

Satu Pentti

OPINNÄYTETYÖ

Muistisairaahan hyvän ja laadukkaan hoidon kehittäminen Sääksko-
dossa

Vanhustyön koulutusohjelma

2018

OPINNÄYTETYÖ: Muistisairaahan hyvän ja laadukkaan hoidon kehittäminen Sääkskodossa

Pentti, Satu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Toukokuu 2018
Sivumäärä: 37
Liitteitä: 4

Asiasanat: muistihäiriö, laadukas hoito, tehostettu palveluasuminen

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää hyvää ja laadukasta hoitoa Sääkskodossa. Sääkskoto on Lempäälän kunnan tehostetun palveluasumisen yksikkö. Palvelut on suunnattu ikäihmisille, jotka tarvitsevat hoivaa, huolenpitoa ja tukea ympäri vuorokauden. Asiakkaat ovat hyvin eri kuntoisia ja tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa eri tavoin. Ajatuksena kuitenkin on, että asukkaat hoidetaan elämän loppuvaiheessakin Sääkskodossa.

Laatu on sitä, että asiakas saa oikeaa palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Asiakasta ja hänen itsemääräämisoikeutta tulee myös kunnioittaa sairauden eri vaiheissa. Laadukkaassa hoitotyössä asiakas ja hänen hyvinvointinsa ylläpito ja parantaminen ovat toiminnan tärkein tavoite. Asiakaslähtöisyys on avainsana hyvälle ja laadukkaalle hoidolle.

Opinnäytetyö on toteutettu kehittämistyönä, jonka aineistonkeruuseen on käytetty strukturoitua haastattelua ja parastamista eli benchmarkkausmenetelmää, jota on sovellettu tässä kehittämistyössä. Benchmarkkauskohteena oli vastaavanlainen ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksikkö Pirkanmaalla. Aineisto on analysoitu ja klusteroitu sekä käytetty sisältöanalyysia kehittämistarpeen selvittämisessä.

Kehittämistyön ympäristö ja tehostettu palveluasuminen on kuvattu opinnäytetyössä. Työhön on kerätty tietoa eri muistihäiriöistä ja muistihäiriöisten hoidosta. Teoreettisessa osuudessa on otettu huomioon myös eri lait ja laatusuositukset, jotka takaavat muistisairaille hyvän ja laadukkaan hoidon.

Kehittämistyön tuotoksena syntyi laatukansio Sääkskodon henkilökunnan päivittäiseen käyttöön helpottamaan ja selkeyttämään päivittäistä työtä. Laatukansio on työväline ja toimii perehdytysaineistona uudelle työntekijälle.

THESIS: Developing good and quality care practices of patients with memory disorders in Sääkskoto

Pentti, Satu
Satakunta University of Applied Sciences
Degree program of elderly care
May 2018
Pages: 37
Appendices: 4

Keywords: memory disorders, quality care, intensive service housing

The purpose of the thesis was to develop good and quality care in Sääkskoto. Sääkskoto is a unit of intensified service housing in Lempäälä community. The services are targeted to elderly people who need care and support around the clock. The customers vary very much in their condition and they need help with their daily routines in different ways. The core idea is that the customers are being cared after in Sääkskoto even in the final stages of their lives.

Quality can be defined: A customer gets right service at a right time in a right place. It is important to respect the customer and his/her self-determination at different phases of the illness. In quality nursing the customer and maintaining and enhancing customer's well-being is the main goal of operations. Customer oriented approach is the key definition for a good and quality nursing.

The thesis has been implemented as a developmental work, and the data has been collected via structured interviews and bench marking. The benchmark was equivalent unit of intensified service housing in Pirkanmaa area. The data has been analyzed and clustered, and also content analyses has been used in finding out the need for development.

The environment of the development work and also intensified service housing are described in the thesis. Also, information about different kinds of memory disorders and the treatment of memory disorder patients has been gathered to the thesis. Also, different kinds of laws and quality practices which guarantee a good and quality care for memory disorder patients have been taken into consideration in the theory section.

