

Mari Stengård

MUISTISAIRAIDEN KOTIHOITO JA SEN KEHITTÄMINEN

Sosiaalian koulutusohjelma

2011

MUISTISAIRAIDEN KOTIHOITO JA SEN KEHITTÄMINEN

Stengård, Mari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma
Toukokuu 2011
Ohjaaja: Kivenmaa, Anne
Sivumäärä: 45
Liitteitä: 2

Asiasanat: muistisairas, kotihoito, kehittäminen

Opinnäytetyön aiheena oli muistisairaiden kotihoito ja sen kehittäminen. Aihe on hyvin ajankohtainen. Se on myös oma mielenkiinnon kohteeni, koska työskentelen kotihoidossa ja näen asian tärkeänä. Muistisairaiden määrä kasvaa koko ajan. Samanlaisesti pyritään tukemaan ikäihmisten kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Kotihoito ja siihen liittyvät tukipalvelut auttavat arkipäivän toiminnoista selviämässä. Monella kotihoidon asiakkaalla on etenevä muistisairaus. On tärkeää, että sairaus tunnistetaan ja asiakas saa riittävästi oikeanlaisia palveluja. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja kunnioittaminen nousevat etusijalle.

Opinnäytetyö toteutettiin pääasiassa kevään 2011 aikana. Teoriatiedon lisäksi tiedonhankintamenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua. Haastatteluun osallistui asiakkaiden kotona työskenteleviä kotihoidon työntekijöitä. Haastattelun avulla pyrittiin saamaan esille käytännön tietoa ja ideoita muistisairaiden parempaan kotihoitoon. Teema-alueina haastattelussa olivat: turvallisuus/turvattomuus, omahoitaja/vastuuhoitaja sekä omaisten ja kotihoidon yhteistyö.

Opinnäytetyön tuloksena voitiin todeta, että muistisairaiden kotihoidossa on vielä kehitettävää. Muistisairaiden kanssa työskentely vaatii ammattitaitoa ja kykyä kohdata asiakas oikealla tavalla. Tärkeiksi asioiksi nousivat esille vastuuhuoltajuus, kiireettömyys ja omaisten merkitys muistisairaalle. Myös muistisairaana asiakkaan elämäshistorian ja elämäntapojen tunteminen on tärkeää.

HOME CARE AND THE DEVELOPMENT OF HOME CARE FOR DEMENTED

Stengård, Mari
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services
May 2011
Tutor: Kivenmaa, Anne
Number of pages: 45
Appendices: 2

Keywords: demented, home care, development

The subject of this thesis was home care of demented and development of it. The subject is very topical. And at the same time it is very interesting for me personally because I work at Pori home care and consider it very important. The number of people suffering from dementia is increasing all the time. At the same time support for elderly people living at home is increasing. Home attending and supporting services help to cope with daily activities at home for as long as possible. Many home care clients have a progressive memory disorder. It is important that the illness is identified and the client gets enough right services. Respect of the client and autonomy rights is the first priority.

Thesis was carried out mainly during spring of 2011. In addition to theoretical knowledge also group interview was used to gather necessary information. Interviewed people were home care workers. Interview aimed in finding out practical information and ideas for better home care for people suffering from dementia. Focus areas in the interview were: clients feeling of security/insecurity, personal home aid/responsible home aid as well as co-operation of closest relatives and home care.

As the result of this thesis, it was found that there are still development areas in the demented home care. Working with demented requires professional skills and the ability to face the client in the right way. Most important matters that emerged were responsible home aid, leisurely working and the importance of closest relatives for the demented. Also the client's life history and lifestyle is important to know.

Mihin ovat ystävät kadonneet?

- Etsitään yhdessä.

Ei löydy ompelukorista

komeronnurkasta

kukkaruukun takaa

lehtipinon alta.

Ei edes roskalaatikosta.

- Mitä ne olivatkaan mitä etsimme?

- Marja Myyryläinen 2001-

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	7
2 MUISTISAIRAUDET	8
2.1 Yleistä.....	8
2.2 Alzheimerin tauti.....	9
2.3 Verisuoniperäinen muistisairaus	10
2.4 Lewyn kappale –tauti.....	11
2.5 Otsalohkorappeutumasta johtuva muistisairaus	12
3 MUISTISAIRAIDEN HOITO	12
3.1 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.....	12
3.2 Kotona asumisen tukeminen ikääntymispolitiikan tavoitteena.....	13
4 KOTIHOITO JA TUKIPALVELUT.....	14
4.1 Mitä kotihoidolla tarkoitetaan?	14
4.2 Kotihoitopalvelut Porissa.....	15
5 MUISTISAIRAAN SELVIYTYMINEN KOTONA	16
5.1 Muistisairaahan hoidon yleisiä periaatteita	16
5.2 Muistisairaahan kotiympäristön turvallisuus.....	17
5.3 Omaiset muistisairaahan tukena	19
5.4 Lääkitys.....	19
6 KOTIHOITO MUISTISAIRAAN KOTONA SELVIYTYMISEN TUKENA	20
6.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma	20
6.2 Ammattitaitoiset työntekijät.....	22
6.3 Työskentely asiakkaan kotona	22
7 LUPAAVA-HANKKEEN MUISTIHÄIRIÖT JA IKÄÄNTYMINEN – OSAHANKE	23
8 TEEMAHAASTATTELU	26
8.1 Opinnäytetyön tarkoitus.....	26
8.2 Teemahaastattelu	27
8.3 Ryhmähaastattelu	27
8.4 Täsmäryhmähaastattelu	28
8.5 Haastattelun toteutus	28
8.6 Haastatteluun osallistujat	29
8.7 Opinnäytetyön eettisyys.....	29
9 HAASTATTELUTULOKSET.....	31
9.1 Muistisairaiden turvallisuus/turvattomuus kotona	31
9.2 Muistisairaahan omahoitaja/vastuuhoitaja	34

9.3 Kotihoidon ja muistisairaana omaisten yhteistyö	37
10 KIRJALLISET KYSYMYKSET	38
10.1 Yleistä kysymyksistä	38
10.2 Kotihoidon muuttuminen ja kehittyminen	38
10.3 Halukkuus omahoitajuuteen tai vastuuhoidajuuteen	39
10.4 Tiedon tarve muistisairaiden hoitoon liittyen	39
10.5 Vaikeaksi koetut asiat	40
11 JOHTOPÄÄTÖKSET	41
11.1 Yleistä	41
11.2 Muistisairaana turvallisuus/turvattomuus kotona	41
11.3 Muistisairaana omahoitaja/vastuuhoidaja	42
11.4 Omaisten ja kotihoidon yhteistyö	42
12 LOPUKSI	43
LÄHTEET	44
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö käsittelee muistisairaiden kotihoitoa ja sen kehittämistä. Aihe on ajankohtainen, koska muistisairaiden määrä on koko ajan lisääntymässä. Samanaikaisesti tavoitteena on, että ikäihmiset voisivat asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Aihe on noussut esille myös omasta kiinnostuksestani kehittää muistisairaiden kotihoitoa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa selvitetään aluksi, mitä muistisairaudella tarkoitetaan ja esitellään yleisimpiä muistisairautta aiheuttavia sairauksia. Sen jälkeen kerrotaan yleisesti muistisairaiden kotihoidosta ja muistisairaiden kotona selviytymistä yleensä. Tutkimusosuudessa käsitellään teemahaastattelua, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Haastatteluun osallistui muistisairaiden kotona työskenteleviä kotihoidon työntekijöitä Porin perusturvakeskuksesta. Muistisairaiden kotihoito ja sen kehittäminen on aiheena laaja. Aihealuetta pyrittiin rajamaan muutamaa teema-alueeseen: turvallisuus/turvattomuus, muistisairaana omahoitaja/vastuuhoitaja sekä omaisten ja kotihoidon yhteistyö. Opinnäytetyössä esitellään haastattelun tuloksia ja tehdään johtopäätöksiä yhdistettynä teoriaosuudessa mainittuihin seikkoihin.

Muistisairaana asiakkaan hoitoon tarvitaan ammattitaitoisia, muistisairauksiin perehtyneitä työntekijöitä. Etenevä muistisairaus on otettava työskentelyssä huomioon. Kuitenkin, on tärkeää muistaa kohdata muistisairas ennen kaikkea ihmisenä, omana itsenään. Tämä ilmenee asiakkaan kunnioittamisena ja hänen mielipiteidensä arvostamisena. Jokaisella tulee olla omassa kodissaan itsemääräämisoikeus. Opinnäytetyössä käsitellään näitä tärkeitä asioita ja niissä ilmeneviä ongelmia.

2 MUISTISAIRAUDET

2.1 Yleistä

Suomessa väestö ikääntyy koko ajan. 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa kiihtyvällä vauhdilla. Samalla tämä tarkoittaa sitä, että muistisairaiden osuus väestöstä tulee koko ajan lisääntymään. Joka vuosi 13000 suomalaista saa tietää sairastavansa etenevää muistisairautta. (Muistiliiton www-sivut 2011.)

Aikaisemmin etenevästä muistisairaudesta puhuttiin dementiana. Dementia on sana edelleen yleisesti käytössä, mutta siitä pyritään eroon. Käsitteet dementia ja dementoitunut aiheuttavat usein ennakkoluuloja. Niille on muodostunut negatiivinen leima. Nykyään onkin virallistettu termit muistihäiriö ja muistisairaus. Myös termit dementti ja dementikko pyritään saamaan pois käytöstä ja puhutaan mieluummin muistisairaasta ja muistihäiriöstä kärsivästä ihmisestä. (Härmä 15.11.2010.)

Muistisairaudella tarkoitetaan laajaa henkisten kykyjen heikentymistä, josta on haittaa sairastuneen arkipäivässä selviytymiselle. Muistisairaus ei kuitenkaan ole mikään erillinen sairaus, vaan oire, jonka taustalla on muistisairautta aiheuttava sairaus. Muistihäiriön lisäksi muistisairauteen kuuluu kielellisiä vaikeuksia, kätevyuden häiriöitä, hahmotushäiriöitä tai toiminnanohjauksen ongelmia. Muistisairautta diagnosoidessa kriteerinä on yleensä muistihäiriön lisäksi vähintään yhden edellä mainitun ongelman löytyminen. (Juva 2007, 8-9.)

Suurimmalla osalla, noin 70–90 %:lla muistisairaista esiintyy käytösoireita. Niillä tarkoitetaan jonkinlaista hankalaa käytöstä, joka voi olla useita vuosia jatkuvaa tai vain ohimenevää. Joskus tällainen saattaa olla myös ensimmäinen merkki alkavasta muistisairaudesta. (Muistiliiton www-sivut 2011.) Omaiset ja muut lähiympäristö kokevat käytösoireet usein raskaina ja ongelmallisina selviytyä. Käytösoireita ilmenee usein erityisesti taudin edetessä. Muistisairaahan oma persoonallisuus, ympäristön suhtautuminen, liialliset ärsykkeet, levottomat tilanteet ja vuorokauden aika ovat myös vaikuttamassa käytösoireiden syntyyn. Esimerkiksi iltaisin muistisairas on

usein väsymyksestä johtuen levottomampi ja käytösoireita ilmenee silloin enemmän kuin esim. päivällä. (Muistiliiton www-sivut 2011.)

Voidaan myös puhua haasteellisesta toiminnasta. Haasteellisesti toimiva muistisairas onkin parempi termi käyttää kuin käytöshäiriöinen muistisairas (Hemiä 29.1.2010).

Yleisimpiä muistisairauksia aiheuttavia sairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset muistisairaudet, Lewyn kappale-tauti ja otsalohkorapheetumasta johtuva muistisairaus. (Juva 2007 8-9.)

Muistisairaudet johtuvat harvoin perinnöllisistä tekijöistä. Puhtaasti perinnölliset muistisairaudet ovat harvinaisia. Ne alkavat yleensä nuoremmalla iällä. (Muistiliiton www-sivut)

2.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairautta aiheuttava sairaus. Sitä sairastaa noin 50-60 % muistisairaista. Sen perimmäistä syytä ei tarkkaan tiedetä, mutta riskitekijöitä on mm ikä, naissukupuoli, verenkierron ongelmat, kohonnut verenpaine, pään vammat ja vaikeat masennustilat. Myös matalaa koulutustasoa ja sosiaalista eristyneisyyttä voidaan pitää riskitekijöinä. (Juva 2007, 9-13.)

Alzheimerin tauti alkaa hitaasti ja tarkkaa alkamisajankohtaa ei välttämättä pysty määrittämään. Sairaus etenee yksilöllisesti, tasaisesti tai vaihteittain. Se on yleensä jaettu neljään eri vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. Jaottelu on tehty toimintakyvyn muutoksien ja avuntarpeen lisääntymisen perusteella. (Juva 2007, 9-13.)

