



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Sairaanhoidajan osaaminen tehostetussa palveluasumisessa

Heinonen, Susanna

2015 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

## Sairaanhoidajan osaaminen tehostetussa palveluasumisessa

Heinonen, Susanna  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2015

Heinonen Susanna

### Sairaanhoitajan osaaminen tehostetussa palveluasumisessa

Vuosi 2015 Sivumäärä 42

---

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata, millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee toteuttaessaan laadukasta hoitotyötä ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa. Tavoitteena oli selvittää lisä- ja täydennyskoulutuksen tarvetta ja auttaa työyksikköä täsmentämään sairaanhoitajan työnkuvaa. Työ tehtiin eteläsuomalaisen kaupungin yksikköön, jossa on kolme tehostetun palveluasumisen osastoa, neljä hoivaosastoa ja yksi intervalliosasto.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineiston keruu toteutettiin teemahaastattelemalla viittä sairaanhoitajaa joulukuun 2014 aikana. Aineisto käsiteltiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Haastatteluista saatujen vastausten mukaan sairaanhoitaja tarvitsee laajaa, monipuolista ja kokonaisvaltaista hoitotyön osaamista, johon kuuluu esimerkiksi sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö, erilaisten sairauksien tunteminen ja lääkehoidon osaaminen.

Tulosten mukaan sairaanhoitaja tarvitsee lisäksi tietoa ikääntymisen mukanaan tuomista muutoksista elimistössä, vanhenemismuutoksien ja sairauksien oirekuvan erilaisuudesta, ikääntyneen ravitsemuksesta ja muistisairauksista. Sairaanhoitajan sosiaaliset vuorovaikutustaidot olivat tulosten mukaan myös erittäin tärkeitä.

Asiasanat: Sairaanhoitajan osaaminen, tehostettu palveluasuminen, ikääntynyt

Heinonen Susanna

**Nurses competence in elder people´s service care**

Year	2015	Pages	42
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to describe what kind of vocational competence the nurses perceive that they need when working in elderly people's service care. The aim was to assess the demand for updating education and help the workplace clarify the job description of the nurses. This study was made for Southern Finland city department, where there are three service care departments, four institutional care departments and one interval department.

A qualitative research method was used in this thesis. The material was collected using theme-interviews relating to five nurses during December 2014, and the data analysis was conducted using deductive content analysis. The results of the interviews showed that nurses need comprehensive, diverse and holistic nursing competence, in particular how to use and apply the electric patient system, and identify different kind of diseases and have pharmacotherapy competence.

A nurse needs to be aware of and identify/ transmit the basic changes of ageing in the human body, aging changes and differences in illnesses symptoms, the nutrition needed for the aged and dementing illnesses. Nurses' social interaction skills are also very important.

Keywords: Nurses competence, service care, elderly people

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Palveluasuminen ja ikääntyneiden palveluita koskevat laatusuositukset ja lait .....	6
	2.1 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus .....	8
	2.2 Vanhuspalvelulaki .....	9
3	Ammatillinen osaaminen hoitotyössä.....	10
	3.1 Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen .....	11
	3.2 Ikääntyneen lääkehoidon erityispiirteet .....	13
	3.3 Ikääntyneiden kipu ja kivun hoito .....	14
	3.4 Ikääntyneen hyvä ravitseminen ja ravitsemussuositukset .....	15
4	Geriatrisia ja gerontologinen hoitotyö .....	17
	4.1 Testit ja mittarit arvioinnin apuvälineinä .....	17
	4.2 Muistisairaudet .....	19
	4.3 Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet .....	20
	4.4 Parannettavissa olevat muistisairaudet .....	23
5	Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut.....	24
	5.1 Aineiston keruu .....	25
	5.2 Aineiston analyysi .....	26
	5.3 Luotettavuus ja eettisyys .....	26
6	Haastattelujen tulokset.....	27
	6.1 Ikääntyneiden hoitoon liittyvä henkilökohtainen ammatillinen osaaminen ...	27
	6.2 Ikääntyneiden hoitotyö ja hyvä hoito.....	29
	6.3 Ikääntyneiden kivunhoito sekä ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteiden osaaminen .....	29
	6.4 Ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvä osaaminen .....	30
	6.5 Muistisairauksiin liittyvä osaaminen .....	30
7	Johtopäätökset ja pohdinta .....	31
	Lähteet .....	34
	Liitteet.....	38

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaanhoitajan tarvitsemaa osaamista hänen toivuttaessaan laadukasta hoitotyötä tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tavoitteena on saada selville, millä osa-alueella kyseisessä yksikössä työskentelevät sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisä- ja täydennyskoulutusta. Osaamiskartoituksen tarkoituksena on myös auttaa työyksikköä täsmentämään sairaanhoitajan toimenkuvan sisältöä. Työ on rajattu koskemaan ikääntyneiden tehostettua palveluasumista. On olemassa useita eri nimityksiä, joita käytetään puhuttaessa eläkeiän ylittäneistä henkilöistä, kuten esimerkiksi eläkeläinen, vanhus, ikäihminen, seniori jne. Tässä työssä käytetään ikääntynyt - sanaa kuvaamaan yli 80 vuotta vanhoja henkilöitä.

Työ tehdään eteläsuomalaisen kaupungin yksikköön, jossa on tehostetun palveluasumisen osastoja, intervalliosasto sekä hoivaosastoja. Aihe on ajankohtainen, koska lähitulevaisuudessa on tarkoitus lisätä tehostettua palveluasumista ja vähentää laitospaikkoja Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton antaman suosituksen mukaisesti. Aihe kiinnostaa itseäni, koska työskentelen opiskelun ohella tehostetun palveluasumisen osastolla lähihoitajana sekä sairaanhoitajan sijaisena. Olen opiskeluni aikana huomannut ettei ikääntyneiden kanssa tehtävää hoitotyötä arvosteta samalla tavalla kuin erikoissairaanhoidossa työskentelyä. Haluankin tämän työn avulla tuoda esille, miten monenlaista osaamista ikääntyneiden kanssa työskentelevä sairaanhoitaja tarvitsee.

Noppi ja Koistinen kuvaavat ikääntyneiden kanssa tehtävän työn olevan vaativaa ja edellyttävän vankkaa ammatillista osaamista. Siihen kuuluu vahva ammatti identiteetti, somaattisten sairauksien tunnistaminen ja tunteminen, psyykkistä ja hengellistä ymmärrystä sekä perhekeskeistä sosiaalista ajattelua. Hoito- ja auttamistyössä yksilöiden on syytä pitää herkkyysovoimavarana ja mahdollisuutena. Hoitotyössä empatian peruskysymys on kyky asettua ikääntyneen asemaan ja kiinnostus ja tahto ymmärtää asioita hänen näkökulmastaan. (Noppi & Koistinen 2005, 156 - 159.)

## 2 Palveluasuminen ja ikääntyneiden palveluita koskevat laatusuositukset ja lait

Asumispalvelut ja palveluasuminen ovat sosiaalihuoltolain mukaisia sosiaalipalveluja, joiden järjestäminen on kunnan vastuulla. Asumispalveluja järjestetään myös vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain perusteella. Ne on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat eri syistä tukea ja palveluja asumisensa järjestämiseen. Tuki- ja palveluasumista saavat esimerkiksi ikäihmiset, kehitysvammaiset, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat. Tehostettua palveluasumista järjestetään ympärivuorokautista apua, hoivaa ja valvontaa tarvitseville. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on oma huone tai asunto ja sen

lisäksi yhteisiä tiloja. Ero palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen välillä on siinä, että tehostetussa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. (Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710, 17 §.)

Erot tehostetun palveluasumisen ja hoivaosaston välillä ovat kaventuneet viime aikoina, kun tehostetun palveluasumisen yksiköissä on ruvettu hoitamaan asukkaat loppuun asti, jos se vain suinkin on mahdollista asianmukaisen hoidon puitteissa. Näkyvin ero asukkaille on laskutuksessa; hoivaosastopaikasta laskutetaan asukkaan tuloista tietty summa, joka kattaa asumisen, ruokailut, lääkkeet ja hoitotarvikkeet. Tehostetussa palveluasumisessa taas laskutetaan erikseen huoneen vuokra, ruokamaksu, hoivamaksu, hoitotarvikkeet ja lääkkeet. Osastot voivat muuten olla sijainniltaan ja sisällöiltään identtisiä, eli entisiä hoivaosastoja muutetaan tällä hetkellä usein tehostetun palveluasumisen osastoiksi. Tuki- ja palveluasumista ja tehostettua palveluasumista tuottavat kunnat, järjestöt ja yksityiset yrittäjät. Kunnan järjestämään palveluasumiseen haetaan kunnan vanhus-, vammais-, mielenterveys- tai päihdepalvelujen kautta. (Sosiaali- ja terveystieteet 2015.)

Tampereen yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa käy ilmi, että kunnissa on suuria eroja siinä millaisia pitkäaikaishoidonpalveluja ikääntyneet ihmiset käyttävät viimeisinä elinvuosinaan. Eri puolella Suomea palveluja käytettiin kuitenkin yhtä paljon, mutta siinä oli huomattavia eroja, millaisia pitkäaikaishoidon palveluja käytettiin. Myös siinä oli eroja, miten erilaisten pitkäaikaishoidon palvelujen käyttö muuttui vuosien 2002 ja 2008 välisenä aikana. Asukasmäärältään erikokoisissa kunnissa painottuivat erilaiset palvelut. Pienimmissä kunnissa julkista vanhainkotiä käytettiin enemmän kuin suuremmissa kunnissa, kun taas suuremmissa kunnissa yksityisten palvelujen käyttö oli suurempaa kuin pienemmissä kunnissa. Erot tulivat vielä selvemmin esiin, kun palvelujen käyttöä tarkasteltiin kuntien maantieteellisen sijainnin mukaan. (Pulkki, Aaltonen, Forma, Jylhä, Raitanen & Rissanen 2014.)

Pitkäaikaishoidon yleisenä tavoitteena on vanhainkotihoitoon ja terveyskeskuksenvuodeosastohoidon korvaaminen kotihoidolla ja tehostetulla palveluasumisella. Nämä tavoitteet ovat toteutuneet kunnissa hyvin eri tavoin. Palvelujen käyttö kuvaa epäsuorasti kunnan palvelutarjontaa. Näin ollen tutkimuksen tulos kertoo, että joissakin kunnissa vanhainkotihoitoa oli korvattu tehostetulla palveluasumisella, joissakin taas ei. Tutkimus on osa Tampereen yliopiston terveystieteen yksikön Gerontologian tutkimuskeskuksen tutkimushanketta Yleistä pitkäikäisyys ja sosiaali- ja terveystieteiden uudet haasteet. Tutkimus toteutettiin Kunnallisan kehittämissätiön tuella. (Pulkki ym. 2014.)

Sairaanhoitajan tulee tuntee omaa työskentelyään koskevat lait ja asetukset sekä erilaiset laatu- ja hoitosuositukset. Aluehallintovirastot ja Valvira ovat laatineet yhdessä vanhusten ympärivuorokautista hoivaa ja palveluja koskevan valtakunnallisen valvontaohjelman. Valvon-

taohjelmaan on kirjattu linjaukset, joita aluehallintovirastot ja Valvira noudattavat vanhus-  
tenhuoltoa koskevassa ohjauksessa, lupahallinnossa, tarkastuskäynneillä, kanteluratkaisuissa  
ja muussa valvonnassa. Valvontaohjelman avulla valvotaan sekä julkista että yksityistä van-  
hustenhuoltoa. Valvonnan painopisteitä ovat henkilöstön kelpoisuus, määrä ja tehtäväraken-  
ne, toimitilat, asiakkaiden asema ja oikeudet, asiakkaiden perustarpeista huolehtiminen, do-  
kumentointi ja asiakirjahallinta. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus 2012; Hen-  
riksson 2014.)