As a result of the development work a quality folder was formed for Sääkskoto personnel to ease and clarify their daily work. The quality folder is a tool and it also functions as an orientation material to new members of the personnel.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KEHITTÄMISTYÖN YMPÄRISTÖ	2
3	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTIA JA KEHITTÄMISEN KANNALTA TÄRKEITÄ KÄSITTEITÄ.....	3
3.1	Muistiongelmista kärsivät ja muistisairaat ihmiset.....	3
3.2	Alzheimerin tauti	5
3.2.1	Varhainen Alzheimerin tauti	5
3.2.2	Lievä Alzheimerin tauti.....	6
3.2.3	Keskivaikea Alzheimerin tauti	6
3.2.4	Vaikea Alzheimerin tauti.....	7
3.2.5	Alzheimerin taudin hoito ja kuntoutus	7
3.3	Vaskulaarinen dementia.....	7
3.3.1	Pienten aivoverisuonten tauti eli subkortikaalinen dementia	8
3.3.2	Suurten suonien tauti eli kortikaalinen VD	8
3.3.3	Vaskulaaridementian hoito ja kuntoutus	9
3.4	Frontotemporaalinen dementia	9
3.4.1	Frontotemporaalisen dementian hoito ja kuntoutus	10
3.5	Lewyn kappale-tauti.....	10
3.5.1	Lewyn kappale-taudin hoito ja kuntoutus	11
3.6	Parkinsonin taudin muistisairaus	12
3.6.1	Parkinsonin taudin muistisairauden hoito ja kuntoutus.....	12
3.7	Muistisairaiden hyvä hoito.....	13
3.8	Kuntouttava lääkkeetön hoito	15
3.9	Tehostettu palveluasuminen.....	19
3.9.1	Tehostettu palveluasuminen Lempäälässä	20
4	OPINNÄYTETYÖN METODOLOGIASTA JA EETTISISTÄ PERIAATTEISTA	21
5	KEHITTÄMISTYÖ JA SEN PROSESSI.....	22
5.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja menetelmä	23
5.2	Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden eli haastattelujen aineisto.....	23
5.2.1	Kehittämistyön haastatteluaineiston avaaminen.....	24
5.2.2	Kehittämistyön aineiston analyysi.....	28
5.3	Kehittämistyön vertaileva aineisto: Parastaminen eli benchmarkkaus.....	29
5.3.1	Parastaminen menetelmän aineiston analyysi	31

5.3.2 Parastamisajatusten soveltaminen ja kehittämissuunnitelman laatiminen	31
6 KEHITTÄMISTYÖN AINEISTON YHTEENVETOA.....	33
7 AINEISTOSTA NOUSEVA MALLI	33
8 POHDINTA.....	34
LÄHTEET.....	36
LÄHTEET.....	1
LIITE 1 Haastattelulomake työntekijöille	
LIITE 2 Haastattelulupa opinnäytetyöhön	
LIITE 3 Haastattelukysymykset palvelukeskuksen vierailuun	
LIITE 4 Sääkskodon laatukansio	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni on kehittämistehtävä Sääkskodolle. Aineiston kehittämistyöhöni keräsin laadullisten tutkimusperiaatteiden mukaisesti. Menetelminä olivat haastattelut sekä benchmarkkaus- menetelmän soveltaminen. Työntekijöiden toiveesta syntyi opinnäytetyön tuotos eli perehdytysmateriaalina toimiva laatukansio.