Alzheimerin taudissa ilmenee monia kognitiivisia oireita. Alzheimerin tautia sairastavan lähimuisti ja keskittymiskyky on heikentynyt ja uuden oppiminen hidastunut. Asioita alkaa unohtua ja tavaroita kadota. Myös hahmottamisessa ilmenee ongelmia. Sairauden edetessä tulee myös kielellisiä vaikeuksia, keskustelu muuttuu konkreettisemmaksi ja abstraktien käsitteiden ymmärtäminen katoaa. Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen hankaloituvat. Alzheimerin tautia sairastavalla ei välttämättä ole sai-

raudentuntoa ja hän saattaa loukkaantua, jos hänen asioihinsa puututaan tai hänen sairaudestaan mainitaan. (Juva 2007, 9-13.)

Somaattisina oireet ilmenevät kätevyyden heikentymisenä, jäykkyytenä, väsymyksenä ja sairauden edetessä kävely vaikeutuu ja muuttuu töpöttäväksi, jolloin myös kaatumisriski on suuri. Alzheimerin tautia sairastavalla saattaa olla myös epäselvää laihutumista, joka voi johtua näläntunteen puuttumisesta. (Juva 2007, 9-13.)

Kotona selviytyminen tuottaa ongelmia monin tavoin. Rahankäyttö ei enää sujukaan ja lääkkeiden ottaminen unohtuu. Sairauden edetessä asianmukainen pukeutuminen, säännöllinen ruokailu, peseytyminen, wc-käynnit jne. alkavat unohtua. Kaiken hankaloituessa ja muistisairaana tullessa epävarmemmaksi myös harrastukset ja ystävät jäävät usein unohduksiin. (Juva 2007, 9-13.)

Alzheimerin tautia sairastava on usein masentunut ja ahdistunut. Levottomuus, ärtyneisyys, harhaluulot ja vaeltelu on yleisiä käytösoireita. Omaiset kokevat erityisen raskaana uni-valverytmin häiriöt, koska muistisairas saattaa olla liikkeellä paljon juuri öisin. (Juva 2007, 9-13.)

Alzheimerin taudin toteaminen varhaisessa vaiheessa ja ajoissa aloitettu lääkitys auttavat käytösoireisiin ja pidentävät selvästi kotona selviytymisen aikaa. Sairaus pysyy yleensä pidempään lievässä muodossaan. Korkean koulutuksen ja aivojen monipuolisen käytön on todettu vähentävän riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. Myös tietyillä tulehduskipulääkkeillä ja kolesterolilääkkeillä saattaa olla positiivinen vaikutus. (Juva 2007, 9-13.)

2.3 Verisuoniperäinen muistisairaus

Noin 15-20 prosentilla muistisairaista on verisuoniperäinen eli aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama muistisairaus, esim. aivoinfarkti voi aiheuttaa muistisairauden. Osalla sairastuneista kyse voi olla myös sekamuotoisesta muistisairaudesta eli taustalla ilmenee myös Alzheimerin tautia. (Juva 2007, 13-14.)

Verisuoniperäinen muistisairaus alkaa yleensä äkillisemmin ja sairaus etenee portaittain. Tilanne voi hetkittäin jopa parantua. Siinä voi ilmetä erilaisia halvauksia tai tuntopuutoksia. Sairauden oireina yleisiä ovat hitaus, jäykkyys, puheen puuroutuminen tasapaino-ongelmat, kaatumiset ja näköhäiriöt. Myös kävely muuttuu töpöttävämmäksi aikaisemmin kuin Alzheimerin taudissa ja liikkeelle lähtö sekä jalkojen nostaminen on vaikeaa. Muisti säilyy yleensä pidempään kuin Alzheimerin taudissa, mutta ongelmia tuottaa suunnitelmallisuuden ja järjestelmällisyyden ongelmat. Asiat eivät vain yksinkertaisesti etene kuten pitäisi. (Aejmelaesus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 222-223.)

Taudin taustalla on usein verenpainetautia, korkeaa veren kolesterolipitoisuutta ja diabetesta. Näiden hoitaminen on tärkeää ennaltaehkäisyä ja verisuoniperäisten muistisairauksien hoitoa. Alzheimerin taudin lääkkeitä voi myös olla apua. (Aejelaesus ym. 2007, 223.)

2.4 Lewyn kappale –tauti

Lewyn kappale –tautia sairastaa noin 10-15 prosenttia muistisairaista. Sitä voi myös ilmetä usein Alzheimerin taudin kanssa. Lewyn kappale –taudissa varsinaiset muistiongelmat tulevat esille vasta myöhemmin sairauden edetessä. Taudin oireina on usein vireystilan ja tarkkaavaisuuden vaihtelua, jopa nukahtaminen yllättäen. Sairastunut voi myös selkeästi nähdä harhoja, jotka hän pystyy hyvin yksityiskohtaisesti kuvailemaan. Kaatumisia, pyörtyilyä ja tajunnanhäiriöitä ilmenee usein. Taudissa on samoja oireita kuin Parkinsonin taudissa: lihasjäykkyyttä, hitautta, kasvojen ilmeettömyyttä, eteenpäin kaatumistaipumusta ja lepovapinaa. (Juva 2007, 15.)

Lewyn kappale –tautia sairastavat ovat herkkiä neurolepteille eli tietyille rauhoittaville lääkkeille. Lääkityksessä on siis oltava tarkkana. Alzheimerin taudin lääkkeitä on usein hyötyä. Tarvittaessa käytetään pieniä annoksia Parkinson-lääkkeitä näihin oireisiin, mutta usein liikunnan avulla päästään vähintään yhtä hyvin tuloksiin. (Juva 2007, 15-16.)

2.5 Otsalohkorapheetumasta johtuva muistisairaus

Otsalohkoja vaurioittavia sairauksia pidetään perinnöllisenä. Sairaus alkaa usein jo keski-iässä, 45-64- vuotiaana. Alle 65- vuotiailla muistisairailla jopa 15-20 prosentilla on taustalla otsalohkorapheetuma. (Juva 2007, 16.)

Otsalohkorapheetumasta johtuvassa muistisairaudessa olennaisinta on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset. Tämä on hyvin haastavaa ja kuormittavaa omaisille ja hoitajille. (Aejmelaeus ym. 2007, 223.) Tauti alkaa usein hiipivästi ja etenee vähitellen. Sairastuneen sosiaalinen käyttäytyminen muuttuu. Usein esiintyy estottomuutta, tahdittomuutta, passivoitumista, apaattisuutta, impulsiivisuutta ja äräsykesidonnaisuutta. Ärsykesidonnaisuus ilmenee, kun jokin ulkoinen tekijä laukaisee toiminnan, joka ei ole mielekästä, mutta jota sairastunut ei kuitenkaan pysty lopettamaan. Kognitiivisia oireita ovat esim. sanasujuvuuden heikentyminen ja takertuminen tiettyihin tavuihin, sanoihin tai fraaseihin. (Juva 2007, 16-17.)

Otsalohkorapheetumasta johtuvaan muistisairauteen ei ole sopivaa lääkehoitoa, Alzheimerin taudin lääkkeitäkään ei ole apua. Tärkeintä onkin sairastuneen ja omaisten tukeminen ja kuunteleminen. (Juva 2007, 17.)

3 MUISTISAIRAIDEN HOITO

3.1 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on asetettu valtakunnalliseksi tavoitteeksi, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä 91-92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. Tavoitteen mukaan 13-14 prosenttia ikäihmisistä saa säännöllistä kotihoitoa, 5-6 prosenttia on tehostetun palveluasumisen piirissä ja 3 prosenttia hoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla pitkäaikaishoidossa. Omaishoidon tukea saisi 5-6 prosenttia ikäihmisistä. Ikäihmisten palvelujen laa-

tusuosituksessa huomioidaan myös muistisairaiden ihmisten erityistarpeet. Kuntia suositellaan sisällyttämään ikääntymispoliittisiin strategioihinsa erillinen osio, jossa käsitellään muistisairaiden palvelukokonaisuuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut.)

Vuonna 2009 Porissa 75 vuotta täyttäneistä asui kotona itsenäisesti runsas 86 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli 8,5 prosenttia. Tehostetun palveluasumisen piirissä oli 6,7 prosenttia ja pitkäaikaishoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla 6,8 prosentti 75 vuotta täyttäneistä. (Myllärniemi 2009.)

3.2 Kotona asumisen tukeminen ikääntymispolitiikan tavoitteena

Suomalaisen ikääntymispolitiikan tärkeimpiä tavoitteita on ikäihmisten kotona asuminen ja sen tukeminen. Sen lisäksi, että pyritään parantamaan kotihoidon saatavuutta, on panostettava myös palvelun laatuun ja siihen, että se oikeasti vastaa ikäihmisten omia tarpeita. Laadullisina tavoitteina on kotihoidon ennakoitavuus ja ajoissa puuttuminen. Kotihoidon tulee tukea asiakkaan osallisuutta ja voimaantumista sekä olla kuntoutumista edistävää. Tämä tarkoittaa sitä, että kotihoidon on pystyttävä räätälöimään jokaiselle asiakkaalle juuri hänen tarvitsemansa palvelut hänelle sopivalla tavalla. On todettu, että tämä on myös yhteiskunnalle edullisempaa kuin jokaiselle tarjotut samansisältöiset palvelut. (Voutilainen 2009, 117 -120.)

Kotona asumista voidaan tukea myös välimuotoisilla palveluilla, joita ovat mm. kuntouttava päivätoiminta tai lyhytaikaishoitajaksot. Niiden avulla pystytään usein pidentämään kotona selviytymistä tai ne tukevat sairaalasta kotiutumista sekä mahdollisesti estävät turhat sairaalan hoitajaksot. (Voutilainen 2009, 118.) Suomessa on keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairaita ihmisiä noin 85 000. Lievästi muistisairaita on noin 35 000. Yli puolet näistä muistisairaista on yli 80- vuotiaita. Omaisten tukeamana kotona asuu noin 23 000, mutta myös yksin asuvia muistisairaita on noin 32 000. Sen lisäksi on tuhansia lievemmistä muistiongelmista kärsiviä ihmisiä, joista monilla on alkamassa oleva etenevä muistisairaus. (Juva, Voutilainen, Huusko & Eloniemi-Sulkava 2010, 514 -515.)

Avohoito on yleisesti ottaen halvempaa kuin laitushoito. Kotihoidon käynnit kolme kertaa päivässä nostavat kuitenkin kustannukset jo vanhainkodin hoitopäivän hinnan tasolle. Lyhytaikaishoidot kotihoidon tukipalveluina ovat varsinaista kotihoitoa kalliimpia. Kotona asuminen on kuitenkin monen muistisairaana ensisijainen toive. Kotihoidon kehittäminen ja omaishoitajan tukeminen ovat siis kaikkien kannalta hyvä vaihtoehto. On kuitenkin hyvä tiedostaa, että jossain vaiheessa ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyminen voi kaikille osapuolille olla paras vaihtoehto. (Juva ym. 2010, 515.)

Kotihoitoa kehitettäessä on huomioon otettava erityisesti muistisairaana ja heidän omaisensa, koska he ovat tulevina vuosina luultavasti suurin kotihoidon käyttäjäryhmä (kuten myös ympärivuorokautisten palvelujenkin). On kyettävä ottamaan huomioon muistisairaiden erityistarpeet. Tärkeää on palvelujen oikea-aikaisuus. Ihannetavoite palvelujärjestelmän kehittämisessä olisi, että muistisairaana kotona asumista ja omaisen jaksamista pystyttäisiin tukemaan niin monipuolisesti ja joustavasti, että ympärivuorokautisen hoidon tarve jäisi mahdollisimman lyhyeksi. (Voutilainen 2009, 119 -120.)

4 KOTIHOITO JA TUKIPALVELUT

4.1 Mitä kotihoidolla tarkoitetaan?

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelua, kotisairaanhoidoa ja muita kotona selviytymisen tueksi tarkoitettuja tukipalveluita (Porin kaupungin www-sivut). Kotihoito kuuluu sosiaalihuollon avopalveluihin ja sitä ohjaavat sosiaalihuoltolaki ja kansanterveyslaki (Aejmelaeus 2007, 343.)

Monet kunnat ovat yhdistäneet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteiseksi kokonaisuudeksi, joka voi toimia joko sosiaali- tai terveystoimen alaisuudessa. Kotihoidon tehtäviin kuuluu asiakkaan arjessa selviytymisen tukeminen. Sen osa-alueita ovat mm. ruokailussa ja ruoanlaitossa avustaminen, peseytyminen, hygienia, vaatehuolto, lääkehuolto, terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvät toimenpiteet (silmätippojen laitta-

minen, haavahoidot jne.) keskusteleminen/ohjaus/neuvonta, asiointiapu. (Aejmelaeus 2007, 343-344.)

4.2 Kotihoitopalvelut Porissa

Porin perusturvakeskus järjestää sosiaali- ja terveyspalveluita Porin, Luvian, Merikarvian, Pomarkun, ja Ulvilan muodostamalle yhteistyöalueella. Aukkaita alueella on 105 000. Ikäihmisten palvelut ovat osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Ne muodostuvat kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaishoidon vastuualueista. Palveluiden toteuttamista vastaa vanhuspalveluiden päällikkö ja palveluiden järjestäminen on jaettu neljälle lähipalvelualueelle: Luoteinen lähipalvelualue, Pohjois-Porin ja Keski-Porin lähipalvelualue, Länsi-Porin ja Luvian lähipalvelualue sekä Itä-Porin ja Ulvilan lähipalvelualue. Kotihoito on näillä alueilla jaettu vielä pienempiin alueisiin, joista vastaavat vanhuspalveluiden esimiehet. Kotihoitoa tarvitsemaan asiakas ottaa yhteyttä oman alueensa vanhuspalveluiden esimieheen. (Porin kaupungin www-sivut 2011.)

