



Muistisairaahan henkilön hyvä hoito - opas hoito- henkilökunnalle

Laura Lehmus, Jenni Tuomi

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Muistisairaan henkilön hyvä hoito - opas hoitohenkilökunnalle

Laura Lehmus, Jenni Tuomi
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2020

Laura Lehmus, Jenni Tuomi

Muistisairaahan henkilön hyvä hoito - opas hoitohenkilökunnalle

Vuosi

2020

Sivumäärä

41

Opinnäytetyömme työstettiin yhteistyössä Uudellamaalla sijaitsevan Esperi Care:n ikääntyneiden ja muistisairaiden hoivakodin kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää muistisairaita asukkaita hoitavien hoitajien osaamista ennaltaehkäistä ja hallita muistisairaudesta johtuvia käytösoireita. Tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle opas, jonka avulla tarjotaan keinoja muistisairaahan kohtaamiseen.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rakentuu perustietoon muistisairauksista ja niistä johtuvista käytösoireista, muistisairauksien yleisyydestä yhteiskunnassamme tällä hetkellä sekä niiden tulevaisuuden näkymistä. Keskeisimpänä teoriaperustana on toiminut Hoitotyön tutkimussäätiön Hotus-hoitosuositus Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä. Hoitosuositus sisältää viisi keskeistä painopistettä, jotka ovat muistisairasta huomioiva vuorovaikutus, ohjatut aktiviteetit, muistisairaahan asuinympäristöä koskevat ratkaisut, omaisten ja läheisten huomioiminen sekä hoitotyöntekijöiden osaaminen ja koulutus muistisairauksista ja lääkkeettömistä menetelmistä.

Opinnäytetyön lähtötilanteen kartoitus hoitoyksikössä toteutettiin sähköisen kyselyn avulla. Kyselylomake muodostui Likert -asteikollisista väittämistä. Väittämät oli muodostettu Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä -hoitosuosituksen suosituslauseista. Kyselyyn tulleiden vastauksien perusteella työstimme henkilökunnan tarpeita vastaavan oppaan, jonka avulla tarjotaan keinoja muistisairauksista johtuvien käytösoireiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi yhteistyökumppanimme tarpeisiin vastaten sekä ajankohtaiseen tutkittuun tietoon sekä näyttöön perustuva selkeä ja helppolukuinen opas, jota hoitotyön ammattilaiset voivat työssään hyödyntää. Tästä johtopäätöksenä voimme todeta opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen tulleen täytetyksi. Jatkokehittämis ehdotuksenamme on käytösoireiden kohtaamiseen tarvittavan osaamisen vahvistaminen ja yhtenäistäminen käytännön harjoitteiden kautta.

Asiasanat: muistisairaudet, käytösoireet, ennaltaehkäisy, kohtaaminen, hoitosuositus

Laura Lehmus, Jenni Tuomi

Good care for a person with memory disorder - a guide for nursing staff

Year

2020

Pages

41

This thesis was developed in collaboration with Esperi care's nursing home for elderly and memory disease. The purpose of the thesis is to develop the competence of nurses caring for residents with memory disorders to prevent and manage behavioural symptoms arise from memory disorders. The goal is to produce a guide for nursing staff to provides ways to encounter a person with a memory disease.

The theoretical framework is based on knowledge of memory diseases and behavioural symptoms due to these, the prevalence of memory diseases currently in our society and the prospects of those in the future. The main theoretical basis is the Hotus-treatment recommendation by The Nursing Research Foundation Supporting the memory impaired persons performance of the daily activities - the drug-free methods in nursing. The treatment recommendation includes five key priorities that are attentive interaction, guided activities, living environment solutions, paying attention to relatives and loved ones and the knowledge and education of nursing staff concerning memory diseases and drug-free methods.

The mapping of the initial situation of the thesis in the treatment unit was carried out with the help of an electronic questionnaire. The questionnaire consisted of Likert-scale statements. The claims were formed from the recommendations of the treatment recommendation "Supporting the performance of a person with a memory disorder in daily activities - Drug-free methods in nursing". Based on the answers to the questionnaire a guide was created for the needs of staff to provides ways to prevent and manage behavioural symptoms due to memory diseases.

The thesis resulted in a clear and easy-to-read guide, based on current research and evidence-based data, that met the needs of our partner, which could be used by healthcare professionals in their daily work. As a conclusion, we can establish that the purpose and objective of our thesis was fulfilled. As a proposal for further development would be to strengthen and unify the competence of encountering behavioural symptoms through practical exercises.

Keywords: memory disorders, behavioral symptoms, prevention, encountering, treatment recommendation

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	8
3	Hoitotyöntekijöiden työ hoivakodissa	8
3.1	Sairaanhoitajana vanhustyössä	8
3.2	Yhteistyökumppanina toimivan hoivakodin toiminnankuvaus.....	9
3.3	Vanhustyötä ohjaava lainsäädäntö ja laatusuosituksset	10
3.4	Voimavarakeskeinen työskentelymalli hoivakodissa	10
4	Yleisimmät muistisairaudet Suomessa ja niiden aiheuttamat käytösoireet.....	11
4.1	Muistisairauksien yleisyys.....	12
4.2	Muistisairaudet	12
4.2.1	Alzheimerin tauti.....	12
4.2.2	Verisuoniperäinen muistisairaus.....	13
4.2.3	Lewyn kappale -tauti.....	15
4.2.4	Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus.....	15
4.2.5	Parkinsonin taudin muistisairaus	16
4.2.6	Alkoholin aiheuttama muistisairaus.....	16
4.3	Muistisairauden aiheuttamat käytösoireet ja muutokset itseilmaisuuun	17
4.4	Käyttäytymisen muutosten tunnistaminen	18
5	Muistisairaahan hyvän hoidon elementit	20
5.1.1	Muistisairasta huomioiva vuorovaikutus.....	21
5.1.2	Ohjatut aktiviteetit.....	22
5.1.3	Muistisairaahan ympäristöä koskevat ratkaisut	23
5.1.4	Omaisten ja läheisten huomioiminen muistisairaahan hoidossa.....	23
5.1.5	Hoitotyöntekijöiden osaaminen ja koulutus muistisairauksista ja lääkkeettömistä menetelmistä	24
6	Hyvän oppaan tunnusmerkit.....	25
7	Kehittämisprojektin toteutus hoivakodissa	26
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	26
7.2	Projektioorganisaatio ja resurssit	26
7.3	Riskianalyysi ja riskienhallinta.....	27
7.4	Henkilökunnalle suunnattu kysely oppaan taustalla	28
7.5	Lähtötilannekartoituksen tulokset	30
8	Muistisairaahan henkilön hyvä hoito - opas hoitohenkilökunnalle	38
8.1	Oppaan rakenne ja laadintaprosessin kuvaus	38
8.2	Oppaasta saatu palaute.....	38
9	Pohdinta.....	39

9.1	Opinnäytetyön eettiset kysymykset ja oppaan luotettavuuden arviointi	39
9.2	Tavoitteen toteutumisen arviointi	41
Lähteet	42
Kuviot	46
Taulukot	46
Liitteet	47

1 Johdanto

Muistisairaudet ovat kansansairauksia ja niitä sairastavien ihmisten lukumäärä kasvaa voimakkaasti ihmisten elässä yhä pidempään. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2019) arvion mukaan muistisairaita oli Suomessa vuonna 2019 noin 190 000 henkilöä ja vuosittain todetaan jopa noin 14 500 uutta muistisairauteen sairastunutta henkilöä. Kolme neljästä pitkäaikaishoidossa olevasta ikääntyneestä sairastaa muistisairautta ja suurin osa etenevään muistisairauteen sairastuneista ovatkin iältään yli 80-vuotiaita. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Muistisairauksiin liittyy hyvin usein erilaisia ja eritasoisia käytösoireita, joita esiintyy suurimmalla osalla, jopa 90 %:lla muistisairaista, niiden ollen lyhytkestoisia ja ohimeneviä tai oireiden vaivatessa pitkäkestoisesti, jopa vuosien ajan. (Käypä hoito -suosituksen Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset) ohje potilaille ja läheisille, 2016.)

Muistiliiton (2018) tilaaman katsauksen mukaan Suomessa arvioidaan haasteelliseksi koettuja käytösoireita esiintyvän säännöllisesti kotihoidon palveluja saavilla asiakkailla noin 20%:lla sekä tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin asiakkaista noin 60 %:lla. Muistisairaiden käyttäytymisessä ilmeneviä oireita kutsutaan käytösoireiksi. (Tuomikoski, Parisod, Oikarainen, Siltanen & Holopainen 2018.)

Hoitohenkilökunnan ammattitaidon ja osaamisen ylläpitämisellä on tutkimusnäyttöön perustuen positiivisia vaikutuksia muistisairauden arkisista toimista suoriutumiselle. Henkilökunnan kouluttamisella, osaamisen päivittämisen sekä tiedon lisäämisen avulla eri muistisairauksista ja lääkkeettömistä hoitomenetelmistä, muistisairauksien tuomista erityispiirteistä sekä erilaisista muistisairauksista johtuvista käytösoireista on merkitystä turvallisen hoitotyön toteutumisen kannalta. Hoitohenkilökunnan ammattitaidon ylläpitämisessä ja tietotaidon lisäämisessä tulee hyödyntää useita erilaisia menetelmiä, joista yhtenä esimerkkinä on mainittu kirjallisten ohjeistuksien hyödyntäminen. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2019.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää muistisairaita asukkaita hoitavien hoitajien osaamista ennaltaehkäistä ja hallita muistisairaudesta johtuvia käytösoireita. Tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle opas, jonka avulla tarjotaan keinoja muistisairaahan kohtaamiseen.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää muistisairaita asukkaita hoitavien hoitajien osamista ennaltaehkäistä ja hallita muistisairaudesta johtuvia käytösoireita. Tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle opas, jonka avulla tarjotaan keinoja muistisairaahan kohtaamiseen.

3 Hoitotyöntekijöiden työ hoivakodissa

Sosiaalihuoltolain (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014) mukaan ”Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista” ja ”Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti.” Tehostettu palveluasuminen on täten lakiin perustuva avohoidon asumispalvelu ikäihmiselle, jonka järjestäminen kuntien on vastuulla. Palvelu tulee järjestää ikääntyneelle, jonka toimintakyky ja terveydentila ovat heikentyneet siten, ettei hän enää selviä kotihoidon ja tukipalveluiden turvin. Tehostetussa palveluasumisessa kolmasosalla asukkaista esiintyy muistisairaus, joka on vaikeusasteeltaan vähintään keskivaikea ja hoidon tarve on ympärivuorokautista. Tehostettu palveluasuminen perustuu ikääntyneen toimintakyvyn ja terveydentilan kokonaisvaltaiseen arviointiin sekä yksilöllisen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan. (Terveyskylä 2019.)

3.1 Sairaanhoidtajana vanhustyössä

Sairaanhoidajan ammattitutkintoa säätelee laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä sekä kansallisen lainsäädännön ohella EU-direktiivi (2013/55/EU). Sairaanhoidajan koulutus Suomessa on sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, joka on laajuudeltaan 210 opintopistettä, koostuen (180op) perusopinnoista ja (30op) suuntautumisopinnoista. Ydinosaamisen moduulit sisältävät tutkinnon pakolliset osaamisvaatimukset ja täydentävät moduulit antavat mahdollisuuden osaamisen syventämiselle. Osaamisvaatimukset koostuvat eri osa-alueista, joita ovat Ammatillisuus ja eettisyys, Asiakaslähtöisyys, kommunikointi ja moniammatillisuus, Terveiden edistäminen, johtaminen ja työntekijäosaaminen, Informaatioteknologia ja kirjaaminen, Ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen, Kliininen hoitotyö, Näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko, Yrittäjyys ja kehittäminen, Laadun varmistus, Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja Potilas- ja asiakasturvallisuus. (Valvira 2020.)

Sairaanhoidtaja on yhteiskunnassa hoitotyön asiantuntija, joka toimii monenlaisissa muuttuvissa toimintaympäristöissä. Sairaanhoidtajan tärkeimpiä taitoja ovat potilaiden ja heidän omaistensa terveyden kokonaisvaltainen tukeminen, ihmisten arvostava kohtaaminen ja ammatillinen vuorovaikutus, hoitotyön kehittäminen, terveydenedistäminen, sairauksien ehkäiseminen, hoitaminen ja kuntouttaminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Väestön

ikäntyminen ja sitä kautta muutokset väestön palveluiden tarpeissa tulevat tulevaisuudessa vaikuttamaan myös vaatimukseen sairaanhoitajien osaamisen sekä ammattitaidon suhteen. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 1, 22-25.)

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa sairaanhoitajan työ on kokonaisvaltaista vastuunottoa, asukkaiden ollessa usein monisairaita sekä huomioiden, että sairaanhoitajia on monesti työvuorua kohden ainoastaan vain yksi. Sairaanhoitaja vastaa vanhustyössä hoidon toteutuksesta ja hoitoryhmän toiminnasta sekä lisäksi lääkehoidon kokonaisvastuusta. (Kaarlela 2013.)

Vanhustyön valtakunnallisena linjauksena on, että kunnat toteuttavat iäkkäiden pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon esisijaisesti kotiin vietävien sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluina. Tehostettu palveluasuminen eli ympärivuorokautinen palveluasuminen on avohoidon palvelu, jossa palvelut ja henkilökunta ovat asiakkaan tarpeiden mukaisesti saatavilla läpi vuorokauden. Tehostetussa palveluasumisen asiakkaista suurin osa on juuri ikääntyneitä henkilöitä, joilla on runsas avun, hoivan sekä valvonnan tarve. (STM 2020a.)

3.2 Yhteistyökumppanina toimivan hoivakodin toiminnankuvaus

Opinnäytetyön yhteiskumppanina toimii Espero Care Oy:n yksityinen ikääntyneiden ja muistisairaiden hoivakoti Uudellamaalla. Palvelukoti tarjoaa ympärivuorokautista, pitkäaikaista ja kodinomaista tehostettua palveluasumista ja hoivaa, sekä lyhytaikaista intervallihoitoa asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Hoivakodin toiminta-ajatuksena on tarjota asiakkailleen yksilöllistä, lämminhenkistä sekä voimavaroja tukevaa kodinomaista arkea sekä virikkeitä ja harrastustoimintaa asukkaiden mielenkiinnon mukaisesti. Hoivakoti sijaitsee isossa esteettömästi suunnitellussa omakotitalossa rauhallisessa ympäristössä viihtyisällä pientaloalueella, jossa on luontoa ja metsää ympärillä. Palvelukodissa jokaisella asukkaalla on oma pieni huone, josta löytyvät myös saniteettitilat. Palvelukodissa on isot ja valoisat toimintatilat, joista löytyy asukkaille yhteinen ruokailutila sekä talon molemmin puolin sijaitsevat kaksi ryhmäkotia, joiden käytävien varrella sijaitsevat asukashuoneet sekä lisäksi pienet yhteiset oleskelutilat televisioineen. Palvelukodissa on myös tilava saunatila sekä aidattu takapiha mahdollistamassa asukkaiden itsenäisiä ulkoiluja sekä hoitohenkilökunnan kanssa vietettyjä yhteishetkiä. (Espero Care Oy 2020.)

Hoivakodissa on noin 20 asukasta, joista naisten ja miesten osuus jakautuu lähes tasaisesti. Asukkaiden ikäjakauma on noin 70 - 99 vuotta. Muistisairauksista asukkailla esiintyy Alzheimerin tautia, joka näyttelee pääosaa, sekä Lewyn kappale -tautia, alkoholimentiaa ja Parkinsonin taudin muistisairautta. Hoivakodissa työskentelee 1,5 sairaanhoitajaa ja 15 lähihoitajaa ja 1 hoiva-avustaja. Käytännötyötä toteutetaan voimavarakeskeisesti ja joustavasti asukkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti kuntouttavalla työotteella. Sairaanhoitajan työnkuvaan hoivakodissa kuuluu kokonaisvaltainen työn organisointi, tiimivastaava toimiminen, lääkehoidon koordinointi, lääkärinkierrot ja yhteydenpito lääkäriin, asukkaiden voimainseuranta,

injektioiden antaminen, lääkelupien valvominen ja tenttien vastaanottaminen. (Hoivakodin esimies 2020.)

3.3 Vanhustyötä ohjaava lainsäädäntö ja laatusuositukset

Keskeisimpiä vanhustyötä sekä hoitajien toimintaa ohjaavia lakeja, säädöksiä ja suosituksia ovat: Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), Sosiaalihuoltolaki (1301/2014), Kansanterveyslaki (66/1972), Terveystieteiden laki (1362/2010), Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Vanhuspalvelulaissa säädetyistä henkilöstömitoituksesta iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa tehty lakimuutos tulee voimaan 1.10.2020 alkaen. Jatkossa lain avulla määritellään ja turvataan vanhustyössä vaadittavasta minimi henkilöstömitoituksen määrästä entisen pelkän laatusuosituksen sijaan. Laintarkoituksena on varmistaa vanhusten hoidossa välitöntä asiakastyötä tekevän henkilökuntamitoituksen vähimmäismääräksi 0,7 työntekijää asiakasta kohti. (STM 2020b).