Sääkskoto on Lempäälässä sijaitseva tehostetun palveluasumisen yksikkö. Sääkskodon tarkoituksena on tarjota asukkaille mielekäs arki kodinomaisessa ympäristössä. Palvelut on suunnattu ikäihmisille, jotka tarvitsevat hoivaa, huolenpitoa ja tukea ympäri vuorokauden (Lempäälän kunnan www-sivut 2018). Keväällä toiminta laajeni niin, että Lempäälän keskustassa sijaitseva Wellamokoti lopetti toimintansa ja sieltä muutti kaksi asukasta sekä kaksi hoitajaa Toimelakotiin. Nimi vaihdettiin kesäkuussa 2017 Sääkskodoksi. Toiminta on vuoden aikana laajentunut niin, että Toimelantalons neljännen kerroksen asunnoista on vapautunut Sääkskodon käyttöön kaksi asuntoa ja tällä hetkellä asukasmäärä Sääkskodossa on 10.

Laatu on sitä, että asiakas saa oikeaa palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Asiakasta ja hänen itsemääräämisoikeutta tulee myös kunnioittaa sairauden eri vaiheissa. Kaikille asiakkaille on taattava sama palvelu (Thl:n www-sivut 2018) Kunnan tehtävä on tarjota asukkailleen ympärivuorokautista hoivaa joko itse tai muiden kuntien kanssa yhteistyössä. Kunnat voivat hankkia palvelun myös ostopalveluna joko yksityiseltä tai julkiselta palveluntuottajalta. Vaihtoehtoisesti voi myös antaa palvelusetelin palvelun tarvitsijalle ja hän hankkii itse palvelun haluamaltaan palveluntuottajalta (Käypähoito-suositus 2018) Laadukkaassa hoitotyössä asiakas ja hänen hyvinvointinsa ylläpito ja parantaminen ovat toiminnan tärkein tavoite. Laadun varmistavat ja määrittävät johtaja, työyhteisö ja asukkaat yhdessä. Asiakaslähtöisyys on siis avainasana laadulle (Kulmala 2017, 21) Hyvän hoidon takaa riittävä määrä osaavaa henkilöstöä. Johtajan tehtävä on taata riittävä määrä henkilöstöä ottaen huomioon asiakaskunnan toimintakyvyn ja hoitoisuuden. Hänen tulee myös varautua siihen, että joku asiakas tarvitseekin enemmän tukea ja hoitoa esimerkiksi saattohoidossa tai akuutissa sairauden tilassa (Käypähoito-suositus 2018)

2 KEHITTÄMISTYÖN YMPÄRISTÖ

Sääkskoto sijaitsee Pohjois-Lempäälässä Sääksjärvellä. Lempäälän kunnan ikäihmisten palveluja koskevassa suunnitelmassa vuosille 2015–2025 oli suunnitelma, että Wellamokoti ja Toimelakoti yhdistetään. Tämä yhdistyminen tapahtui huhtikuussa 2017 ja sen jälkeen nimi muutettiin Sääkskodoksi. Yhdistymisen tarkoituksena oli, että henkilökuntaa saadaan vuoroihin lisää ja entisestä Wellamokodista saadaan asuntoja parempikuntoisille ikäihmisille (Lempäälän kunnan www-sivut 2017).

Sääkskoto on osa Toimelantaloa ja sijaitsee talon kolmannessa ja neljännessä kerroksessa. Kolmannessa kerroksessa on asukasasuntoja kolme sekä yhteiset ruokailutilat ja henkilökunnan sosiaaliset tilat. Neljännessä kerroksessa asuntoja on 11, joista Sääkskodon asukkaita on seitsemässä asunnossa. Neljännessä kerroksessa on myös päiväsaali sekä olohuone asukkaiden käyttöön sekä hoitajien toimisto ja lääkejakohuone. Asunnoissa on tupakeittiö, olohuone, makuuhuone, wc ja parveke. Sitä mukaa kun asuntoja neljännessä kerroksesta tyhjenee, niin ne tulevat Sääkskodon asukkaiden käyttöön. Tällä hetkellä Sääkskodossa on kymmenen asukasta ja vakituista henkilökuntaa kahdeksan. Sääkskodossa on yksi vakituinen yötyöntekijä ja seitsemän päivävuoroa tekevää lähihoitajaa. Tulevaisuudessa asukkaita voi olla enintään 13. SAP-työryhmässä päätetään asukasvalinnoista Sääkskotoon (Lempäälän kunnan www-sivut 2018). Asukkaiden turvallisuutta on pyritty parantamaan koodeilla varustetuilla porteilla sekä yksikön sisällä olevan portaikon molemmissa päissä olevilla porteilla. Hissillä kulku tapahtuu henkilökunnan valvonnassa.