Kotihoitoa voivat saada henkilöt, joilla on alentunut toimintakyky tai joku sairaus jonka vuoksi hän tarvitsee apua kotona selviytymisessä. Kotihoito painottuu yli 75-vuotiaisiin. Asiakas voi tarvita apua päivittäisissä perustoiminnoissa tai tarvita sairaanhoitoa, eikä pysty käyttämään kodin ulkopuolella olevia palveluita. Kotihoitoa on mahdollisuus saada sairaalasta kotiutuessa, jos siellä on todettu, että kotona selviytyminen on rajallista. Yhteistyötä myös tehdään kotisairaalan kanssa, jolloin sairaanhoidollinen vastuu on kotisairaalalla. Omaistaan kotona hoitavat tarvitsevat jakamiseensa tukea. Kotihoito voi tällöin olla hoitotyössä apuna ja tarvittaessa ohjata myös vaihtoehtoisesti asiakkaan päivätoimintaan tai intervallihoitoon. Intervallihoidolla tarkoitetaan lyhytaikaishoitoa kotihoidon tai omaisen tueksi esim. vanhainkodissa. (Porin kaupungin www-sivut 2011.)

Kotihoidon palveluntarvetta arvioitaessa asiakkaan toimintakykyä seurataan RAVAMittarilla ja tarvittaessa muilla testeillä kuten MMSE-muistitestillä. (Porin kaupungin www-sivut 2011.)

Porissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat yhdistyneet yhtenäiseksi kotihoitopalveluksi. Lisäksi palveluihin kuuluu erilaisia kotona selviytymisen tukipalveluita. Kotihoito tukee siis asiakkaan kotona selviytymistä avustamalla päivittäisissä toiminnoissa kuten ruokailuissa, peseytymisessä, liikkumisessa, kuntoutumisessa, asioinnissa ja ulkoilussa. Tukipalveluita ovat ateriapalvelu, pyykkipalvelu, kylvetyspalvelu (jos kotona ei kunnan peseytymismahdollisuutta) ja kauppapalvelu. Kotihoidosta voi tiedustella myös yksityisiä siivouspalveluita ja sieltä saa apua turvapuhelimen hankintaan. (Porin kaupungin www-sivut 2011.)

Kotihoidon asiakkaaksi tullessa kotihoidon työntekijä tekee arviokäynnin ja arvioi palveluiden tarpeen yhdessä asiakkaan, omaisten ja mahdollisesti muiden yhteistyötahojen kanssa. Säännöllisistä käynneistä (vähintään kerran viikossa) sovittaessa tehdään aina hoito- ja palvelusuunnitelma, jota päivitetään tarvittaessa. Maksu määräytyy perheeseen, tulojen ja palveluiden määrän mukaan. Tilapäisistä palveluista menee erilliset palvelumaksut. (Porin kaupungin www-sivut 2011.)

5 MUISTISAIRAAN SELVIYTYMINEN KOTONA

5.1 Muistisairaanhoidon yleisiä periaatteita

Kotona asuvan muistisairaanhoidon itsenäisyyden kunnioittaminen ja hänen arvostamisensa omana itsenään sairaudesta huolimatta on ensisijaisen tärkeää. Muistisairaus vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja hän tarvitsee apua päivittäisiin toimintoihin sairautensa edetessä yhä enemmän. Kaikessa toiminnassa tulee kuitenkin huomioida arvokkuuden säilyttäminen myös silloin, kun itsenäisyyttä joudutaan jollakin tapaa rajoittamaan. Jokaisella on takanaan oma arvokas elämänsä. Sen tiedostaminen ja kunnioittaminen on muistisairaiden parissa työskennellessä oleellista. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2010, 506-507.)

Muistisairaanhoidon turvallisuudesta huolehtiminen on tärkeää. Se on joskus ristiriidassa itsenäisyyden kunnioittamisen kanssa, mutta muistisairasta ei voi kuitenkaan päästää esim. yksin kodin ulkopuolelle, jos jo kotona selviytyminenkin tuottaa vaikeuksia.

Muistisairautta hoidettaessa on muistettava, että hoidosta ja sen etenemisestä ei voida sopia yhdellä kertaa. Sairauden edetessä tulee eteen muutoksia ja yllättäviä tilanteita. Näissä kohdin asioista on aina keskusteltava niin muistisairaana kuin omaisenkin kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistaminen ja muuttaminen tulee usein ajankohtaiseksi. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 506-507.)

Muistisairaus on parantumaton sairaus ja kaikkia muistisairauteen liittyviä ongelmia ei pystytä hoitamaan tai korjaamaan. Hoitavan ammattihenkilöstön pitää kuitenkin muistaa, että aina on mahdollisuus jonkinlaiseen muutokseen ja yritettävä löytää myönteisiä ratkaisuja asioille. Hoitaja ei saa mennä muistisairaana tai omaisen epätoivoon mukaan vaan hänen on pyrittävä löytämään voimavaroja jaksamiselle. Hoitajan kannattaa korostaa hoidon mahdollisuuksia ja erilaisia tukimuotoja. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 506-507.)

Ennakoiva ajattelu ja tulevaisuuden tiedostaminen on sekä sairastuneelle, omaiselle että hoitajalle hyödyksi. On turha pelotella ja ajatella tulevaisuutta negatiivisesti, mutta asioiden suunnittelu ja ennakointi luovat turvallisuuden tunnetta. Muutosten mahdollisuus on kuitenkin aina tiedostettava. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 506-507.)

5.2 Muistisairaana kotiympäristön turvallisuus

Kun ihminen on saanut diagnoosin muistisairaudesta, on tärkeää, että sairastuneen koti tehdään hänelle mahdollisimman turvalliseksi ja toimintakykyä tukevaksi. Kodin muutostyöt pitää tehdä mahdollisimman hyvissä ajoin, jo ennen kuin tarvetta varsinaisesti ilmenee. Näin muistisairaalla on mahdollisuus sopeutua uuteen ympäristöön tai mahdollisesti uusiin apuvälineisiin ja oppia käyttämään niitä. Kun sairaus on edennyt pidemmälle, vieraat esineet ja outo ympäristö aiheuttavat usein ahdistusta ja levottomuutta. Tällä hetkellä monet iäkkäiden ihmisten asunnoista ovat epäkäytännöllisiä ja he asuvat puutteellisemmin kuin muu osa väestöstä. (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 106-112.)

Kodin tulisi olla esteetön ja helposti hahmotettavissa. Tärkeiden asioiden erottuminen riittävän selkeästi muusta ympäristöstä ja tilojen löytyminen (esim. wc, keittiö makuuhuone) helposti, luovat turvallisuudentunnetta itsenäiselle selviytymiselle. Tärkeää on kuitenkin huomioida, että kotoa ei poisteta mitään toimintakykyä ylläpitäviä haasteita ja elämäniloa tuovia asioita liian aikaisin. (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 106-112.)

Muistisairauksiin liittyy usein askeleen mataloitumista ja muuttumista hyvin lyhyeksi. Ylimääräisten mattojen poistaminen ja liukastumisvaaran ennaltaehkäisy vähentävät kaatumisriskiä. Myös putoamisvaaraan tulee kiinnittää huomiota ja esim. portaat ja muut tasoerot helposti hahmotettaviksi. Tukikahvoista ja kaiteista voi sopivissa paikoissa olla apua ja erilaisten liikkumiseen liittyvien apuvälineiden (keppi, rollaattori) tulee olla helppoa ja esteetöntä. (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 106-112.)

Muistamattomuus aiheuttaa paljon vaaratilanteita varsinkin yksin asuvalle muistisairaalle. Liesi voi jäädä päälle, vesihana unohtua auki, avain sisälle, ovi unohtua lukita jne. Hyvällä ennakkoinnilla ja suunnittelulla näihinkin asioihin voidaan vaikuttaa. Toimivat palovaroittimet ovat välttämättömyys ja paloturvallisten materiaalien käyttäminen aina kun mahdollista. Ylimääräisen tavaran poistaminen lieden läheltä ja liesivahdit tai mahdollisesti mikroaaltouunin ja vedenkeitin käyttöönotto luovat kotia paloturvallisemmaksi. (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 106-112.)

Erilaisia teknologian apuvälineitä on kehitetty paljon. Lääkkeiden ottamisesta muistuttava lääkerasia, kosketusnäytöllä toimiva tietokone, muistuttavat kalenterit ja kirkasvalolamput ym. voivat olla monelle avuksi. Monet apuvälineet, kuten seuranta- ja turvateknologia ovat sellaisia, että niitä voi hyödyntää omainen tai hoitaja. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että muistisairas itse on motivoitunut käyttämään näitä apuvälineitä tai ainakin hän on hyväksynyt niiden tuomisen kotiinsa.

(Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 106-112.)

Muistisairaana kotona asumista voidaan siis tukea niin suurilla kuin pienilläkin muutoksilla. Tärkeää on asioihin ajoissa puuttuminen. Kaikessa on otettava muistisairaana omat mielipiteet huomioon ja kunnioitettava hänen yksityisyyttään. Missään vaiheessa ei saa unohtaa, että kyseessä on hänen oma kotinsa.

5.3 Omaiset muistisairaana tukena

Omainen on usein se, joka ensimmäisenä huomaa alkavan muistisairauden oireita. Omaisen kanssa usein mennään ensimmäistä kertaa lääkärille ja hänen kanssaan kuullaan diagnoosi. Muistisairauden edetessä omaisen vastuu kasvaa koko ajan ja hänelle tulee uusia tehtäviä, joihin muistisairas itse ei enää kykene. Omainen on sairastuneelle arvokas apu ja turvallisuutta luova henkilö. Hän on tärkeä osa sairastuneen arkea. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 68-69.) Omaisella on sekä inhimillisesti, että taloudellisesti katsottuna merkittävä rooli muistisairaana hoidossa (Voutilainen ym. 2002, 79).

Omaisesta tulee usein sairauden edetessä muistisairaana omaishoitaja. Hänen avullaan pystytään kotona selviytymistä jatkamaan. Omaishoitajan työ on raskasta ja vaativaa ja onkin tärkeää, että hän muistaa pitää huolta myös itsestään ja jaksamisestaan. Hänen tulisi hyväksyä ulkopuolisen avun vastaanottaminen ja hyödyntää eri tukipalveluita. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 68-69.) Omaishoitaja voi joutua jättäytymään pois työelämästä. Hänellä on oikeus saada hoitopalkkiota, vapaata ja omaishoitoa tukevia palveluita työstään omaishoitajana (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2011).

Muistisairaus on koko perheen sairaus. Sairastuneen rooli ja asema perheessä ja muiden perheenjäsenten asema ja jäsenten välinen suhde ennen sairastumista vaikuttaa siihen, miten muistisairaudesta selvittää ja mitä tukimuotoja he tarvitsevat. Kaikki tarvitsevat joka tapauksessa tukea ja tietoa sairaudesta. Etenevän ja parantumattoman sairauden hyväksyminen vie jokaiselta oman aikansa. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 58-59.)

5.4 Lääkitys

Muistisairauslääkkeet kuuluvat sairastuneen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Lääkitys kannattaa aloittaa heti, kun diagnoosi on selvinnyt. Lääkkeiden vaikutusta tulee seurata osana kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkärin tapaaminen on suositeltavaa puolen vuoden-vuoden välein. Vaikeisiin käytösoireisiin voi olla apua psyykenlääkkeistä.

Näiden yhteydessä ja erityisesti aloitusvaiheessa lääkärissä käynnit tulee olla huomattavasti useammin. Kotona asuvan muistisairaana kohdalla ammattitaitoinen muistikoordinaattori tms osaa myös tehdä arvioita lääkityksen suhteen ja ohjata tarvittaessa lääkärille. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 477.)

Lääkehoidon tavoitteena on kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Paras hyöty lääkityksestä on, kun se aloitetaan mahdollisimman varhain. Se ei juuri paranna muistisairaana muistia, mutta aktiivisuus ja vireys- ja keskittymiskyky paranevat. Lääkitystä ei useinkaan kannata lopettaa silloinkaan, kun sairaus etenee pidemmälle. Turhaa lääkkeidenkäyttöä tulee kuitenkin välttää eli jos vastetta lääkkeelle ei ole, se kannattaa lopettaa. Jos jokin lääke ei sovi, voidaan yrittää lääkevaihtoa. Kokonaisuus ja lääkkeen haittavaikutukset tulee huomioida, samoin muistisairaana muut sairauden ja niiden lääkitys. Käyttösoireet ovat usein syy siihen, että muistisairas ei enää selviydy kotona tai omaiset eivät jaksa häntä hoitaa. Tämän vuoksi käyttösoireisiin vaikuttava lääkitys on hyödyllistä aloittaa. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 479-480.)