Kunnallisten asumispalvelujen laadusta ja kehittämisestä on annettu mm. seuraavat suosituk-  
set: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto ovat antaneet laatusuosituksen 2013, jonka  
tavoitteena on turvata hyvä ikääntyminen ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille  
henkilöille. Uudistettu laatusuositus korvaa aiemman ikäihmisten palvelujen kehittämistä kos-  
kevan laatusuosituksen vuodelta 2008. Sen tarkoituksena on tukea nk. vanhuspalvelulain toi-  
meenpanoa. Suositus on tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvi-  
oinnin tueksi kuntien päättäjille ja johtajille. Kullakin sisältöalueella on omat suosituksensa.  
Suositukset kohdistuvat sekä väestö- että yksilötasolle. Suositusten toteutumista seurataan  
valtakunnallisesti ja paikallisesti. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat, alan ammatti-  
laiset ja kolmannen sektorin toimijat voivat hyödyntää suositusta omassa toiminnassaan.  
(Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

## 2.1 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat julkaisseet iäkkäiden ihmisten palve-  
lujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuosina 2001 ja 2008. Vuonna 2013 laatusuositus  
uudistui ottamaan huomioon ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja  
uusimman tutkimustiedon. Suosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toiminta-  
kyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain toimeenpanoa.  
Suositus on edeltäjiensä tapaan tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja  
arvioinnin tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Laatusuosituksen  
kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko  
ikäntyneelle väestölle: sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville. Laatusuosi-  
tuksen keskeiset sisällöt ovat osallisuus ja toimivuus, asuminen ja elinympäristö, mahdolli-  
simman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan,  
palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaaja sekä johtaminen. Suositeltaville asiako-  
konaisuuksille on tietoon perustuvat perustelunsa ja käytettävissä on indikaattoreita, joiden  
avulla suositusten toteutumista voidaan järjestelmällisesti arvioida. Asukashuoneiden, käytä-  
vien, yhteistilojen sekä piha-alueiden on oltava esteettömiä ja turvallisia. Uusia toimintayksi-  
köitä rakennettaessa tai vanhoja peruskorjattaessa jokaiselle asukkaalla on voitava osoittaa  
oma huone ja kylpyhuone, ellei asukas nimenomaan halua asua toisen asukkaan kanssa. Paris-



kunnille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä, ja heille soveltuvia pariskunta-asumisen vaihtoehtoja on kehitettävä iäkkäiden pariskuntien määrän kasvuun varautuen. Tilojen mitoituksen on oltava riittävä asumisen laadun, tilojen joustavan ja muunneltavissa olevan käytön ja hoitohenkilökunnan työskentelyn kannalta. Asukkaiden ulkoilumahdollisuuksia on myös lisättävä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.)

## 2.2 Vanhuspalvelulaki

Heinäkuussa 2013 astui voimaan ” laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista”. Lain tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja ka-ventaa hyvinvointieroja, tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttumalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin, turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy ja määrältään ja laadultaan riittävät palvelut. Lakiin on kirjattu, että jokaisen kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntouttavia toimenpiteitä. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto, ja se on tarkistettava valtuustokausittain. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. 28.12.2012/980, 1 §.)

Vanhuspalvelulain mukaan suunnitelmassa:

- 1) arvioidaan ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tila
- 2) määritellään tavoitteet ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemiseksi ja palvelujen kehittämiseksi
- 3) määritellään toimenpiteet, joilla kunta vastaa tavoitteiden toteutumisesta ja arvioidaan voimavarat, jotka tarvitaan tavoitteiden toteuttamiseksi
- 4) määritellään eri toimialojen vastuut toimenpiteiden toteuttamisessa ja
- 5) määritellään, miten kunta toteuttaa yhteistyötä kunnan eri toimialojen, julkisten tahojen, yritysten sekä järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. 28.12.20/980, 5 §.)

Laissa on määritelty muun muassa seuraavat asiat. Hoitojärjestelyn pysyvyys tarkoittaa lähinnä asiakkaan hoitomuodon tai hoitopaikan pysyvyyttä. Silloin, kun iäkäs henkilö on muuttanut omasta kodistaan esimerkiksi tehostetun palveluasumisen yksikköön, hänen on voitava elää siellä tarvitsematta pelätä tutun elinympäristön ja siihen liittyvien ihmissuhteiden menettämistä. Kotiutuminen uuteen ympäristöön ja tottuminen uusiin ihmisiin on erityisen haasteellista muistisairaille henkilöille. Hoitojärjestelyä voidaan kuitenkin muuttaa, jos iäkäs henkilö

itse sitä toivoo tai jos se on tarpeen hänen palveluntarpeidensa muutoksen johdosta. Hoitojärjestelyä voidaan muuttaa muustakin erityisen painavasta syystä. Hoitopaikan vaihtaminen perusteltua esimerkiksi, jos iäkkään henkilön laadukasta hoitoa ei enää voida turvata siinä yksikössä, jossa hän asuu. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. 28.12.2012/980, 14 §.)

lökkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveystalvulujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980, 19 §). Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien ikääntyneiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. Jos toimintayksikön tiloissa hoidettavana olevan ikääntyneen henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, toimintayksikössä on oltava riittävästi henkilöstöä kaikkina vuorokauden aikoina. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. 28.12.2012/980, 20 §.) Toimintaa on johdettava siten, että se tukee laadukasta asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvulujen kokonaisuutta, kuntouttavan työotteen edistämistä, eri viranomaisten ja ammatti-ryhmien yhteistyötä sekä toimintatapojen kehittämistä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. 28.12.2012/980, 21 §.)

### 3 Ammatillinen osaaminen hoitotyössä

Hoitotyön perustehtävä on ollut ja on edelleen auttaa ja tukea asiakkaita ja potilaita sekä heidän perheitään: heidän sen hetkessä tilanteessaan siten, että he kokevat saavansa apua terveyteen ja sairauteen liittyvien toimintojen suorittamisessa olosuhteiden luomien edellytysten mukaan. Hoitotyön ydiosaaminen perustuu tietoon ihmisen fysiologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista perustoiminnoista ja niissä esiintyvistä ongelmista. Siihen kuuluu myös taito määrittellä hoitotyön ongelmat sekä potilaan voimavarat ja mahdollisuudet saavuttaa riippumattomuus ulkopuolisesta avusta. (Lauri 2007, 99 - 107.) Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen koostuu useasta eri osa-alueesta. Osa alueita ovat muun muassa eettinen toiminta, terveyden edistäminen, kliininen hoitotyö, hoitotyön päätöksenteko sekä lääkehoito merkittävänä osa-alueena. Nykyään painotetaan myös ohjaus-, opetus-, tiedonhaku- ja kuuntelutaitoja. Hoitotyön päätöksenteon tukena tulee osata hakea ja käyttää tutkittua tietoa, kuten esimerkiksi käypähoitosuosituksia ja erillisiä hoitotyön suosituksia. Tutkimus-, kehittämis- sekä johtamistaidot ovat nousseet tärkeiksi asioiksi osata, koska sairaanhoitaja toimii usein hoitotyön tiiminvetäjänä eri yksiköissä. Hoitotieteellisten tutkimusten mukaan työelämä odottaa hoitotyössä toimivilta ammattitaidon ja sen jatkuvan ylläpitämisen ja kehittämisen lisäksi muun muassa neuvottelutaitoja sekä hyvää kirjallista ja suullista ilmaisutaitoa, kommunikoin-

ti- ja vuorovaikutustaitoja, suunnittelu- ja koordinoitaitoja, muutoksen hallintaa ja paineen sietokykyä sekä halua ja osaamista toiminnankehittämiseen. (Lauri 2007, 101 - 107; Lauri 2003, 97.)

Erilaiset muutokset yhteiskunnassa muokkaavat myös hoitotyötä jatkuvasti. Myönteinen asennoituminen muutoksiin näkyy hoitotyöntekijän joustavuutena ja haluna olla mukana kehitystoiminnassa sekä sitoutumisena sovituihin uusiin käytäntöihin ja kokeiluihin. Myönteisesti suhtautuvat työntekijät ovat halukkaita tuomaan esiin uusia kehittämissideoita ja sen lisäksi he pystyvät suhtautumaan asioihin kriittisesti ja tuomaan esiin omat mielipiteensä. Sen lisäksi he pitävät itsensä ammatillisesti ajan tasalla. Kielteinen suhtautuminen muutoksiin johtaa osaamisen suppenemiseen sekä mahdolliseen uupumiseen työelämässä. Toimintaympäristön muuttuessa työelämä, ihmiset sekä hoitotyö muuttuvat. Hoitotyön muuttuessa muuttuvat luonnollisesti myös osaamiseen liittyvät vaatimukset. Työssä olevien sairaanhoitajien tulisikin aika ajoin pysähtyä arvioimaan omaa osaamistaan, sen vahvuuksia ja heikkouksia sekä sitä vastaako oma tämänhetkinen osaaminen työssä tarvittava osaamista. Arviointi voi tapahtua joko yksin, lähiesimiehen tai työyhteisön jäsenten kanssa. Arvioinnissa täytyy olla itselleen rehellinen, jotta siitä olisi vastaavaa hyötyä. Mikäli puutteita osaamisessa ilmenee, tulisi hakea ajantasaista luotettavaa tietoa kyseisestä aiheesta tai hakeutua aihetta käsittelevään koulutukseen. (Hilden 2002, 29 - 31, 54 - 55.)

### 3.1 Sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen

Lääkehoito määritellään osaksi terveydenhuollon toimintaa, jota pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt toteuttavat ja vastaavat siitä. Sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu tietää, ketkä saavat toteuttaa lääkehoitoa ja miten vastuu jakautuu työntekijöiden kesken. Lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta, ja jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Esimiehet ohjaavat ja valvovat lääkehoidon toteuttamista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti sekä päättävät eri henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä siten, että jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. Vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja seurannan organisoinnista on sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikön johdolla. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama työryhmä on laatinut valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Oppaan tarkoitus on ollut yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä. Oppaassa on myös esimerkkejä lääkehoidon toteuttamisen hyvistä käytännöistä. (Snellman 2007; Tokola 2010, 265 - 267; Turvallinen lääkehoito 2005.)

Lääkehoidon osaaminen on yksi tärkeimmistä sairaanhoitajalle kuuluvista osaamisen alueista. Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli turvallisen lääkehoidon toteuttajana, minkä vuoksi häneltä edellytetään lääkehoitoon liittyvien tietojen ja taitojen hallintaa sekä päätöksentekotaitoja lääkehoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että lääkehoidon osaamisen merkitys potilaan turvallisessa ja laadukkaassa hoidossa on suuri, koska suurin osa potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista liittyy lääkehoitoon. Markkinoille tulee jatkuvasti uusia lääkkeitä, joiden käyttökuntoon saattaminen, käsittely ja antaminen vaativat erityistaitoja. Osaamisvaatimukseen vaikuttaa myös se, että nykyisin hoidetaan yhä huonokuntoisempia ja monisairaampia potilaita. Tutkimusten mukaan eniten puutteita sairaanhoitajien lääkehoidonosaamisessa on lääkelaskennan, lääkehoidon ohjauksen ja lääkehoidon käytännön toteuttamisessa vaadittavassa osaamisessa, joten näihin tulisi kiinnittää erityishuomiota. (Snellman 2007; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 13 - 16; Tokola 2014, 264 - 272.)

Sairaanhoitajan lääkehoidon osaamisalueet ovat teoreettinen, kliininen eli käytännön ja päätöksenteon osaaminen. Lääkehoidon teoreettiset perusteet tulee saada ammattitutkinnossa. Ne antavat pohjan lääkehoidon käytännön toteuttamiselle. Lääkehoidon käytännöntaitoja opetellaan opintojen aikana harjoittelujaksoilla, minkä vuoksi harjoittelussa saatu lääkehoidon ohjaus ja opettelu ovat tärkeitä tulevan ammattitaidon kehittymisen kannalta. Käytännön taidot lisääntyvät työkokemuksen karttuessa. Juridinen ja eettinen osaaminen edellyttävät lääkkeisiin ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvien lakien, asetusten ja muiden ohjeiden ymmärtämistä. Eettisen osaamisen perusteet muodostuvat peruskoulutuksessa saamista opeista, eettisistä ohjeista ja lainsäädännöstä. Anatomian ja fysiologian osaaminen on muun muassa lääkkeiden vaikutusten, haittavaikutusten ja eri antotapojen ymmärtämisen perusta. (Snellman 2007; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 13 - 16.)

Farmakologian eli lääkeaineopin osaaminen on edellytys sille, että pystyy oikealla tavalla antamaan potilaalle lääkkeitä, arvioimaan lääkehoidon vaikutuksia ja ohjaamaan potilasta. Farmakologialla tarkoitetaan lääkkeiden vaiheita elimistössä ja vaikutuksia. Sairaanhoitajan tulee osata arvioida potilaan hoidon tarvetta, vaikutusten seuranta, dokumentointia ja raportointia. Lääkehoidon ohjaus perustuu vuorovaikutukseen potilaan kanssa ja ohjaustaitoihin. Lääkehoidon dokumentointi on osa potilaan hoitosuunnitelmaa, johon dokumentoidaan lääkehoidon osalta lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi hoitotyön prosessin mukaisesti. Lääkehoidon turvallisuuden kannalta on keskeistä kirjata muun muassa potilaan allergiat ja mahdolliset lääkeainereaktiot. Lääkehoidon turvallinen prosessi ja lääkehoidon hallinta edellyttävät moni ammatillista yhteistyötä, jossa hyvät vuorovaikutustaidot korostuvat. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 13 - 16.)