Toimelantalo on perustettu myös lähitori, joka palvelee matalalla kynnyksellä kaikkia kunnan ikäihmisiä. Lähitorin ohjelma julkaistaan paikallislehdessä keskiviikkoisin seuraavalle viikolle.

Ikääntyneen, liikuntakyvyltään heikentyneen tai liikuntakyvyttömän, asuminen vaatii väljiä, esteettömiä ja hyvin varusteltuja tiloja, joihin kuuluvat wc-, pesu- ja keittiötilat (Kivelä 2012, 21). Koti tuntuu kodilta, kun se on kalustettu tutuilla huonekaluilla ja tavaroilla. Turvallisuutta tuo muuttumattomuus, jatkuvuus ja tuttuus. Erilaiset värit ja ympäristön merkit helpottavat selviytymistä. Valon määrällä voidaan tukea aikaan

orientoitumista (Ympäristöministeriö 2007, 9). Sääkskodon asunnot ovat pyritty tekemään mahdollisimman esteettömiksi. Asunnot ovat kalustettu asukkaiden omilla huonekaluilla ja näin luotu kodikas tunnelma. Asuntoihin on mahdollisuus tehdä tarvittavia muutostöitä asukkaan tarpeiden mukaan. Osassa asunnoista on kynnykset suunniteltu niin, että niistä on helppo mennä apuvälineiden kanssa. Osa asunnoista on tulossa muutostöitä kynnysten osalta. WC-tilat on suunniteltu niin, että siellä on tukikaitteita ja wc-pöntön vieressä käsituki ylösnousua helpottamassa. Apuvälinelainaamosta on lainattu erilaisia korokeistuimia ylösnousua helpottamaan.

Vierailuaikoja Sääkskodossa ei ole, vaan vieraat ovat aina tervetulleita käymään. Vierailulla on mahdollisuus viettää aikaa asukkaan kanssa yhteisissä tiloissa, asukkaan asunnossa tai ulkoillen. Omaiset voivat viedä asukkaita myös esimerkiksi kotilomalle tai kauppaan. Näistä kuitenkin on hyvä aina etukäteen sopia henkilökunnan kanssa. Asukkaille tarjotaan mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen ja heitä pyritään aktivoimaan heidän omat voimavarat huomioon ottaen. Viriketuokiot ja ulkoilu ovat jokapäiväistä elämää. Kuntosalilla on mahdollisuus käydä kerran viikossa.

Asiakkaat ovat hyvin eri kuntoisia. He tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa eri tavoin. Ajatuksena kuitenkin on, että he asuvat Sääkskodossa elämänsä loppuun asti. Saattohoito järjestetään Sääkskodossa. Saattohoidosta ja sen aloituksesta päättää geriatri, joka tekee hoitolinjaukset ja määrää saattohoitoon tarvittavat lääkkeet.