6 KOTIHOITO MUISTISAIRAAN KOTONA SELVIYTYMISEN TUKENA

6.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Kotihoidossa on kahdenlaisia muistisairaita asiakkaita. On niitä, jotka ovat tulleet kotihoidon asiakkaaksi juuri muistisairaana vuoksi, ja niitä, joilla syy kotihoidon asiakkuuteen on joku muu, mutta he asiakkuuden aikana sairastuvat muistisairauteen. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä on tunnistettava eri asiakkaiden erilaiset palvelutarpeet. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään aina asiakkaan ja omaisten kanssa yhdessä heidän tarpeensa ja toiveensa huomioiden. (Heinola & Finne-Soveri 2008, 63.)

Muistisairaana henkilön toimintakyky, voimavarat ja kuntoutuksen tarve tulee arvioida ja selvittää ennen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemistä. Jos hoito- ja palvelu-

suunnitelma tehdään ilman näitä tietoja, on vaarana, että palvelut eivät vastaa asiakkaan tarpeita. Muistisairaus vaikuttaa ihmiseen laajasti ja arvioinnin tulee olla näin monipuolista. Palvelutarpeen arviointiin voi osallistua monialainen ammattilaisten tiimi. Yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa he voivat tehdä kattavan hoito- ja palvelusuunnitelman. Hyvä suunnitelma jo alkuvaiheessa saattaa myöhemmin vähentää asiakkaan tarvetta sairaalajaksoihin tai laitoshoitoon. (Topo, Voutilainen & Käyhty 2008, 35-36.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on kotona asumista tukevien palveluiden perusta. Sen tulee olla asiakaslähtöinen ja kuntoutumista edistävä. Se ”elää” koko ajan ja täydentyy muuttuvien tilanteiden ja asiakkaan tarpeiden mukaan ja on reaaliaikainen. Sen tulee olla myös voimavaralähtöinen, jossa on otettu kokonaisvaltaisesti huomioon asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat sekä hänen lähiyhteisönsä ja elämänpiirinsä. Toimiva hoito- ja palvelusuunnitelma ottaa siis huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset. Se tehdään tavoitesuuntautuneesti ja jokaiselle laaditaan yksilökohtaisesti räätälöidyt palvelut. Kaikki tiedot kirjataan selkeästi ylös. Ne ovat kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä. Suunnitelmaa laadittaessa sovietaan hoito- ja palvelusuunnitelman uudelleen arvioinnista ja tarkistamisesta. (Heimonen & Vuori 2007, 52-53). Se tehdään vähintään puolen vuoden välein ja aina, jos asiakas on ollut sairaalahoidossa (Heinola & Finne-Soveri 2008, 66). Vastuhenkilö nimetään huolehtimaan hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisesta, seurannasta, tiedonkulusta ja koordinoinnista (Heimonen & Vuori 2007, 52).

Porissa hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään kaikille uusille säännöllisen kotihoidon asiakkaille. Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan asiakkaita, joiden luona käydään vähintään kerran viikossa. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekee yleensä tiimin vetäjä tai alueen vanhuspalveluiden esimies. Tarvittaessa mukana on terveydenhoitaja/sairaanhoitaja. Omaisten toivotaan olevan myös mukana. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan asiakkaan henkilö- ja taustatiedot, kotihoidon auttamismenetelmät ja asiakkaan voimavarakartoitus. Voimavarakartoitukseen pyritään kirjaamaan asiakkaan omat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat kotona selviytymiselle. Näin pystytään käyttämään kuntouttavaa työtä. Voimavarakartoitukseen on mahdollista täyttää myös asiakkaan elämänselityksiä liittyviä asioita. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään myös käyntien määrä ja arvioitu kesto-aika.

6.2 Ammattitaitoiset työntekijät

Kotihoidon henkilöstön tulee olla perehtyneitä muistisairauksiin. On tärkeää, että asiakkaan kotona työskentelevät tunnistavat muistisairauksiin liittyviä oireita ja osaavat puuttua niihin oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Heidän tulee osata kohdata muistisairas asiakas oikealla tavalla ja tehdä käynneillään huomioita asiakkaan voinnista ja toimintakyvystä. Terveystilan ja toimintakyvyn muutoksiin on puututtava nopeasti. Tärkeää on osata myös tunnistaa ja hoitaa oheissairauksia. Kotihoidon työntekijöiden on tehtävä moniammatillista yhteistyötä, jotta asiakas saa mahdollisimman kokonaisvaltaista hoitoa. Kokonaistilannetta arvioitaessa paikalle tarvitaan muistisairaahan asiakkaan, omaisten ja kotihoidon henkilökunnan lisäksi myös hoitava lääkäri ja muut hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt. (Heinola & Finne-Soveri 2008, 63-67.)

Kotihoidossa asiakkaalla on vastuuhoitaja, jolla on päävastuu kokonaistilanteesta ja palvelutarpeen arvioinnista. Vastuuhoitajalla tulee olla riittävästi osaamista muistisairauksiin liittyen. (Heinola & Finne-Soveri 2008, 67). Vastuu-/omahoitaja valvoo hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista ja välittää asiakkaan ja omaisten toiveita esim. tiimin työntekijöille. On tärkeää, että muistisairaahan luona käyvät samat työntekijät ja he toimivat sovitusti. Vastuu-/omahoitaja kirjaa muutokset ja tarpeet ylös ja huolehtii, että tiedot muutoksista menevät perille kaikille yhteistyötahoille. (Heimonen & Vuori 2007, 53.) Muistisairaiden kohdalla tiedonkulun varmistaminen on tärkeää. Hän ei välttämättä muista itse, mitä on sovittu. Hän ei myöskään aina osaa kertoa, onko syönyt, onko nukkunut, ottanut lääkkeensä jne. Kun sama työntekijä käy asiakkaan luona useita kertoja peräkkäin tai tiedottaa asioista tarkasti seuraavalle työntekijälle, ollaan asiakkaan asioista selvillä ja hoito on asianmukaista.

6.3 Työskentely asiakkaan kotona

Muistisairaahan asiakkaan omaa toimintakykyä ja voimavaroja on tuettava. Työntekijän tulee noudattaa kuntouttavaa työtettä ja ottaa asiakas mukaan kaikkeen mihin hän itse pystyy. Asiakkaalle luodaan onnistumisen kokemuksia ja tuetaan hänen itsetuntoaan. Jos jokin asia ei onnistu, voi kokeilla uusia toimintatapoja tai ottaa apuvälinei-

tä käyttöön. Asiakasta kuunnellaan, neuvotaan ja rohkaistaan selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan. On tärkeää, että työntekijällä on riittävästi taustatietoa asiakkaasta. Näin hän pystyy keskustelemaan mielenkiintoa herättävistä asioista ja tekemään asiakkaan kanssa mielihyvää tuottavia asioita. Muistisairaana asiakkaan kanssa työskennellessä on tärkeää säilyttää ja yrittää luoda positiivinen ja elämänmyönteinen ilmapiiri. (Heimonen & Vuori 2007, 54-56.)

Muistisairaana asiakkaan hoidossa on tärkeää huolehtia riittävän ravinnon saamisesta. Asiakkaan painoa kannattaa tarkkailla ja pitää huolta myös, että ravinto on riittävän monipuolista ja asiakkaan mielestä maistuvaa. Lääkkeiden ottaminen saattaa myös unohtua. Kotihoidon käyntien avulla lääkkeiden säännöllinen ottaminen pystytään järjestämään ja samalla lääkkeiden vaikutusta ja haittavaikutuksia seuraamaan. Tämä tietysti edellyttää, että työntekijä on selvillä, mitä lääkkeitä asiakkaalla on ja mihin tarkoitukseen. Kaikki turhat lääkkeet on syytä lopettaa. (Heinola & Finne-Soveri 2008, 65-66.)

7 LUPAAVA-HANKKEEN MUISTIHÄIRIÖT JA IKÄÄNTYMINEN – OSAHANKE

Helsingin kotihoidossa on toteutettu Muistihäiriöt ja ikääntyminen -osahanke, joka on osa laajempaa Lupaava-hanketta syrjäytymisvaarassa oleville vanhuksille. Sen tavoitteena oli luoda kotihoitoon yhtenäinen muistipotilaan hoitopolku. Lisäksi pyrittiin lisäämään kotihoidon lääkäreiden ja hoitajien osaamista muistisairaiden hoidossa ja vahvistamaan moniammatillista yhteistyötä lääkäreiden, kotihoidon tiimin jäsenten, muistikoordinaattorin, omaisten ja asiakkaan kanssa. Hoitopolkua kehitettäessä kotihoidon työntekijät saivat muistisairauksiin liittyvää koulutusta. Kaksi eri tiimiä kokeili hoitopolun toteuttamista valitsemiensa asiakkaiden hoitoon. (Niemelä & Iso-Aho 2009, 171.)

Tiimin jäsenet saivat koulutusta moniammatillisissa hoitokokouksissa, joissa käsiteltiin heidän omia haasteellisia asiakastilanteitaan. Kokouksissa vastuuhoitaja esitteli

asiakkaan ja hänen sen hetkisen tilanteensa, asiaa käsiteltiin ja lopuksi vastuuhoitaja kirjasi muistiin sovitut jatkotoimenpiteet. Kokouksissa oli mukana tiimin lääkäri, geriatri, tiimiläiset, muistikoordinaattori ja tarvittaessa sosiaalityöntekijä. Myös muita erilliskoulutuksia oli kokeilun aikana. (Niemelä & Iso-Aho 2009, 177-178.)

Hoitopolussa kaikille uusille asiakkaille tehtiin muistitesti. Jos syntyi epäily mahdollisesti muistisairaudesta, täytettiin vielä Kysely läheiselle –lomake. Tämän jälkeen konsultoitin lääkäriä. Jos ei ollut aihetta jatkotutkimuksiin, sovittiin vuosittaisesta toimintakyvyn arvioinnista. Muistisairaus epäilyn syntyessä, lääkäri teki kotikäynnin vastuuhoitajan tai terveydenhoitajan ja tarvittaessa muistikoordinaattorin kanssa. Asiakas saattoi halutessaan käydä myös lääkärin vastaanotolla. Myös omainen oli näissä mukana. Muistikoordinaattori teki asiakkaalle kokonaistoimintakyvyn kartoituksen ja laati hoitosuunnitelman. Tarvittaessa pyydettiin geriatriltä arvio tilanteesta. Tämän jälkeen päätettiin jatkotutkimuksista ja aloitettiin kuntouttavat toimenpiteet. Vastuuhoitaja huolehti kaiken toteutumisesta ja seurannasta. (Niemelä & Iso-Aho 2009, 171-174.)

Diagnoosin jälkeen asiakas sai jatkohoito-ohjeet ja hänen lääkityksestään ja tarvittavista todistuksista huolehdittiin. Tässä vaiheessa asiakkaalle ja omaiselle annettiin lisää tietoa sairaudesta. Hoitosuunnitelmassa otettiin huomioon myös esim. fysioterapian tai toimintaterapian tarve. Noin kuukauden kuluttua diagnoosista muistikoordinaattori, vastuuhoitaja ja tarvittaessa lääkäri tekivät kotikäynnin asiakkaan luo, jolloin asiakkaalla ja omaisella oli mahdollisuus lisäkysymyksiin. Tässä kohtaa vastuu hoidosta siirtyi vastuuhoitajalle, tiimin terveydenhoitajalle ja hoitavalle lääkärille. (Niemelä & Iso-Aho 2009, 171-174.)

Muistisairaahan asiakkaan hoidosta vastasi vastuuhoitaja, tiimiläiset ja tiimin lääkäri. Hoidossa noudatettiin kuntouttavaa työtettä, hoitosuunnitelma päivitettiin muistisairaus huomioon ottaen ja asiakkaalle lisättiin tarvittavat tukipalvelut. Asiakasta opetettiin tuntemaan paremmin. Persoonallisuuden ja elämänhistorian tiedostaminen mahdollistivat tuttujen elämäntapojen jatkumisen ja niiden tukemisen. Hyvään hoitoon kuului ravitsemuksen, painon ja erityksen seuranta. Asiakkaan toiminta- ja liikkumiskykyä pyrittiin ylläpitämään sekä huolehdittiin, että asiakas saa tarvittavat etuudet ja palvelut. Asiakkaan seurannassa päävastuu oli vastuuhoitajalla ja hoitaval-

la lääkrillä. Asiakkaan voinnin muutoksiin pyrittiin reagoimaan nopeasti. Muutoksen yritettiin löytää syy ja siihen nopeasti oikeanlainen hoito. Myös käytöshäiriön laukaiseva tekijä yritettiin löytää ja vaikuttaa siihen ensisijaisesti hoidollisin keinoin, vasta sitten lääkityksellä. Kotona kartoitettiin riski- ja vaaratilanteet. Myös lääkitystä seurattiin ja arvioitiin säännöllisesti. Kaikessa tässä toiminnassa huolehdittiin koko ajan kiinteästä yhteistyöstä asiakkaan ja omaisen kanssa. Heitä ohjattiin, neuvottiin ja tuettiin sairauden eteen tuomissa asioissa. (Niemelä & Iso-Aho 2009, 171-174.)