### 3.2 Ikääntyneen lääkehoidon erityispiirteet

Lääkkeiden kulku elimistössä eli farmakokinetiikka ja vaikutusvasteet eli farmakodynamiikka muuttuvat iän myötä. Lääkkeiden jakaantumistilavuus pienenee, kun kyseessä on vesiliukoinen lääkeaine ja suurenee, kun lääkeaine on rasvaliukoinen. Lääkkeiden poistuminen elimistöstä hidastuu. Ikääntyminen muuttaa myös reseptoritason toimintaa ja neurotransmissiota korostaen mm. lääkkeiden antikolinergisia ja ekstrapyramidaalisia haittoja. Antikolinergisia haittoja ovat muun muassa muistin heikkeneminen, sekavuus, käytöshäiriöt, kiihtyneisyys jne. Ekstrapyramidaaliset oireet ovat muun muassa hermostoperäisiä tahdottomia liikkeitä. Sairauksien oireet muuttuvat, kun potilas ikääntyy, joten sairauksien tunnistaminen voi vaikeutua. Sääteilyjärjestelmien toiminta vaimenee ja elimistön reservikapasiteetti laskee, jolloin potilaan haavoittuvuus lisääntyy. Iäkkäät potilaat kärsivätkin lääkkeiden sivuvaikutuksista nuoria useammin. (Ahonen 2011, 1 - 7; Hartikainen, Saarelma, Lönnroos & Seppälä 2006; Kivelä 2004, 66 - 80.) Ikääntyneillä yleisesti esiintyvien ongelmien, kuten huimauksen, kaatuilun, sekavuuden ja muistin heikkenemisen syitä selvitetessä on pidettävä mielessä lääkkeiden aiheuttamat haitat. Fimea eli lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus on julkaissut iäkkäiden lääkityksen tietokannan, josta löytyy tietokanta eri lääkevalmisteiden sopimisesta yli 75-vuotta täyttäneille henkilöille. (Hartikainen ym. 2006, 52 - 55; Jyrkkä 2014; Kivelä 2004, 66 - 80.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n suositus on, että ikääntyneillä saa olla käytössä korkeintaan 3-4 lääkettä. Useiden ikääntyneiden hoidossa tämä ei kuitenkaan toteudu. Yhtenä selittävä tekijänä on viime vuosikymmeninä iäkkäiden hoitokäytännöissä tapahtuneet muutokset. Yhtä sairautta hoidetaan nykyään usein monen lääkkeen yhdistelmällä. Seurauksena on iäkkäiden käytössä olevien lääkkeiden määrän raju kasvu. Lääkemäärien kasvua selittää myös iäkkäiden monisairastavuus. Samoin uusien tautien kuten Alzheimerin taudin ja eturauhasen liikakasvun tuleminen lääkehoidon piiriin on kasvattanut lääkemääriä, samoin kuin sairauksia ehkäisevä lääkitys. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 247 -248; Kivelä 2004, 11 - 14.) Suuri osa merkittävästä moni lääkkityksestä eli polyfarmasiasta koostuu oireenmukaisista lääkkeistä, kuten kipulääkkeistä, mahasuolikanavan lääkkeistä ja psykykenlääkkeistä. Moni lääkkityksellä tarkoitetaan vähintään viiden tai kuuden lääkkeen samanaikaista käyttöä. Merkittävästä moni lääkkityksestä puhutaan kun käytössä on vähintään kymmenen lääkettä samanaikaisesti. Potilas, jolla on yksi tai useampia pitkäaikaissairauksia, tarvitsee säännöllistä seurantaa, ja hänen lääkkityksensä tulee arvioida vähintään kerran vuodessa. (Ahonen 2011, 1 - 7; Pitkälä, Hosia-Randell, Raivio, Savikko & Strandberg 2006, 1503 - 1511.)

Lääkkeet ovat biokemiallisesti elimistöön vaikuttavia aineita, niiden avulla muutetaan elimistön omia biokemiallisia toimintoja. Tämä muutos saa aikaan toivotun myönteisen vaikutuksen, joka johtaa oireiden lievittymiseen tai paranemiseen. Valitettavasti useimmilla lääkkeillä on

myös haitallisia sivuvaikutuksia. Eettisen lääkehoidon kannalta olisikin aina verrattava kyseisen lääkkeen haluttuja myönteisiä vaikutuksia ja mahdollisia haitallisia sivuvaikutuksia keskenään. Haittavaikutukset eivät saisi olla toivottuja vaikutuksia suuremmat. On olemassa kuitenkin tilanteita, joissa joudutaan kuitenkin päättämään lääkehoitoon, jolla on voimakkaat haittavaikutukset. Esimerkiksi Parkinsonin taudin hoidossa käytettävät lääkkeet ovat tällaisia. Haittavaikutuksia voi olla muun muassa pahoinvointi, ummetus, huimaus, uneliaisuus ja unetomuus. Joillakin Parkinson-potilailla saattaa haittavaikutuksena esiintyä harhoja ja ns. impulssikontrollihäiriöitä kuten pelihimoa. Ikääntyneiden lääkehoidon eettisiin kysymyksiin liittyvät myös lääkkeiden yhteisvaikutukset ja niiden välttäminen. (Ahonen 2011, 1 - 7; Kivelä 2004, 114; Pitkälä ym. 2006, 1503 - 1511.)

Bentsodiatsepiini - johdannaisilla lääkkeillä on keskushermostovaikutusten lisäksi myös lihaskiintoa relaksoiva vaikutus eli lihasjännitystä poistava vaikutus. Nämä vaikutukset johtavat yhdessä huimaukseen ja kaatuilutaipumukseen. Iän lisääntyessä näiden lääkkeiden poistuminen elimistöstä hidastuu, puoliintumisajat pitenevät ja lääkepitoisuudet saattavat nousta korkeiksi. Lääkehoidon lopettamiseen liittyy erilaisia haittavaikutuksia, jotka voivat olla lääkkeen vieroitusoireita. Tunnetuimpia ovat kivunhoidossa käytettyjen opioidilääkkeiden ja rauhoittavien eli bentsodiatsepiinien lopetukseen liittyvät vieroitusoireet. Myös psykoosilääkityksen ja masennuslääkkeiden äkilliseen lopettamiseen voi liittyä vieroitusoireita. Vieroitusoireet tulevat esille vasta muutamien päivien tai jopa viikon kuluttua lääkkeen lopettamisesta. Ikääntyneillä riippuvuus bentsolääkitykseen tulee nopeammin kuin työikäisillä. Kyseessä on farmakologinen eli fyysinen riippuvuus, jonka oireita ovat ahdistus, vapina, tuskaisuus, hikoilu ja levottomuus. Jatkuvaan bentsodiatsepiinilääkitykseen kuuluu myös toleranssin kasvu eli lääkeannosta joudutaan nostamaan vaikutuksen säilyttämiseksi. Opioidilääkitys aiheuttaa myös fyysisen riippuvuuden ja toleranssin kehittymisen. Vieroitusoireita ovat ahdistuneisuus, levottomuus, tiheä pulssi, vapina, hikoilu ja tuskaisuus. Riippuvuuden muodostumisen johdosta edellä mainittuja lääkkeitä tulee käyttää ikääntyneillä vain erittäin harkitusti. Kyseisten lääkkeiden lopetus tulee tehdä hitaasti annosta asteittain pienentäen muutamien päivien, viikon tai jopa useiden viikkojen kuluessa. (Ahonen 2011, 1 - 7; Hartikainen ym. 2006, 4352 - 4355; Kivelä 2004, 66 - 80; Pitkälä ym. 2006, 1503 - 1511.)

### 3.3 Ikääntyneiden kipu ja kivun hoito

Kansainvälinen kivuntutkijaorganisaatio ASP (International Association for the Study of pain) määrittelee kivun seuraavasti: Kipu on epämiellyttävä ruumiillinen ja emotionaalinen tunne, joka liittyy todettuun tai mahdolliseen kudosaivurion tai jota kuvataan kudosaivurion termein” kipu on luonteeltaan subjektiivinen kokemus IASP korostaakin, että kyvyttömyys sanalliseen viestintään ei sulje pois kivun mahdollisuutta. Kivun esiintyvyys kasvaa iän myötä.

Hoitamattoman kivun seuraukset ovat vakavat ja heikentävät elämänlaatua. Kipu aiheuttaa kärsimystä, kaventaa elämänpiiriä sekä huonontaa kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä. Kivun hoito on myös eettinen kysymys, joka liittyy inhimillisen kärsimyksen vähentämiseen ja poistamiseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 189 -194; Tilvis 2004, 223 - 226; Launis 2008, 8.)

Naiset kärsivät tutkimusten mukaan kivusta miehiä useammin. Mitä vaikeammasta ja pitkäaikaisemmasta kivusta on kysymys, sen todennäköisemmin se muuttaa yksilön käytöstä kipua aiheuttavia toimintoja vältteleväksi. Kipu voi liittyä myös ruokahalun menetykseen ja kivun liitännäisilmiöt voivat johtaa vähentyvään liikkumiseen, niin sanottuun hauraus-raihnauskierteeseen sekä liikuntakyvyn vähittäiseen menettämiseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 189 -194.) Ikääntyneillä lonkkamurtumia esiintyy melko yleisesti kaatumisten seurauksena. Lonkkamurtumiin ja alaraajojen heikkouteen liittyvä kipu voi vähentää ikääntyneen liikkumista entisestään, mikä taas puolestaan johtaa fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Siitä syystä olisi tärkeää arvioida ja hoitaa ikääntyneiden kipua asianmukaisesti. (Lihavainen 2007, 3 - 6.)

lökkäiden suhtautuminen kipuun saattaa olla erilaista kuin nuorilla ja kipua vähätellään ja ajatellaan sen kuuluvan luonnollisena osana vanhenemiseen. Näistä syistä johtuen sairaanhoitajan tulee osata myös havainnoida muutoksia asukkaina olevien ikääntyneiden käytöksessä ja selvittää: johtuuko muutos mahdollisesti kivusta. Kivun arviointia tulisi tehdä päivittäin ja jokaisessa työvuorossa. Riittävän tehokas kipulääkitys on tärkeää ikääntyneiden hoitotyössä ja kipua ja kivunhoidon riittävyttä tulisi arvioida säännöllisesti. Tutkimuksissa on todettu myös, että lääkkeettömällä kivunhoidon menetelmillä on vaikutusta, kuten esimerkiksi miellyttävän musiikin kuuntelulla, kylmä ja lämpöhoidoilla sekä liikkeellä. Niitäkään menetelmiä ei tulisi unohtaa ikääntyneiden kivunhoidossa. (Tilvis 2004, 223 - 226; Launis 2008, 8; Martikainen 2008, 54 - 62.)

### 3.4 Ikääntyneen hyvä ravitseminen ja ravitsemussuositukset

Oikeanlaisen ravitsemuksen ja ravitsemussuositusten tunteminen on osa sairaanhoitajan osaamista ja erityisen tärkeää se on erityisesti ikääntyneiden kanssa työskenneltäessä. Ikääntyneen ihmisen hyvä ravitsemustila ylläpitää toimintakykyä sekä ehkäisee sairauksia ja niiden komplikaatioita. Ylipaino on tavallista juuri eläkkeelle jääneiden keskuudessa, mutta iän karttuessa ja varsinkin sairauksien seurauksena ruokahalu usein heikkenee, syödyn ruuan määrä vähenee ja paino laskee. Ikääntymiseen liittyy monia muutoksia, jotka altistavat ravitsemushäiriöille ja vaikeuttavat niiden korjaantumista. (Tilvis ym. 2010, 350 - 351.)

Ikääntyessä näläntunne sekä maku- ja hajuaisti usein heikkenevät, minkä seurauksena ravinnon saanti voi vähetä ja ravitsemustila huonontua. Ikääntyneillä varsinaiset ravitsemukselliset ongelmat ovat yleisiä, erityisesti monisairailta yli 80-vuotiailla. Yleisimpiä ravitsemuksellisia

ongelmia iäkkäillä ovat riittämätön energian ja proteiinin saanti, joka johtaa laihtumiseen ja lihaskatoon. Toisaalta ravinnon energiamäärä voi olla riittävä, mutta ruoka yksipuolista ja ravintoainesällöltään riittämätöntä. Tällöin suojaravintoaineiden, kuten vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti jää liian vähäiseksi, ja kyse on virheravitsemuksesta. Vanhenemismuutokset vaikuttavat perustoimintoihin tarvittavan energian määrään. Lihasmassa pienenee ja perusaineenvaihdunta hidastuu ikääntyessä, joten elimistön perustoiminnot kuluttavat energiaa entistä vähemmän. Energian lisäksi tarvitaan vitamiineja, hivenaineita (kivennäisaineita), valkuaisaineita (proteiineja) eli suojaravinteita ja muitakin ravintoaineita. Vitamiinien ja hivenaineiden määrän tarve ei pienene henkilön ikääntyessä vaan päinvastoin iäkkäille jopa suositellaan suurempia määriä kalsiumia, D- vitamiinia ja proteiinia kuin keski-ikäisille, jotta heidän luustonsa ja lihastensa kunto sekä muistinsa ja yleinen toimintakykynsä säilyisivät hyvin mahdollisimman pitkään. (Mursu & Jyrkkä 2014; Suominen 2007, 14 - 31.)

lääkäiden ravitsemusongelmien tunnistaminen ja varhainen puuttuminen onkin ensiarvoisen tärkeää. Painon seuranta esimerkiksi kerran kuukaudessa on yksinkertainen tapa seurata ikääntyneen ravitsemustilaa. Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointia varten on kehitetty myös erilaisia testejä, kuten MNA - testi eli Mini Nutritional Assessment. Valtion ravitsemusneuvottelukunta on julkaissut keväällä 2010 uudet ikääntyneiden ravitsemussuositukset. Suositusten tavoitteena on selkeyttää iäkkäiden ihmisten ravitsemukseen liittyviä keskinäisiä eroja ja ravitsemushoidon tavoitteita. Lisäksi tavoitteena on yhdistää hyvät käytännöt ja lisätä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä. Suositukset on tarkoitettu työn tueksi kaikille vanhustyössä toimiville eri ammattiryhmille. (Mursu & Jyrkkä 2014; Eloniemi- Sulkava & Savikko 2007- 2010; Suominen 2007, 14 - 31.)