Laatusuosituksista keskeisimmät, jotka ohjaavat vanhustyötä ovat Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020 - 2023, Hotus eli hoitotyön tutkimussäätiön tuottama hoitosuositus vuodelta 2019; Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä, Muistiliiton vuonna 2016 julkaisema Hyvän hoidon kriteeristö - Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin, Etene eli Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan julkaisema - Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, Kansallinen muistiohjelma 2012-2020, Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, Käypä Hoito -suositukset, Ravitsemussuositukset ikääntyneille, Viikoittainen Liikuntapiirakka yli 65-vuotiaille sekä Kuntien ikääntymispoliittiset strategiat. (STM 2020c.)

3.4 Voimavarakeskeinen työskentelymalli hoivakodissa

Voimavarakeskeisessä hoitotyössä ajattelu painottuu ikääntyneen henkilön vahvuuksien tunnistamiseen ja niiden tukemiseen, sekä näiden avulla toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen ylläpitämiseen, edistämiseen ja vahvistamiseen. Voimavarakeskeinen vanhuskäsitelmä korostaa yksilöllisyyttä, omatoimisuutta, elämäkokemusta ja omia näkemyksiä kohdistamalla päähuomion ikääntyneen kykyihin ja mielipiteisiin, ongelmakeskeisyyden sijaan. Asiakaskeskeisessä työskentelymallissa korostuu ikääntyneiden oman elämän asiantuntijuus ja toimiminen hoitotyöntekijän yhteistyökumppanina omissa hoidossaan, sekä ikäihmisen näkemistä aktiivisina omaan hoitoonsa osallistujina, passiivisen palveluiden kohteena olemisen sijaan. Vanhusten voimavaroja tulee pyrkiä tunnistamaan ja tukemaan sekä kannustamaan heitä sitä kautta omatoimisuuteen. Puolesta tekemistä tulisi välttää ja ikääntyneiden tulisi voida tehdä itsenäisesti niitä

asioita, joihin he ovat vielä kykenevät. Muistisairaiden osallisuutta ja voimavaroja voidaan tukea tavallisten arkipäiväisten toimintojen kautta, sekä auttamalla niissä toiminnoissa, joista ikääntynyt ei itsenäisesti enää selviydy. Tällä tavoin hoitohenkilökunta osoittaa kunnioitusta ikääntyneen mielipiteitä ja itsemääräämisoikeutta kohtaan. Muistisairaana ihmisen mielipiteen tiedusteleminen on tärkeää, heidän tarpeidensa ja toiveidensa huomioimiseksi, sekä kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen varmistamiseksi. Selkeän ja sanallisen vastauksen ja ilmaisun vähentyessä tai puuttuessa, pyritään sairastuneen mielipiteen selvittämisessä tulkitsemaan ja ymmärtämään enemmän heidän nonverbaalista ilmaisuaan, kuten eleitä, ilmeitä ja äännähdyksiä. (Juuso-Pulkkinen 2015.)

Edellytyksenä voimavaralähtöiselle hoitotyölle on luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luominen ikääntyneen ja hoitajan välille, sekä hoidettavan voimavarojen vahvistamiseen sitoutunut ajattelu eli ”empowerment”, joka tarkoittaa ihmisen henkilökohtaista voimaantumista ja tämän tukemista. Voimavaralähtöisessä hoitotyön toimintamallissa ajattelu korostaa vanhuksen yksilöllisyyttä, arvostaa omatoimisuutta, elämäkokemusta sekä omia näkemyksiä. Vanhustyössä voimavaralähtöisyyttä vahvistavia tekijöitä ovat ammatillisuus, vanhuksen omien näkemysten ja mielipiteiden huomioiminen, osallisuuden vahvistaminen, ympäristön luomien mahdollisuuksien hyödyntäminen, positiivisten asioiden ja voimavarojen tukeminen, lähiomaisten huomioiminen osana yhteistyöverkostoa, myönteiset hoitotyön menetelmät ja asenne sekä hoitotyön tavoitteellisuus ja sen vaikuttavuuden varmistaminen. Voimavaralähtöisyyttä korostavia elementtejä vanhustyössä ovat kiireetön kohtaaminen, iloisen ja välittömän tunnelman luominen, mielekkään tekemisen mahdollistaminen ja tarpeellisuuden kokemuksen luominen. Myös ikääntyneen jokapäiväisessä arjessa yksityisyyden ja omien tottumusten toteuttamisen mahdollistaminen, muistelemisen, rohkaiseminen, ilojen ja surujen jakaminen, huumori ja koskettaminen sekä menetysten ja pelkojen käsitteleminen kuuluvat olennaisena osana voimavaralähtöiseen vanhustyöhön. Voimavaralähtöiseen hoitotyöhön kuuluu tärkeänä osana myös haasteellisen käyttäytymisen ja käytösoireiden taustalla olevien syiden selvittäminen sekä näiden ennaltaehkäiseminen. (Jutila 2013.)

4 Yleisimmät muistisairaudet Suomessa ja niiden aiheuttamat käytösoireet

Suomessa muistisairaudet ovat ikääntyneiden yleisimpiä pitkäaikaissairauksia, niiden ollessa 3.-5. sijalla vertailtaessa muiden Länsimaiden vastaaviin tilastoihin ja tulevaisuuden ennusteena muistisairaiden lukumäärän osalta arvioidaan olevan vuonna 2060 noin 240 000 henkilöä, heidän sairastaessa vaikeaa tai keskivaikeaa muistisairautta (Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019).

4.1 Muistisairauksien yleisyys

Suomalaisessa yhteiskunnassa väestö ikääntyy, syntyvyys laskee ja eliniän odote kasvaa. Väestön ikärakennetta koskevien ennusteiden mukaan yli 65-vuotiaiden henkilöiden osuus koko Suomen väestöstä on arveltu olevan noin 25,6 % vuoteen 2030 mennessä ja vuonna 2065 yli 90-vuotiaita tulee olemaan noin 190 000 henkilöä. (Terveyskylä 2019.) Suomalaisen väestön ikääntyessä myös muistisairaudet lisääntyvät. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019) mukaan Suomessa on tällä hetkellä arviolta noin 190 000 muistisairautta sairastavaa henkilöä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Maailmanlaajuisesti eri muistisairauksiin sairastuneita arvioidaan olevan noin 50 miljoonaa (Alzheimer's Disease International 2018). Alzheimerin taudin osuus on ylivoimainen ollen arviolta noin 70 - 80 % kaikista esiintyvistä muistisairauksista (Juva 2018). Muistisairaudet ovat täten maailmanlaajuisesti erittäin merkittävä ongelma ja aikakautemme yksi suurimmista sosiaali- ja terveyskriiseistä. "World Alzheimer Report 2018" mukaan globaalisti noin 152 miljoonaa ihmistä sairastuu muistisairauksiin vuoteen 2050 mennessä. (Alzheimer's Disease International 2018.)

Suomessa yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen muistisairauden sekamuoto, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus sekä Parkinsonin taudin muistisairaus. Alkoholien käytön yleistymisen ikääntyneiden ja suurten ikäluokkien eläköitymisen jälkeen on nähtävissä myös tehostetun palveluasumisen piirissä, jossa noin kolmanneksella asiakkaista löytyy taustalta alkoholien suurkulutushistoria ja sen aiheuttama muistisairaus. Alkoholien suurkulutuksesta johtuvia muistihäiriöitä ja diagnosoitua muistisairautta ilmenee jopa 40%:lla yli 65 -vuotiaista henkilöistä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2020.)

4.2 Muistisairaudet

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia ja tiedonkäsittelyä sekä muita ajatustoimintoja. Alzheimerin tauti on yleisin etenevä ja muistihäiriöitä aiheuttava muistisairaus. Seuraavaksi yleisimpänä pidetään aivoverenkiertohäiriöihin liittyvää muistisairautta. Muita aiheuttajia ovat Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden yhdistelmä, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa - ohimolohkorappeumat. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2020.)

4.2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on etenevä aivosairaus, josta on olemassa kolme eri muotoa: tyypillinen, epätyypillinen ja sekatyypillinen. Muistipainotteista eli tyypillistä muotoa edustaa noin 85% tapauksista ja se on yleisin Alzheimerin taudeista. Tyypillisen Alzheimerin taudin ensioireita ovat viimeaikaisten tapahtumien tai puhuttujen asioiden muistamisen sekä uuden oppimisen ja mieleen palauttamisen vaikeudet. Muisti on Alzheimerin taudissa heikentynein

tiedonkäsittelyn osa-alue. Alzheimerin tautiin liittyvät muutokset aivoissa kehittyvät hitaasti, minkä vuoksi sairauteen liittyviä muutoksia voidaan todeta aivojen magneettikuvasta tai selkäydinnesteestä jo lievän kognitiivisen heikkenemisen vaiheessa olevilta henkilöiltä. (Hallikainen 2019, 328.)

Ensimmäinen ja merkittävin oire on erityisesti lähimuistin heikentyminen ja uuden oppimisen vaikeus. Sairastuneella on vaikeuksia painaa mieleen viimeaikaisia tapahtumia ja puhuttuja asioita tai oppia uusia taitoja, esimerkiksi uuden kodinkoneen käyttöä. Aiemmin opitut taidot säilyvät selvästi pidempään. Kielelliset toiminnot, kuten sanojen tuottaminen ja puheen ymmärtäminen, heikentyvät sairauden edetessä. Lisäksi voi ilmaantua hahmottamisen vaikeutta, kuten ihmisten ja esineiden tunnistaminen, tai ympäristössä liikkumisen vaikeus. Organisoitavuuden heikentyminen sekä toiminnan suunnittelun, aloittamisen ja toteuttamisen vaikeus kuuluvat myös oirekuvaan. Ensimmäiset oireet voivat muistuttaa hajamielisyyttä ja ovat usein lieviä. Monimutkaiset toiminnot, kuten matkustaminen toiselle paikkakunnalle tai raha-asioiden järjesteleminen vaikeutuvat sairauden edetessä. Monet käytännön toiminnot, kuten ostosten tekeminen, ruuanlaitto ja päivittäisten raha-asioiden hoito heikentyvät sairauden myöhemmässä vaiheessa. Sairauden loppuvaiheessa vaikeutuvat päivittäiset perustoiminnot, kuten pukeminen, peseytyminen, wc-käynnit ja lopulta myös kävely- ja puhekyky. Sairaus kestää yleensä yli kymmenen vuotta ensioireiden alkamisesta. Psykkisiä oireita ja käytösoireita esiintyy suurimmalla osalla sairastuneista jossakin sairauden vaiheessa. Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisiä. Vaikeaa levottomuutta, harhaluuloisuutta ja vainoharhaisuutta voi toisinaan esiintyä. Vainoharhaisuutta eli paranoiaa voi esiintyä jo taudin alkuvaiheessa. (Juva 2018.)

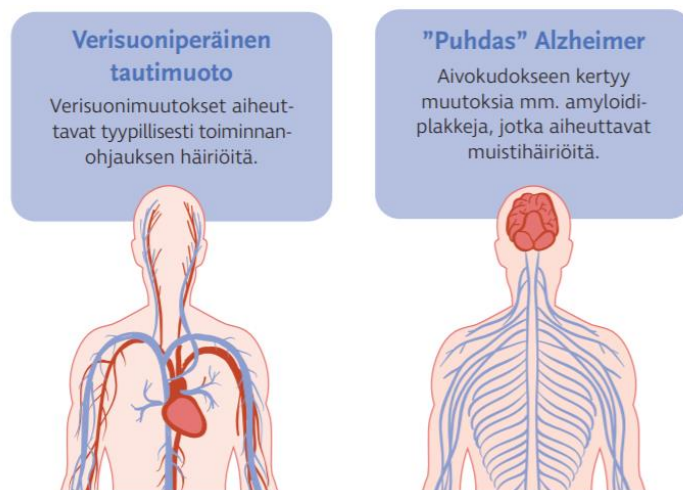
4.2.2 Verisuoniperäinen muistisairaus

Aivoverenkierto- eli vaskulaarinen muistisairaus on toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy, sitä esiintyy n. 15-20% kaikista muistisairauksista. Sen päätyyppinä ovat pienten aivoverisuonten ja suurten suonten tauti. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti, 2015, 137.) Verisuoniperäiseen muistisairauteen sairastumisen riskiä lisäävät aivoverenkiertosairaudet, kuten aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai aivojen valkean aineen hapenpuutteesta johtuvat vauriot. Aivoverenkiertohäiriöiden riskiä lisäävät kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli, diabetes, ylipaino, vähäinen liikunta, alkoholi ja tupakointi. Arviolta noin joka neljäs ihminen sairastuu vaskulaariseen muistisairauteen aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Alzheimerin tautiin verrattuna oireet alkavat nopeammin, jopa päivien tai viikkojen aikana. Muistihäiriön oire ei ole hallitsevin, vaan etenkin sairauden alussa merkittävä muutos on toiminnan ohjauksen heikkenemisessä. Oireet etenevät yleensä portaittain ja toisinaan voi olla parempia päiviä. Neurologisia oireita, kuten kävelyn heikkenemistä, halvausoireita tai puheentuoton ongelmia voi esiintyä myös, riippuen siitä missä aivojen osassa aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat puutosalueet sijaitsevat. (Atula 2019b.)

Vaskulaarinen muistisairaus voidaan luokitella kahteen päätyyppiin sen mukaan, missä aivojen muutosalueet sijaitsevat. Yleisin on niin sanottu valkean aineen tauti, jossa pienet verisuonitukokset, vuodot tai muut muutokset ovat aiheuttaneet muutoksia aivojen syviin osiin. Valkean aineen taudin ollessa kyseessä oireena voi olla puheentuoton häiriöitä ilman sanojen löytämistä vaikeutta, toispuoleiset halvausoireet, kävelyn kömpelyys ja tasapainohäiriöt. Pakkoitua- tai naurua voi esiintyä, älylliset toiminnot voivat hidastua ja käytösmuutoksia voi esiintyä. Suurten aivoverisuonten tukokset aiheuttavat hapenpuutteen myötä kuoliota aivojen kuorikerrokseen. Oireena voi olla sanojen löytämisen vaikeutta, toispuolinen halvaus ja kävelyn häiriö sekä näkökenttäpuutoksia sekä samantapaisia älyllisten toimintojen puutoksia kuin valkean aineen taudissa. (Atula 2019b.)

Tautia tutkittaessa on usein jo tiedossa aiemmat toistuneet aivoinfarktut. Diagnoosia varmistetaan aivojen tietokone- tai magneettitutkimuksella, jossa nähdään aiempien aivoverenkiertohäiriöiden jättämiä merkkejä, kuten arpia tai aivojen syvien osien yhteen sulautuneita muutosalueita. Vaskulaariseen muistisairauteen ei ole lääkehoitoa, vaan hoito keskittyy aivoverenkierrosairauksien hoitoon ja uusiutumisen ehkäisyyn. Elämäntapoihin liittyvää hoitoa on tupakoinnin lopettaminen, alkoholin maltillinen käyttö, kohonneen verenpaineen ja kolesterolin hoito ja mahdollisen diabeteksen hyvä hoitotasapaino. Kuntouttavana hoitona voidaan käyttää yksilöllisen tarpeen mukaan myös fysioterapiaa ja puheterapiaa. (Atula 2019b.)

Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen muistisairauden sekamuoto tarkoittaa, että muistisairaus puhkeaa henkilölle edellä mainittujen sairauksien yhteisvaikutuksena sekä perinnöllisistä syistä, että verisuoniperäisistä sairauksista johtuen (Kuvio 1) (Orion 2020). Jopa puolella yli 80-vuotiaista Alzheimerin tautia sairastavista on taustalla myös aivoverenkierrosairaus. Tällaisen muistisairauden alatyypit saattaa olla tulevaisuudessa yleisin etenevä muistisairaus. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014, 278.)



Kuvio 1: Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen muistisairauden sekamuoto (Sydän- ja verisuonitautien merkitys muistisairauden synnyssä. 2020. Orion Pharma).

4.2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on toiseksi yleisin hermostoa ja muistia rappeuttava sairaus. Arviolta noin 20 % kaikista esiintyvistä muistisairauksista on Lewyn kappale -taudista johtuvia. Nimitys taudille tulee sen aiheuttajan eli aivoista mikroskoopin avulla havaittavien solunsisäisten, aivojen kuorikerroksen alueelle kertyvien Lewyn kappaleiden mukaan. (Atula 2019a.) Lewyn kappale -taudille tyypillisimpiä oireita ovat saman päivän aikana tapahtuvat muutokset vireytilassa, kognitiivisten kykyjen ja tarkkaavuuden vaihtelut, muistihäiriöt, yksityiskohtaiset halusinaatiot, varasteluun ja mustasukkaisuuteen liittyvät harhaluulot, sekavuus, univaikeudet, aggressiopiuskat ja käytösoireet, masennus, tasapainohäiriöt, kaatuilu ja tajunnanhäiriöt, jäykkyyks ja hitaus, kävelyhäiriöt sekä karkea lepovapina (Sulkava 2010).