Muistikoordinaattorilla oli kokeilussa tärkeä osuus. Hän oli muistisairauksien hoitoon perehtynyt ammattihenkilö. Hänen tehtävänä oli tukea ja olla kotihoidon työntekijöiden apuna muistisairauksiin liittyen ja kouluttaa heitä. Hoitopolun ja sen myötä yhtenäiseen hoitokäytäntöön kouluttaminen Helsingin kotihoidossa olivat tärkeä osa hänen työtään tässä hankkeessa. (Niemelä & Iso-Aho 2009, 179.)

Tätä uutta toimintamallia kokeiltiin kahdessa tiimissä, joissa molemmissa oli kolme pilottiasiakasta, joiden hoitoa seurattiin. Toinen tiimeistä oli jo edistyneempi muistisairaiden hoidossa ja toimi yhteistyössä lääkärin kanssa. Toinen oli ns. aloitteleva tiimi, hoitokäytäntöjä vasta aloiteltiin ja työntekijöissä oli paljon vaihtuvuutta. Edistyneemmän tiimin kiinnostus myös muiden muistiasiakkaiden hoitoon lisääntyi hankkeen moniammatillisten hoitokokousten myötä, mutta aloittelevalla tiimillä aikaa meni enemmän käytännön järjestelyihin ja hoitokokouksiin osallistuminen oli hankalaa. Kaiken kaikkiaan toimintamalli nähtiin kuitenkin hyvänä. (Niemelä & Iso-Aho 2009, 180-195.)

Hoitopolusta kaikki olivat lähes yksimielisiä. Sen nähtiin tukevan ja auttavan hoitotyötä ja luovan paremman kokonaisnäkemyksen muistisairaana hoidosta. Myös geriat-
ri, lääkäri ja muistikoordinaattori näkivät moniammatillisen työskentelyn hyödyllisenä ja tarpeellisenä ja toivoivat, että resurssit riittäisivät tällaiseen toimintatapaan muidenkin kotihoidon asiakkaiden kohdalla. (Niemelä & Iso-Aho 2009, 180-195.)

8 TEEMAHAASTATTELU

8.1 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyössäni tutkin, millaista on muistisairaiden kotihoito ja toisaalta, millaista sen pitäisi olla. Tarkoituksena on, että muistisairas voisi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tutkimuskysymyksiä olivat seuraavat:

Millaista on muistisairaana hyvä kotihoito?

Mitä erityistä pitää juuri muistisairaiden kohdalla ottaa huomioon kotihoidossa?

Aihe on ajankohtainen, koska muistisairaiden määrä on koko ajan lisääntymässä. Samanaikaisesti tavoitteena on, että ikäihmiset pystyisivät asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään kotiin annettavien palveluiden avulla. Aihe kiinnostaa minua myös henkilökohtaisesti. Työskentelen tällä hetkellä itse kotihoidossa kodinhoitajana ja uskon, että muistisairaiden kotihoidossa on vielä paljon kehitettävää.

Muistisairaiden kotihoito on alueena niin laaja, että olen keskittynyt opinnäytetyössäni kolmeen tärkeään teemaan:

- Muistisairaiden turvallisuus/turvattomuus kotona
- Muistisairaana vastuuhoidaja/omahoitaja kotihoidossa
- Muistisairaana omaisten ja kotihoidon yhteistyö

Haluan huomioida opinnäytetyössäni kotihoidon työntekijöiden mielipiteitä, ja kuulla heidän ajatuksiaan ja näkemyksiään muistisairaana hyvästä kotihoidosta. Tarkoituksena on saada käytännönläheistä tietoa ja uusia ideoita, joita voisi heidän mielestään toteuttaa. Suoritan tämän haastattelemalla heitä teema-haastattelun avulla.

8.2 Teemahaastattelu

Tiedonhankinta menetelmäksi valitsin teemahaastattelun. Suoritin tämän ryhmähaastatteluna. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu eli eräänlainen lomakehaastattelun ja strukturoimattoman haastattelun välimuoto. Voidaan myös puhua puolistandardoidusta haastattelusta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47.)

Teemahaastattelussa haastattelu jaetaan eri teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelu lähtee siitä oletuksesta, että kaikkia yksilön ajatuksia, tunteita, kokemuksia ja uskomuksia voidaan tutkia tällä menetelmällä. Siinä ei käytetä tarkkaan ennalta määrättyjä yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan haastattelu etenee teemoittain. Keskeisenä pidetään haastateltavien tulkintoja ja heidän antamiaan merkityksiä asioille. Vuorovaikutuksella on osuutta merkitysten syntyyn. Vaikka teemahaastattelussa kysymykset eivät olekaan tarkkoja ja niillä ei ole järjestystä, se ei kuitenkaan ole niin vapaamuotoista kuin syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47-48.)

8.3 Ryhmähaastattelu

Ryhmähaastattelun käyttö on viime vuosina lisääntynyt. Se on keskustelua, jossa tavoite on melko vapaamuotoinen. Osanottajat keskustelevat melko vapaasti ja tuottavat tietoa tutkimuksen aiheesta. Haastattelijä keskustelee kaikkien kanssa yhtä aikaa, mutta voi esittää kysymyksiä myös yksittäisille ryhmän jäsenille. Haastattelijan tehtävä onkin varmistaa, että keskustelua syntyy ja se pysyy aiheessaan. Lisäksi hänen on huolehdittava, että kaikilla ryhmän jäsenillä on mahdollisuus osallistua keskusteluun tasapuolisesti. Ryhmähaastattelun valitsemista haastattelun toteuttamistavaksi voi puoltaa myös se, että ryhmänjäsenet tuntevat toisensa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61-62.)

Ryhmähaastattelulla on etuja ja haittoja verrattuna yksilöhaastatteluun. Sen avulla on mahdollisuus saada nopeasti tietoa usealta eri haastateltavalta. Tämä voidaan toteuttaa haastattelemalla heitä samanaikaisesti. Se tulee usein myös halvemmaksi kuin saman henkilömäärän yksilöhaastattelu. Joissakin tapauksissa, esim. pieniä lapsia haastateltaessa, mielipiteiden saaminen voi olla helpompaa ryhmähaastattelun avulla. Haittana voi sen sijaan olla, että kaikki kutsutut eivät tulekaan paikalle. Ryhmän si-

säinen valtahierarkia voi myös vaikuttaa siihen, kuka puhuu eniten ja mitä puhutaan. Haastattelijan tehtävä onkin jakaa puheenvuoroja kaikille, jos ryhmässä yksi tai kaksi henkilöä pyrkii määräämään keskustelun kulkua. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 63.)

8.4 Täsmäryhmähaastattelu

Täsmäryhmähaastattelussa (focus group interview) ryhmä muodostuu muutamasta haastateltavasta. Yleisimmin koko vaihtelee kuudesta kahdeksaan. Ryhmän jäsenet on kutsuttu keskusteluun. He ovat yleensä henkilöitä, joilla on mielipiteitä tai asenteita aiheeseen. Heillä on usein myös mahdollisuus saada aikaan muutoksia haastattelun teema-alueisiin. Täsmäryhmiä käytetään usein silloin, kun tarkoituksena on kehittää uusia palveluita, selvittää kuluttajien tarpeita tai kehitellä uusia ideoita. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 62.)

Haastattelijaksi toimii ryhmän puheenjohtajana. Usein suositellaan, että hän ei saisi kuulua ryhmän organisaatioon. Haastattelijaksi huolehtii, että kaikki saavat mahdollisuuden osallistua ja ehdottaa siirtymisestä seuraavaan keskusteluteemaan. Hänen ei kuitenkaan tule puuttua keskustelun kulkuun. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 62.)

Haastattelutilanteesta pyritään saamaan mukava ja rentouttava. Apuna voidaan käyttää erilaisia nauhoitus- tai videolaitteita. Haastattelu kestää yleensä 45-60 minuuttia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 62.)

8.5 Haastattelun toteutus

Haastatteluun kutsuin Porin kaupungin perusturvan kotihoidon työntekijöitä. Lähetin Keski-Porin lähipalvelualueen kotihoidon vanhustenpalveluiden esimiehille alustavan haastattelukutsun. Heitä on yhteensä kolme ja jokaisella kaksi tiimiä, joiden esimiehinä he toimivat. Pyysin heitä valitsemaan tai kysymään vapaaehtoisia työntekijöitä haastatteluun. Tarkoitus oli haastatella työntekijöitä, jotka työskentelevät asiakkaiden kotona. Lisäksi toivomuksena oli, että haastateltavat olisivat itse kiinnostuneita aiheesta ja omaisivat kokemusta muistisairaiden kotihoidosta. Pyysin esimiehiä

ilmoittamaan minulla 1-2 haastateltavan nimen/tiimi. Tarkoitus oli saada noin 6-8 henkilön haastatteluryhmä. Tarvittaessa olisi voinut muodostaa kaksi ryhmää.

Haastatteluun ilmoittautui yhteensä viisi haastateltavaa. Heille lähetin kirjalliset kutsun, jossa kerrottiin haastattelun sisällöstä hieman tarkemmin (Liite 1). Työntekijät osallistuivat haastatteluun työajallaan.

Haastattelu toteutettiin maaliskuussa 2011. Se suoritettiin yhdessä Keski-Porin kotihoidon taukotuvista. Haastattelu nauhoitettiin ja se kesti noin tunnin verran. Se toteutettiin siis ryhmähaastatteluna. Haastattelu oli jaettu kolmeen eri teema-alueeseen: Muistisairaana turvallisuus/turvattomuus kotona, vastuuhoidajuus/omahoitajuus ja yhteistyö omaisten kanssa. Tämän lisäksi haastateltaville esitettiin lopuksi muutama kirjallinen kysymys, johon se saivat vastata vapaamuotoisesti.

8.6 Haastatteluun osallistujat

Kaikki viisi haastatteluun osallistujaa työskentelivät kotihoidossa Keski-Porin lähi-palvelualueella kodinhoitajina. Heillä kaikilla oli useita vuosia takanaan kotihoidossa. Kaksi heistä oli koulutukseltaan lähihoitajia, kaksi kodinhoitajia ja yksi kotiavustaja. Yhdellä oli lisäksi koulutusta muistisairauksiin liittyen. Kotihoidossa on Keski-Porin alueella paljon muistisairaita asiakkaita, joten kaikilla oli käytännön kokemusta muistisairaiden parissa työskentelystä.

Kaikki haastatteluun henkilökohtaisen kutsun saaneet saapuivat paikalle. He myös osallistuivat aktiivisesti ja tasapuolisesti keskustelun kulkuun. Osa koki kirjallisiin kysymyksiin vastaamisen hankala, mutta jokainen kuitenkin vastasi kaikkiin kysymyksiin.

8.7 Opinnäytetyön eettisyys

Suomessa Tutkimuseettinen neuvottelukunta on julkaissut Hyvä tieteellinen käytäntö –ohjeet. Ohjeissa neuvotaan kuinka tutkijoiden tulee toimia eettisesti oikein. Lähtö-

kohtana on, että eettisesti hyvä tutkimus on yleensä myös laadultaan hyvä. (Mäkinen 2006, 24.)

Haastattelun käyttö opinnäytetyön tiedonhankintamenetelmänä voi tuoda eteen monia eettisiä ongelmia (Mäkinen 2006, 92). Haastattelu on kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Sen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja aihetta pyritään tutkimaan kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa täydellistä objektiivisuutta ei ole mahdollista perinteisessä mielessä saavuttaa vaan tulokset ovat aina rajoittuneet johonkin aikaan ja paikkaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Opinnäytetyön tulokset eivät ole siis suoraan yleistettävissä koko kotihoitoon, koska mukana oli vain yhden perusturvakeskuksen lähipalvelualueen työntekijöitä. Tulokset ovat toisaalta melko yleisluontoisia ja teoriaosuudessa ja haastattelussa tuli esille pitkälti samoja asioita/ongelmia.

Olen pyrkinyt opinnäytetyössäni toimimaan eettisesti oikein. Opinnäytetyötä varten olen pyytänyt tutkimusluvan (Liite 2). Haastateltavien esimiehiltä on kysytty lupa haastatteluun. Haastateltaville on myös kerrottu ennakkoon haastattelun sisällöstä ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Heille on selostettu tutkimuksen tavoite ja annettu yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. Haastateltujen henkilöllisyys ei tule opinnäytetyössä ilmi. Kotihoidon työntekijöillä on vaitiolovelvollisuus asiakkaistaan. Haastattelussa kuitenkin sekä haastattelija että haastateltavat olivat kotihoidon työntekijöitä. Keskustelu oli näin ollen avointa. Missään vaiheessa opinnäytetyön tekemisessä asiakkaiden henkilöllisyys ei kuitenkaan tule esille ja heistä ei keskusteltu nimillä. Haastattelu nauhoitettiin, mutta nauha on tuhottu välittömästi tämän opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa olen käyttänyt luotettavia lähteitä. Työ on kuitenkin aina tekijän oma tulkinta aineistosta ja eri lähteistä. Objektiivisuuden kriteereitä on esim. se, että toinen tutkija voi toistaa tutkimuksen samoista lähtökohdista. (Hirsjärvi ym. 2009, 309-310.) Olen pyrkinyt työssäni objektiivisuuteen. Aineiston ja lähdemateriaalin olen pyrkinyt valitsemaan monipuolisesti. Samoin haastattelijana en ole esittänyt omia mielipiteitäni vaan halunnut teoriatiedon ja lisäkysymysten avulla saada keskustelua syntymään.

