiivinen teksti, kosketuseristys ohje potilaalle ja omaisille	Keskustelua hygieniapäivän suunnittelusta
Hygieniapäivä osastolla, koulutus	6.2/2014 2 A sykli (toiminta ja havainnointi)	1) Ilmoitustauluko, s-posti, projektiryhmän jäsenet 2) Hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö 2) Akuutti- ja kuntoutusyksikkö hoitohenkilökunta, 6.2.2014	Koulutus, dialogi, keskustelu	Herättää keskustelua infektioiden torjunnasta (käsihygieniasta)
Puheenvuoro	6.2/2014 2 A syklin (havainnointi ja reflektointi)	1) Projektiryhmän jäsenet 2) Hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö 2) 6.2.2014	Keskustelu, muistio, dialogi	Kehittämistyön analyysi ja tulkinta, kirjoittaminen
Luento osastolla	13.2/2014 Potilaan fyysinen rajoittaminen 2 B (toiminta ja havainnointi)	1) Ilmoitustaulu, kutsu luennolle osallistumiseen 2) Projektiryhmän jäsenet, akuutti- ja kuntoutusyksikön hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö 2) Akuutti- ja kuntoutusyksikkö hoitohenkilökunta, 13.2.2014	Luento, keskustelu, Power-point näyttö, dialogi	Herättää keskustelua potilaan fyysisestä rajoittamisesta, hoitohenkilökunnan kirjallinen ja suullinen palaute

Puheenvuoro	13.2/2014 2 B syklin (toiminta ja reflektointi)	1) Projektiryhmän jäsenet 2) Hoitohenkilökunta	1) Projektipäällikkö 2) 13.2.2014	Keskustelu, muistio, dialogi	Kehittämistyön analyysi ja tulkinta, kirjoittaminen, palaute potilaan fyysisistä rajoitteista
Osastopalaveri	4/2014 hygieniapäivän tuloksen analyysin palaute	1) Muistio 2) Hoitohenkilökunta, projektiryhmän jäsenet	1) Projektipäällikkö 2) 10.4.2014	Suullinen esitys, muistio, dialogi	Herättää keskustelua, ideoita jatkotutkimuksiin infektion torjunnasta ja käsihygieniasta
Artikkeli	Kevät 2014 Laiteturvallisuus osana potilasturvallisuutta Kliinisen asiantuntijan näkökulmasta	1)Kaiman sivusto Potilasturvallisuus tiedote 2)Kainuun sote - kuntayhtymän työntekijät	Julijana Petrovic ja Tomi Ehrola	Tieteellinen teksti	Herätä kiinnostusta potilasturvallisuudesta, laiteturvallisuus
Ohjausryhmän palaveri	21.5/2014	1) Muistio 2) Ohjausryhmän jäsenet	1) Projektipäällikkö 2) 21.5.2014	Avoin keskustelu, dialogi, tieteellinen teksti	