4.2.4 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus on muistisairauksien ryhmään kuuluva oireyhtymä, eikä se näin ollen ole itsenäinen sairaus. Oireyhtymän syntymekanismiin vaikuttavat useat eri sairaudet ja merkittävässä asemassa ovat geeniperimä sekä niissä esiintyvät virheet. Yleisyydeltään se on noin 5 %:n luokkaa kaikista muistihäiriöitä aiheuttavista sairauksista. Vaikka oireyhtymä luokitellaan kuuluvaksi muistisairauksiin, sitä sairastavilla potilailla muistihäiriöt tulevat esiin vasta sairauden myöhäisemmässä vaiheessa. Sairaus alkaa muista muistihäiriöitä aiheuttavista sairauksista poiketen usein jo työikäisellä eli huomattavasti aiemmin, kuin tyypillisesti muistisairauksissa. Oireet jakautuvat sen mukaisesti, esiintyykö aivojen rappeumaa otsa- vai ohimolohkon alueella. Oireina potilailla esiintyy mm. perusluonteen muuttuminen, holtiton käytös, yliseksuaalisuus, apaattisuus, masennus, latistuminen, kokonaisvaltainen elämänhallinnan vaikeutuminen, epäsiisti habitus ja hygienian laiminlyöntiä, epäsopivan hilpeä mieliala, muistivaikeudet, kielellisen kommunikoinnin heikkeneminen,

ymmärtämisen vaikeus, sosiaalisten suhteiden vaikeutuminen, pakonomaiset rutiinit, rajaamiseen liittyvät kiukunpuuskat ja jopa väkivaltaista käyttäytymistä. (Käypä hoito -suosituksen Muistisairaudet (Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia) potilasversio, 2016.)

4.2.5 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tauti on etenevä neurologinen sairaus ja siihen liittyvää Parkinsonin taudin muistisairautta sairastavia oli Suomessa vuonna 2016 arviolta noin 3000 henkilöä. Taudin osuus kaikista Suomessa esiintyvistä muistisairauksista on noin 3-4 % luokkaa ja kuten muissakin muistisairauksissa, ikääntyminen on sen keskeisin riskitekijä. (Käypä hoito -suosituksen Muistisairaudet (Parkinsonin taudin muistisairaus) potilasversio, 2016.) Sairautta esiintyy > 70 -vuotiailla henkilöillä jopa 1-2 / 100 henkilöä kohden, joka näin ollen tekee sairauden esiintyvyydestä kohtalaisen yleisen (Kuopio 2020). Parkinsonin taudin muistisairaus on Parkinsonin tautia sairastavalla asteittain alkava ja pääasiassa hitaasti etenevä oireisto, joka heikentää sairastavan henkilön jokapäiväisestä arkielämästä selviytymistä. Parkinsonin taudin muistisairautta on arveltu olevan eriateisena noin 30%:lla Parkinsonin tautia sairastavilla henkilöillä ja muistihäiriöiden lisääntyessä merkittävästi pitkään, eli > 15 vuotta Parkinsonin tautia sairastaneilla, jolloin muistihäiriöiden osuuden kohotessa jopa 80%:iin sairastuneilla. (Gordin & Kaakkola 2018.) Parkinsonin taudin muistisairaudessa esiintyy sekä Parkinsonin taudin yleisoreita, että muistisairauteen liittyviä kognitiivisia oireita, joita ovat mm. lepovapina, lihasjäykkyys, liikkeiden hitaus ja niiden tahdonalaisen aloittamisen vaikeus, lihasheikkous, tasapainon heikkeneminen, hajuaistin heikkeneminen, REM-unen häiriöt, autonomisen hermoston häiriöt, tihentynyt virtsaamisentarve, ummetus, masennus, ahdistus, sosiaalinen eristäytyminen, ajatuksen hidastuminen, aloitekyvyttömyys, ilmeettömyys, apatia, harhat, hallusinaatiot ja psykoosit, ahdistus, paniikki, puhevaikeudet, kivut, kaksoiskuvat, väsyminen ja unettomuus (Kuopio 2020.) Parkinsonin taudin muistisairaudessa yleisiä oireita ovat myös tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet, muistin heikkeneminen ja asioiden mieleen painamisen vaikeus, tiedonkäsittelyn hidastuminen ja ongelmien ratkaisukyvyyn heikkeneminen sekä avaruudellisen hahmotamisen vaikeudet (Käypä hoito -suosituksen Muistisairaudet (Parkinsonin taudin muistisairaus) potilasversio, 2016).

4.2.6 Alkoholin aiheuttama muistisairaus

Alkoholidementiaan liittyvään oireistoon kuuluvat lähimuistin heikentyminen, muutokset persoonallisuudessa, heikentynyt sosiaalinen selviytyminen ja työkyky sekä henkisten toimintojen heikentyminen. Alkoholidementian yleisin syy on tiamiinin puutteesta johtuva Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä. Sen pääoireita ovat muistiongelmien, erityisesti mieleen painamisen vaikeudet sekä silmäväreet, desorientaatio, aloitekyvyttömyys ja välinpitämättömyys. Runsaasta alkoholikäytöstä aiheutuu rakenteellisia muutoksia aivoihin. Dementiatasoista oireilua esiintyy

noin joka kymmenellä alkoholien suurkuluttajalla. Alkoholien aiheuttamaan muistisairauteen ei ole lääkehoitoa. Pitkäaikaisen raittiuden on kuitenkin todettu korjaavan tilannetta. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 217-218.)

4.3 Muistisairauden aiheuttamat käytösoireet ja muutokset itseilmaisuun

Laitisen (2015) mukaan hoivakodeissa asuvilla muistisairailla aggressiivista käyttäytymistä aiheuttavat erityisesti erilaiset arjen tilanteet, kuten vaatteiden riisumien ja pukeminen, hygienian hoito ja wc-käynnit, yksityiselle alueelle tuleminen, ruokailutilanteet ja siirtymisissä avustaminen. Muita kyseisiin tilanteeseen vaikuttavina tekijöinä pidettiin hoitohenkilökunnan asenteita ja vuorovaikutustaitoja muistisairaalle kanssa. Käytösoireet aiheuttavat muistisairaalle itselleen kärsimystä ja heikentävät heidän elämänlaatuaan sekä kuormittavat hoitohenkilökuntaa ja heikentävät työhyvinvointia, joten nämä syyt huomioiden käytösoireiden hallintaan ja ennaltaehkäisyyn käytettävien erilaisten keinojen löytäminen ja hyödyntäminen on erityisen tärkeää muistisairaalle hoitotyössä. (Laitinen 2015.)

Kaikissa muistisairauksissa ja niiden eri vaiheissa esiintyy käyttäytymisen muutoksia. Useat samanaikaiset käyttäytymisen muutokset muistisairaalla ovat tavallisia, ja niiden kirjo on laaja. Muistisairauteen liittyvistä psyykkisistä oireista ja haitallisista käyttäytymisen muutoksista voidaan käyttää nimitystä käytösoire. Käytösoireilla on merkittävä vaikutus muistisairaalle elämänlaatuun, kanssakäymiseen sekä muistisairaalle hoitoon ja huolenpitoon. Käytösoireista kärsivän muistisairaalle hoidossa olennaisena on muistisairaalle hyvä kohtaaminen. Myös oikein toteutetusta lääkehoidosta on apua. Käytösoireina voi olla esimerkiksi masennus, mania, apatia, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, estottomuus, häiritsevä seksuaalinen käyttäytyminen sekä uni- ja valvetrytmiin liittyvät muutokset. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder, 2014, 44.)

Muistisairauden loppuvaiheessa noin 50 - 60 %:lla sairastuneilla esiintyy ärtynyttä dysforiaa eli henkisesti epämiellyttävä oloa tai huonovointisuutta, levottomuutta eli agitaatiota, aggressiivista eli vaikeita ja haastavia tunnetiloja sekä psykoosioireita, jotka pahimmillaan ovat hoitoympäristössä kuormittavia, pitkäkestoisia sekä usein myös tilannesidonnaisia liittyen päivittäisiin hoitotilanteisiin tehden niistä haasteellisia, sekä muistisairaalle itselleen, että hoitohenkilökunnalle (Muistisairaudet (Muistisairauden käytösoireiden hoito): Käypä hoito -suositusten Muistisairaudet potilasversio 2016).

Käytösoireet ovat muistisairaalle tapa ilmaista henkistä sekä fyysisestä pahoinvointia ja taustasyynä saattaa olla esimerkiksi jokin somaattinen eli fyysinen sairaus, kiputilat tai sen hetkisen lääkityksen sopimattomuus. Muistisairaalle psyykkisiin ja fyysisiin tarpeisiin vastaamaan jättäminen saattaa johtaa aggressiiviseen käytökseen, joka on muistisairaalle vain yksi tapa kommunikoida, kun verbaalinen eli sanallinen itseilmaisuus ei enää luonnistu. Kun edellä mainitun ilmaisutavan hoitohenkilökunta usein tulkitsee käytösoireiksi, on se muistisairaalle näkökulmasta mielekäs tapa toimia sen hetkessä tilanteessa tullakseen kuulluksi ja ymmärretyksi,

sekä pyrkimystä sopeutua vallitsevaan tilanteeseen jäljellä olevien kognitiivisten kykyjensä mukaisesti. Käyttöoireiden taustalla esiintyviä oireita tulisi selvittää aina mahdollisimman hyvin, koska muistisairas ei usein kykene itse kertomaan näistä oireistaan, vaan ne ilmenevät erilaisina käyttöoireina esimerkiksi usein juuri levottomuutena tai aggressiivisuutena. (Laitinen 2015.)

4.4 Käyttäytymisen muutosten tunnistaminen

Muistisairaudesta johtuvia käyttäytymisen ja tunne-elämän haitallisia muutoksia kutsutaan käyttäytymisen muutoksiksi, joskus käyttöoireiksi. Muistisairaahan läheisten ja heitä hoitavien henkilöiden suhtautumista käyttäytymisen muutokseen auttaa ymmärrys siitä, että kyseessä on sairauden aiheuttamat muutokset, ei muistisairaahan ilkeys. Käyttäytymisen muutokset ovat elämänlaadun kannalta muistioireita tai kognitiivisia muutoksia merkittävämpiä. Keskeinen osa muistisairaahan hoitoa ja kuntoutussuunnitelmaa on käyttäytymisen muutosten hoito. Vuorovaikutus- ja toimintatavat sekä ympäristö tulisi sopeuttaa muistisairaahan tilanteen mukaan. Käyttäytymisen muutokset ovat monitekijäisiä, taustalla vaikuttavia tekijöitä on esitelty edellä olevassa taulukossa (Taulukko 1). (Vataja 2017, 54-56.)

Käyttäytymismuutosten taustatekijät

Aivojen toiminnan muutokset	Eri muistisairaudet vaikuttavat käyttäytymiseen eri tavoin.
	Käyttäytymisen muutokset riippuvat sairaudesta ja sen vaiheista.
Persoonallisuuden vaikutus	Osa muutoksista voi liittyä persoonallisuuteen ja biologiaan, esim. Alzheimerin tautiin liittyvään harhaluuloisuuteen voi olla perinnöllinen alttius.
	Estynyt tai ahdistunut henkilö on muita alttiimmassa riskissä sairastua muistisairauteen liittyvään masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Vaikeasti epävakaan tai -sosiaalisen henkilön muistisairauteen voi liittyä muita useammin vaikeahoitoista levottomuutta tai aggressiivisuutta. Epäluuloisuus, itsekeskeisyys tai jokin muu korostunut persoonallisuudenpiirre voi vaikeuttaa hoitoa.
Muiden sairauksien ja lääkähoidon vaikutus	Kipu voi aiheuttaa käyttäytymisen muutoksia.
	Monilääkityksien haitta- ja yhteisvaikutukset voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita.
	Käyttäytymisen muutoksiin käytettävät lääkkeet voivat ristiriitaisesti lisätä psyykkistä oireilua.
Ihmissuhteiden ja elämän sisällön vaikutus	Sosiaalisten kontaktien, verkostojen ja roolien muutokset.
	Supistunut elämän sisältö ja aktiivisuuden väheneminen.

Taulukko 1: Käyttäytymisen muutosten taustatekijät. (Mukaillen: Vataja 2017, 55).

Muistisairaahan aggressiivisen käytöksen taustalla voi olla uhan kokeminen, pelko, epämukavuuden tunne tai kipu. Muistisairauden varhaisessa vaiheessa aggressiiviset reaktiot voivat liittyä sairauteen sopeutumiseen. Aggressiivinen käytös voi ilmetä vihamielisyytenä, kiukunpurkauksina, ilkeänä tai uhkaavana puheena, tavaroiden heittäjänä, tönimisenä tai lyömisenä. Aggressiivisen käytöksen voi laukaista kiirehtiminen, monien asioiden samanaikaisuus tai pakottaminen. (Mönkäre 2017, 49-50.)

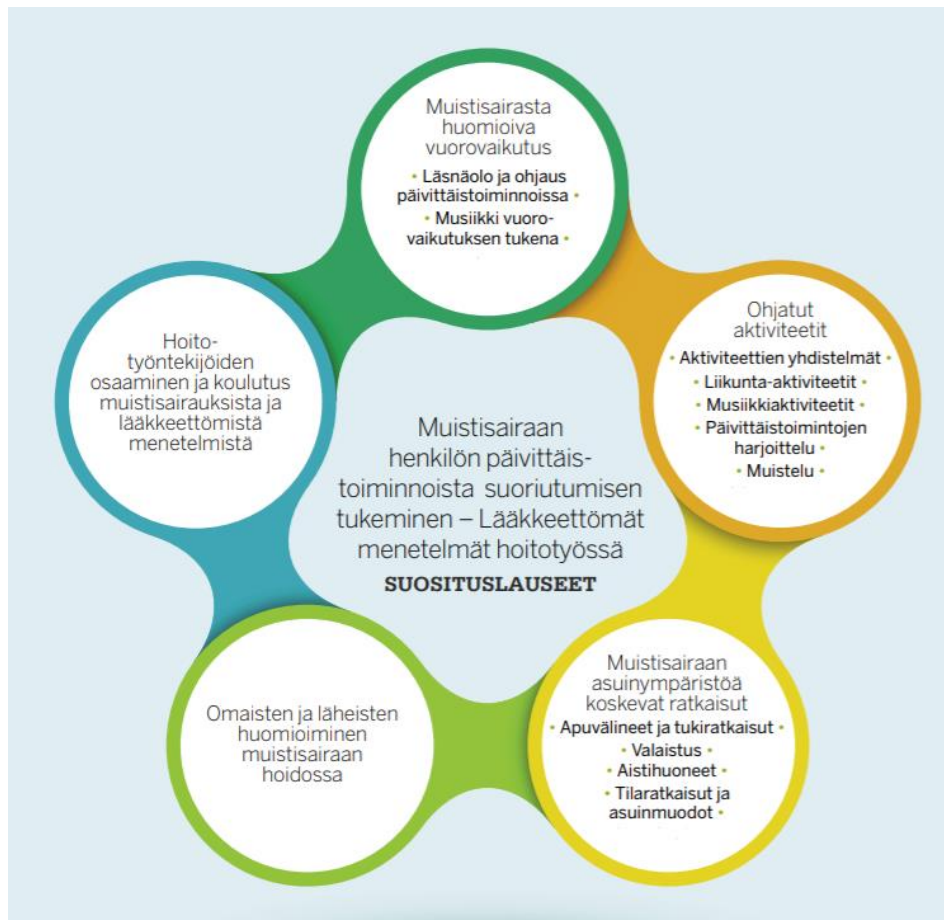
Akuutissa tilanteessa on huolehdittava muistisairaahan, hoitohenkilökunnan ja muiden tilanteen lähellä olevien turvallisuudesta. Kartoitetaan, onko loukkaantuneita ja tarvittaessa hälytetään lisäapua. Ympäristö rauhoitetaan esimerkiksi ohjaamalla muut ihmiset sivuun ja poistamalla esineet ja tavarat, joita voidaan käyttää heittämiseen tai lyömiseen. Tilanteessa

käyttäytyään rauhallisesti ja ääntä korottamatta. Aggressiivisuus ja siihen liittyvä pelko tarttuu helposti muihin paikalla oleviin, ja tämä tulisi pyrkiä estämään. Rajoittamisen tulisi tapahtua lempeästi ja rauhallisesti. Tilanteen voi laukasta vaihtoehdoisen tekemisen tarjoaminen tai siirtyminen toiseen tilaan, esimerkiksi pyytäen ”mennäänkö yhdessä istumaan ja juttelemaan”. Joskus apua voi olla hoitajan vaihtamisesta, sillä hoitaja saattaa muistuttaa henkilöä, jonka muistisairas on aiemmassa elämänvaiheessa kokenut epämiellyttäväksi. Tilanteen jälkeen olisi hyvä selvittää, mistä aggressiivisuus johtui ja olisiko tilanteen syntyyn voitu vaikuttaa ennalta. (Mönkäre 2017, 50.)