9 HAASTATTELUTULOKSET

9.1 Muistisairaiden turvallisuus/turvattomuus kotona

Keskustelussa muistisairaiden turvallisuudesta ja turvattomuudesta, haastateltavat olivat huolissaan muistisairaiden kotona selviytymisestä. Kaikki olivat yhtä mieltä siitä, että monesti muistisairas tuntuu selviävän vain hyvällä onnella. Tilanne on sellainen, että koska vain voi tapahtua mitä vaan.

Haastateltavat näkivät monia vaaroja muistisairaana arkipäivässä. Monilla asiakkailla on käytössään liesi, joka aiheuttaa lähes päivittäin vaaratilanteita. Erään asiakkaan kanssa oli ongelmia, koska hän unohti levyn päälle ja lisäksi ympärillä oli paljon tulenarkaa ja helposti syttyvää tavaraa. Ratkaisuksi pohdittiin liesivahtia, ajastinta tai sulakkeiden poisottamista. Ongelmaksi tuli kuitenkin se, että asiakas edelleen osasi laittaa ruokansa itse ja se sujui hyvin. Kokeeko asiakas loukkauksena, jos hänen ruoanlaittoonsa puututaan ja viekö se häneltä mielekästä tekemistä pois? Muillakin asiakkailla oli samanlaisia ongelmia. Toisille sulakkeiden pois ottaminen ja liesivahdit ovat auttaneet asiassa. Todettiin kuitenkin, että kun sairauden edetessä halua ja taitoa ruoanlaittoon ei enää ole, silloin asiasta selvittää helpommin. Liian aikaisin haastateltavat eivät kuitenkaan halunneet muistisairaana ruoanlaittoa rajoittaa. Yksi haastateltavista vertasi naisten ruoanlaittoon puuttumista/estämistä samanlaiseksi ongelmaksi kuin mieheltä ajokortin poisottamista. Esimerkkinä oli pariskunta, jolle tilattiin ateriapalvelu vaimon ruoanlaittotaidon heiketessä. Hän koki asian ahdistavana ja hänestä ei mielestään ollut mihinkään ja hän pohti, mitä hän sitten enää tekee. Pohdittiin myös, että asiakkaille voisi hankkia uusia käytännöllisempiä kodinkoneita esim. mikro. Silloin uuden koneen käytön opettelu pitää aloittaa ajoissa.

Muistisairaille saattaa olla haastateltavien mielestä apua myös muistilapuista. Tämä onnistuu ainakin sairauden alkuvaiheessa. Muistilappu pitää osata laittaa oikeaan

kohtaan eli siihen missä kyseinen asia tapahtuu. Lapun olisi hyvä olla sellaisessa kohtaa, mistä sen havaitsee helposti.

Turvapuhelimista koettiin olevan toisille apua turvattomuuteen. Erityisesti, jos asiakas on tottunut käyttämään sitä jo ennen sairastumistaan ja ymmärtää sen merkityksen. Monet eivät kuitenkaan sairauden edetessä osaa sitä käyttää. He saattavat painaa sitä vahingossa, ja ihmetellä, kun yhtäkkiä jostain (turvapuhelin laitteesta) kuuluukin ääni. Tämä saattaa jopa ahdistaa toisia, myös puhelimen johtoja saatetaan irrottaa tämän vuoksi. Haasteeksi koettiin asiakas, joka soitti jatkuvasti turhaan apua. Hänelle kertyi tästä myös kallis lasku. Tämän kotihoito oli ratkaissut lisäämällä käyntien määrää. Asiakas asui kerrostalossa, jossa oli paljon asiakkaita, joten oli helppo tehdä hänen luonaan päivittäin useita lyhyitä ”piipahduskäyntejä”. Kaikkien asiakkaiden luona tällaista ei ole mahdollista toteuttaa.

Ratkaisuja ja ideoita turvallisuuden lisäämiseen nähtiin monia. Käyntien määrä herätti keskustelua. Toiset kokivat pikaiset tarkastuskäynnit hyvinä muistisairaille, toiset taas näkivät niiden jopa häiritsevän muistisairasta. Toisaalta kaikki haastatellut olivat yhtä mieltä, että käyntien määrän merkitys on yksilöllistä. Jotkut muistisairaajat eivät jälkikäteen muista, että kukaan on käynytkään, vaikka käyntejä olisi kuinka usein. Tärkeäksi koettiin, että käynnit osuisivat ruoka-aikoihin, jolloin asiakkaan ruokailusta tulisi huolehdittua. Yksi käynti päivässä muistisairaahan asiakkaan luona todettiin liian vähäiseksi. Porissa aikanaan toiminutta ilta- ja yöpartiota kaivattiin takaisin. Haastateltavat uskoivat, että sille olisi muistisairaiden asiakkaiden kohdalla kysyntää ja samalla muillekin kotihoidon asiakkaille. Sen avulla olisi mahdollista järjestää myöhäisillan käyntejä ja mahdollisia tarkastuskäyntejä yöllä. Asiakkaiden tilanteen/voinnin koettiin koko ajan muuttuneen huonommaksi.

Tärkeä osuus muistisairaahan turvallisuuden tunteen kokemiselle nähtiin tulevan myös hoitajasta ja hänen käyttäytymisestään. Haastateltavat kaipasivat edelleen lisäkoulutusta muistisairaahan kohtaamiseen. Kiireen koettiin haittaavan muistisairaahan kanssa työskentelyä ja oltiin myös sitä mieltä, että muistisairas vaistoaa työntekijän kiireen ja tunnetilan helposti. Hoitajan puhetyylinkin pitäisi olla tilanteeseen sopiva ja asiakasta kunnioittava. Hoitajan tulisi saada työskennellä kiireettömästi, aikaa olisi löydyttävä myös keskustelulle ja muistelulle. Asiakasta ei saa kieltää, vaan asia pitäisi

sanoa positiivisemmassa muodossa. Haastateltavat kokivat, että muistisairaana asiakkaan virheellisiä puheita ei tule korjata, ellei siitä aiheudu haittaa.

Säännöllinen ohjelma oli haastateltujen mielestä tärkeään muistisairaiden hoidossa. Asiakkaalla olisi hyvä olla kalenteri, josta voi esim. tarkistaa, koska on suihkupäivä tai ulkoilupäivä. Hyvänä kotihoidon kehittämisajatuksena nähtiin, että kotihoidon työntekijöillä olisi enemmän aikaa puuhailta asiakkaan kanssa muistisairaus huomiota ottaen. Käyntien aikana voisi tehdä erilaisia muistelutehtäviä, jumpata, tehdä sorminäppärystehtäviä, ulkoilla ja pelata. Yksi haastateltu kertoi, että hän on laulanut asiakkaille tuttuja lauluja. Vaikka asiakkaan puhekyky ja sanojen muodostaminen olisi enää täydellistä, laulujen sanat saattavat tulla kirkkaana mieleen ja osaaminen tuo onnistumisen elämyksiä. Tämä kaikki korostaisi myös kuntouttavaa työtettä, kun asiakas osallistuisi kaikkeen mahdollisimman paljon itse. Tiedostettiin myös, että monessa asiassa on työntekijöillä parantamisen varaa. Ei anneta asiakkaan tulla avaamaan ovea, vaan mennään suoraan avaimilla. Annetaan lääkkeet, vaikka asiakas voisi itse ottaa ne valvotusti. Tiskit voisi jättää tiskaamatta, jos asiakas itse siihen vielä kykenee.

”Sellanen tapa meillä vaan on, että tehdään liikaa.”

Nämä kaikki olisi hyvä näkyä yksityiskohtaisemmin hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Uskottiin myös, että asiakkaan luona oleva lukujärjestys helpottaisi sekä asiakasta että hoitajaa. Silloin erilaiset ”kuntoutushetket” tulisi paremmin toteutettua ja kaikki hoitajat sitoutuisivat asialle enemmän.

Muistisairaana turvallisuuden tunnetta lisäävänä tekijänä haastateltavat näkivät myös muistisairaana elämän ja hänen tapojensa tuntemisen. Kotihoidon työntekijöillä ei ole kovinkaan paljoa tietoa asiakkaan menneisyydestä ainakaan alkuvaiheessa.

”Se on, mitä itse (muistisairas) on kertonut. Lapsuuden ja nuoruuden asioita. Olis kyllä tärkeitä. Pikkuhiljaa tullaan tutuks. Valokuvia katellaan ja sitten muistavat paljon”

Haastateltavat näkivät kehittämisajatuksena jonkinlaisen elämänhistorialomakkeen. Se olisi hyvä tehdä heti asiakkuuden alkuvaiheessa, varsinkin jos asiakkaan sairaus on jo edennyt pidemmälle. Se selittäisi monta asiaa asiakkaan käyttäytymisessä ja olisi pohja tasa-arvoiselle kohtaamiselle. Esim. aggressiivisuuden syitä voisi lähteä pohtimaan sen avulla. Elämänhistorialomake nähtiin siis tarpeellisena, mutta sen

tekemisen huolella uskottiin vievät niin paljon aikaa, että epäiltiin asian onnistumista käytännössä.

Hoitotahtolomake oli melko vieras asia haastatelluille käytännön työelämässä. Muutamilla asiakkailla tiedettiin olevan toiveena, ettei elvytä. Muistiyhdistyksellä on kuitenkin käytössä hoitotahtolomake, johon muistisairas on hyvin yksityiskohtaisesti voinut eritellä toiveitaan ja tarpeitaan esim. mitä haluaa syödä, pestäänkö hampaat, mitä haluaa katsella televisiosta. Haastateltavat näkivät hoitotahtolomakkeen kuitenkin enemmän tarpeelliseksi vasta hoitolaitoksessa.

Muistisairas asiakas kokee ryhmän mielestä olonsa turvallisemmaksi, jos omaiset, ystävät ja hoitajat ovat samalla ”aaltopituudella” ja kaikki tietävät mistä sairaudessa on kyse. Näin kaikki pystyvät toimimaan johdonmukaisesti.

Haastateltavien mielestä kotoa laitoshoitoon joudutaan usein sen vuoksi, että asiakas ei pysy kotona. On helpompi hoitaa kotona sellaista asiakasta, joka ei lähde yksin ulos. Ryhmä tuli myös siihen tulokseen, että vaikka asiakas vielä selviytyisikin kotona, esimerkiksi kotihoidon käydessä kolmesti päivässä, jossain kohtaa tulee miettiä, olisiko elämä kuitenkin mielekkäämpää muualla. Pienimuotoinen muistisairaille tarkoitettu yksikkö, jossa muistisairas näkisi myös muuta elämää ja ihmisiä ympärillään koettiin ihanteelliseksi paikaksi.

”Sellanen josta muistisairas sais itselleen vielä jotain enemmän.”

9.2 Muistisairaahan omahoitaja/vastuuhoidtaja

Keski-Porin lähipalvelualueella ei ole tällä hetkellä kotihoidossa omahoitajia tai vastuuhoidtjia. Tiimit huolehtivat alueensa asiakkaista yhteisesti. Tiimeillä on kiertävät asiakaslistat ja periaatteessa kaikki työntekijät käyvät kaikkien asiakkaiden luona.

Haastateltavat pohtivat omahoitajan tai vastuuhoidtajan merkitystä muistisairaalle verrattuna tiimityöskentelyyn. Omahoitaja määriteltiin hoitajaksi, joka käy asiakkaan luona aina kun mahdollista eli työvuorossa ollessaan ja on vastuussa asiakkaan hoi-

don kokonaisuudesta. Vastuuhoitajalla olisi oma/omat muistisairaat asiakkaat, mutta tiimi hoitaisi häntä yhteisesti. Vastuuhoitaja olisi kokonaisvastuussa hoidosta, tiedottamisesta, tuntisi asiakkaan parhaiten, hoitaisi yhteistyön omaisten kanssa ja muiden tahojen kanssa jne.

Vastuuhoitaja nähtiin tärkeänä, mutta vastuu hoidosta kovana. Haastateltavat pohtivat, ottaisiko kukaan muu enää vastuuta asiakkaan hoidosta vai jäisikö asiakkaan hoito vastuuhoitajan vastuulle. Jokainen hoitaisi vain omiaan. Muistisairaalle kannalta ajateltuna kaikki olivat sitä mieltä, että vastuuhoitaja tai omahoitaja vaihtoehto olisi paras, silloin joku tietäisi ja tuntisi kunnolla.

”Asiakas tulis ihan oikeasti hoidettua.”

”Jos olis oma muistisairas asiakas, hoitais häntä varmasti kokonaisvaltaisemmin.”