Elimistön vesipitoisuus pienenee ikääntyessä. Lihasmassa pienenee ja rasvan osuus kokonaispainosta lisääntyy. Ikääntyneen elimistö on kuivempi, hitaampi ja rasvaisempi kuin keski-ikäisellä. Janon tunne myös usein heikentyy ikääntyessä ja nestehukka voi kehittyä nopeasti. Ikääntyneet kestävät nestehukkaa huonommin kuin nuoret tai keski-ikäiset, koska heidän elimistössään on vähemmän vettä kuin nuoremmilla. Riittävä päivittäinen nesteiden saanti on perustarve, joka kuuluu hyvään ravitsemukseen. Kuivumistilan oireita ikääntyneillä ovat väsymys, muistin heikkeneminen, sekavuus ja kaatumiset. Monet lääkeaineet poistavat nestettä elimistöstä ja lisäävät kuivumisen vaaraa. Ikääntyneiden veden tarve normaalioloissa on 30 millilitraa painokiloa kohti vuorokaudessa. Tämän mukaan 50 kg painavan henkilön veden tarve on noin 1,5l ja 60kg painavan lähes 2 litraa vuorokaudessa. Hyviä nesteiden lähteitä ovat vesi, maito, piimä, viili, jogurtti, kivennäisvedet ja mehut. Kasvikset, hedelmät ja marjat sisältävät myös runsaasti vettä. (Kivelä 2012, 36 - 37.)



#### 4 Geriatria ja gerontologinen hoitotyö

Sairaanhoitajat tarvitsevat tulevaisuudessa entistäkin enemmän geriatriasta osaamista pystyäkseen toteuttamaan laadukasta hoitotyötä väestön ikääntyessä. Geriatria on ikääntyneiden hoidon lääketieteellinen erikoisala. Geriatrian perinteet maailmalla ulottuvat aina 1930-luvulle saakka. Suomessa kiinnostus geriatriaan on herännyt vasta väestön vanhenemisen myötä. Ikääntyneiden osuus väestöstä nousee tällä hetkellä Suomessa nopeammin, kuin muissa Euroopan maissa. Tutkimuksen ja tutkimukseen perustuvan tiedon avulla geriatria pyrkii vastaamaan lääketieteeseen, iäkkäiden hoidon, kuntoutuksen ja hoivan haasteisiin. Geriatrian ydinosaamista on ymmärtää ikääntymisen aiheuttamien muutosten merkitys, tunnistaa sairaudet, hoitaa ja kuntouttaa kokonaisvaltaisesti sekä hallita ja järjestää iäkkäiden tarvitsemat palvelut. Sairauksien tunnistamista hankaloittaa se, että iäkkäillä sairauden oirekuva ja ilmenemistapa voivat olla erilaiset, kuin nuoremmilla. Geriatriasta osaamista jota tarvitaan hyvän ja laadukkaan hoidon toteuttamiseen, ovat vanhenemismuutoksien ja sairauksien oirekuvan erilaisuuden ymmärtäminen sekä hoidon ja kuntoutuksen laaja - alaisuuden ja ikääntyneen elämän kokonaisuuden mieltäminen sosiaalisine viitekehyksineen. Geriatriassa hoidon kohteena on koko ihminen fyysisine ja psyykkisine vaivoineen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 12 - 13; Voutilainen & Tiikkainen 2009, 15 - 16.)

Tutkimusperinteeltään geriatria liittyy lääketieteen lisäksi laajaan ja monitieteiseen gerontologian eli vanhenemisen tutkimuksen tiedeperheeseen. Tästä johtuen geriatria kutsutaan myös kliiniseksi gerontologiaksi. Gerontologia itsessään tutkii, millaisia seurauksia vanhenemisella on yksilöihin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Gerontologisella hoitotyöllä tarkoitetaan ikääntyneen ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn saavuttamiseen pyrkivää hoitotyön erityisalaa. Gerontologinen hoitotyö omana hoitotyön erityisalana on vielä ehkä hieman vieras käsite hoitoalallakin työskenteleville henkilöille ja usein kuulee puhuttavan vain vanhustyöstä. Gerontologisen hoitotyön haastavuuden ja monipuolisuuden tunnetuksi tekeminen ja vetovoimaisuuden lisääminen vaatii vielä työtä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 12 - 13; Voutilainen & Tiikkainen 2009, 15 - 16.)

##### 4.1 Testit ja mittarit arvioinnin apuvälineinä

Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittauksia, mittareita, kyselyitä sekä havainnointia. Sairaanhoitajan tulee osata käyttää työyksikössä käytössä olevia erilaisia mittareita sekä tietysti havainnointia, mikä on erityisen tärkeää ikääntyneiden parissa työskennellessä. Ravitsemustilan arvioinnissa yksinkertaisimpia menetelmiä ovat painon ja pituuden mittaaminen. Paino tulisi mitata kerran kuukaudessa, jolloin huomataan nopeasti painossa tapahtuvat muutokset. Iäkkään tahaton laihtuminen on aina hälytysmerkki. Ravitsemustilan tarkassa arvioinnissa voidaan käyttää MNA - mittaria (mini nutritional assesment), tai sen ly-

hyenpää MNA-SF (shortform) - seulontaosiota. Edellisiä suppeampi ravitsemustilan mittari on MUST (Malnutrition universal screening tool). (Hartikainen & Lönnroos 2008, 24.)

Kivun selvittämisen avuksi on olemassa erilaisia kipua mittareita. Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalianalogiasteikko eli VAS. Se on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasemmassa päässä on 0, "ei kipua" ja oikeassa 10, "pahin mahdollinen kipu". Potilas merkitsee janaan kohdan, joka vastaa hänen sen hetkisen kipunsa voimakkuutta näiden kahden ääripään välillä. Kipujanana asemesta voidaan käyttää kipukiilaa, jonka kanta on 10 cm tai 50 cm. Kiila on väriltään punainen. Kiilaan tai janaan voidaan liittää liikuteltava pystysuora viiva, jota potilas siirtää arvioimaansa kohtaan. Numeroasteikko on sijoitettu kiilan taakse. Sanallinen kipuasteikko 0 ei kipua, 1 lievä kipu, 2 kohtalainen kipu, 3 voimakas kipu ja 4 sietämätön kipu. Ammatillista osaamista on myös osata valita kunkin potilaan kohdalla juuri hänelle sopiva mittari. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 24 - 25.)

Rai- järjestelmän mittareilla voidaan mitata neljää osa-aluetta, jotka ovat arjesta suoriutuminen, psyykinen ja kognitiivinen vointi, sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi, terveydentila, ravitsemus ja kipu. Kaikki mittarit kuvaavat palvelujärjestelmän asiakkaiden tarpeita ja asiakasrakennetta. Ne soveltuvat palvelutarpeen arviointiin ja erityisen muutosherkät mittarit kannattaa valita seurantaan ja karkeammat kuntasuunnitteluun, organisaatioiden vertailuun ja kehittämiseen. (Finne- Soveri 2014.) RAVA mittari on Suomen Kuntaliiton omistama ja FCG Finnish Consulting Group Oy:n lisensoima ikäihmisten (65-vuotiaat ja vanhemmat) toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke. Arvioinnin tukena käytetään ns. MMSE- testiä ja GDS-15 seulaa. RAVA™ -mittarin saa käyttöön hankkimalla lisenssin ja kouluttamalla arvioinnin tekijät mittarin oikeaan käyttöön. Mittarin avulla asiakkaalle lasketaan ns. RAVA- indeksi ja RAVA- luokka, joita voidaan käyttää viitteellisinä arvoina, kun arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollista avuntarvetta. (Sokka 2009.)

Älyllisen toiminnan määrittämisessä käytettäviä seulontatestejä ovat muun muassa MMSE (Mini mental state examination) ja CERAD (Consortium to establish a registry for Alzheimer`s disease.) MMSE:tä voidaan käyttää sekä seulontaan että älyllisen toimintakyvyn muutoksen arviointiin. MMSE:n tekemiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. MMSE:n tehtävät heijastavat seuraavia älyllisen toimintakyvyn osa-alueita: orientaatio, mieleen painaminen ja palauttaminen, tarkkaavaisuus, keskittymiskyky ja laskeminen. Kielellisiä taitoja kuvaavia tehtäviä ovat nimeäminen, toistaminen, kolmivaiheisen komennon noudattaminen, lukeminen ja kirjoittaminen. Kuvion kopiointi heijastaa hahmottamiskykyä.

CERAD:n tehtäväsarjaan kuuluvat tehtävät arvioivat sekä välitöntä että viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista ja toiminnan ohjausta ja sujuvuutta. Tehtäväsarja ottaa huomi-

oon ne keskeiset älyllisen suoriutumisen osa-alueet, jotka muistisairauden alkuvaiheessa heikenevät. CERAD:n tekemiseen menee aikaa noin 45 minuutista tuntiin.

Testejä voi tehdä kyseisen testin tekoon koulutuksen saanut hoitaja. Lääkärin tehtävä on tehdä johtopäätökset ja antaa lausunnot tutkimustuloksista. Masennuksen selvittämisessä käytössä olevia testejä on useita, esimerkiksi potilaan haastatteluun perustuva GDS (Geriatric depression scale) seulontatesti ja läheisen haastatteluun perustuva Cornellin testi, joka soveltuu muistihäiriöpotilaan mielentilan epäsuoraan arviointiin. CAM (Confusion assesment method) on iäkkään äkillisen sekavuustilan tunnistamiseen kehitetty mittari, joka perustuu potilaan oireiden havainnointiin. Arvioinnit tulisi aina tehdä rauhallisessa ympäristössä ja potilaalle tulee kertoa, miksi testejä tehdään. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 24 - 26.)

#### 4.2 Muistisairaudet

Suomen väestön ikääntyessä muistisairaiden lukumäärä ja heidän osuutensa väestössä kasvaa voimakkaasti, minkä vuoksi sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu tärkeänä osa-alueena muistisairaiden hoidon kokonaisvaltainen osaaminen. Dementia tarkoittaa elimellistä syytä, tavallisimmin aivoja vaurioittavasta sairaudesta tai vammasta johtuvaa laaja-alaista henkisen toimintojen heikentymistä. Dementiasta puhuttaessa tulisi muistaa, että dementia on oireyhtymä eikä erillinen sairaus. Dementia-oireyhtymään liittyy muistihäiriöiden lisäksi yksi tai useampi seuraavista: kielellinen häiriö, esimerkiksi oikeiden sanojen muistamisen, ymmärtämisen tai löytämisen vaikeus, kädentaitojen heikkeneminen, kasvojen tai esineiden tunnistamisen vaikeutuminen ja monimutkaisten älyllisten toimintojen heikkeneminen, esimerkiksi ohjeiden mukaan toimiminen tai vieraassa paikassa suunnistaminen. Dementiaoireiston syynä voi olla etenevä sairaus esimerkiksi Alzheimerin tauti, pysyvä jälkitila esimerkiksi aivovamma tai hoidolla parannettavissa oleva sairaus, esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminto. Dementiaoireisto voi siis olla pysähtynyt, parannettavissa oleva tai etenevä aiheuttajasta riippuen. Yleisimmin dementian aiheuttajana on etenevä muistisairaus. (Härmä 2015; Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder 2014, 46; Hartikainen & Lönnroos 2008, 82; Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 28 - 30.)

Etenevät muistisairaudet ovat aivoja rappeuttavia, toimintakykyä laaja-alaisesti heikentäviä sairauksia, joita esiintyy eniten iäkkäillä ihmisillä. Muistisairauksien tutkimusta tehdään ympäri maailmaa. Parantavaa tai sairauden kulun pysäyttävää lääkettä ei näillä näkymin ole odotettavissa, joten tutkimuksella pyritään sairauksien parempaan ymmärrykseen ja sitä kautta mm. varhaisempaan diagnosoimiseen. Yleisimmät dementiaoireita aiheuttavat etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (n. 60 - 70 %), verisuoniperäinen muistisairaus (n. 15 - 20 %), Lewyn kappale-tauti ja otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus, aivoverenkiertosairaudet (AVH: isojen suonten tauti, pienten suonten tauti ja kognitiivisesti kriittiset infarktitt), AT + AVH ja myös Parkinsonin tauti voidaan laskea eteneviin muistisairauksiin

sen aiheuttamien tiedonkäsittelyvaikeuksien vuoksi. Iäkkäillä ihmisillä verenkiertohäiriöiden ja Alzheimerin taudin yhdistelmä on myös varsin yleinen dementiaoireiden aiheuttaja. (Härmä 2015; Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2010; Suontaka-Jamalainen 2011, 3 - 4.)