5 Muistisairaahan hyvän hoidon elementit

Muistisairaahan hyvän hoidon tavoitteena on sairastuneen ja hänen läheistensä hyvinvointi, mielekäs elämä, oireiden etenemisen hidastuminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Hoitotyöntekijöiden tulee kohdata muistisairas ja hänen omaisensa arvostavalla ja muistisairauden mukanaan tuomien muutosten huomioivalla tavalla. Työskentely on lähtökohtaisesti muistisairaahan toimintakykyä tukevaa. Käyttäytymisen muutosten ilmaantuminen ja niistä seuraavat haasteelliset tilanteet vähentyvät asiantuntevan toiminnan avulla. Muistisairaahan hoito on näyttöön perustuvaa. (Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2014, 18.)

Seuraavaksi esitetyt luvut 5.1.1 - 5.1.5 perustuvat pääasiassa alla olevassa kuvassa esitettyihin Hotuksen suosituslauseisiin Muistisairaahan henkilön päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä (Kuvio 2).



Kuvio 2: Suosituslauseet: Muistisairaahan henkilön päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019).

5.1.1 Muistisairasta huomioiva vuorovaikutus

Muistisairaudet vaikuttavat ihmisen kykyyn ilmaista itseään, ymmärtää puhetta sekä ympäristön välittämiä viestejä. Sairauksien edetessä sanallinen kommunikaatio ja ymmärrys vähenevät, joten muistisairas tukeutuu enemmän havainnoimaan keskustelukumppaniaan ja ympäristöään, sekä keskittyen ympärillä olevien henkilöiden sanattomaan viestintään. Muistisairas ilmaisee itseään esimerkiksi erilaisilla äänenpainoilla, katsomalla silmiin, ottamalla kädestä kiinni, huutamalla, nauramalla, hyräilemällä, laulamalla, itkulla, elehtimisellä ja ilmeillä, käsien heiluttelemisellä tai huonekaluja kolisuttelemalla. (Tikoteekki 2013.)

Muistisairasta huomioiva vuorovaikutus edellyttää hoitajalta aitoa läsnäoloa, omatoimisuuteen kannustamista ja ohjaamista, sekä ajan antamista päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen, muistisairaahan välittämien sanallisten ja sanattomien viestien huomioimista, muistisairauksiin perehtyneisyyttä sekä muistisairaahan yksilöllisten mieltymysten ja elämänhistorian

tuntemusta. Viestinnässä muistisairaahan kanssa on myös tärkeää ammatillinen asenne, kiireetömyys, aikatauluissa joustaminen, selkeiden ja lyhyiden sanallisten ohjeiden käyttäminen, asioiden toistamista tarvittaessa sekä hyvän maun mukaisen huumorin käyttö. Hoitosuosituksen mukaan muistisairaahan ja häntä hoitavan henkilön välistä vuorovaikutusta voi tukea laulettun musiikin kuunteleminen. Musiikilla on rauhoittava vaikutus ja lempimusiikin kuuntelu saattaa auttaa muistisairasta tutun henkilön tunnistamisessa, joka osaltaan helpottaa arkisista toiminnoista suoriutumista. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019.)

5.1.2 Ohjatut aktiviteetit

Muistisairaalle suositellaan järjestettävien erilaisten aktiviteettien yhdistelmiä, sillä kognitiiviset harjoitteet yhdessä liikunnan ja muiden lääkkeettömien menetelmien kanssa tukevat muistisairaahan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Kognitiiviset harjoitteet ovat tiedonkäsittelyn osa-alueita harjoitettavia ohjattuja ja toiminnallisia tehtäviä. Muistisairaahan päivittäisissä toiminnoissa suoriutumista lisäävät myös liikunta-aktiviteetit. Muistisairas voi kokea merkitykselliseksi osallistumisen liikuntaharjoitteisiin ja se voi lisätä omiin kykyihin luottamista. Liikunta-aktiviteeteissa suositellaan hyödynnettävien monipuolisesti eri harjoitteita, kuten kävelyä, voima-, kestävyys- ja tasapainoharjoitteita sekä koordinaatiota tukevia harjoitteita. Ryhmän tuki voi olla muistisairaalle tärkeä, positiivinen ja motivoiva tekijä, minkä vuoksi tulisi mahdollistaa liikunta-aktiviteetteihin osallistuminen myös ryhmässä. Ryhmässä toteutettavat aktiviteetit tulisi kuitenkin räätälöidä yksilöllisesti. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019.)

Musiikkiharjoitteilla voi olla muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista tukeva vaikutus. Musiikkiharjoitteet ovat yksilöllisesti räätälöityjä harjoitteita, joiden tarkoitus on stimuloida muistisairaahan muistia ja huomiokykyä. Elävän musiikin kuuntelulla saattaa olla mielekkäisiin päivittäistoimintoihin osallistumista tukeva vaikutus. Näiden lisäksi päivittäisissä toiminnoissa suoriutumista tukevat päivittäistoimintojen harjoittelu sekä muistelu. Päivittäistoimintoja harjoitellessa muistisairasta olisi puolesta tekemisen sijaan hyvä kannustaa ja ohjata sanallisesti. Näitä harjoitteita voivat olla esimerkiksi ruokailutilanteet tai paikasta toiseen liikkuminen. Päivittäisiin toimintoihin kuten ruuanlaittoon tai ompeluun olisi myös hyvä yhdistää muistelun keinoja. Muistelun toteuttaminen voi olla henkilökohtaisten muistojen mieleen palauttamista tai elämänhistoriallista muistelua. Muistelun keinoja käytettäessä tulee kuitenkin huomioida, että joskus muistot saattavat aiheuttaa voimakkaitakin tunteita ja näihin tulee varautua sekä huolehtia muistisairaahan tukemisesta tilanteen jälkeen. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2019.)

5.1.3 Muistisairaahan ympäristöä koskevat ratkaisut

Muistisairaahan asuinympäristössä suositellaan hyödynnettäväksi erilaisia apuvälineitä ja tukiratkaisuja, esimerkiksi muistisairaahan ympäristöön sijoitetut kuvalliset ohjeet, jotka kuvaavat toimintaa esimerkiksi aamutoimien aikana, värien ja kontrastien hyödyntäminen ympäristössä ja esineissä, esineiden ja ovien nimikointia sekä asuinympäristön järjestely turvalliseksi esteistä ja vaaratekijöistä. Päivittäistä toiminnoista suoriutumista tukemaan voidaan käyttää myös erilaisia teknologisia ratkaisuja, esimerkiksi laitteita, jotka antavat automaattisesti hälytyksen muistisairaahan kaatuessa, oven jäädessä auki tai palohälytystilanteessa. Tarjolla on myös ratkaisuja, jotka ohjaavat muistisairasta sanallisesti tai videoyhteyden avulla muistuttaen esimerkiksi lääkkeen otosta, wc-käynneistä tai aamutoimista. Teknologiset apulaitteet voivat edistää muistisairaahan itsenäisyyttä ja turvallisuudentunnetta. Muistisairaalle voidaan suositella myös aistihuoneessa vierailua, sillä moniaististimulaatiolla arvioidaan olevan ympäristön hahmottamista ja huomioimista edistävä vaikutus. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2019.)

Muistisairaahan asuinympäristöön suositellaan käytettäväksi normaalivalaistusta tehokkaampaa valaistusta. Tehokas valaistus helpottaa päivän ja yön erottamista ja tukee siten normaalia univalverytmiä. Kuten muidenkin menetelmien, myös valaistuksen tehokkuutta säädettäessä tulee sen vaikutuksia arvioida jokaisen muistisairaahan kannalta yksilöllisesti, sillä ruokailutilanteiden yhteydessä kirkas valo saattaa joillakin muistisairailla aiheuttaa käytösoireita, kuten levottomuutta tai kiihtyneisyyttä. Muistisairaahan asuinympäristön kodikkuudella on arvioitu olevan omatoimista aktiivisuutta päivittäisissä toiminnoissa tukeva vaikutus. Ympärivuorokautisessa hoidossa kodikkuutta voi lisätä esimerkiksi ruokailutilan ja keittiön yhteys sekä mahdollisuus osallistua siellä tapahtuviin askareisiin, muistisairaalle tutut ja tärkeät esineet omassa huoneessa, isot ikkunat ja näkymät ulos, vapaa liikkuminen pihalle tai puutarhaan sekä värien käyttö sisustuksessa. Yhteisten tilojen olisi hyvä olla avaria, mahdollistaen vapaata liikkumista ja aktiviteetteihin osallistumista. Pienryhmämuotoisella asumisella, noin 6-12 asukasta ryhmää kohden, saattaa olla muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista tukeva vaikutus. Ryhmäkokojen lisäksi tulisi kiinnittää huomiota tilojen kodikkuuteen, hoitohenkilökunnan osaamiseen sekä organisaation hoitokulttuuriin, jotta aikaansaadaan myönteisiä vaikutuksia. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2019.)

5.1.4 Omaisten ja läheisten huomioiminen muistisairaahan hoidossa

Arvokkaan ja mielekkään elämänlaadun varmistamiseksi on hoitohenkilökunnan vastuulla turvata muistisairaalle henkilölle mahdollisimman moitteeton hoito sekä huomioida hänen läheistensä arvo ja merkitys hoidossa, sekä heidän jaksamistaan ja varmistaa kuulluksi tuleminen.

Hoitohenkilökunnan, muistisairaana sekä hänen omaistensa kanssa yhteisesti sovittujen hoitolinjauksien avulla voidaan tukea ja lisätä muistisairaana hyvinvointia ja elämänlaatua. Muistisairaana ollessa laitoshoidossa, on omaisten ja läheisten tukeminen oleellista koko tämä hoitoajanjakson ajan, alusta loppuun asti. (STM 2012.)

Muistisairaana omaisten ja läheisten osallistaminen muistisairaana hoitoon ja päivittäistoimintojen harjoitteluun on tärkeää, koska muistisairas-omainen parina toimiminen mahdollisesti tukee muistisairaana arkisista toiminnoista suoriutumista. Omaisten ja läheisten osallistumista tulee tukea antamalla heille riittävästi tietoa ja ohjausta muistisairaana yksilöllisissä tuen tarpeiden arvioimisessa ja käytännön toteuttamisessa. Tehostetussa palveluasumisessa omaisten ja läheisten tukeminen lisää heidän kyvykkyyttään tunnistaa muistisairaana voimavaroja sekä kykyä kannustaa muistisairasta omatoimisuuteen sekä tukea tätä kautta muistisairaana arkisista toiminnoista suoriutumista. Omaisten ja läheisten läsnäolo päivittäisissä harjoitteissa, on todettu olevan muistisairaana suoriutumisen kannalta tuottoisampaa, kuin heidän läsnäolonsa puuttuessa. Muistisairaalle ja hänen omaisilleen tulee tarjota mukavaa yhteistä puuhaa ja aktiviteetteja sekä muokata ympäristöä omaisia osallistavaksi. Omaisten ja läheisten tukeminen ja ohjaus on tärkeää tilanteissa, joissa muistisairaalla esiintyy käytösoireita, tarvittavasta hoidosta ja ohjauksesta kieltäytymistä, kiihtyneisyyttä, aggressiivisuutta tai muita käyttäytymisen muutoksia. (Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019.)

5.1.5 Hoitotyöntekijöiden osaaminen ja koulutus muistisairauksista ja lääkkeettömistä menetelmistä

Hoitohenkilökunnan kouluttamisella, taitojen kehittämällä ja osaamisen ylläpitämisellä muistisairauksista, muistisairaiden erityispiirteistä sekä lääkkeettömistä menetelmistä on muistisairaiden arkisista toiminnoista selviytymiselle myönteisiä vaikutuksia. Hoitotyöntekijöille suunnattujen koulutusten tulisi sisältää tietoa käytösoireista, käyttäytymisen muutoksista, muistisairauksien aiheuttamat vaikutukset sosiaaliseen kanssakäymiseen ja omahoitoon, lääkkeettömistä menetelmistä sekä toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltaisesta arvioinnista. Lähtökohdana on, että työnantaja varmistaa henkilökunnalle mahdollisuuden lisätä sekä ylläpitää osaamistaan muistisairaana hoitotyössä täydennyskoulutuksen avulla sekä seuraa heidän osaamistaan ja sen kehittämisen tarpeita. Hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamisessa voidaan hyödyntää monenlaisia keinoja, kuten esimerkiksi kirjallisia ohjeita ja oppaita, käytännön harjoitteita, ryhmäkeskusteluja, ryhmätöitä, työsuunnittelua, harjoitustehtäviä, erilaisia pelejä ja roolipelejä käyttäytymistapojen kuvaamiseksi. Henkilökunnan osaamisen kehittämisessä voidaan hyödyntää mentorointimenetelmää, jonka avulla tietoa ja osaamista eli niin sanottua hiljaista tietoa siirretään kokeneemmalta kokemattomammalle työntekijälle sekä auditointia, jonka avulla havainnoidaan toiminnassa ja organisaatiossa olevia

kehitettäviä kohteita. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019.)

Tehostetussa palveluasumisessa riittävä määrä ammattitaitoista ja koulutettua hoitohenkilökuntaa on edellytys muistisairaahan henkilön hyvän hoidon toteutumiselle. Hoitohenkilökunnan määrä, heidän osaamisensa ja arvot ovat muistisairaahan hoidon laatua määrittäviä tekijöitä. Tehostetussa palveluasumisessa muistisairaahan hyvässä ja kokonaisvaltaisessa hoitotyössä tärkeitä osaamisalueita ovat muistisairaahan käytösoireiden hallinta sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun tukeminen, jotka edellyttävät riittävää määrää taidokasta hoitohenkilökuntaa. Esi- miesten tehtävänä on turvata hoitoyksiköissä muistisairaiden tarpeita vastaavan henkilökunnan määrä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2020.)

”Tärkeää on kuitenkin muistaa, että lääkkeettömien menetelmien käyttäminen ei tarkoita lääkehoidon korvaamista niillä, vaan molempia hoitomuotoja tarvitaan.”

-Parisod Heidi 23.2.2020

6 Hyvän oppaan tunnusmerkit

Opinnäytetyön tuotosta, kuten esimerkiksi opasta kirjoittaessa tulee huomioida, että sen lukijalla eli opinnäytetyössämme hoitotyön ammattilaisella on mahdollisesti jo valmiiksi hallussa asiaan liittyvää perustietoa, sanastoa sekä kokemusta hoiva-alan käytänteitä. Opas ei ole ainoastaan keino tai väline, vaan sillä on aina jokin viestintätarkoitus ja sen tavoitteena on saada lukija tulkitsemaan oppaan sisältöä ja tekstejä kirjoittajan tarkoittamalla tavalla. Oppaalla halutaan tiedottaa tärkeistä asioista sekä vakuuttavasti perustellen saada lukija mahdollisesti muuttamaan toimintaansa näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuvan tiedon avulla. Oppaan avulla voidaan hoitoalan kehittämistyötä tehdä konkreettisesti näkyväksi hyödyntämällä siitä saatua tietoa käytännöntyöhön. (Niemi, Nietosvuori & Vierikko 2006, 99-100.)

Niin hoitohenkilökunnalle, kuin potilaillekin tuotetuissa oppaissa tulee kiinnittää huomiota oikeakielisyyteen, helppolukuisuuteen ja asioiden esittämisjärjestykseen. Muita hyvän oppaan ominaisuuksia ovat annettavien ohjeiden houkutteleva perusteleminen, tekstin ymmärrettävyyden arvioiminen ja pituuden pitäminen lyhyehkönä sekä huomiota tulee kiinnittää päätöskoihin, joiden tulee kertoa lukijalle tärkeimmät asiat. Opasta kirjoittaessa on myös tärkeää huomioida, kuka on sen ensisijainen lukija. Taitavasti laadittu opas houkuttelee lukijaansa kiinnittämään huomiota omaan toimintaansa ja miellyttävä ulkoasu lisää oppaan luotettavuutta. (Hyvärinen 2005).