Omahoitaja tai vastuuhoitaja olisi paremmin selvillä asiakkaalle tärkeistä tottumuksista ja tavoista esim. ruokailuun liittyen, kauppatavaroiden tilaamisesta ja osaisi keskustella asiakasta kiinnostavista aiheista.

Ryhmä näki liian suuren tiimin haittana muistisairaalle hyvälle hoidolle. Työntekijät eivät muista, mitä on sovittu

”Jos on kymmenen kuuntelemassa, neljä muistaa...”

Tiimin kokoontumisten koettiin olevan sekavia. Puhutaan monesta asiakkaasta samaan aikaan, toisia kiinnostaa, toisia ei.

”Kun on sitte vielä sijaisia, niin ei kukaan tiedä mitään...”

Muistisairaiden hoidossa on paljon tiedotettavaa ja paljon yhteisiä toimintatapoja sovittavana. Muistisairas itse ei niitä kykene välttämättä ilmaisemaan. Pahimpana nähtiin tilanne, jossa kolme eri työntekijää käy asiakkaan luona päivän aikana ja he eivät välttämättä tapaa toisiaan voidakseen antaa informaatiota asiakkaan tilanteesta. Muistisairas voi sanoa kaikille syöneensä, mutta todellisuus voi olla toisin. Jos hänen luonaan kävisi sama hoitaja useamman kerran, hoitaja näkisi heti, mitä ruokia on syöty. Saman hoitajan käydessä useamman kerran on mahdollista tarkkailla myös asiakkaan muita päivän toimia. Lisäksi lääkityksen vaikutusta ja haittavaikutuksia pystytään havainnoimaan.

Haastateltavat pohtivat kehittämiskeinoja edellä mainittuihin epäkohtiin. Jonkinlaisen raportin pitäminen iltapäivisin nähtiin hyvänä ideana koko ryhmässä. Raportti

olisi lyhyt ja ytimekäs, ja kaikki olisivat velvollisia keskittymään siihen. Jokainen työntekijä kävisi päivän asiakkaansa läpi ja kertoisi erityiskuulumiset. Kaikki pysyisivät selvillä asiakkaiden tilanteesta ja myös iltatyöntekijä tietäisi missä mennään. Jo nykyisinkin käytössä olevat ilta- ja viikonloppuvihko, jossa tiedotetaan muutokset, koettiin hyvinä. Ryhmä koki kuitenkin, että mukavampi tiedottaa myös suullisesti. Tässä nähtiin työntekijäkohtaisia eroja, jotkut kokevat tiedottamisen tärkeämpänä kuin toiset.

Tämän teema-alueen lopussa esitin haastateltaville lyhyesti tiivistelmän Lupaava-hankkeen kokeilusta. Haastateltavat näkivät sen hienona ja ihanteellisena, mutta epäilivät sen onnistumista käytännössä. Vastuuhoitajan tehtävä nähtiin todella laajana ja paljon työtä vaativana. Siihen menisi paljon työajasta. Muistikoordinaattori nähtiin hyvänä ajatuksena ja sellaisen tarpeellisuudesta tiimin tukena pidettiin tärkeänä. Ryhmä pohti myös mahdollisen muistitiimin muodostamista. Tässä tiimissä olisi muistisairauksiin perehtyneitä työntekijöitä ja tiimi pystyisi panostamaan muistisairaiden hoitoon. Tiimin toiminnassa olisi mukana terveydenhoitaja ja muistikoor-dinaattori. Tiimi olisi riittävän pieni ja näin myös tiedonkulku toimisi hyvin. Lääkä-rin osuutta muistisairaahan kotihoidossa ei haluttu korostaa.

”Niillä on niin utopistisia juttuja välillä, niin hienoja ohjeita mitä antaa. Ei ne ymmärrä, mitä kotihoidossa oikeesti pystytään tekemään.”

Lääkärin osuus nähtiin tärkeänä kun sairaus todetaan ja erilaisissa muutostilanteissa esim. lääkitystä tarkistettaessa. Toivottiin, että lääkärit olisivat enemmän kiinnostu-neita myös kotona pärjäämisestä.

Muistisairauden huomioonottaminen jo kotihoidon arviokäynnistä alkaen on tärkeää. Arviokäynnin tekee yleensä vanhuspalveluiden esimies tai tiiminvetäjä. Haastatelta-vat näkivät, että tiiminvetäjä on paras henkilö tekemään arviokäyntejä. Hän kuitenkin alkaa hoitaa asiakkaan asioita myös eteenpäin. Omaisten mukana olo arviokäynneillä nähtiin oleellisena väärinkäsitysten välttämiseksi. Tarvittaessa myös terveydenhoita-jan mukana olosta on hyötyä.

9.3 Kotihoidon ja muistisairaana omaisten yhteistyö

Kotihoidon työntekijät käyvät monesti useammin asiakkaan luona kuin hänen omaisensa. Haasteltavat kokivat tärkeäksi viestinnän merkityksen ja samalla ”aaltopituudella” olemisen. Toivottiin, että myös omaiset osaisivat käyttäytyä muistisairaiden kanssa.

”On muutama sellainen omainen, joka ymmärtää tilanteen, sellanen on kullannarvoinen.”

Näkökulmana oli toisessa kaupungissa asuva omainen, joka on yhteydessä lähinnä vain puhelimitse, ja kertoo, että kaikki tehdään väärin. Haastateltavat näkivät sen kuitenkin lähinnä omaisen huolena muistisairaasta, mutta yhteistyön toivottiin paranevan ja luottamuksen hoitajiin lisääntyvän. Oli myös omaisia, jotka eivät ymmärrä tilanteen vakavuutta ja toisaalta ylihuolehtivia, jotka järjestivät muistisairaana heti laitokseen.

Päivätoiminta ja lyhyet intervallijaksot nähtiin hyvänä tukimuotona omaisille ja kotihoidolle. Päivätoiminta koettiin antoisaksi muistisairaalle siinä vaiheessa, kun hän vielä tiedostaa, minne on menossa. Se lisää myös turvallisuuden tunnetta, kun tuntee kuuluvansa johonkin ryhmään.

Haastateltavien mielestä olisi hyvä, jos muistisairas ja hänen omaisensa tietäisivät jo hyvissä ajoin, minne muistisairas siirtyy, kun kotona oleminen ei enää onnistu. Tämä nähtiin toisaalta mahdottomana, koska kenelläkään ei voi pitää paikkaa vapaana ennen kuin tarve ilmenee. Nykyään monet muistisairaana joutuvat ensin sairaalaan ja siellä odottamaan vakituista paikkaa jonnekin.

”Pitäis olla vaan yksi paikka minne menee. Ei ensin sairaalaan, sitte vähäks aikaa jonnekin odottamaan ja sitte vasta joskus lopulliseen paikkaan.”

Ryhmä oli yhtä mieltä siitä, että kotihoidon kehittämiseksi parempaan suuntaan muistisairaiden kohdalla, omaisen tulisi olla hoidossa mukana. Omainen pystyy tiedottamaan ja kertomaan muistisairaana taustatiedoista ja eletystä elämästä. Omainen on tärkeä yhteistyökumppani kotihoidolle myös siinä kohtaa, kun on pitää tehdä vaikeita päätöksiä. Omaisen väsyminen nähtiin kotihoidolle haasteellisena tilanteena.

Myös omaisen tukeminen nähtiin tärkeänä. Omaisen väsymisen yhdeksi syyksi arveltiin tiedonpuutetta sairaudesta. Tähän kotihoito pystyy vaikuttamaan.

Haastateltavilla oli melko vähän kokemusta pariskunnista, joissa toisella on muistisairaus. Tällaisia asiakkaita on kotihoidossa vähän. He pärjäävät ryhmän mielestä ilmeisesti sen verran hyvin ilman apuja.

10 KIRJALLISET KYSYMYKSET

10.1 Yleistä kysymyksistä

Kirjallisia kysymyksiä oli yhteensä neljä. Niiden avulla halusin tiivistää ja kerrata käytyä keskustelua ja mahdollistaa vielä uusienkin ideoiden esille tulemistä. Aivan kuten haastattelussakin, vastaukset ja mielipiteet olivat melko yhtenäisiä. Esitän seuraavassa vastauksia kysymyksiin, osittain suoraan lainattuna.

10.2 Kotihoidon muuttuminen ja kehittyminen

Kotihoidon muuttumista ja kehittymistä parempaan suuntaan muistisairaiden hoidossa selvitin vielä seuraavalla kysymyksellä:

Mainitse vähintään kolme asiaa, joissa kotihoidon pitäisi muuttua/kehittyä, jotta muistisairaiden olisi mahdollisuus selviytyä kotona pidempään?

Vastaukset olivat kaikilla melko samansuuntaisia ja monella oli aivan samojakin asioita mainittuina:

- *”dementiakoulutusta lisää työntekijöille, muistihoitaja”*
- *”ilta-yöpartio, ”päivystystä”*
- *”aikaa hoitaa kokonaisvaltaisesti, säännöllinen ulkoilu, viriketoiminta”*
- *”työntekijöiden vaihtuvuuden hillitseminen”*
- *”yksilöllisyys!! Yleistämiset pois!”*

- *”hoitajien paneutuminen”*
- *”samat hoitajat muistisairaahan hoidossa”*

10.3 Halukkuus omahoitajuuteen tai vastuuhoidajuuteen

Omahoitajuus ja vastuuhoidajuus korostui teoriaosuudessa ja sen merkitystä pidettiin tärkeänä. Halusin selvittää kirjallisella kysymyksellä jokaisen henkilökohtaisen mielipiteen ja perustelut asiasta:

Haluaisitko itse olla muistisairaahan asiakkaan oma- tai vastuuhoidaja? Miksi, tai miksi et?

Kolme vastaajista ilmoitti haluavansa olla muistisairaahan asiakkaan oma- tai vastuuhoidaja:

- *”tuntee itsensä tarpeelliseksi, muistisairaahan todella tarvitsevat hoitajaa”*
- *”muistisairaus mielenkiintoa (tiedonhalua) herättävä sairaus”*
- *”kiinnostava alue, omakohtainen kokemus”*
- *”saisi enemmän tietoa asiakkaasta ja asiakaskin hyötyisi”*
- *”toisaalta pitkässä suhteessa haasteensa työntekijän jaksamiseen”*
- *”muistisairaiden hoitotiimi voisi toimia hyvin”*

Kaksi vastaajista ei ollut kiinnostunut olemaan oma- tai vastuuhoidaja:

- *”en, koen liian rankaksi henkisesti”*
- *”jos olisi aikaa olla asiakkaan kanssa, en ehkä itse, sitoisi paljon”*

10.4 Tiedon tarve muistisairaiden hoitoon liittyen

Haastattelussa tuli useaan kertaan ilmi, että haastateltavat kaipaavat lisää koulutusta ja ammattitaitoa työhönsä. He eivät toivoneet sitä vain itselleen, vaan kokivat koko kotihoidon henkilökunnan tarvitsevan sitä. Tämän kirjallisen kysymyksen tarkoitus oli vielä tarkentaa minkälaiselle lisätiedolle on tarvetta.

Mitä/minkälaista tietoa haluaisit lisää muistisairaiden hoitoon/kohtaamiseen liittyen?

Vastaajat kaipasivat tietoa muistisairaiden lääkityksestä. Moni toivoi koulutusta aggressiivisuuden kohtaamiseen ja käytöshäiriöihin liittyen. Muistisairauksien eri ilmenemismuodoista kaivattiin myös lisätietoa. Yksilötasolla toivottiin tietoa enemmän asiakkaan taustoista ja elämänhistoriasta. Myös tutustumiskäynti esim. dementiayksikköön nähtiin tarpeellisina.

10.5 Vaikeaksi koetut asiat

Mitkä asiat koet vaikeiksi muistisairaana kotihoidossa? Olisiko näihin asioihin mahdollisuus vaikuttaa johonkin? Osaatko sanoa, miten?

Työntekijöiden vaihtuvuus, huono tiedonkulku, ajankäyttö, vähäinen taustatieto, muistisairaana asioiden hoito (kuka hoitaa, mitä, missä, milloin) ja muistisairaana asioista päättäminen nähtiin vaikeina asioina kotihoidossa. Pelkona oli myös, että asiakas voi lähteä ulos talvipakkaseen tai unohtaa levyn päälle. Muistisairaiden vähäinen liikkuminen ja ulkoilu koettiin vaikeana asiana. Asiakkaan kohtaamisessa vaikeita asioita tuotti asiakkaan hoitovastaisuus (esim. lääkkeiden ottaminen).