Muistisairaudet ovat kansantaloudellisesti merkittäviä. Suomessa on tällä hetkellä lähes 130 000 muistisairaasta ihmistä, 85 000 vähintään keskivaikeassa muistisairauden vaiheessa olevaa, 13 000 uutta sairastunutta vuosittain ja 36 ihmistä sairastuu päivittäin. Muistisairauksien hoidon kokonaiskustannukset yhteiskunnallisesti ovat tällä hetkellä lähes miljardi euroa eli noin 10 000 euroa / sairastunut. (Härmä 2015.)

#### 4.3 Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet

Sairaanhoitaja tulee uransa aikana tapaamaan suurella todennäköisyydellä käytösoireilla oireileviin muistisairaisiin ihmisiin, vaikkei työskentelisikään suoranaisesti ikääntyneiden parissa. Heitä hoidetaan myös päivystyksissä, erikoissairaanhoidon eri osastoilla sekä psykiatrisissa yksiköissä. Siitä syystä onkin tärkeää ymmärtää ja tunnistaa erilaisia käytösoireita ja niiden syitä. Käytösoireilla tarkoitetaan muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne elämässä (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD). Näitä oireita ovat muun muassa aggressio, ahdistuneisuus, apatia, depressio, harhaluulot, itsensä vahingoittaminen, kuljeskelu, poikkeava motorinen käytös ja karkailu, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuutuminen, tavaroiden keräily ja kätkeminen ja ärtyneisyys. Käytösoire voi olla ensimmäinen oire alkavasta muistisairaudesta. Henkilön peruspersoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin, muu terveydentila ja lääkitys haittavaikutuksineen, fyysinen ympäristö ja muistisairauteen liittyvät neurobiologiset tekijät vaikuttavat käytösoireiden kehittymiseen. (Muistisairaudet: Käypä hoito- suositus 2010; Erkinjuntti ym. 2010, 92; Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 159 - 161; Suontaka- Jamalainen 2011, 5 - 7.)

Masennus on tavallisimpia käytösoireita. On arvioitu, että muistisairauden alkuvaiheessa noin 50 % - 80 % esiintyy masennusta. Masennuksen luotettava arviointi on usein vaikeaa jo keskivaikean dementian vaiheessa. Masennustilan ja muistisairauden erottaminen toisistaan saattaa olla vaikeaa. Näiden sairauksien esiintyminen yhtä aikaa voi hankaloittaa oireita. Iäkkään masennus voi poiketa joiltain osin nuorempien masennuksesta. Ikääntyneillä tavallisia masennuksen oireita ovat somaattisten oireiden valittaminen, ruokahaluttomuus ja painon lasku, psykomotorinen estyneisyys tai kiihtyneisyys, rangaistus- ja köyhyysarhaluulot sekä itsetuhoisuus. Masennukseen hoitoon voidaan käyttää lääkkeitä, psykososiaalisia hoitomuotoja sekä aivojen sähköhoitoa. (Muistisairaudet: Käypä hoito- suositus 2010; Erkinjuntti ym. 2010, 92; Tilvis ym. 2010, 159 - 161. )

Estyneisyys voi ilmetä liikkumisen ja toimintojen hidastumisena sekä kiihtyneisyys agitoituneena levottomuutena. Vaikeasti masentuneet ikääntyneet potilaat menettävät nopeasti fyysisen ja sosiaalisen toimintakykynsä. Ikääntyneen masennustilaan voi liittyä kognitiivisia häiriöitä eli häiriöitä tiedonkäsittelyssä, ajattelussa ja muistin toiminnan häiriöitä ilman varsinaista dementoivaa sairautta. Somaattiseen terveydentilaan liittyvillä tekijöillä ja erilaisilla menetyksillä on todettu olevan keskeinen merkitys ikääntyneen masennuksen taustalla. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 132 - 138; Tilvis ym.2010, 159.)

Apatia on yleinen, mutta huonosti tunnettu ja mielletty muistipotilaiden käytösoire. Sillä tarkoitetaan tunne- elämänlatistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation sekä mielenkiinnon menettämistä. Apatiapotilaiden olemusta leimaa syvä passiivisuus ja aloittekyvyttömyys sekä psykomotorinen hidastuminen. Levottomuus eli agitaatio on epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänenkäyttöön liittyvää käyttäytymistä. Sen taustalla on usein jokin potilaan kannalta mielekäs syy, kuten kipu, huono olo, suru tai masennus, jota hoitajien on vaikea tunnistaa ja jota potilas ei pysty kielellisesti ilmaisemaan. Levottomuusoireet voivat olla pitkäkestoisia ja saattavat vaatia vuosia kestäviä lääkkeitä. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2010; Erkinjuntti ym. 2010, 92 - 94; Tilvis ym. 2010, 159 - 161. )

Katastrofiefekti on äkillinen levottomuusoireisto, tavallisesti itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtaus, jollaisen valtaan muistipotilas voi joutua kohdatessaan kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen. Ympäristöstä tulevat ärsykkeet saattavat tuntua vierailta, turhauttavilta ja pelottavilta. Tällaisia kohtauksia esiintyy muistipotilailla tavallisimmin erilaisissa arkisissa tilanteissa, esimerkiksi pukemisessa ja peseytymisessä avustettaessa. Aggressiivinen käyttäytyminen lisääntyy muistisairauden edetessä. Aggressiivisen käyttäytymisen riskitekijöihin kuuluvat masennus, harhaluulot, miessukupuoli ja varhainen muistisairauden alkamisikä. (Erkinjuntti ym. 2010, 93 - 94.)

Ahdistuneisuusoireiden vallitsevuus muistipotilailla on neljä kertaa suurempaa kuin samanikäisillä ei muistisairailta potilailla. Tavallisimmin esiintyy yleistynyttä ahdistuneisuutta, joka ei liity mihinkään erityisiin tilanteisiin ja johon liittyy jatkuva levoton, huolestunut, jännittynyt tai kireä olo. Psykoottisista oireista näkö ja kuuloharhat sekä harhaluulot ovat tavallisia muistipotilailla. Näitä psykoottisia oireita on keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavilla potilailla, mutta ei enää esimerkiksi Alzheimerin taudin loppuvaiheessa, koska vaikeasti rappeutuneet aivot eivät kykene tuottamaan psykoottisia oireita. Muistipotilaiden harhaluulot ovat usein tavaroiden varastamiseen tai puolison uskottomuuteen liittyviä ajatuksia. Väärintunnistamisesta (misidentifikaatiosta) kärsivä muistipotilas saattaa kuvitella peilissä näkyvän hahmon todelliseksi ihmiseksi. Hän saattaa kuvitella, että tutut henkilöt ovat vaihtuneet toiseksi (Capgras´n oireyhtymä). Muistisairauden ennusteen kannalta psykoottisten oireiden il-

maantuminen on usein huono merkki, joka viittaa sairauden nopeaan etenemiseen. (Erkinjuntti ym. 2010, 94.)

Muistisairauden edetessä potilaiden persoonallisuuden jotkin piirteet esimerkiksi saituus, mustasukkaisuus tai pelokkuus saattaa korostua tai voi ilmaantua aivan uusia piirteitä esimerkiksi pahansuinen voi muuttua kiltiksi tai päinvastoin. Aivojen frontaalisten rakenteiden ja säätelymekanismien vaurion seurauksena potilaiden impulssikontrolli toisinaan heikentyy. Tyypillisin tutkimuksissa esiin tullut muutos unikäyttäytymisessä on muistipotilaiden lisääntynyt vuoteessa vietetty kokonaisaika. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaat nukkuvat paljon myös päiväsaikaan, jolloin yönen suhteellinen määrä jää pieneksi ja myös unen laatu muuttuu. Unessa vietetyn ajan pitenemistä eli hypersomniaa on myös joillakin potilailla varsinkin, jos muistisairauteen liittyy apaattisuutta ja psykomotorista hidastumista. Muistipotilaiden käytösoireet ovat vaikeimmillaan tai lisääntyvät usein alkuyöstä tai pimeään vuorokaudenaikaan. Tätä kutsutaan auringonlaskuilmäksi. (Erkinjuntti ym. 2010, 94 - 95; Eloniemi-Sulkava & Savikko 2007 - 2010.)

Käytösoireiden hoidossa oireiden syyn selvittäminen, laukaisevien tekijöiden poistaminen ja lääkkeetön hoito ovat ensisijaisia. Oikein valitulla lääkehoidolla voidaan kuitenkin tarvittaessa tukea lääkkeetöntä hoitoa. Pelkkä lääkehoito harvoin yksin riittää yritettäessä vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen tai psykologisiin oireisiin. Henkilökunnan analyysi- ja oivalluskyky sekä yhteinen sitoutuminen mahdollistavat potilaan käytösoireen taustalla oleviin psykologisiin tarpeisiin vastaamiseen. Hyvin usein käytösoireen taustalla on turvattomuuden tunne. Turvallisuuden kokemusta voidaan rakentaa lyhyillä, säännöllisesti toistuvilla ja riittävän tiheillä kontakteilla, jotka sisältävät rauhoittavan ja läsnäolosta kertovan viestin. Samansisältöiset viestit jäävät kokemusten muistiin, vaikka yksittäisiä kontakteja ei muistaisikaan. Tulisi aina muistaa, että dementoiva sairaus ei vie pois ihmisen autonomiaa, vaikka sen kunnioittaminen vaikeutuukin. Autonomian kunnioittamista on se, että muistisairaahan sanalliset ja sanattomat viestit otetaan huomioon ja hänen reiviiriään kunnioitetaan. Kanssakäymisen tulisi olla hienotunteista, ja muistisairas pyritään ottamaan mukaan päätöksentekoon. Onnistumisien ja mielihyvän kokemusten ruokkiminen muistisairaiden ihmisten hoitotyössä on eräs keino ehkäistä käytösoireiden syntymistä. (Erkinjuntti ym. 2010, 94 - 95; Hartikainen & Lönnroos 2008, 124 - 126; Eloniemi- Sulkava & Savikko 2007- 2010. )

Englannissa on toteutettu vuosina 2000 - 2003 laaja hanke, jossa videoitiin hoitajan ja muistisairaahan henkilön vuorovaikutusta erilaisissa ympäristöissä. Tutkimuksessa huomio oli hoitajan sanallisen ilmaisen määrässä ja laadussa. Hoitotilanteissa oli paljon pelkkää olemista ja hiljaisuutta. Hoitaja oli yleensä aktiivisessa roolissa ja muistisairas passiivisessa roolissa. Hoitaja ja asukas eivät keskustelleet luonnollisesti toisilleen vaan keskustelut noudattivat selkeää kaavaa, ylös, pesulle, pukeutumaan, syömään ja takaisin sänkyyn. Näissä tehtäväkeskeisissä toi-

missa hoitaja ja asukas pysyvät tiukasti rooleissaan eikä spontaania keskustelua juurikaan päässyt syntymään. Tehtäväkeskeiselle toimitavalle onkin tyypillistä, että 70 % hoitajan viestinnästä liittyy erilaisten hoitotehtävien suorittamiseen. Hoitajan huomio on tehtävän suorittamisessa eikä hän kysy muistisairaahan henkilön mielipidettä asiaan eikä odota hänen edes vastaavan. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013, 314 - 317.)

Ihmislähtöisessä hoivassa sen sijaan huomioidaan muistisairaahan oma persoonallisuus, elämänhistoria ja yksilöllinen tapa sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen. Monissa tutkimuksissa on todettu, että ihmislähtöisesti toteutettu hoito parantaa muistisairaahan ihmisen elämänlaatua ja hyvinvointia, vahvistaa hänen ja lähi-ihmistensä vuorovaikutusta sekä lisää muistisairaahan ihmisen kokemusta siitä, että hän on sairaudestaan huolimatta yhä tärkeä ja arvokas ihminen. (Haapala ym. 2013, 314 - 317.)

Etenevässä muistisairaudessa kyky kommunikoida sanallisesti ja kyky ymmärtää ympäristön sanallisia viestejä häviävät pikkuhiljaa, mutta tarve itsensä ilmaisuun ja halu olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa eivät katoa. On todettu, että kielelliskognitiiviset häiriöt lisäävät selvästi muistisairaahan ihmisen käytösoireilua. Sairaanhoidajien vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä kaikessa hoitotyössä, mutta korostuvat erityisesti muistisairaiden henkilöiden hoitamisessa. Tutkimuksissa on todettu, että käytösoireiden määrä kasvaa, mikäli hoitohenkilökunnalla on puutteelliset vuorovaikutustaidot ja tehtäväkeskeinen hoitotapa. Vastaavasti käytösoireet vähenevät sellaisessa hoitopaikassa, jossa henkilökunta toteuttaa ihmiskeskeistä hoitotapaa ja omaa hyvät vuorovaikutustaidot. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 124 -126; Haapala ym. 2013, 315 - 317.)