7 Kehittämisprojektin toteutus hoivakodissa

Tutkimuslupa työllemme myönnettiin 29.9.2020 ja tämän jälkeen toteutimme henkilökunnalle suunnatun sähköisen kyselyn. Kyselyn avulla kartoitimme lähtötilannetta henkilökunnan kokemuksista hoitotyössä esiintyvistä haasteellisista tilanteista. Kyselyyn saadut vastaukset analysoimme Likert-asteikolla ja saatujen vastausten perusteella työstimme oppaan. Valmiista oppaasta pyysimme hoivakodin henkilökunnalta yhteispalautteen Likert -asteikollisella sähköisellä kyselylomakkeella.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Kehittämishankkeet alkavat aina aloitusvaiheesta, jossa määritellään kehittämistarve, kehittämistehtävä, toimintaympäristö sekä mukana olevat toimijat. Aloitusvaiheessa tulee käydä yhteisesti läpi asioita, joilla on merkitystä työskentelyn onnistumisen kannalta. Aloitusvaiheesta edetään suunnitteluvaiheeseen, jossa hankkeesta tehdään kirjallinen kehittämissuunnitelma, eli tässä tapauksessa opinnäytetyösuunnitelma. Suunnitteluvaiheesta siirrytään esivaiheeseen eli ns. kenttätyöskentelyyn, mikä voi käytännössä olla lyhyt ajanjakso ja muistuttaa lähinnä suunnitelman nopeaa tarkastelua. Tulevan työskentelyn organisointi tapahtuu samanaikaisesti. Kun suunnitelma on hyväksytty, tapahtuu kehittäisympäristöön siirtyminen yleensä nopeasti. Suunnitteluvaiheen jälkeen toiseksi tärkein vaihe on työstäminen, jossa työskennellään tavoitteellisesti kohti tuotosta jopa päivittäin. Ammatillisen oppimisen kannalta vaihe on tärkeä, vaikkakin vaativa ja raskas. Työstäminen aktivoi mm. suunnitelmallisuutta, vastuullisuutta, itsenäisyyttä, vuorovaikutteisuutta, epävarmuuden sietokykyä ja kykyä kehittää itseään. Ammatillisen kehittymisen ja hankkeen onnistumisen kannalta työstämisvaiheessa saatu ohjaus, vertaistuki ja palaute on tärkeää. Työstämisvaiheesta seuraa tarkistusvaihe, jossa arvioidaan syntyneitä tuotosta ja palautetaan se tarvittaessa takaisin työstövaiheeseen tai siirrytään viimeistelyvaiheeseen. Viimeistelyvaiheeseen on syytä varata riittävästi aikaa, sillä loppuvaiheessa viimeistellään sekä tuotos että kehittämisankeraportti, jotka yhdessä muodostavat toiminnallisen opinnäytetyön. Kehittämisankkeen tuotos voi olla esimerkiksi malli, kuvaus, opas, kirja tai esite. (Salonen 2013, 17-19.)

7.2 Projektioorganisaatio ja resurssit

Opinnäytetyön tekeminen on ensisijaisesti opiskelijan oppimisprosessi ja opiskelija onkin prosessin keskeisin toimija. Ohjaavan opettajan rooli oppimisprosessissa on toimia tukijana, kannustajana ja laadunvarmistajana. (Arene 2019.) Opinnäytetyöprosessi on laajuudeltaan 15 opintopisteen kokonaisuus. Yhden opintopisteen vastatessa 27 tuntia opiskelijan työtä tarkoittaa opinnäytetyöhön käytettävän ajan olevan noin 405 työtuntia.

Projektioorganisaatiomme koostui meistä opinnäytetyöntekijöistä ja työtämme ohjaavasta opettajasta, työelämän yhteistyökumppanista, kuten laatupäälliköstä sekä hoivakodin

henkilökunnasta ja esimiehestä. Projektioorganisaation jäsenten omat kokemukset vanhus-työstä ja muistisairaiden parissa työskentelystä perustuu työkokemukseemme lähihoitajina yli kymmenen vuoden ajalta erilaisissa sekä yksityisissä, että kunnallisissa perusterveydenhuollon toimintayksiköissä, kuten terveyskeskuksen vuodeosastolla, kotihoidossa, eri palvelutaloissa ja muistisairaiden ryhmäkodeissa.

7.3 Riskianalyysi ja riskienhallinta

Nelikenttä- eli SWOT-analyysin avulla voidaan vaivattomasti arvioida omaa toimintaa. Sen avulla voidaan selvittää projektin vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhat. SWOT-analyysissa keskeistä on selvittää projektin nykytilaan ja tulevaisuuteen vaikuttavat seikat. SWOT muodostuu sanoista strength (vahvuus), weakness (heikkous), opportunity (mahdollisuus) ja threat (uhka). (Suomen Riskienhallintayhdistys 2020.)

Opinnäytetyöprosessissamme riskeiksi muodostuivat aikataululliset asiat, vallitseva pandemia-tilanne, aiempi kokemattomuus oppaan laatimisesta sekä mahdollisuus suunniteltujen aikataulujen muuttumiseen, tutkimusluvan saamisen viivästymiseen tai oppaan taustalla olevan kyselyn matalaan vastausprosenttiin.

Aikataulujen suunnittelussa huomioimme mahdolliset peruuntumiset, päällekkäisyydet ja viivästymiset. Aikataulujen suunnittelu on vaatinut tekijöiltä sekä sitoutuvuutta ja priorisointia mutta myös joustavuutta puolin ja toisin. Asetimme itsellemme välitavoitteita ja suunnitelimme töitämme niiden mukaisesti. Vallitsevan Covid19-pandemian vuoksi voimassa oleva etätyöskentelysuositus ei ole juurikaan vaikuttanut työskentelyyn, sillä käytössämme oli toimivat etätyöskentelyä tukevat alustat ja videoyhteydet. Tutkimuslupaprosessille varasimme aikaa jopa viikkoja, mutta luvan saaminen olikin äärimmäisen nopea - saimme vastauksen ja tutkimusluvan noin vuorokauden kuluessa hakemuksen lähettämisestä. Oppaan taustalla olevaan kyselyn toteuttamiseen saimme tukea työelämäedustajalta, joka osaltaan lupasi kannustaa työntekijöitä vastaamaan kyselyyn. Oppaan laatimisessa käytimme luovuutta eikä kokemattomuus oppaan laatimisesta muodostunut ongelmaksi.

Alla on esiteltyä opinnäytetyöprosessimme SWOT-analyysi:

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> • Opinnäytetyön tekijöiden pitkä työkokemus hoitoalalla • Yhteiset tavoitteet ja päämäärät • Sujuva tiimityöskentely ja yhteishenki • Tärkeä ja ajankohtainen aihe 	<ul style="list-style-type: none"> • Aikataulutaminen, yhteisen ajan järjestäminen töiden ja muiden koulutöiden ohella • Vallitsevan Covid19-pandemiatilanteen vuoksi fyysisiä kontakteja on vältettävä • Oppaan tekemisestä ei ole kummallakaan tekijällä aiempaa kokemusta
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> • Oppaan taustalla olevan kyselyn korkea vastausprosentti • Onnistunut yhteistyö yhteistyökumppanin kanssa • Visuaalisesti onnistunut, selkeärakenteinen ja helposti luettava opas 	<ul style="list-style-type: none"> • Suunniteltujen aikataulujen muuttuminen • Tutkimusluvan mahdollinen viivästyminen • Oppaan taustalla olevan kyselyn matala vastausprosentti

Taulukko 2: Opinnäytetyöprosessin SWOT-analyysi

7.4 Henkilökunnalle suunnattu kysely oppaan taustalla

Hoivakodin hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn taustalla on Hoitotyön tutkimussäätiön tuottama Hotus-hoitosuositus ”Muistisairaankin henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä.” Hoitosuositus sisältää tutkimusnäyttöön perustuvia suosituslauseita lääkkeettömistä hoitomenetelmistä muistisairaiden henkilöiden päivittäiseen hoitamiseen ja kohtaamiseen. (Muistisairaankin henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019.)

Hoitosuosituksen tarkoituksena on tarjota hoitotyöhön hyödynnettäväksi muistisairaankin hyvän ja laadukkaan hoidon kannalta merkittäviä ja vaikuttavia lääkkeettömiä menetelmiä, jotka perustuvat tarkasti arvioituihin tutkimuksiin sekä tutkimusnäyttöön. Lääkkeettömien menetelmien avulla tuetaan muistisairaankin henkilön itsenäistä selviytymistä arkisista toiminnoista huomioiden hänen yksilölliset toiveensa sekä voimavaransa. (Muistisairaankin henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019.)

Hoitosuosituksen tavoitteena on yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja edistää vaikuttavien lääkkeettömien menetelmien käyttöä tärkeänä osana muistisairaiden kuntouttavaa hoitotyötä. Hoitosuosituksen tavoitteena on muistisairaahan henkilön kotona asumisen turvaaminen niin pitkään kuin mahdollista ja varmistaa sairaudestaan huolimatta muistisairaalle mahdollisuus elää oman näköistensä ja arvokasta elämää yksilöllisten voimavarojen, tottumusten ja mieltymystensä mukaisesti. Muistisairaudet ovat eteneviä ja laaja-alaisesti toimintakykyä heikentäviä sairauksia ja tämän vuoksi jokapäiväisessä hoitotyön keskeiseen rooliin nousevat muistisairaahan toimintakyvyn ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen jatkuva arviointi ja seuranta. Näiden toimintojen avulla voidaan tunnistaa muistisairaahan vahvuuksia ja voimavaroja, havainnoida yksilöllistä tuen tarvetta sekä arkisista toimista selviytymistä. (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019.)

Kyselyn toteutimme laatimalla Likert-asteikollisen kyselylomakkeen (Liite 1). Likert-asteikko on yleensä 5-7 portainen asteikko, jossa vaihtoehdot muodostavat joko nousevan tai laskevan asteikon. Kysymykset ovat väittämämuodossa, johon vastausvaihtoehtona voi olla laskevasti tai nousevasti esimerkiksi täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, neutraali kanta, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä tai en osaa sanoa. Vastaaja valitsee asteikosta sen kohdan, mikä parhaiten kuvaa sitä, miten voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä esitetyn väittämän kanssa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 200.) Kyselyymme valikoitui 4-portainen asteikko, jossa ei ole ns. neutraalia vastausvaihtoehtoa, kuten ´en samaa enkä eri mieltä´ tai ´en osaa sanoa´.

Kyselylomake koostui seitsemästä teemasta, joiden alla oli eriteltynä väittämiä. Väittämät valikoimme muun muassa Hoitotyön tutkimussäätiön tuottaman ”Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä.” -hoitosuosituksesta mukaillen. Väittämiä kyselyssä oli yhteensä 74 kappaletta ja avoimia kysymyksiä 3 kappaletta (Liite 1). Väittämien seitsemän teemaa olivat: muistisairaahan kohtaamisessa käytettävät menetelmät, läsnäolo ja huomioiva vuorovaikutus, ympäristö ja tilaratkaisut, aktiviteettien hyödyntäminen, henkilökunnan tiedon tarve ja osaaminen, erilaiset käytösoireet sekä käytösoireiden toistuvuus.

Kyselylomakkeen esitestasimme kuudella vanhustyössä työskennelleellä hoitoalan työntekijällä. Saamamme palautteen perusteella muokkasimme kyselylomaketta käyttäjäystävällisemmäksi. Noin viikkoa ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista toimitimme kyselylomakkeen hoitohenkilökunnalle etukäteen tutustumista varten ja tämän jälkeen toteutimme varsinaisen kyselyn sähköisessä muodossa.

7.5 Lähtötilannekartoituksen tulokset

Kyselyyn varasimme vastausaikaa kaksi viikkoa. Kyselylomakkeeseen koottiin muistisairaanhoidossa esiintyviä keskeisiä tekijöitä, jotka voivat olla hoitotyötä tukevia tai haastavia elementtejä. Lomakkeen avulla tarkasteltiin hoivakodissa toteutettavan muistisairaanhoidon voimavarakeskeisiä menetelmiä sekä hoitotyötä haastavia tekijöitä erilaisten väittämien avulla. Kyselyyn vastauksia tuli määräaikaan mennessä 16 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui kiitettävästi 100%. Saatujen vastauksien perusteella työstettiin henkilökunnan tarpeita vastaava opas muistisairaanhoidon henkilön hyvän hoidon tueksi. Kyselyn tuloksia tarkastellaan edellä olevissa kaavioissa (Kuviot 3-9).

Kyselyn vastausten perusteella neljä pääasiassa päivittäin käytettävää menetelmää käytösoireisen muistisairaahan kohtaamiseen ovat verbaalinen viestintä (selkeät ja lyhyet sanalliset ohjeet), non-verbaalinen viestintä (eleet, ilmeet, äänensävy ja painotus sekä kosketus), fyysisten tarpeiden huomioinen (jano, nälkä, väsymys, erittäminen), myönteinen asenne, kannustus ja empaattisuus. Vähemmän käytettyjä menetelmiä kyselyn perusteella olivat hoitajan vaihtaminen hoitotilanteessa, musiikki ja laulaminen sekä liikunta (Kuvio 3.)



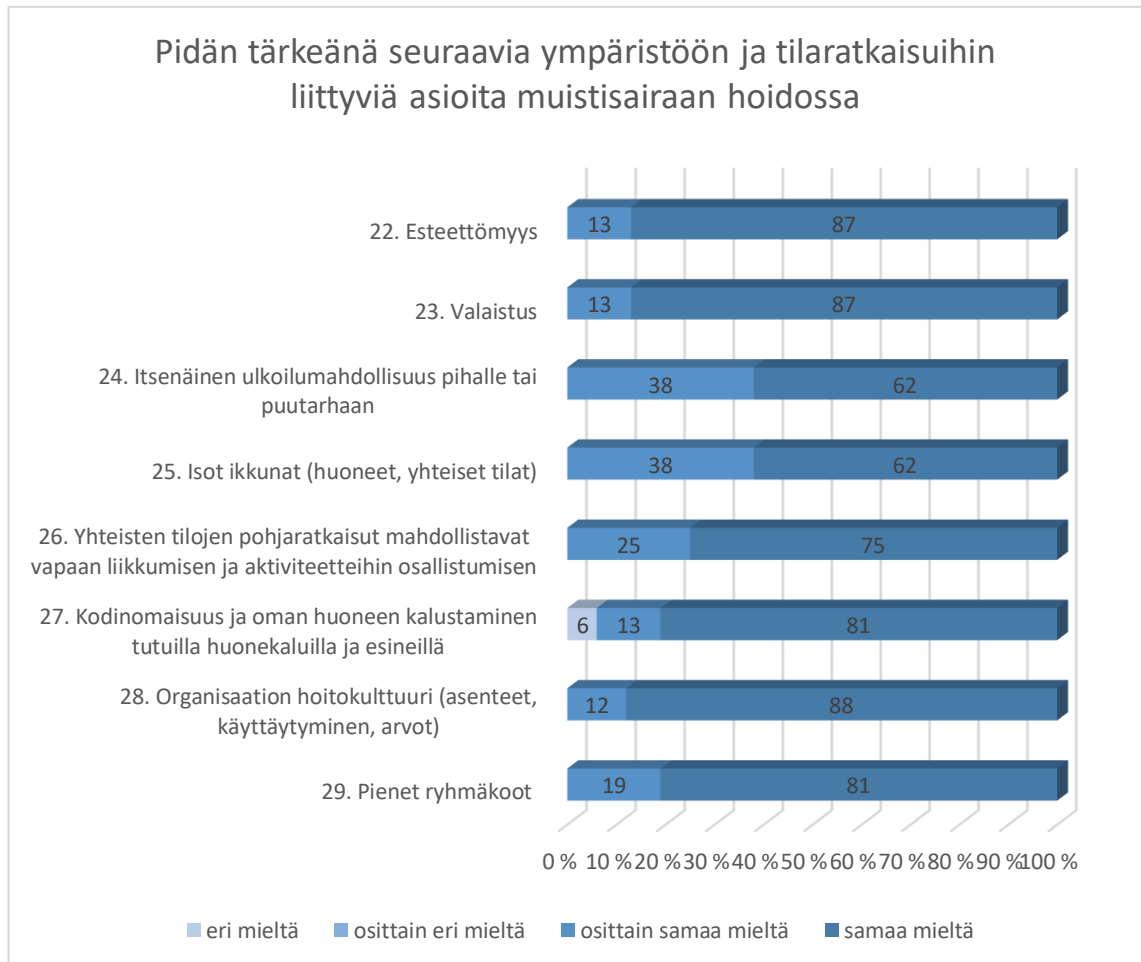
Kuvio 3: Muistisairaahan kohtaamisessa käytetyt menetelmät

Kyselyn vastausten perusteella viisi pääasiassa muistisairaahan henkilön vuorovaikutuksessa ja läsnäolon tukemisessa käytettäviä menetelmiä ovat koskettaminen, turvallisuuden tunteen lisääminen vierelle istumisella, selkeä puhe ja lyhyet lauseet, kiireettömän ilmapiirin luominen ja katsekontaktin luominen hoitajan ja muistisairaahan välille. Vähemmän käytettyjä menetelmiä kyselyn perusteella olivat mahdollisuus tarjota riittävästi aikaa muistisairaahan omatoimisuuden tukemiselle päivittäisissä toiminnoissa ja asukkaiden eleiden, ilmeiden tulkitseminen ja äänenpainojen ymmärtäminen (Kuvio 4.)