Vastaajat olivat kaikki sitä mieltä, että näihin on mahdollisuus vaikuttaa:

- *”hoitokokouksissa olisi hyvä tehdä selkeä suunnitelma, laajasti ja tarkasti miten asiat hoidetaan, vaatii omaisen mukana oloa”*
- *”työnantajan sitouduttava myös koulutuksen järjestämiseen ja palkkaamalla riittävästi henkilökuntaa”*
- *”riittävä tiedonsaanti”*
- *”kärsivällisyys, osattava kuunnella asiakasta, yhdessä tekeminen”*
- *”laulamisen olen havainnut vaikuttavan hyvin positiivisesti”*
- *”tutun työntekijän kanssa säännöllistä ulkoilua, monilla asiakkailla iso kynnyksen tilata ”outoa” ulkoiluapua, tutun kanssa lähtisi kyllä ulos”*

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

11.1 Yleistä

Olen käyttänyt opinnäytetyössäni teemahaastattelua tiedonhankintamenetelmänä. Ennen haastattelun tekemistä olin perehtynyt teoriaosuuteen. Haastattelussa ja kirjallisten kysymysten vastauksissa tuli esille paljon samoja asioita, jotka myös teoriaosuudessa nähtiin olennaisina. Haastateltavilla oli näkemyksiä, miten kotihoitoa ja muistisairaana kotona selviytymistä voidaan parantaa. Kaiken kaikkiaan haastattelun perusteella voi päätellä, että työntekijät haluaisivat hoitaa muistisairasta kokonaisvaltaisemmin ja yksilöllisemmin eikä vain suorittaa asiakkaan luona tiettyjä yksittäisiä työtehtäviä.

11.2 Muistisairaana turvallisuus/turvattomuus kotona

Muistisairaiden kotona työskentelevät henkilöt olivat aidosti huolissaan muistisairaiden kotona selviytymisestä. Haastattelun perusteella voi päätellä, että muistisairaana selviytymisessä on paljon riskitekijöitä. Kotihoidon näkökulmasta kaivattiin ennen kaikkea ammattitaitoista henkilökuntaa, jolla on myös mahdollisuus antaa asiakkaalle aikaa. Joustavuus ajankäytön ja asiakkaan luona tehtävien töiden suhteen nähtiin tärkeänä. Kotihoidolla toivottiin tulevaisuudessa olevan enemmän mahdollisuuksia kokonaisvaltaisempaan hoitoon. Se ilmeni haastateltavien toiveena saada toimia muistisairaana kanssa monipuolisemmin kuten ulkoilemalla säännöllisesti.

Muistisairaana kotona selviytymistä on mahdollista tukea monin keinoin. Kotihoito on yksi tärkeä palvelumuoto tässä tilanteessa. Opinnäytetyössä tuli kuitenkin esille, että johonkin kohtaan on osattava vetää raja. Kun kotona selviytyminen ei enää millään apukeinoin ole mahdollista, sitä on turha pitkittää. Muistisairaalle tulisi silloin löytyä mahdollisimman nopeasti hyvä hoitopaikka. Tässä tulee huomioida muistisairaana ja hänen omaisensa toiveet. Toivottavaa myös on, että siirtymistä paikasta toiseen pysytään välttämään ja lopulliseen hoitopaikkaan on mahdollisuus siirtyä suoraan kotona.

11.3 Muistisairaahan omahoitaja/vastuuhoitaja

Porissa ei tällä hetkellä ole käytössä omahoitaja tai vastuuhoitaja käytäntöä. Tiimit huolehtivat asiakkaistaan yhdessä. Opinnäytetyön haastattelun perusteella tarve muistisairaahan omahoitajalle tai vastuuhoitajalle tuli kuitenkin esille. Työntekijän näkökulmasta asia nähtiin rankkana, mutta toisaalta haasteellisena ja antoisana. Muistisairaahan näkökulmasta katsottuna asian tärkeys korostui.

Omahoitajan tai vastuuhoitajan merkitystä ei kuitenkaan nähty aivan välttämättömänä. Haastateltavat kokivat, että riittävän pienet ja muistisairauksiin perehtyneet tiimit voisivat toimia yhtä hyvin. Se edellyttäisi kuitenkin parempaa tiedonkulkua ja tiimin jäsenten ammattitaitoa ja motivoituneisuutta muistisairaiden hoitoon. Ratkaisuna nähtiin esim. muistitiimit, joilla olisi työssään tukena muistikoordinaattori.

11.4 Omaisten ja kotihoidon yhteistyö

Omaisten merkitys muistisairaalle on todella tärkeä. Omaisen toimii usein muistisairaahan linkkinä ulkomaailmaan. Hän hoitaa käytännön asioita, tukee muistisairasta sairauden edetessä ja kantaa vastuun muistisairaahan päivittäisestä selviytymisestä. Kaikilla muistisairailla ei ole omaisia, he asuvat kaukana tai eivät halua osallistua hoitoon. Kotihoidon näkökulmasta omaisten työ nähtiin haastattelussa korvaamattomana, silloin kun omaisen ja muistisairaahan yhteistyö toimii. Haastattelussa tuli kuitenkin esille, että kotihoidon ja omaisten yhteistyö on hyvin vaihtelevaa. Tähän nähtiin yhdeksi syyksi omaisen tietämättömyys sairaudesta ja siihen liittyvistä ongelmista kuten käytöshäiriöistä. Omaisten ja kotihoidon yhteistyöstä toivottiin kehittyvän entistä aktiivisempaa. Siihen ratkaisuna nähtiin pienempi hoitotiimi tai vastuuhoitaja ja omaisen oma aktiivisuus.

12 LOPUKSI

Opinnäytetyön tekeminen muistisairaiden kotihoidosta osoittautui mielenkiintoiseksi ja antoisaksi. Olen työtä tehdessäni huomannut, miten paljon muistisairaista puhutaan ja kirjoitetaan. Välillä kuitenkin pysähtyy miettimään, miten heihin sitten käytännössä ihan oikeasti suhtaudutaan ja miten heitä hoidetaan.

Kotihoidossa tulee tulevaisuudessa olemaan entistä enemmän muistisairaita asiakkaita. Heidät on osattava kohdata sairauden edellyttämällä tavalla. Heille tulee tarjota oikeanlaisia palveluja, oikeaan aikaan ja niitä on pystyttävä muuttamaan sairauden edetessä. Kotihoidon avulla, oikein toimimalla, on mahdollista myös tukea muistisairaansa asiakkaan omatoimisuutta ja itsenäisyyttä mahdollisimman pitkään.

Toivon, että tämä opinnäytetyö herättää keskustelua muistisairaiden kotihoidosta ja sen kehittämisestä. Paljon on tehtävissä, ja valmista ei koskaan varmaan tulekaan. Tässä työssä tulee esille vain pieni osa asioita, joita muistisairaansa hoidossa tulee ottaa huomioon. Itse näen, että kotihoito voisi laaja-alaisesti toimiessaan ottaa kokonaisvastuun muistisairaansa asiakkaan palveluiden organisoimisesta ja olla eräänlaisena yhteystahona eri palvelujen välillä.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2010. Kotona asuvan muistisairaahan hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 505-513.
- Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M. 2006. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. Juva WS Bookwell Oy.
- Heimonen, S. & Vuori, U. 2007. Arjen sujuminen ja ammattilaisten vastuullinen toiminta. Teoksessa Heimonen, S. & Vuori, U. (toim.) Tue muistisairaahan kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Helsinki. Suomen muistiasiantuntijat ry, 50-63.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hemiä, M. 2010. Muistiasioiden uusi terminologia. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun seniori- ja vanhustyön opiskelijoille 29.1.2010.
- Härmä, H. 2010. Kotikuntoutus muistisairaahan kotihoidossa. Luento Satakunnan alueen vanhusten kotihoidon parissa työskenteleville ammattihenkilöille 15.11.2010.
- Heinola, R. & Finne-Soveri, H. 2008. Kotihoito arjen tukena. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut – opas kunnille. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 62-69.
- Juva, K. 2007. Perehdy muistisairauksiin. Teoksessa Heimonen, S. & Vuori, U. (toim.) Tue muistisairaahan kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Helsinki. Suomen muistiasiantuntijat ry, 8-19.
- Juva, K., Voutilainen, P., Huusko, T. & Eloniemi-Sulkava, U. 2010. Pitkäaikaishoitoon joutumisen vaaratekijät ja hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 514-528.
- Kotilainen, H., Topo, P. & Hurnasti, T. 2009. Asuinympäristö, apuvälineet ja teknologia. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut – opas kunnille. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 105-118.
- Muistiliiton www-sivut. Viitattu 10.4.2011.
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/

Myllärniemi, J. 2011. Tehostetussa liian suuri osa asiakkaista. Satakunnan Kansa 47, 4.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Niemelä, A-L. & Iso-Aho, M. 2009. Muistisairauksien hoito –kotihoidon uusin haaste. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J.(toim.) Lupaava kotihoito –uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä. PS-kustannus, 165-199.

Porin kaupungin www-sivut. Viitattu 4.4.2011.
<http://www.pori.fi/perusturva/ikaihmistenpalvelut.html>

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 7.4.2011.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1082656#fi

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Viitattu 15.4.2011. http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisusarja/nayta/_julkaisu/1063089#fi

Topo, P., Voutilainen, P. & Käyhty, M.2008. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi kertoo voimavaroista ja tarvittavasta tuesta. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P.(toim.) Laadukkaat dementia palvelut –opas kunnille. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy 35-42.

Voutilainen, P. 2009. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy, 109-122.

Tervetuloa ryhmähaastatteluun!

Aika: Torstai 17.3.2011 klo 13 -15.00

Paikka: Valtakatu 11, sisäpiha, 2.kerros

Teen sosionomi-koulutukseen liittyvän opinnäytetyöni muistisairaiden kotihoidosta. Olen kiinnostunut erityisesti muistisairaiden kotona työskentelevien mielipiteistä ja kehittämisajatuksista.

Muistisairaiden kotona asumisesta ja selviytymisestä puhutaan nykyään paljon. Väestön ikääntyessä myös muistisairaiden määrä tulee koko ajan kasvamaan. Samalla pyritään entistä enemmän siihen, että ikäihmiset selviytyisivät mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Haluaisinkin keskustella kanssanne, mitä tulisi juuri muistisairaiden kohdalla ottaa huomioon, jotta tämä olisi mahdollista. Toivon, että voisitte pohtia asiaa erityisesti kotihoidon näkökulmasta. Mikä kotihoidossa on toimivaa, mitä pitäisi muuttaa/kehittää? Miten muistisairaiden kotona työskentelevien pitäisi toimia, miten koko kotihoitopalveluiden pitäisi kehittyä?

Alue on laaja, joten olen valinnut muutaman teema-alueen, joista toivoisin syntyvän keskustelua:

1. Muistisairaiden turvallisuus/turvattomuus
2. Omahoitaja/vastuuhoitaja
3. Yhteistyö omaisten kanssa/ yksinäiset muistisaira

Toteutan haastatteluni teemahaastatteluna, jonka toteutan ryhmähaastatteluna. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tietty-

jen teemojen varassa. Ryhmähaastattelu on keskustelua, jossa tavoite on melko vapaamuotoinen. Osanottajat kommentoivat asioita spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa aiheesta. Ryhmähaastattelua voidaan käyttää esim. silloin, kun tarkoituksena on löytää uusia ideoita tai kehittää uusia palveluja. (Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus.)

Toivon teidän vielä haastattelun lopuksi vastaavan lyhyesti muutamaaan kirjalliseen kysymykseen.

Haastatteluun ja kirjallisiin kysymyksiin vastaamisen arvioisin kestävän yhteensä noin 1,5 - 2 tuntia.

Osallistuminen haastatteluun on täysin vapaaehtoista. Nauhoitan keskustelun, jotta minun on jälkikäteen mahdollisuus purkaa keskustelu paperille. Haastattelu on luottamuksellinen ja opinnäytetyössäni ei ilmene osallistujan henkilöllisyys.

Toivottavasti kaikki ilmoittautuneet pääsevät osallistumaan!

Kiitos jo etukäteen osallistumisestasi!!!

Terv. Mari Stengård

Mikäli ilmenee kysyttävää, et pääse tulemaan tms., voit ottaa yhteyttä 044-5233334 tai mari.stengard@dnainternet.net

Mari Stengård
Paarmantie 17
28200 Pori

Tutkimuslupa

Kodinhoitaja, sosionomiopiskelija (amk) Mari Stengård on anonut tutkimuslupaa Satakunnan ammattikorkeakoulussa tehtävään opinnäytetyöhön, joka liittyy muistisairaahan asiakkaan hyvään hoitoon kotihoitopalveluissa. Tutkimus toteutetaan teemahaastattelun avulla. Haastatteluteemoja ovat turvallisuus, omahoitajan/vastuuhoitajan merkitys sekä omaisten ja kotihoidon yhteistyö. Haastatteluryhmään valitaan Keski-Porin kotihoidon tiimeistä 1-2 työntekijää, eli yhteensä 6-8 haastateltavaa.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada selville, miten kotihoitopalvelujen avulla muistisairas ihminen pystyisi asumaan pidempään kotona ja mitä asioita heidän kohdallaan tulisi ottaa huomioon. Tarkoituksena on saada uusia ideoita ja kehittämistarpeita muistisairaiden kotihoitoon.

Myönnän luvan opinnäytetyön tekemiselle Porin perusturvakeskuksen kotihoitopalveluissa.

Porissa
29.12.2010



Matti Kukola
Hoiva-, hoito- ja sairaalapalveluiden johtaja