#### 4.4 Parannettavissa olevat muistisairaudet

Sairaanhoidajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu myös erilaisten oireiden ja muutosten huomaaminen asukkaina olevien henkilöiden voinnissa. Palveluasumisen yksiköissä hoitajien huomioida asukkaiden terveydentilan muutoksissa ovat tärkeitä, koska lääkärit käyvät kyseisissä yksiköissä harvakseltaan ja silloinkaan he eivät tunne asukkaita eivätkä automaattisesti perehdy kaikkien asukkaiden terveyden tilaan. Sairaanhoidajan on tärkeää tietää, että on olemassa myös parannettavissa olevia dementiaoireita aiheuttavia tekijöitä. Näitä ovat B12-vitamiinin puutos, hypotyreoosi, normaalipaineinen hydrokefalia sekä kallonsisäinen meningeooma. B12-vitamiinin puutos voi aiheuttaa Alzheimer-tyyppisen taudinkuvan. Erityisesti pitkään kestätyään oireet kuitenkin korjaantuvat huonosti, joten varhainen diagnostiikka on erityisen tärkeää. Seerumin B12-vitamiinin mataluus ei aina aiheuta anemiaa ja verenkuvamuutoksia. B12-vitamiinia saa eläinperäisestä ravinnosta, minkä vuoksi yksipuolista kasvispainotteista ravintoa käyttävät voivat kärsiä sen puutteesta. Ikääntyneillä B12-vitamiinin imeytymisen häiriö on yleensä syynä sen puutteeseen. B 12-vitamiinin puutos korjataan vita-

miinivalmisteilla yleensä pistoksina, koska silloin voidaan olla varmoja vitamiinin pääsystä elimistöön. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 97.)

Normaalipaineisen hydrogefalian (NPH) oireisiin kuuluvat kognitiivisen eli muistin ja ajatus-toiminnan heikkeneminen, kävelyhäiriö, tasapainon häiriöt sekä virtsainkontinenssi eli virtsanpidätyskyvyttömyys, kaikki oireet eivät välttämättä esiinny yhtä aikaa ja oireet voivat olla lieviä. Sairaus johtuu aivoselkäydinnesteen imeytymisen vähentymisestä aivokammioissa. Alttavia tekijöitä ovat subaraknoidaalivuoto eli lukinkalvonalainen vuoto ja aivovammat. Diagnoosi varmentuu yleensä aivojen kuvantamisen yhteydessä nähtävän aivokammioiden laajentumisen perusteella. Neurokirurgian klinikalla mitataan aivopaineet sekä arvioidaan sunttileikkauksen tarpeellisuutta. Suntti on letku, jonka avulla ylimääräinen aivo-selkäydinneste johdetaan aivokammioista vatsakalvononteloon. Noin puolella potilaista oireet helpottuvat suntin asentamisen jälkeen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 97.)

Meningeooma on aivokalvoista lähtöisin oleva hyvänlaatuinen kasvain. Erityisesti otsalohkossa sijaitseva aivokasvain voi aiheuttaa oireita, jotka muistuttavat Alzheimerin tautia. Siten pään kuvantaminen on tärkeää, vaikka potilaalla kliinisesti olisikin tyypillinen Alzheimerin tauti. Oireet korjaantuvat kasvaimen poistolla yleensä suhteellisen hyvin, kun dementiaoireet ovat lieviä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 97.)

## 5 Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee toteuttaessaan laadukasta hoitotyötä ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tavoitteena oli, että työyhteisö pystyy osaamiskartoituksen pohjalta tarkastamaan sairaanhoitajan toimenkuvaa ja mahdollista täydennyskoulutuksen tarvetta. Tässä työssä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin sisällönanalysillä. Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroja. Haastattelun tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on saada monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, kulttuuriin ja yhteisöön, josta se on hankittu. Osallistujiksi valitaan ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tavoitteena on osallistujien näkökulman ymmärtäminen. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttaa, millaista tietoa tavoitellaan ja mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite. (Kylmä & Juvakka 2007, 26 - 31, 79; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65 - 68.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on vakiinnuttanut asemaansa hoitotieteessä erityisesti 1980-luvulta alkaen. Kvalitatiivista tutkimusta on kuitenkin tehty jo 1800-luvulta alkaen.



Kvalitatiivinen tutkimus pitää sisällään laajan kirjon erilaisia lähestymistapoja, jotka ovat myös monin tavoin päällekkäisiä. Kokonaisuutena kvalitatiivinen tutkimus on nykyisellään laajalle hajautunutta ja sen hallinta on vaativaa. Siinä korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten ja motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. Kvalitatiivinen tutkimus liittyy uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 65 - 74.)

## 5.1 Aineiston keruu

Kyseisessä yksikössä on kolme tehostetun palveluasumisenosastoa, yksi intervalliosasto ja neljä hoiva-osastoa. Aineisto kerättiin haastattelemalla yksikön sairaanhoitajia. Haastateltavia sairaanhoitajia oli viisi ja heistä neljä oli työskennellyt hoivaosastolla sekä tehostetun palveluasumisen osastolla, ja sen lisäksi kaksi heistä oli työskennellyt myös lyhytaikaista hoitoa tarjoavalla intervalliosastolla. Haastateltavat valittiin sen mukaisesti, että he olisivat työskennelleet jossain vaiheessa tehostetun palveluasumisenosastolla ja mielellään myös hoivaosastolla. Haastattelut toteutettiin joulukuun 2014 aikana. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka on puolistrukturoitu haastattelu. Kysymysten muoto on kaikille sama, mutta kysymysten järjestys voi vaihdella. Vastauksia ei ole sidottu valmiisiin vaihtoehtoihin, vaan haastateltavat vastaavat kysymyksiin omin sanoin. Puolistrukturoidulle haastattelulle ominaista on, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia.

Teemahaastattelussa on olennaisinta se, että haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Pääteemana oli sairaanhoitajan tarvitsema osaaminen. Osaaminen oli jaettu viiteen alateemaan, joita ovat ikääntyneiden hoitoon liittyvä henkilökohtainen ammatillinen osaaminen, ikääntyneiden hoitotyö ja hyvä hoito, ikääntyneiden kivunhoito ja ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteiden huomiointi, ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvä osaaminen sekä muistisairauksiin liittyvä osaaminen. Teemahaastattelu voidaan tehdä yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Tässä työssä päädyttiin yksilöhaastatteluihin, jotta jokainen saisi kertoa oman näkemyksensä toisten kuulematta. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä sekä merkitysten syntymistä vuorovaikutuksessa. Siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimustehtävän mukaisesti. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 47 - 48; Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.)

Jokaiseen yksilöhaastatteluun oli varattu aikaa noin tunti. Kaikille haastateltaville kerrottiin aluksi opinnäytetyön tarkoituksesta ja aiheesta sekä kerrottiin myös, että kaikki vastaukset käsitellään nimettömänä ja haastattelunauhat kuuntelee vain opinnäytetyöntekijä. Haastateltuja varten oli tehty haastattelurunko, joka ohjasi keskustelua. Osastonhoitajalle oli lähetetty aikaisemmin kysymykset tarkistettavaksi ja hän hyväksyi ne ja laittoi kysymykset vastaajille sähköpostitse luettaviksi. Vastaajille lähetettiin kysymykset etukäteen, jotta heillä olisi mah-

dollisuus tutustua niihin ennen varsinaista haastattelua. Haastattelut tallennettiin nauhuriin ja kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin.

## 5.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysi on otettu käyttöön 1950-luvulla sosiaalitieteissä. Sisällönanalyysissä olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sisällönanalyysissa kuvataan dokumenttien kuten haastatteluiden sisältöä sanallisesti. Sen avulla voidaan analysoida ja kuvata erilaisia aineistoja. Yleensä kvalitatiivinen aineisto analysoidaan keräämisen yhteydessä. Useimmiten aineiston analyysi aloitetaan kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaali tekstiksi eli litteroimalla. Haastattelunauhat kirjoitetaan yleensä auki sanasta sanaan. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21 - 35; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103 - 114; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163 - 169.)

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, ja aineistonanalyysin on tarkoitus luoda sanallinen selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää tietoa sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on ollut käytössä sosiaalitieteiden lisäksi ainakin psykologiassa, liiketaloudessa ja hoitotieteessä. Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Aineistolähtöisen eli induktiivisen aineiston analyysin kolme vaihetta ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Teorialähtöisen eli deduktiivisen aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, esimerkiksi teemaan tai käsittekarttaan. Ensimmäinen vaihe siinä on analyysirungon muodostaminen. Tässä työssä käytettiin deduktiivista eli teorialähtöistä aineiston analyysiä. Litteroinnin jälkeen aineisto luokiteltiin viiteen alateemaan teoriaosuuden mukaisesti. Saatuja vastauksia liitettiin työn tuloksiin suorina lainauksina. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21 - 35; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103 - 114; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163 - 169.)

## 5.3 Luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole yhtä selkeitä kriteereitä kuin kvantitatiivisen. Arviointi kohdistuu kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen vaan aineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva

ilmiö esiintyy. Yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat esittäneet Cuba ja Lindcoln 1981 ja 1985. Edelleen käytössä on heidän esittämiään luotettavuuden arvioinnin kriteerejä. Kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus eli credibility edellyttää, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty. Siirrettävyys eli transferability taas viittaa siihen, miten hyvin tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin toiseen tutkimusympäristöön eli kontekstiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197 - 221; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215 - 216.)

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus. Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen. Tutkimukseen osallistujan on täysin tiedettävä, mikä on tutkimuksen luonne. Tutkimukseen osallistuvan on mahdollista keskeyttää haastattelu missä vaiheessa vain, jos hänestä siltä tuntuu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197 - 221; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215 - 216.)

## 6 Haastattelujen tulokset

Haastatteluissa kartoitettiin aluksi haastateltavan ikä, työkokemusta ja työhistoriaa. Kaikille sairaanhoitajille oli kertynyt kokemusta ikääntyneiden hoidosta jo usean vuoden ajalta sekä yhdelle vastaajista noin 30 vuoden kokemus erikoissairaanhoidon eri erityisaloilta. Iältään haastateltavat olivat 40 - 52 vuotta. Haastateltavien työkokemus sairaanhoitajana vaihteli neljästä vuodesta noin kolmeenkymmeneen vuoteen. Osalla sairaanhoitajista oli aikaisempi tutkinto hoitoalalta ja työkokemusta hoitoalalta sen myötä vieläkin pidempään. Haastattelut etenivät pääteeman ja viiden alateeman mukaisesti. Pääteema oli sairaanhoitajan tarvitsema osaaminen ikääntyneiden parissa työskenneltäessä. Alateemoja olivat ikääntyneiden hoitoon liittyvä henkilökohtainen ammatillinen osaaminen, ikääntyneiden hoitotyö ja hyvä hoito, ikääntyneiden kivunhoito sekä ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteiden osaaminen, ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvä osaaminen sekä muistisairauksiin liittyvä osaaminen. Haastattelujen perusteella ikääntyneiden kanssa työskentely vaatii monipuolista hoitotyön osaamista. Teemoissa esitellään sairaanhoitajien henkilökohtaisia kokemuksia.

### 6.1 Ikääntyneiden hoitoon liittyvä henkilökohtainen ammatillinen osaaminen

Kaikki haastateltavat kokivat tarvitsevansa laajaa hoitotyönammattillista osaamista. Aukkaat ovat entistä huonompikuntoisia ja monisairaampia mikä aiheuttaa haastetta. Tietoteknisten ohjelmien hallintaa myös tarvitaan. Kaikki haastateltavat arvioivat oman hoitotyön osaamisensa hyväksi ja ikääntyneiden hoitotyöhön painottuvaksi.

”Vähän kaikkea pitää osata.”

”Välillä pitää tietää eri ammattiryhmille kuuluvaa osaamista esimerkiksi lääkärin, labrahenkilön, osasto sihteerin ja laitosapulaisten esimiesten töistä...”

Osaston käytänteiden hallintaa, joka osastolla omat systeemit...”

”Akuutin hoidon/päivystystarpeen arviointia.”

Neljä viidestä vastaajasta arvioi tämänhetkisen työnsä erittäin haasteelliseksi. Haasteellisuuden syyksi enemmistö vastaajista nimesi monipuolisuuden ja kokonaisvaltaisuuden sekä lääke-ripalveluiden vajavaisuuden ja fyysisten lääkärin kiertojen puuttumisen. Kyseinen yksikkö on mukana kokeilussa, jossa fyysiset lääkärin kierrot on korvattu kerran viikossa web-kameran välityksellä käytävään lääkärin konsultaatioon. Haasteita kokeilussa on ollut muun muassa ongelmia sähköisten yhteyksien toiminnassa ja erilaisten lausuntojen saamisessa.

”Erittäin haasteellista, vaatimukset kovemmat kuin mitä voi antaa.”

”Tietotekniikan lisääntynyt käyttö ja fyysisten lääkärin kiertojen puuttuminen.”

”Kokonaisvaltaisuus ja yhteistyö omaisten kanssa on välillä erittäin haasteellista.”