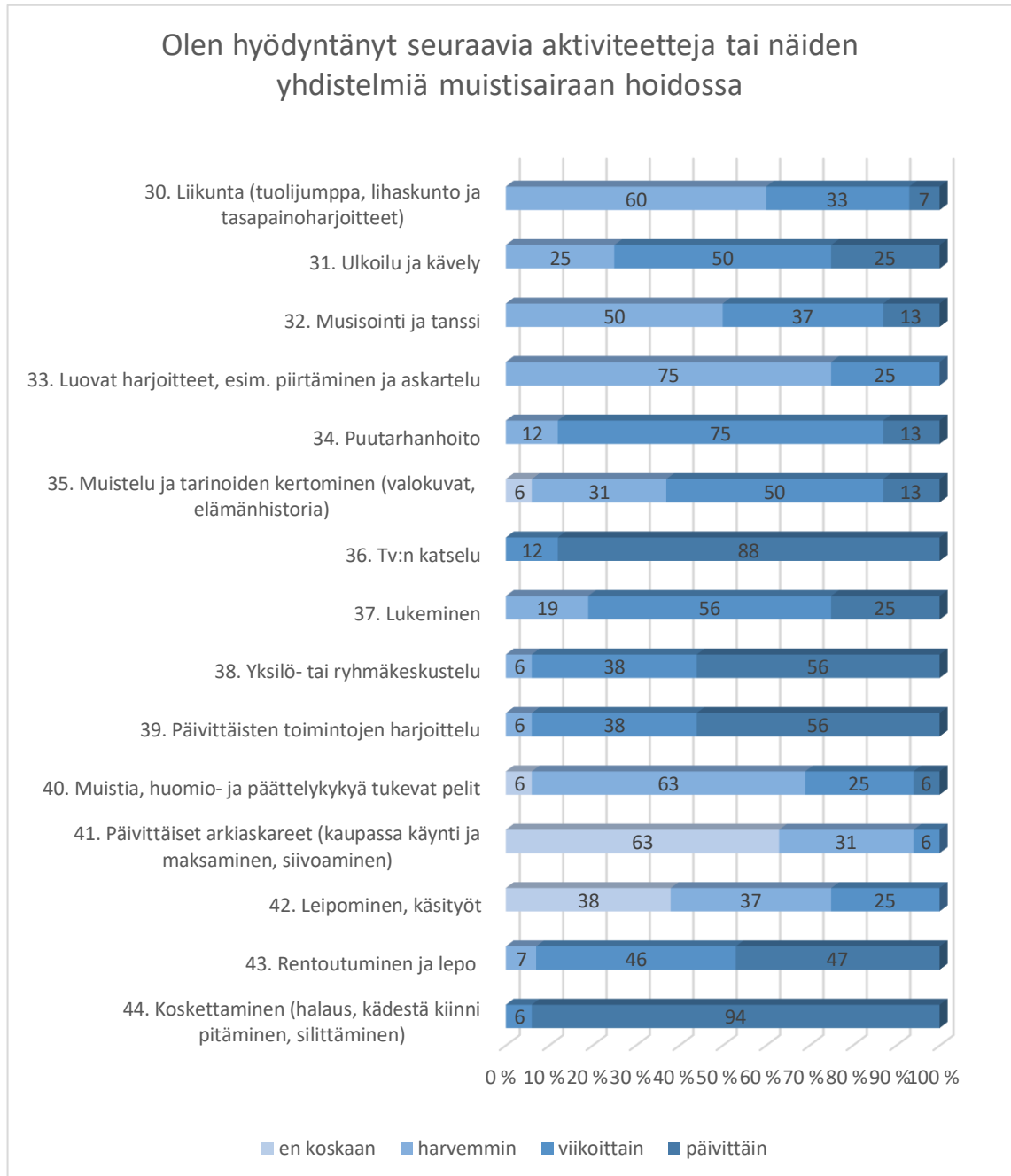
Kuvio 4: Läsnäolo ja huomioiva vuorovaikutus

Kyselyn vastausten perusteella hoitajat pitivät viitenä tärkeimpänä ympäristö- ja tilaratkaisuihin liittyvinä seikkoina esteettömyyttä, valaistusta, kodinomaisuutta ja mahdollisuutta kalustaa omilla huonekaluillaan ja esineillään, organisaation kulttuuria (arvot, asenteet, käyttäytyminen) sekä pieniä ryhmäkokoja. Vähäisemmälle huomiolle jäivät muistisairaana itsenäisen ulkoilun mahdollisuus sekä ikkunoiden koko asukashuoneissa ja yhteisissä tiloissa (Kuvio 5.)



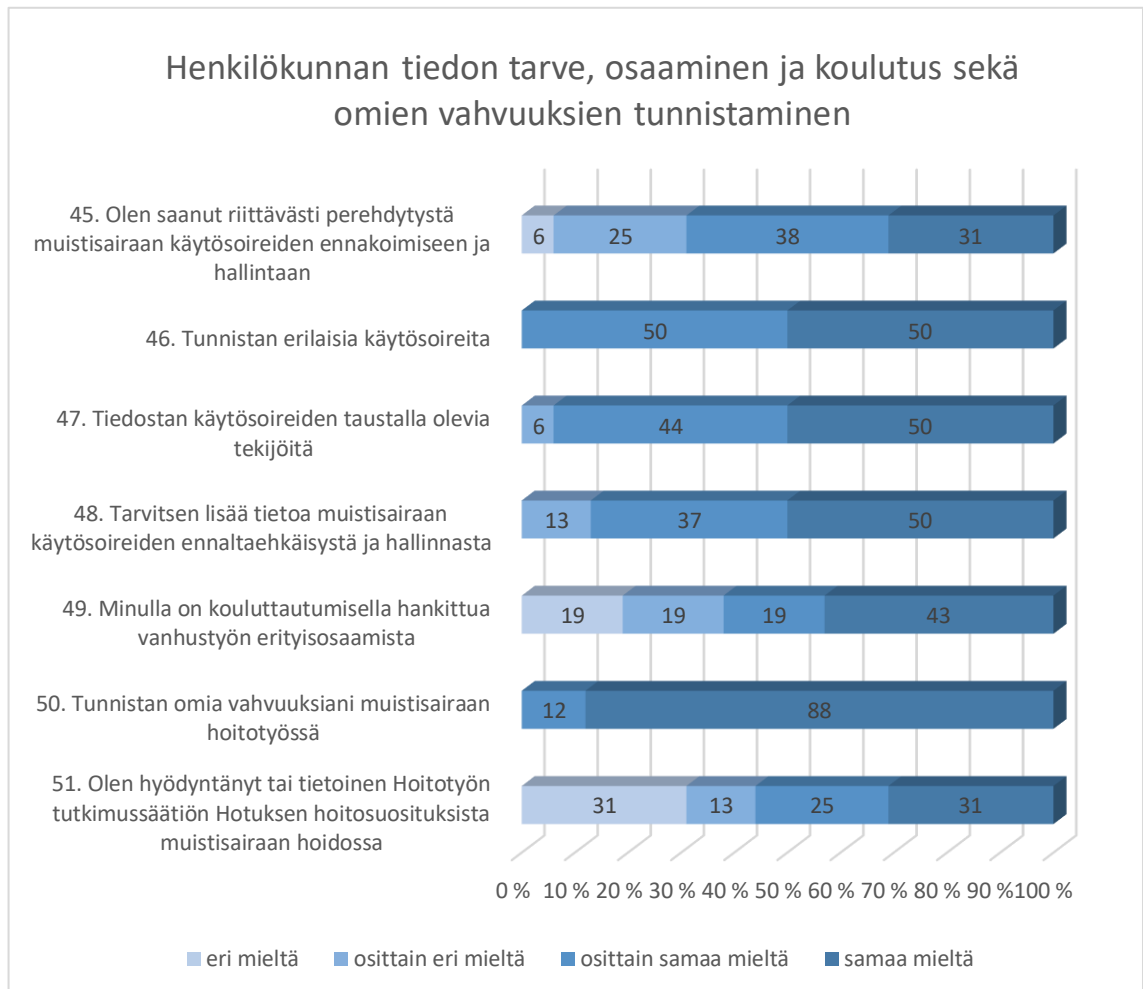
Kuvio 5: Ympäristö ja tilaratkaisut

Kyselyn vastausten perusteella muistisairaanhoidossa viisi pääasiassa päivittäin hyödynnettyä aktiviteettia ovat tv:n katselu, yksilö- ja ryhmäkeskustelut, päivittäisten toimintojen harjoittelu, rentoutuminen ja lepo sekä koskettaminen, kuten halaus, kädestä kiinni pitäminen ja silittäminen. Vähemmän päivittäisessä käytössä olevia aktiviteetteja ovat liikunta (tuolijumppa, lihaskunto- ja tasapainoharjoitteet), muistia, huomio- ja päättelykykyä tukevat pelit, päivittäiset askareet (maksaminen, kaupassa käyminen ja siivoaminen), puutarhanhoito sekä muistelu ja tarinoiden kertominen (Kuvio 6.)



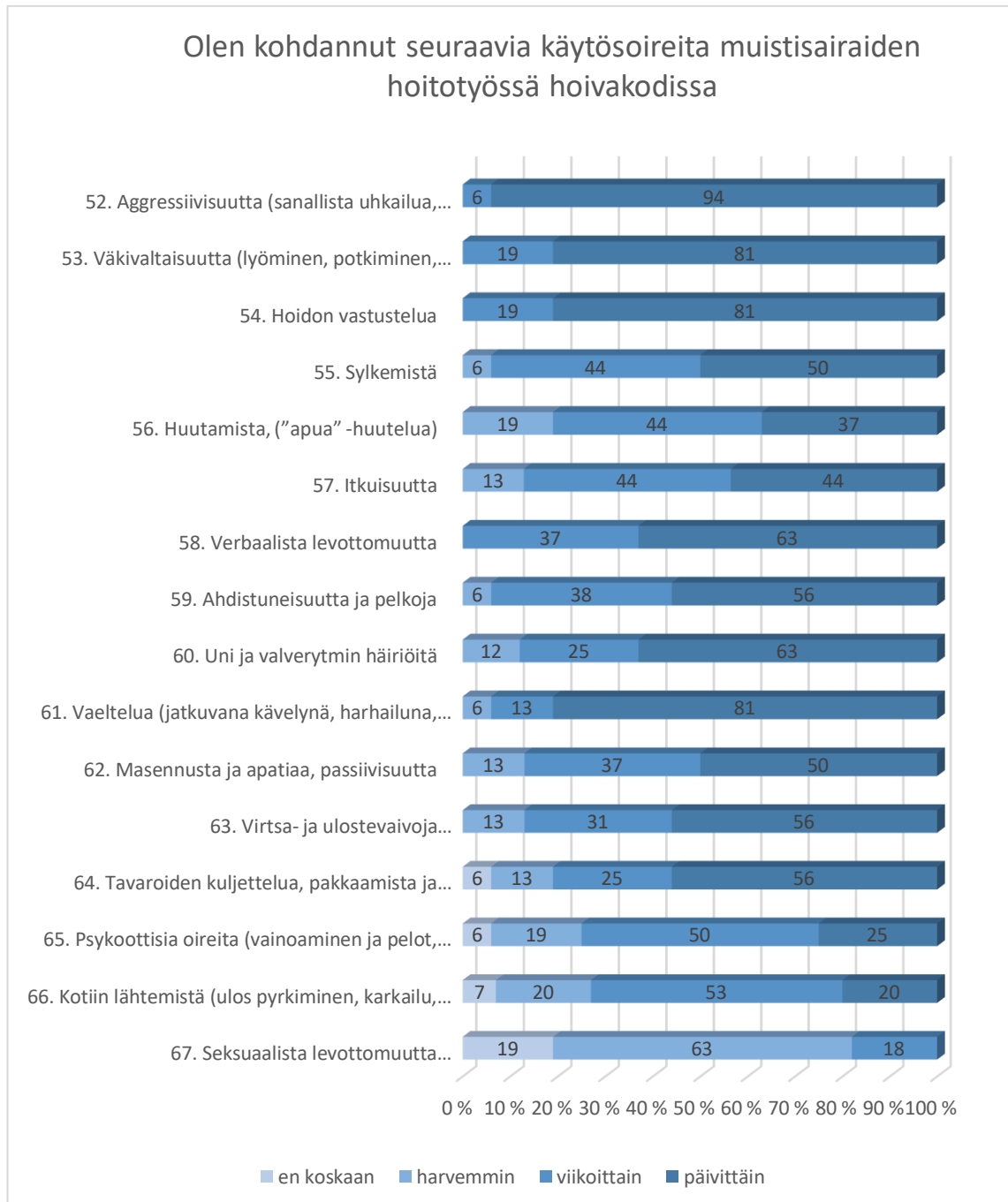
Kuvio 6: Aktiviteettien hyödyttäminen

Kyselyn vastausten perusteella henkilökunnan vahvuutena on heidän kykynsä tunnistaa omia vahvuuksiaan muistisairaahan hoitotyössä. Puolet vastaajista olivat täysin samaa mieltä, että tunnistavat erilaisia käytösoireita ja tiedostavat niiden taustalla olevia tekijöitä. Puolet vastaajista olivat täysin samaa mieltä, että tarvitsevat lisää tietoa muistisairaahan käytösoireiden ennaltaehkäisystä ja hallinnasta. Hotus eli Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuositukset muistisairaahan hoidosta olivat entuudestaan tuttuja 31%:lle hoitohenkilökunnasta ja 31% vastanneista eivät näistä hoitosuosituksista olleet lainkaan tietoisia (Kuvio 7.)



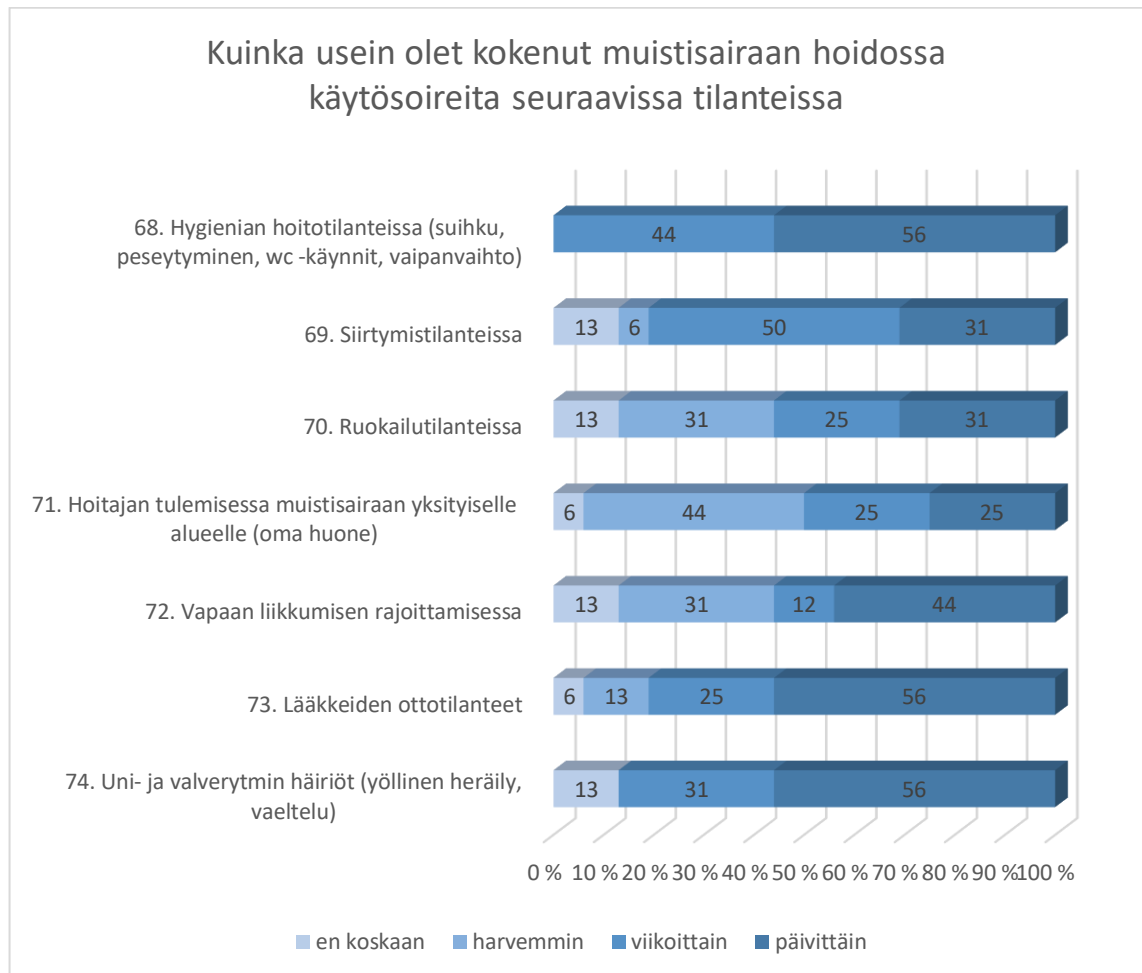
Kuvio 7: Henkilökunnan tiedon tarve ja osaaminen

Kyselyn vastausten perusteella hoitohenkilökunta on yleisimmin päivittäisessä hoitotyössä kohdannut seuraavia muistisairaana käytösoireita, kuten aggressiivisuutta (sanallista uhkailua, haukkumista, kiroilua), väkivaltaisuutta (lyöminen, potkiminen, nipistely, vaatteiden repiminen), hoidon vastustelua, verbaalista levottomuutta, uni- ja valverytmin häiriöitä ja vaeltelua (jatkuva kävelynä, harhailuna, perässä kävelemistä) (Kuvio 8.)



Kuvio 8: Erilaiset käytösoireet

Kyselyn vastausten perusteella yleisimmin muistisairaahan hoitotyössä käytösoireita esiintyy hygienian hoitotilanteissa (suihku, peseytyminen, wc-käynnit ja vaipanvaihto), lääkkeiden ottotilanteissa, uni- ja valverytmin häiriöiden yhteydessä (yöllinen heräily ja vaeltelu) sekä rajoitettaessa muistisairaahan vapaata liikkumista (Kuvio 9.)



Kuvio 9: Käytösoireiden toistuvuus

Ensimmäinen avoin kysymys kysyi, mitä vastaajat haluaisivat muuttaa muistisairaahan hoitotyössä hoivakodissa. Kaikissa vastauksissa nousi selkeästi esille ajan puute ja toiveena olisikin lisää aikaa muistisairaahan hoitoon ja läsnäoloon. Toisessa avoimessa kysymyksessä pyydettiin kertomaan esimerkkejä tavoista ja menetelmistä/keinoista, jotka ovat toimineet erityisen hyvin muistisairaiden hoitamisessa. Vastauksissa tuotiin esille muun muassa koskettaminen, oman äidinkielen käyttäminen, rauhallinen ja kunnioittava kohtaaminen, selkeä päivärytmi ja rutiinit. Kolmannessa avoimessa kysymyksessä haluttiin kuulla mitä muuta vastaajilla olisi sanottavaa liittyen muistisairaahan hoitoon. Vastauksissa tuotiin esille muun muassa hyvän työilmapiirin heijastuminen positiivisesti asukkaisiin, muistisairaiden kanssa työskentelyn kokeminen antoisaksi sekä oman käytöksen vaikutus onnistuneeseen kohtaamiseen. Muistisairaahan

ihmisen hoidossa pidetään tärkeänä sitä, että heidät kohdataan ja heitä kunnioitetaan samantavoinen muiden ihmisten kanssa.

8 Muistisairaahan henkilön hyvä hoito - opas hoitohenkilökunnalle

8.1 Oppaan rakenne ja laadintaprosessin kuvaus

Oppaan tiedollinen sisältö perustuu opinnäytetyössämme käytettyyn tutkittuun ja näyttöön perustuvaan teoretiseen tietoon, painottaen erityisesti Hotuksen Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä -hoitosuositusta. Opas toteutettiin vuorovaikutuksessa työelämän edustajan kanssa, perustuen hoitohenkilökunnan tarpeisiin, joita kartoitimme etukäteen ennen oppaan laadintaa kyselomakkeen avulla. Opas kohdennettiin pääasiassa yhteistyökumppanimme toimineen hoivakodin henkilökunnan tarpeisiin muistisairaiden hoitotyössä, joka oli täten oppaan sisältöä keskeisesti ohjaava tekijä. Tuotettua opasta on mahdollista hyödyntää myös muissa yhteistyökumppanimme ikääntyneiden hoivakodeissa henkilökunnan osaamisen kehittämiseksi muistisairauksista johtuvien käytösoireiden hallinnassa ja ennaltaehkäisyssä.

Oppaan sisältö ja ulkonäkö tarkentuivat pikkuhiljaa sitä työstäessämme. Oppaan sisältöä ja ulkonäköä ohjasivat tieto siitä, minkälainen hoitohenkilökunnalle suunnatun hyvän oppaan tulisi olla, sekä keitä sen käyttäjät ja minkälaisia heidän tiedontarpeensa ovat. Aiheeseen liittyvän kirjallisuuden sekä muista oppaan tuottaneista opinnäytetöistä saatujen vinkkien avulla loimme rungon oppaan sisällöstä ja otsikoista. Perusrunko oppaalle muotoutui useammasta eri osiosta: kansilehti, johdanto, yleisimmät muistisairaudet, käytösoireiden kuvaus ja muistisairaahan hyvän hoidon elementit. Oppaan loppuun laitoimme lähteet, joihin oppaassa käytetty teoretinen tieto perustuu ja joista hoitohenkilökunta voi lukea halutessaan aiheeseen liittyvää lisätietoa. Opas tulostettiin värillisenä A4-kokoisena tulosteena, jotta sen visuaalinen ulkomuoto olisi houkuttelevampi ja nidottiin vasemman ulkoreunan kohdalta. Valmiista oppaasta annettiin yhteistyökumppanille sekä kirjallinen, että sähköinen versio, jonka he voivat tarvittaessa tulostaa. Hoivakodin esimiehelle toimitettiin oppaan lisäksi myös sähköisen palautelomake oppaan yhteisarviointia varten.

8.2 Oppaasta saatu palaute

Koostimme valmiista oppaasta Likert -asteikollisen palautekyselyn. Kysymykset perustuivat tämän opinnäytetyön lukuun 6: *Hyvän oppaan tunnusmerkit*. (Niemi, Nietosvuori & Vierikko 2006; 99-100 & Hyvärinen 2005.) Kyselyn avulla pyysimme palautetta oppaan helppolukuisuudesta, oppaan sisällön ymmärrettävyydestä, oppaan otsikoinnin selkeydestä ja tarkoituksenmukaisuudesta, oppaan ulkoasusta sekä siitä, tarjoaako opas mahdollisuuden kehittää hoivayksikön toimintatapoja näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuen sekä voiko oppaan

tarjoamaa teoriatietoa tehdä konkreettisesti näkyväksi hyödyntämällä sitä käytännön hoitotyöhön. Kyselyn lopussa oli avoin kysymys, jossa pyydettiin yleistä palautetta oppaan käyttökelpoisuudesta. Aikataulullisista syistä johtuen pyysimme hoivakodin esimiestä keräämään henkilökunnalta suullisesti palautetta oppaasta ennalta määrittelemiimme kysymyksiin perustuen, ja pyysimme ystävällisesti koostamaan meille yhteispalautteen sähköisen lomakkeen avulla.

Saadun yhteispalautteen mukaan opas koettiin helppolukuiseksi ja sisällöltään ymmärrettäväksi. Opas kuvailtiin käyttökelpoisuudeltaan hyväksi ja tiiviisti kootuksi tietopaketti muistisairaiden kanssa työskenteleville sen sisältäen ytimekkäästi oleellimmat asiat. Palautteen mukaan oppaan tarjoama teoriatieto on hyödynnettävissä käytännön hoitotyöhön ja sitä kautta opas tarjoaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden kehittää hoivakodin toimintaa.

9 Pohdinta

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, tärkeä ja tarpeellinen. Väestö Suomessa ikääntyy ja muistisairaudet lisääntyvät sen myötä koskettaen jo nyt, sekä tulevaisuudessa yhä suurempaa osaa väestöstä. Hoivahenkilökunnan osaamisen kehittämistä ja ylläpitämistä muistisairaiden hoidosta ja muistisairauksista johtuvien käytösoireiden ennaltaehkäisemisestä ja hallinnasta tullaan myös tarvitsemaan enemmän määrin, jotta voidaan tarjota muistisairaille laadukasta ja yksilöllistä hoitoa sekä palveluja. Kehittyvä hoitotyö ja osaaminen lisäävät myös ikääntyneiden ja muistisairaiden hoitotyön vetovoimaisuutta.

9.1 Opinnäytetyön eettiset kysymykset ja oppaan luotettavuuden arviointi

Hyvä tieteellinen käytäntö on edellytys eettisesti hyvälle tutkimukselle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 23.) Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen tekemisessä, esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Muiden tutkijoiden tekemää työtä on kunnioitettava huolehtimalla asianmukaisista viittauksista sekä arvostaa muiden tutkimusten merkitystä omaa tutkimusta tehtäessä ja tuloksia julkaistaessa. Tieteelliselle tiedolle on asetettu tiettyjä vaatimuksia, joita noudattaen tutkimus on suunniteltava, toteutettava ja raportoitava. Tutkimusta varten on hankittava tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta - TENK 2020.)

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry (2019) on laatinut ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Opinnäytetyön tekijällä on ensisijainen vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Opinnäytetyöprosessin on perustuttava rehellisyyteen, huolellisuuteen, avoimuuteen ja muiden työn kunnioitukseen. Tutkimusaineistot, tulokset ja julkaisut ovat tekijänoikeuslain alaisia, joita käytettäessä opinnäytetyön tausta-

aineistona, tulee hyvän tutkimustavan mukaisesti ja lainsäädäntöä noudattaen mainita niiden alkuperä, tekijät ja lähteet. (Arene 2019.)

Opinnäytetyön tekijän (AMK) on hallittava:

- Hyvä tieteellinen käytäntö opinnäytetyöprosessissaan
- Tieteellisen käytännön vastuut
- Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen yleiset periaatteet
- Eettisen ennakoarvioinnin lähtökohdat, tarpeellisuus ja ennakoarviointimenettely

Kuvio 10: Mitä opinnäytetyön tekijän (AMK) on hallittava. (Arene 2019.)

Opinnäytetyöllemme myönnettiin tutkimuslupa 29.9.2020. Emme julkaise tutkimuslupaa sellaisenaan tässä opinnäytetyössä, sillä se sisältää yksilöiviä tietoja työelämän yhteistyökumppanistamme, jota emme sovitusti yksilöi tarkemmin opinnäytetyössämme.

Lähteitä pyrimme käyttämään monipuolisesti. Lähteiden käytettävyyttä lisäsi se, että valitsemastamme aiheesta on saatavilla runsaasti erilaisia luotettavia ja tuoreita lähteitä, kuten kirjallisuutta, tutkimuksia, akateemisia lehtiartikkeleita, hoitosuosituksia ja hoitotieteen Pro gradu -julkaisuja. Koronaviruspandemian vuoksi keväällä 2020 tehtyjen rajoitusten keventyessä pikkuhiljaa kesän aikana, opinnäytetyöhömmme tarvittavan aineiston kasaaminen esimerkiksi kirjallisuuden saatavuus helpottui kirjastojen avauduttua. Luotettavaa teoriatietoa opinnäytetyöhömmme kirjojen lisäksi löysimme myös verkkolähteistä, joita käytimme runsaasti ja monipuolisesti. Lähteitä etsiessämme rajasimme pois yli 10 vuotta vanhat teokset ja julkaisut. Opinnäytetyön alkuvaiheessa saimme ohjausta tiedonhakuun liittyvissä asioissa Laurean tietoasiantuntijalta.

Työelämän yhteistyökumppanille toteutettu kysely perustui kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuuteen. Kyselylomake tehtiin sähköisesti Microsoft Forms -alustalle. Kyselyyn vastaaminen toteutui anonyymisti eikä vastaajista tallentunut tunnistetietoja, kuten nimiä tai sähköpostiosoitteita. Kyselyn vastaukset poistetaan Microsoft Forms -alustalta heti, kun kaikki tarvittava tieto tulosten tarkastelussa on käytetty.

Opinnäytetyöprosessi eteni sovittuja aikatauluja noudattaen. Prosessin aikana teimme välitavoitteita ja arvioimme tavoitteiden saavutettavuutta ja saavuttamista. Aikataulut osoittautuivat realistisiksi eikä mainittavia poikkeamia tullut. Aikatauluissa oli myös joustavuutta. Aloitimme prosessin keväällä, mutta kesän ajaksi emme asettaneet tavoitteita vaan pidimme tietoisesti taukoa. Opinnäytetyön tekijät sitoutuivat työn tekoon. Yhteistyö prosessin aikana oli sujuvaa ja arvostavaa.

9.2 Tavoitteen toteutumisen arviointi

Oppaan ja kyselyn laatimisesta kummallakaan meistä ei ollut aiempaa kokemusta, joten niiden luomiseen kului tästä syystä runsaasti aikaa ja vaivannäköä. Opasta rakennettaessa haasteeksi muodostui asioiden tiivistäminen helposti luettavaan muotoon. Oppaan lopputulokseen olimme tyytyväisiä, sen selkeyteen sekä käytettävyyteen. Kyselyn laadinta osoittautui haasteelliseksi, mutta saimme sen laatimiseen hyviä vinkkejä THL:n tuottamien neuvolatyössä käytettävistä vastaavanlaisista Likert-asteikollisista kyselylomakkeista.

Saimme opinnäytetyöhön ohjausta aina pyydettyä. Ohjausta oli prosessin alussa tiiviimmin, noin kerran viikossa tai kahdessa. Palaute oli kannustavaa ja rakentavaa ja kehitimme toimintaamme palautteen perusteella. Olimme avoimia uusille näkökulmille ja kehittämis ehdotuksille. Palautetta opinnäytetyöstä, kyselystä ja oppaasta saimme monipuolisesti koko prosessin ajan ohjaavalta opettajalta, opiskelutovereilta, yhteistyökumppanin edustajilta ja hoivakodin henkilökunnalta, pohdimme yhdessä sekä annoimme palautetta myös toki toinen toisillemme. Palautteiden kautta pystyimme kehittämään toimintaamme ja opinnäytetyöprosessiamme.

Oppaaseen on koottu sisältöä yleisimmistä muistisairauksista ja niihin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista eli käytösoreista ja näiden taustalla olevista tekijöistä. Oppaassa käydään lyhyesti läpi voimavarakeskeistä työskentelymallia. Lisäksi oppaaseen on koottu keskeisimpiä asioita Hoitotyön tutkimussäätiön eli Hotuksen hoitosuosituksista muistisairaanhoidossa.

Opinnäytetyömme koskien muistisairaiden hyvää hoitoa ja muistisairauksien aiheuttamien käytösoreiden ennaltaehkäisyä ja hallintaa ei aiheena suinkaan ole uusi tai uniikki, mutta saimme koottua yhteistyökumppanimme tarpeisiin vastaten ajankohtaiseen tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvan tiedon selkeäksi oppaaksi, jota hoitotyön ammattilaiset voivat käytännön työssään helposti hyödyntää. Näin ollen voimme siis todeta opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen tulleen täytetyiksi ja toteutuneeksi. Jatkokehittämis ehdotuksemme on käytösoreiden kohtaamiseen tarvittavan osaamisen vahvistaminen ja yhtenäistäminen käytännön harjoitteiden kautta.

Lähteet

Painetut

Erkinjuntti T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014. Alzheimerin tauti ja aivoverenkiertosaireaus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 278.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

Hallikainen, M. 2019. Alzheimerin tauti. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.). Muistisairaahan hoito. Helsinki: Duodecim, 328.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosaireauden muistisairaushoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 137.

Mönkäre, R. 2017. Vuorovaikutus aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan kanssa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim, 49-50.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Vierikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Vataja, R. 2017. Käyttäytymisen muutokset. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim, 54-56.

Sähköiset

Alzheimer's Disease International (ADI), 2018. World Alzheimer Report 2018. Viitattu 30.5.2020.

https://www.muistiliitto.fi/application/files/8815/3750/3337/WAR_2018.pdf

Arene. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 29.9.2020.

<http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Atula, S., 2019a. Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.8.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Atula, S., 2019b. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaushoito). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.9.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus - hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto, Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Bookwell Oy, Porvoo. Viitattu 11.9.2020.
<https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Esperi Care Oy, 2020. Hoivakodit ikäihmisille. Viitattu 7.8.2020.
<https://www.esperi.fi/hoivakodit-ikaihmisille>
- Gordin, A. & Kaakkola, S., 2018. Liikehäiriöstä riippumattomat Parkinsonin taudin oireet. Suomen Parkinson-säätiö. Viitattu 1.9.2020.
<https://www.parkinsonsaatio.fi/parkinsonin-tauti/artikkelit/liikehairioista-riippumattomat-parkinsonin-taudin-oireet>
- Hyvärinen, R. 2005;121(16):1769-73. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.9.2020.
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/16/duo95167>
- Jutila, T. 2013. Vanhuslähtöisyydestä asiakaslähtöisyyteen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, terveystieteiden laitos. Tampere. Viitattu 13.9.2020.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84894/gradu06963.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Juuso-Pulkkinen, E. 2015. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen kotona asuvien vanhusten palvelutarpeen arvioinneissa. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere. Viitattu 13.9.2020.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/97224/GRADU-1432908872.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 30.5.2020.
<https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>
- Kaarlela, K-M. 2013. Sairaanhoidajien työtyytyväisyys vanhustyössä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 13.9.2020.
https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130261/urn_nbn_fi_uef-20130261.pdf
- Kuopio, A-M. 2020. Vastasairastuneen Parkinsonpotilaan opas. Parkinsonliitto ry. Turku. Viitattu 30.8.2020.
https://www.parkinson.fi/sites/default/files/vastasairastuneen-opas-web_0.pdf
- Käypä hoito -suositusten Muistisairaudet: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset) -potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 30.5.2020. Saatavilla Internetissä:
www.kaypahoito.fi
- Käypä hoito -suositusten Muistisairaudet: Muistisairauden käytösoireiden hoito -potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 30.8.2020. Saatavilla Internetissä:
www.kaypahoito.fi
- Käypä hoito -suositusten Muistisairaudet: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia) -potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 1.9.2020. Saatavilla Internetissä:
www.kaypahoito.fi

Käypä hoito -suosituksen Muistisairaudet: Parkinsonin taudin muistisairaus -potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 30.8.2020. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Laitinen, M. 2015. Työntekijöiden kokemuksia Tunteva -työskentelystä muistisairaiden kohtaamisessa. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos. Jyväskylä. Viitattu 2.9.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/48294/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201601091047.pdf>

Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2019. Viitattu 30.8.2020. Saatavilla: www.hotus.fi