Kaikki vastaajat ylläpitävät osaamistaan hakemalla ajantasaista ja tutkittua tietoa tarpeidensa mukaan ja osallistuvat työnantajan järjestämiin koulutuksiin. Lääkehoidon koulutuksen neljä viidestä vastaajasta toivoi säännöllisesti jatkuvaksi, kolme viidestä toivoi eri sairauksista ja hoitokäytännöistä lisäkoulutusta, myös atk-, haavanhoitokoulutusta, geriatria ja gerontologista koulutusta, esimieskoulutusta, saattohoitokoulutusta ja eri testien ja mittareiden käytön koulutusta pidettäisiin hyödyllisinä.

”Selvitän asiat sitä mukaan, kun ne tulevat eteen.”

”Käyn myös omalla kustannuksella kiinnostustani vastaavissa koulutuksissa ja messuilla, sekä luen sairaanhoitaja ja tehy lehteä.”

Hyvän tiimin vetäjän ominaisuuksista tärkeinä pidettiin tasapuolisuutta ja oikeudenmukaisuutta, ammatillisuutta, rakentavan palautteen antokykyä. Vastaajat kuvailivat itseään tiiminvetäjinä seuraavilla sanoilla: helposti lähestyttävä, luotettava, tasapuolinen, ammatillinen, vaihteleva riippuen eri tilanteista.

”Pitää olla kuuntelutaitoinen ja vähän niin kuin tuntosarvet herkillä.”

”Oikeudenmukainen ja tasapuolinen ei saa missään nimessä pitää suosikkeja.”

”Pitää olla tietoa asioista ja kannustava sekä rajaava tarvittaessa.”

”Itsekin uutta oppiva, rohkeus myöntää tietämättömyys ja kysyä ja kyseenalaistaa.”

”Ennalta arvattava ja joskus myös vaativa, vaadin toisilta saman kuin itseltäni.”

”Sellainen keskiverto, luotettava ja positiivinen.”

## 6.2 Ikääntyneiden hoitotyö ja hyvä hoito

Ikääntyneiden parissa tehtävää hoitotyötä kuvailtiin kokonaisvaltaiseksi, siinä yhdistyvät psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Hyvää ja yksilöllistä perushoitoa pidettiin kaikesta lähtökohdasta, ja moniammatillinen yhteistyö ja omaisten huomiointi ovat myös keskeisiä asioita. Ikääntyneen hyvä hoito määriteltiin kokonaisvaltaiseksi hyvinvoinniksi, jossa kaikki osa-alueet ovat kohdallaan, myös ravitsemus ja lääkehoito, virikkeellisyyttä unohtamatta. Ikääntyneiden palveluita koskevasta laatusuosituksista ja vanhuspäivätoimintalaitosten tiedettiin yleisesti pääpiirteet. Esiin nousi perhe- ja yhteisökeskeisyys, osallisuus ja ikääntyneen toimintakykyä tukevat menetelmät sekä ravitsemus, ulkoilu ja liikunta.

”Hyvä perushoito on kaiken a ja o, moni ammatillinen yhteistyö esim. fysioterapeuttien kanssa on tärkeää.”

”Itsemääräämisoikeutta ei tule unohtaa, liikaa tehdään vieläkin asioita hoitajien takia, esimerkiksi vaihdetaan yövaatteet väkisin, vaikka asukas ei sitä tahdo.”

”Hyvä hoito on laatua, sisältöä ja yksilöllisyyden kunnioittamista.”

”Asukas kokee itse vointinsa hyväksi, se on tärkeintä.”

”Osastonhoitajilta tulee pääpiirteittäin ohjeistukset mitä uusia toimintamalleja laki ja suositukset tuo työhön, viimeisimpänä omavalvonta suunnitelma.”

## 6.3 Ikääntyneiden kivunhoito sekä ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteiden osaaminen

Vastaajat olivat sitä mieltä, että ikääntyneiden lääkehoidossa kaikki korostuvat imeytyminen, yhteisvaikutukset ja haittavaikutukset sekä lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö. Lääkelistojen ajan tasalla oleminen on tärkeää ja lääkelistat on tarkistettava säännöllisesti. Kivun arviointia ja kivun hoitoa kaikki vastaajat pitivät erittäin tärkeänä osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Kivun arviointia tehdään joka vuorossa. Arviointia helpottaa, jos asukkaat ovat tuttuja jo ennestään. Arviointi tapahtuu kyselemällä ja havainnoimalla asukasta etenkin muistisairaiden kanssa, koska he eivät aina itse osaa kertoa kivusta. Yksi vastanneista käyttää VAS- kipumittaria arvioinnin apunaan. Kivunhoitoa vastaajat toteuttavat lääkärin tekemän lääkelistan mukaisesti omaa arviointi kykyä käyttäen. Ennakointia pidettiin myös tärkeänä, ettei kipua pääsisi ylittämään pahaksi. Vahvat opioidipohjaiset lääkelistaat ovat yleistyneet ikääntyneiden kivunhoidossa.

”Lääkelistojen ajantasaisuuden selvittäminen on välillä varsinaista salapoliisin työtä, kun asukkaat ovat käyneet erikoissairaanhoidossa ja lääkärin siellä tekemät muutokset lääkelistaan, eivät näy meidän järjestelmässä.”

”Lääkelistojen päivittäminen olisi tärkeää tehdä säännöllisesti ja karsia turhia lääkkeitä pois, kun monella menee iso määrä lääkkeitä jolloin yhteis- ja sivuvaikutukset korostuu..”

”Kipua ei pidä joutua kärsimään, kivuttomuuteen pyritään aina.”

”Lääkkeettömiä menetelmiä on myös käytössä jonkin verran ja fysioterapian hyödyntäminen joissain tilanteissa on koettu hyväksi.”

#### 6.4 Ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvä osaaminen

Vastaajat totesivat, että ravitsemussuosituksista ruokailuvälien pituuteen on kiinnitetty erityisesti huomiota kyseisessä yksikössä. Tarkoituksena on varmistaa, etteivät ruokailu välit venähdä liian pitkiksi. Hankaluutena koetaan, ettei yksilöllisiä ruokailuajankohtia voida siten noudattaa, vaan kaikki asukkaat saavat kaikki päivän ateriat samaan aikaan. Esimerkiksi aamupala ja iltapala tarjoillaan aina samaan kellon aikaan, eikä yksilöllistä vuorokausirytmää ole tässä huomioitu. Välipalaa on kyllä saatavilla tarvittaessa ympäri vuorokauden. Erillisiä proteiinilisiä käytetään harkinnan mukaisesti, esimerkiksi haavojen aikana, koska proteiinilisen on tutkitusti todistettu parantavan haavojen paranemista. Vuoden 2015 aikana yksikössä on tarkoitus toteuttaa ravitsemusseuranta kaikille asukkaille ja tällä hetkellä ravitsemustilan arvioinnissa käytetään apuna asukkaan punnitsemista säännöllisesti.

”Keittiöltä haetaan valmiit ruuat, kolmesti päivässä.”

”Yksilöllisen vuorokausirytmän kunnioittaminen ei onnistu, kaikki herätetään samaan aikaan aamupalalle ja osa asukkaista nukkuu jo iltapalan tarjoamisen aikaan, joten heidät joudutaan herättämään kesken unien syömään.”

#### 6.5 Muistisairauksiin liittyvä osaaminen

Muistisairaiden kanssa työskentelyssä haastateltavat pitivät tärkeänä hoitajan rauhallisuutta ja pitkäjänteisyyttä mutta myös luovuutta tarvitaan. Tieto kyseisestä sairaudesta auttaa myös ymmärtämään asukkaan käytöstä. Käyttöoireista kyseisessä yksikössä on ilmennyt: huutamista, itkemistä, levottomuutta, kuljeskelua ja tavaroiden siirtämistä, ahdistuneisuutta, harhaisuutta sekä hoitajiin kohdistuvaa aggressiivisuutta. Käyttöoireisiin vastaajat kertoivat reagoivansa rauhallisella asukkaan kohtaamisella, keskustelulla asukkaan kanssa, eikä asukasta jätetä yksin ahdistuksensa kanssa vaan tilanteeseen pyritään löytämään helpotusta ilman lääkkeitä ja vasta viimeisenä keinona käytetään mahdollisesti asukkaalla lääkelistalla tarvittaessa annettavissa lääkkeissä olevaa rauhoittavaa lääkettä.

”Jos asukas muuttuu yhtäkkiä toisenlaiseksi, pitäisi aina muistaa stiksata virtsa, virtsatietulehdus, kun aiheuttaa ikääntyneillä sekavuutta.”

”Rauhallisuus on tärkeintä, ei saisi hoputtaa muistisairasta, siitä he yleensä hermostuvat ja liian nopeasta omalle reviirille tulosta.”

”Rauhallinen startti päivään ei rävytetä kerralla kaikkia valoja päälle huoneeseen ja tarvittaessa tullaan hetken kuluttua uudestaan.”

## 7 Johtopäätökset ja pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee tehdesään laadukasta hoitotyötä ikääntyneiden parissa tehostetun palveluasumisenyksikössä. Haastattelussa edettiin teoriaosuudessa käytettyjen viiden alateeman mukaisesti ja alateemoja olivat ikääntyneiden hoitoon liittyvä henkilökohtainen ammatillinen osaaminen, ikääntyneiden hoitotyö ja hyvä hoito, ikääntyneiden kivunhoito sekä ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteiden osaaminen, ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvä osaaminen sekä muistisairauksiin liittyvä osaaminen. Tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitaja tarvitsee laajaa, monipuolista ja kokonaisvaltaista hoitotyön osaamista, johon kuuluu sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö, erilaisten sairauksien tunteminen ja niiden hoitokäytäntöjen tunteminen mm. käypähoitosuosituksen. (Lauri 2007, 101 -107; Lauri 2003, 97.) Sairanhoitaja tarvitsee tietoa ikääntymisen mukanaan tuomista vaikutuksista, vanhenemismuutoksien ja sairauksien oirekuvan erilaisuudesta sekä hoidon ja kuntoutuksen laaja- alaisuudesta ja ikääntyneen elämän kokonaisuuden ymmärtämisestä, lääkehoidon osaamista ja erityisesti ikääntymisen vaikutuksista lääkehoidon toteuttamiseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 12 - 13; Voutilainen & Tiikainen 2009, 15 - 16 Kivelä & Vaapio 2011, 218 - 227; Saano & Taam- Ukkonen 2013, 13 - 16; Tokola 2014, 264 - 272). Sosiaaliset vuorovaikutustaidot ovat myös tulosten mukaan tärkeitä hallita. (Lauri 2007, 101 -107).

Näyttäsi siltä, että haasteellisuutta työhön tuovat monipuolisuuden ja kokonaisvaltaisuuden lisäksi myös ennen omaishoitajina toimineiden omaisten lisääntyneet odotukset ja resurssien riittämättömyys sekä työhön liittyvä vastuu jota vaihtelevat lääkäripalvelut myös osaltaan lisäävät. Huomion arvoinen asia on myös se, että ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa tarjoavissa yksiköissä sairaanhoitajia osastoilla on yleensä vain yksi, kun taas esimerkiksi erikois- sairaanhoidossa sairaanhoitajia osastoilla on suurin osa työntekijöistä, ja näin vertaistukea on aina saatavilla oman työn tueksi. Lisäksi sairaalanosastoilla on ympärivuorokauden tarvittaessa käytettävissä myös lääkärin osaaminen hoitotyön päätöksenteon apuna. Sairanhoitajat toimivat kyseisissä yksiköissä myös tiiminvetäjinä ilman erillistä esimieskoulutusta, mikä lisää myös osaltaan työn vaatimusta ja osa vastaajista toivoikin lisäkoulutusta esimiestehtäviin. (Lauri 2007, 101 -107; Lauri 2003, 97.)

Ravitsemussuosituksista esille nousi se, että kyseisessä yksikössä oli kiinnitetty huomiota siihen, että ruokailuvälit pysyvät lyhyinä ja juomia tulee tarjota useasti, koska janon tunne vähenee ikääntyessä. Proteiinipitoisia lisäravinteita käytetään tarvittaessa. (Valtakunnalliset ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010; Kivelä 2012, 36 - 37). Esille tuli myös ajatus siitä,

olisiko mahdollista noudattaa paremmin asukkaiden henkilökohtaista uni-valve-rytmiä ja toteuttaa esimerkiksi aamupalat ja iltapalat sitä mukaillen sekä ruokatoiveita mahdollistaen. (Mursu & Jyrkkä 2014; Suominen 2007, 14 - 31).

Muistisairauksien kohdalla tuli esille, että eri muistisairauksien etenemisen ja taudinkulun tunteminen on tärkeää, että ymmärtää asukkaan erilaista toimintaa ja mahdollista oireilua ja pystyy siihen vastaamaan ammatillisesti sekä pystyy myös rauhoittamaan huolestuneita omaisia. (Erkinjuntti ym. 2010, 92; Tilvis ym. 2010, 159 - 161.) Esille nousi myös kysymys olisiko mahdollista kiinnittää huomiota entistä enemmän yksilöllisyyden huomioimiseen ja itsemääräämisoikeuden noudattamiseen toimintakyvyiltään erikuntoisten ikääntyneiden kanssa työskennellessä. (Käypä hoito 2010; Erkinjuntti ym. 2010, 92; Sulkava & Viitanen 2010, 159 - 161). Lisä- ja täydennyskoulutuksen toiveista ja tarpeista nousi esiin seuraavaa: lääkehoidon koulutusta toivottiin säännölliseksi, erilaisista sairauksista ja niiden hoitokäytännöistä toivottiin koulutusta myös atk-, haavanhoitokoulutusta, geriatria ja gerontologista koulutusta, esimieskoulutusta, saattohoitokoulutusta ja eri testien ja mittareiden käytön koulutusta pidettäisiin hyödyllisinä.

Haastatteluissa saadut vastaukset olivat yhtenevät työssä käytetyn teorian kanssa. Ne vahvistivat sitä käsitystä, mikä oli jo ennen kyseisen työn tekemistä, eli ikääntyneiden hoitotyössä on kyse suurien kokonaisuuksien hallinnasta ja tiedon soveltamisesta ja vastuun kantamisesta. Luotettavuus ja eettisyys huomioitiin haastatteluissa siten, että kyseisen yksikön osastonhoitaja valitsi haastateltavat sairaanhoitajat niin, että heillä on monipuolista kokemusta ikääntyneiden hoitotyöstä erilaisissa yksiköissä. Haastateltavat saivat kysymykset etukäteen luettavaksi, joten heillä oli mahdollisuus kieltäytyä antamasta haastattelua, jos he olisivat kokeneet kysymykset sellaisiksi joihin eivät halua vastata. Ennen haastattelun alkua käytiin vielä haastateltavien kanssa läpi haastattelun eteneminen ja aineiston käsittely haastattelujen jälkeen. Luotettavuutta lisää se, että haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina, jolloin varmistuttiin siitä, että jokainen haastateltava sai tuoda esille omat ajatuksensa kyseisestä aiheesta muiden kuulematta. Vastaukset olivat siitä huolimatta hyvin samansuuntaisia kaikilla vastanneilla, mikä viittaa siihen, että samanlaisia vastauksia saataisiin, jos samaa haastattelurunkoa käytettäisiin jossain toisessa vastaavassa ympäristössä.

Haastateltaessa ei varsinaisesti noussut esiin mahdollista jatkotutkimusaihetta, mutta myöhemmin aineistoa käsitellessä tuli ajatus, että samaa teemaa voitaisiin lähestyä asukkaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta. Silloin saataisiin tietää, millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee toteuttaessaan heidän mielestään laadukasta ikääntyneiden hoitotyötä sekä mitä asioita he pitävät tärkeinä sairaanhoitajan työskentelyssä. Opinnäytetyön tekoprosessista oppimisen kannalta koin tärkeäksi asianmukaisen teorian hakemisen, haastattelu kysymys-



ten tekemisen ja itse haastattelujen toteuttamisen ja saadun materiaalin analysoinnin oppimisen.

## Lähteet

## Painetut lähteet

- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.
- Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimus haastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6-8 painos. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia, arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Hämeenlinna: Karisto.
- Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Tallinna: Raamatutrukikoja.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laki ikääntyneenväestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-  
luista. 28.12.2012/980.
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.
- Noppari, S. & Koistinen, P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammi; 147 - 159.
- Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M (toim.) 2010. Geriatria. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tokola, E. 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

## Sähköiset lähteet

Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito, vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto Kuopio. Terveystieteiden tiedekunta, Farmasian laitos. Viitattu 20.11.2014.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0500-0/urn\\_isbn\\_978-952-61-0500-0.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf)

Anttila, P.1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Viitattu 3.10.2014.

[http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_tai\\_to\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/02\\_tiedon\\_intressit\\_ja\\_tieteen\\_olemus/2\\_3\\_2\\_0hermeneuttinen\\_tiete\\_enperinne](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_tai_to_ja_tiedon_hankinta/02_tiedon_intressit_ja_tieteen_olemus/2_3_2_0hermeneuttinen_tiete_enperinne)

Eloniemi - Sulkava, U & Savikko, N. 2007- 2010. Mielen muutos pitkäaikaishoidossa: käytösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 28.8.2014.

[http://www.vtkl.fi/document/1/1519/0ce085af9ad8a392bbe3b82acc3322c0/Mielenmuutos\\_R\\_aportti\\_3\\_Indd.pdf](http://www.vtkl.fi/document/1/1519/0ce085af9ad8a392bbe3b82acc3322c0/Mielenmuutos_R_aportti_3_Indd.pdf)

Finne-Soveri, H. 2014. Rai- järjestelmän yleisemmät mittarit. Viitattu 15.8.2014.

<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-yleisimmat-mittarit>

Haapala, P. Burakoff, K. & Martikainen, K. 2013. Gerontologia 27 (3) 314 - 316. Viitattu 11.9.2014. <http://elektra.helsinki.fi.nelli.laurea.fi/se/g/0784-0039/27/3/tietoisu.pdf>

Hartikainen S, Saarelma O, Lönnroos E & Seppälä M. 2006. Miten arvioin iäkkään lääkitystä. Suomalainen Lääkärilehti, 61(42 - 43) 52 - 55. Viitattu 16.8.2014.

<http://www.rohto.fi/doc/SLL422006-4352.pdf>

Henriksson, M. 2014. Palveluasunnoissa asuvien pitkäaikaissairaiden henkilöiden asianmukaisesta hoidosta on huolehdittava. Viitattu 19.8.2014.

[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/palveluasunnoissa\\_asuvien\\_pitkaaikaissairaiden\\_hoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/palveluasunnoissa_asuvien_pitkaaikaissairaiden_hoito)

Härmä, H. 2015. Muistisairaudet. Viitattu 10.8.2014.

<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Jyrkkä, J. 2014. Iäkkäiden lääkityksen tietokanta. Viitattu 10.10.2014.

[http://www.fimea.fi/kehittaminen/laakeinformaation\\_kehittaminen/iakkaiden\\_laakityksen\\_tietokanta](http://www.fimea.fi/kehittaminen/laakeinformaation_kehittaminen/iakkaiden_laakityksen_tietokanta)

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.6.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Launis, V. 2008. Eettiset periaatteet velvoittavat hoitamaan kipua. Viitattu 2.12.2014

[http://www.researchgate.net/profile/Leena\\_Tamminen/publication/270885325\\_Keyyt\\_ja\\_kuhtouttava\\_avustaminen\\_vhent\\_kuormitusta/links/54b911300cf269d8cbf72e12.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Leena_Tamminen/publication/270885325_Keyyt_ja_kuhtouttava_avustaminen_vhent_kuormitusta/links/54b911300cf269d8cbf72e12.pdf)

Lihavainen, K. 2007. Lonkan ja alaselän kivut ja niiden yhteys liikkumiskykyyn iäkkäillä lonkanmurtuman sairastaneilla henkilöillä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos, Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma. Viitattu 14.11.2014.

[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8361/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200719.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8361/URN_NBN_fi_jyu-200719.pdf?sequence=1)

Martikainen, I. 2008. Uutta tietoa ihmisen kivunsäätelyjärjestelmästä. Viitattu 2.12.2014.

<http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%201-2008.pdf#page=59>

Mursu, J & Jyrkkä, J. 2014. Hyvä ravitseminen tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Viitattu 18.8.2014.

[http://sic.fimea.fi/2\\_2013/hyva\\_ravitseminen\\_tukee\\_iakkaiden\\_laakehoidon\\_onnistumista](http://sic.fimea.fi/2_2013/hyva_ravitseminen_tukee_iakkaiden_laakehoidon_onnistumista)

Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi: Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.6.2014.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf)

Pitkälä, K., Hosia-Randell, H., Raivio, M., Savikko, N & Strandberg, T. 2006. Vanhuksen lääkehoidon karikoita. Viitattu 16.11.2014.

<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95804.pdf>

Pulkki, J., Aaltonen M., Forma L., Jylhä M., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2014. Pitkäaikaishoito kunnissa vanhuuden viimeisinä vuosina - Palvelujen käytön erot ja muutokset vuosina 2002 - 2008. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1:2014. Viitattu 16.8.2014.

<http://www.gerec.fi/>

Muistisairaudet: Käypä hoito- suositus. 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 20.6.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=67A8CE526D86B03C4CDB28F115CD27E6?id=hoi50044#NaN>

Snellman, E. 2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito kuntien velvoitteet. Viitattu 5.6.2014.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1236539>

Sokka, L. 2009. Rava- mittari. Viitattu 15.8.2014.

<http://www.ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari>

Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus. 2008. Vanhusten ympärivuorokautinen hoiva ja palvelut. Viitattu 20.8.2014.

<http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Vanhustehuollon%20valvontasuunnitelma%2012022009.doc>

Sosiaali- ja terveyspalvelut. 2011. Asumispalvelut. Viitattu 14.6.2014.

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut)

Suominen, M. 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, maatalous-metsätieteellinen tiedekunta, soveltavan kemian ja mikrobiologian laitos. Viitattu 12.10.2014. URN:ISBN:978-951-806-128-4

<http://hdl.handle.net/10138/20785>

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotiede, terveystieteiden yksikkö. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 20.10.2014.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1>

Tilvis, R. 2004. Vanhusten kivut. Viitattu 2.12.2014.

<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94056.pdf>

Turvallinen lääkehoito. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä. Viitattu 19.8.2014.

[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1083030](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1083030)

Valtakunnalliset ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 17.8.2014.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/erillisryhmat/ikaantyneet/>

## Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupa- anomus	39
Liite 2 Haastattelu kysymykset	41

Liite 1 Tutkimuslupa- anomus

Organisaatio, jolta lupaa haetaan .....

.....

.....

Riihimäen kaupunki / Riihikoti

Opinnäytetyön tekijä/tekijät .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot.....

050-5240394 susanna.heinonen@laurea.fi

.....

.....

.....

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden osoite/osoitteet .....

Kuusamakuja 1, 13210 Hämeenlinna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Laurea Ammattikorkeakoulu Hyvinkää

Organisaation/yksikön yhteystiedot .....

.....

.....

.....

Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Koulutusohjelma .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hoitotyön koulutusohjelma/ sairaanhoitaja Amk

Opinnäytetyön ohjaaja.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Yliopettaja Eija Mattila

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

+358 46 8567732 ; eija.matila@laurea.fi

Opinnäytetyön nimi: Sairaanhoidajan osaaminen tehostetussa palveluasumisessa

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat .....

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaanhoidajan tarvitsemaa osaamista toteuttaessaan laadukasta vanhustyötä tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tutkimus ongelmana on; Millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee pystyäksään toteuttamaan laadukasta hoitotyötä ikääntyneiden parissa? .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut; Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus, tutkimusmenetelmä, aineiston keruu ja analyysi,.... aineisto kerätään haastattelemalla sairaanhoitajia luotettavuus ja eettisyys ja analysoidaan sisällön- analyysillä.

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intymiteetin ja anonymiteetin.

...../..... 201.....

Paikka ja aika

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset ja nimen selvennys

...../..... 201.....

Paikka ja aika

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys



## Liite 2 Haastattelukysymykset

1. Ikäsi ja sairaanhoitajaksi valmistumisvuotesi?
2. Työhistoriasi?
3. Minkälaista ammatillista osaamista tarvitset työssäsi tällä hetkellä?
4. Minkälainen sinun hoitotyön ammatillinen osaamisesi on tällä hetkellä?
5. Miten haasteellisena koet työsi?
6. Mikä tekee työstäsi haasteellista?
7. Miten ylläpidät ja päivität osaamistasi?
8. Minkälaista lisä/ täydennyskoulutusta toivoisit?
9. Mitä ominaisuuksia on sinun mielestäsi hyvällä tiimin vetäjällä?
10. Millainen tiimin vetäjä sinä olet?
11. Millaiseksi kuvailisit ikääntyneiden parissa tehtävää hoitotyötä?
12. Mitä on mielestäsi ikääntyneen hyvä hoito?
13. Miten perillä olet ikääntyneiden palveluita koskevasta laatu suosituksesta sekä vanhuspalvelulaista ja niiden merkityksestä teidän asukkaille?
14. Mitä erilaisia mittareita käytät työsi apuna?
15. Mitä erityispiirteitä joudut huomioimaan ikääntyneiden lääkehoidossa?
16. Miten toteutat kivun arviointia? Käytätkö jotain kipumittareista arvioinnin apu-välineenä?
17. Miten toteutat kivunhoitoa?
18. Mitä tiedät ikääntyneiden ravitsemussuosituksista ja kuinka ne on huomioitu työpaikassasi?

19. Millaista osaamista tarvitset työskennellessäsi muistisairaiden kanssa?

20. Millaisia käytösoireita muistisairailta asukkailla on esiintynyt teidän osastolla?

21. Miten käytösoireisiin on reagoitu/ miten kyseiset tilanteet teillä hoidetaan?