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 30.5.2020. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Parisod, H. 25.3.2020. Lehdistötiedote: Muistisairautta sairastavat henkilöt elävät arkeaan poikkeusolojen keskellä - Lääkkeettömällä menetelmällä voidaan hidastaa muistisairaahan toimintakyvyn heikkenemistä. Viitattu 30.9.2020. <https://www.hotus.fi/lehdistotiedote-muistisairautta-sairastavat-henkilot-elavat-arkeaan-poikkeusolojen-keskella-laakkeettomilla-menetelmilla-voidaan-hidastaa-muistisairaahan-toimintakyvyn-heikkenemista/>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.9.2020. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020a. Iäkkäiden palvelut; sosiaalipalvelut. Viitattu 19.10.2020. <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020b. Henkilöstömitoitus iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Viitattu 13.9.2020. <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut/henkilostomitoitus>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020c. Iäkkäiden palvelut; laatu ja kehittäminen. Viitattu 13.9.2020. <https://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut/laatu-kehittaminen>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020. Tavoitteena muistiympäristö Suomessa. Helsinki. Viitattu 22.9.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aBNB%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sulkava, R. 2010. Lewyn kappale -tauti. Duodecim. Terveysportti. Viitattu 7.8.2020. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artik-keli=ger00805&p_haku=lewyn%20kappale

Suomen Riskienhallintayhdistys. 2020. Nelikenttäanalyysi - SWOT. Viitattu 24.9.2020. <https://pk-rh.fi/tools/swot.html>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2019. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 30.5.2020.
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2020. Muistisairaudet. Viitattu 3.11.2020.
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveyskylä. 2019. Väestön ikääntyminen Suomessa. Viitattu 30.5.2020.
<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arke/v%C3%A4est%C3%B6n-ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-suomessa>

Terveyskylä. 2019. Ikäatalo - Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Viitattu 29.9.2020.
<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen>

Tikoteekki, 2013. Kohdaten -Opas vuorovaikutukseen muistisairaana ihmisen kanssa. Kehitysvammaliitto. Helsinki. Viitattu 9.9.2020.
<https://www.kehitysvammaliitto.fi/tikoteekki/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/Kohdaten-NETTI.pdf>

Tuomikoski, A., Parisod, H., Oikarainen, A., Siltanen, H. & Holopainen, A., 2018. Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen -raportti järjestelmällisten katsausten katsauksesta. Muistiliitto. Helsinki. Viitattu 11.6.2020.
https://www.muistiliitto.fi/application/files/9515/6223/6595/Katsaus_laakkeettomat.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta - TENK. 2020. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 21.10.2020.
<https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Valtioneuvosto, 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Viitattu 4.11.2020.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>

Valvira, 2020. Sairaanhoidajat. Viitattu 19.10.2020.
https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulu-tetut/sairaanhoidajat

Julkaisemattomat

Hoivakodin esimies. 2020. Puhelinhaastattelu 11.9.2020. Uusimaa.

Kuviot

Kuvio 1: Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen muistisairauden sekamuoto (Sydän- ja verisuonitautien merkitys muistisairauden synnyssä. 2020. Orion Pharma).....	15
Kuvio 2: Suosituslauseet: Muistisairaahan henkilön päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä: Hoitosuositus, 2019).....	21
Kuvio 3: Muistisairaahan kohtaamisessa käytetyt menetelmät	31
Kuvio 4: Läsnaolo ja huomioiva vuorovaikutus	32
Kuvio 5: Ympäristö ja tilaratkaisut	33
Kuvio 6: Aktiviteettien hyödyntäminen	34
Kuvio 7: Henkilökunnan tiedon tarve ja osaaminen	35
Kuvio 8: Erilaiset käytösoireet.....	36
Kuvio 9: Käytösoireiden toistuvuus	37
Kuvio 10: Mitä opinnäytetyön tekijän (AMK) on hallittava. (Arene 2019.).....	40

Taulukot

Taulukko 1: Käyttäytymisen muutosten taustatekijät. (Mukaillen: Vataja 2017, 55).	19
Taulukko 2: Opinnäytetyöprosessin SWOT-analyysi.....	28

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake hoitohenkilökunnalle.....	48
Liite 2: Muistisairaän henkilön hyvä hoito - opas hoitohenkilökunnalle.....	52

Liite 1: Kyselylomake hoitohenkilökunnalle

MUISTISAIRAAN HOIDON HYVÄT ELEMENTIT

Hyvä hoitotyön ammattilainen,

Muistisairaiden henkilöiden hoitotyö on antoisaa ja siihen liittyy monenlaisia ajatuksia sekä ilon aiheita, mutta myös erilaisia arkisia haasteita sairauksien aiheuttamien käytösoireiden vuoksi. Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoululta Porvoon kampukselta. Teemme sairaanhoitajakoulutukseen sisältyvää opinnäytetyötä muistisairaan henkilön käytösoireiden ennaltaehkäisystä ja hallinnasta.

Pyydämme ystävällisesti sinua täyttämään sähköisen kyselylomakkeen 18.10.2020 mennessä. Kyselylomakkeelle on koottu muistisairaan henkilön hyvään hoitoon liittyviä ja keskeisiin hoitosuosituksiin perustuvia väittämiä. Lomakkeen avulla tarkastellaan tekijöitä, joita hyödynnetään muistisairaan henkilön hoitotyössä käytösoireiden ennaltaehkäisyssä ja hallinnassa. Valitse alla esitetystä väittämisestä jokaisesta kohdasta neljästä eri vaihtoehdosta yksi, joka vastaa parhaiten omaa mielipidettäsi ja kirjoita avoimiin kysymyksiin vastaukset niille varattuun tilaan. Vastaathan kaikkiin väittämiin ja kysymyksiin. Käsittelemme vastaukset anonyymisti ja luottamuksellisesti. Kokemuksesi ja vastauksesi ovat tärkeää ja arvokasta tietoa, joita tullaan hyödyntämään opinnäytetyön tuotoksena valmistuvassa oppaassa. Varaathan vastaamiseen aikaa noin 15-20 minuuttia.

Yhteistyöstä ja vastauksista kiittäen,

sairanhoitajaopiskelijat Laura Lehmus & Jenni Tuomi

laura.lehmus@student.laurea.fi, jenni.tuomi@student.laurea.fi

Esitiedot:

Hoitotyön kokemus vuosina: _____

Tähän lomakkeeseen on koottu muistisairaahan hoidossa esiintyviä keskeisiä tekijöitä, jotka voivat olla hoitotyötä tukevia tai haastavia elementtejä. Tämän lomakkeen avulla tarkastellaan hoivakodissa toteutettavan muistisairaahan hoitotyön voimavarakeskeisiä menetelmiä sekä hoitotyötä haastavia tekijöitä erilaisten väittämien avulla.

Väittämät:**Muistisairaahan kohtaamisessa käytettävät menetelmät**

Kuinka usein olet käyttänyt seuraavia menetelmiä käytösoireisen muistisairaahan kohtaamisessa

(en koskaan 1 - harvemmin 2 - viikoittain 3 - päivittäin 4)

1. Non-verbaalinen viestintä (eleet, ilmeet, äänensävy ja painotus, kosketus)	1	-	2	-	3	-	4
2. Verbaalinen viestintä (selkeät ja lyhyet sanalliset ohjeet)	1	-	2	-	3	-	4
3. Rauhoittelu ja toiseen tilaan siirtyminen	1	-	2	-	3	-	4
4. Ennakoiminen	1	-	2	-	3	-	4
5. Hoitajan vaihtaminen hoitotilanteessa	1	-	2	-	3	-	4
6. Musiikkia ja laulamista	1	-	2	-	3	-	4
7. Liikunta (kävely, ulkoilu)	1	-	2	-	3	-	4
8. Aikatauluissa joustaminen	1	-	2	-	3	-	4
9. Kivun ja epämukavuuden tunteen tunnistaminen/arvioiminen (esim. kipu, ikävä, mielihäiriö, suru)	1	-	2	-	3	-	4
10. Ajatuksen ja huomion ohjaaminen toisaalle	1	-	2	-	3	-	4
11. Huomioiminen ja ajan antaminen	1	-	2	-	3	-	4
12. Fyysisten tarpeiden huomioiminen (jano, nälkä, väsymys, erittäminen, palelu, kuumuus)	1	-	2	-	3	-	4
13. Myönteinen asenne, kannustaminen ja empatia	1	-	2	-	3	-	4

Läsnäolo ja huomioiva vuorovaikutus

Hyödynnän seuraavia alla esitettyjä menetelmiä vuorovaikutuksen ja läsnäolon tukemisessa

(eri mieltä 1 - osittain eri mieltä 2 - osittain samaa mieltä 3 - samaa mieltä 4)

14. Minulla on mahdollisuus tarjota riittävästi aikaa muistisairaahan omatoimisuuden tukemiselle päivittäisissä toiminnoissa (riisumisessa, pukemisessa, pesuissa, ruokailussa, asennon vaihtamisessa vuodepotilailla, WC-asiointi)	1	-	2	-	3	-	4
15. Käytän kosketusta osana vuorovaikutusta	1	-	2	-	3	-	4
16. Tulkitseen asukkaan eleitä, ilmeitä, äänen painoja hänen ymmärtämisekseen	1	-	2	-	3	-	4
17. Annan muistisairaalle riittävästi aikaa ymmärtää ja vastata kysymyksiin	1	-	2	-	3	-	4
18. Käytän katsekontaktia vuorovaikutuksen tukena	1	-	2	-	3	-	4
19. Pysin luomaan kiireettömän ilmapiirin	1	-	2	-	3	-	4
20. Puhun selkeästi ja käytän lyhyitä lauseita	1	-	2	-	3	-	4
21. Vierelle istumisella tuen muistisairaahan turvallisuuden tunnetta	1	-	2	-	3	-	4

Ympäristö ja tilaratkaisut

Pidän tärkeänä seuraavia ympäristöön ja tilaratkaisuihin liittyviä asioita muistisairaahan hoidossa

(eri mieltä 1 - osittain eri mieltä 2 - osittain samaa mieltä 3 - samaa mieltä 4)

22. Esteettömyys	1	-	2	-	3	-	4
23. Valaistus	1	-	2	-	3	-	4
24. Itsenäisen ulkoilumahdollisuus pihalle tai puutarhaan	1	-	2	-	3	-	4
25. Isot ikkunat (huoneet, yhteiset tilat)	1	-	2	-	3	-	4
26. Yhteisten tilojen pohjaratkaisut mahdollistavat vapaan liikkumisen ja aktiviteetteihin osallistumisen	1	-	2	-	3	-	4
27. Kodinomaisuus ja oman huoneen kalustaminen tutuilla huonekaluilla ja esineillä	1	-	2	-	3	-	4
28. Organisaation hoitokulttuuri (asenteet, käyttäytyminen, arvot)	1	-	2	-	3	-	4
29. Pienet ryhmäkoot	1	-	2	-	3	-	4

Aktiviteettien hyödyntäminen

Olen hyödyntänyt seuraavia aktiviteetteja tai näiden yhdistelmiä muistisairaahan hoidossa

(en koskaan 1 - harvemmin 2 - viikoittain 3 - päivittäin 4)

30. Liikunta (tuolijumppa, lihaskunto ja tasapainoharjoitteet)	1	-	2	-	3	-	4
31. Ulkoilu ja kävely	1	-	2	-	3	-	4
32. Musisointi ja tanssi	1	-	2	-	3	-	4
33. Luovat harjoitteet, esim. piirtäminen ja askartelu	1	-	2	-	3	-	4
34. Puutarhanhoito	1	-	2	-	3	-	4
35. Muistelu ja tarinoiden kertominen (valokuvat, elämänhistoria)	1	-	2	-	3	-	4
36. Tv:n katselu	1	-	2	-	3	-	4
37. Lukeminen	1	-	2	-	3	-	4
38. Yksilö- tai ryhmäkeskustelu	1	-	2	-	3	-	4
39. Päivittäisten toimintojen harjoittelu (esim. paikasta toiseen kulkeminen, ruokailutilanteiden harjoittelu, sanalliset ohjeet puolesta tekemisen sijaan)	1	-	2	-	3	-	4
40. Muistia, huomio- ja päättelykykyä tukevat pelit	1	-	2	-	3	-	4
41. Päivittäiset arkiaskareet (kaupassa käynti ja maksaminen, siivoaminen)	1	-	2	-	3	-	4
42. Leipominen, käsityöt	1	-	2	-	3	-	4
43. Rentoutuminen ja lepo	1	-	2	-	3	-	4
44. Koskettaminen (halaus, kädestä kiinni pitäminen, silittäminen)	1	-	2	-	3	-	4

Henkilökunnan tiedon tarve ja osaaminen

Henkilökunnan tiedon tarve, osaaminen ja koulutus sekä omien vahvuksien tunnistaminen

(eri mieltä 1 - osittain eri mieltä 2 - osittain samaa mieltä 3 - samaa mieltä 4)

45. Olen saanut riittävästi perehdytystä muistisairaahan käytösoireiden ennakoimiseen ja hallintaan	1	-	2	-	3	-	4
46. Tunnistan erilaisia käytösoireita	1	-	2	-	3	-	4
47. Tiedostan käytösoireiden taustalla olevia tekijöitä	1	-	2	-	3	-	4
48. Tarvitsen lisää tietoa muistisairaahan käytösoireiden ennaltaehkäisystä ja hallinnasta	1	-	2	-	3	-	4
49. Minulla on kouluttautumisella hankittua vanhustyön erityisosaamista	1	-	2	-	3	-	4
50. Tunnistan omia vahvuksiani muistisairaahan hoitotyössä	1	-	2	-	3	-	4
51. Olen hyödyntänyt tai tietoinen hoitotyön tutkimussäätiön Hotuksen hoitosuosituksista muistisairaahan hoidossa	1	-	2	-	3	-	4

Erilaiset käytösoireet

Olen kohdannut seuraavia käytösoireita muistisairaiden hoitotyössä hoivakodissa

(en koskaan 1 - harvemmin 2 - viikoittain 3 - päivittäin 4)

52. Aggressiivisuutta (sanallista uhkailua, haukkumista, kiroilemista)	1	-	2	-	3	-	4
53. Väkivaltaisuutta (lyöminen, potkiminen, nipistely, vaatteiden repiminen)	1	-	2	-	3	-	4
54. Hoidon vastustelua	1	-	2	-	3	-	4
55. Sylkemistä	1	-	2	-	3	-	4
56. Huutamista, ("apua" -huutelua)	1	-	2	-	3	-	4
57. Itkuisuutta	1	-	2	-	3	-	4
58. Verbaalista levottomuutta (asioiden toistaminen, jatkuva kyseleminen ja hoitajan kutsuminen toistuvasti)	1	-	2	-	3	-	4
59. Ahdistuneisuutta ja pelkoja	1	-	2	-	3	-	4
60. Uni ja valverytmin häiriöitä	1	-	2	-	3	-	4
61. Vaeltelua (jatkuvana kävelynä, harhailuna, perässä kävelemisenä)	1	-	2	-	3	-	4
62. Masennusta ja apatiaa, passiivisuutta	1	-	2	-	3	-	4
63. Virtsa- ja ulostevaivoja (pidätysongelmat, <i>ulosteen</i> levittäminen ja <i>sotkeminen</i>)	1	-	2	-	3	-	4
64. Tavaroiden kuljettelua, pakkaamista ja piilottelua	1	-	2	-	3	-	4
65. Psykoottisia oireita (vainoaminen ja pelot, harhaluulot, hallusinaatiot eli aistiharhat)	1	-	2	-	3	-	4
66. Kotiin lähtemistä (ulos pyrkiminen, karkailu, ulko-ovella oleminen)	1	-	2	-	3	-	4
67. Seksuaalista levottomuutta (seksuaalissävytteiset puheet /teot)	1	-	2	-	3	-	4

Käytösoireiden toistuvuus

Kuinka usein olet kokenut muistisairaana hoidossa käytösoireita seuraavissa tilanteissa

(en koskaan 1 - harvemmin 2 - viikoittain 3 - päivittäin 4)

68. Hygienian hoitotilanteissa (suihku, peseytyminen, wc -käynnit, vaipanvaihto)	1	-	2	-	3	-	4
69. Siirtymistilanteissa	1	-	2	-	3	-	4
70. Ruokailutilanteissa	1	-	2	-	3	-	4
71. Hoitajan tulemisessa muistisairaana yksityiselle alueelle (oma huone)	1	-	2	-	3	-	4
72. Vapaan liikkumisen rajoittaminen (yksin poistuminen hoivakodista, sängynlaidat, turvavyöt, omaisten poistuessa)	1	-	2	-	3	-	4
73. Lääkkeiden ottotilanteet	1	-	2	-	3	-	4
74. Uni- ja valverytmin häiriöt (yöllinen heräily, vaeltelu)	1	-	2	-	3	-	4

Avoimet kysymykset:

1. Mitä haluaisit muuttaa muistisairaana hoitotyössä hoivakodissa?
2. Kerro esimerkkejä, minkälaiset tavat, menetelmät tai keinot ovat toimineet erityisen hyvin muistisairaiden hoitamisessa?
3. Mitä muuta haluaisit vielä kertoa?

Liite 2: Muistisairaan henkilön hyvä hoito - opas hoitohenkilökunnalle