3 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTIA JA KEHITTÄMISEN KANNALTA TÄRKEITÄ KÄSITTEITÄ

3.1 Muistiongelmistä kärsivät ja muistisairaajat ihmiset

Ihmisen muistiin vaikuttavat monet asiat lyhyt- ja pitkäaikaisesti. Muistihäiriö ei kuitenkaan ole sama asia kuin muistisairaus. Muistia voivat heikentää kiire, stressi, uupumus, vähäinen liikunta, puutteellinen ravitsemus, ikä, sairaudet, kiputilat, aistipuutokset, lääkkeet, tarkkaavaisuus, motivaatio, päihteet, masennus ja jännitys. Muistisairaus rappeuttaa aivoja ja heikentää toimintakykyä hyvin laaja-alaisesti. Muistisairauden

edetessä puhutaan myös dementiaoireyhtymästä. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi myös yksi tai useampi seuraavista oireista: kielellinen häiriö, kätevyyden heikkeneminen, tunnistamisen vaikeutuminen ja monimutkaisten älyllisten toimintojen heikkeneminen (Muistiliiton www-sivut 2017). Lievät muistin ja kognitiivisten toimintojen häiriöt eivät aina johda dementiaan. Muistin heikkeneminen aiheuttaa kuitenkin aina jonkin asteista haittaa ihmisen elämässä. Tällaisesta muutoksesta käytetään yleisimmin termiä kognitiivinen heikentyminen (mild cognitive impairment, MCI) (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen.2013, 220). Muistisairauden edetessä useimmilla ilmenee käyttäytymisen muutoksia ja tunteiden ilmaisujen muutoksia. Toistuvat kysymykset samasta aiheesta, vaikeiden tilanteiden välttely ja aloitekyvyttömyys ovat tyypillisiä oireita. Lisäksi aikaan ja paikkaan orientoituminen on hankalaa. Dementian aiheuttaa yleisemmin etenevä muistisairaus. Suomessa arvioidaan olevan tällä hetkellä 193 000 muistisairasta ihmistä (Muistiliiton www-sivut 2017).

Muistisairaalla on oikeus osallistua omaan hoitoonsa ja häntä koskevaan päätöksentekoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2 luku 6§). Muistisairaahan hoidon tulee olla toimintakykyä tukevaa, kuntoutumista edistävää ja kokonaisvaltaista. Hyvä hoito edellyttää monipuolista tarpeiden ja voimavarojen arviointia eli tarvelähtöistä arviointia. Muistisairasta ja hänen läheisiään tulee kuulla ja elämänhistoria ottaa huomioon yksilöllisessä hoitotyössä. Hyvä hoito edellyttää riittävän määrän henkilökuntaa (Käypähoito-suositus 2018). Jokapäiväinen elämä tulee tehdä mielekkääksi ja pitää se mahdollisimman muuttumattomana. Muistisairaalle tulee antaa aikaa suoriutua omatoimisesti arkipäiväisistä asioista. Kuntouttavalla työotteella, aidolla kohtaamisella, rinnalla kulkemisella, vuorovaikutuksella ja asiallisella kohtelulla voidaan oleellisesti helpottaa muistisairaahan arjessa selviytymistä. Tärkeintä on huomioida muistisairaahan jäljellä olevat voimavarat ja hyödyntää niitä päivittäisissä toimissa (Hallikainen ym. 2014, 8).

Muistisairaus alentaa ihmisen toimintakykyä vähitellen. Se tuo haasteita sekä hoitavalle henkilökunnalle, että muistisairaalle itselleen ja hänen läheisilleen. Toimintakykyä voidaan pitää yllä aktiivisella elämällä ja kuntouttavalla toiminnalla. Se parantaa myös toimintakykyä. Kuntouttava hoito on muistisairaahan kokonaisvaltaista hoitoa joka käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan. Ne kaikki tukevat toinen toisiinsa (Hallikainen ym. 2014, 8).

3.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti etenee hitaasti ja tasaisesti. Sen oireet johtuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. Iän myötä taudin esiintyvyys lisääntyy ja se on yleisempi naisilla kuin miehillä (Muistiliiton www-sivut 2017). Alzheimerin tauti jaotellaan neljään eri vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. Se on kaikista muistisairauksista yleisin etenevä muistisairaus.

MMSE-PISTEET

Varhainen	24–30
Lievä	18–23
Keskivaikea	12–17
Vaikea	0–11

3.2.1 Varhainen Alzheimerin tauti

Varhaisessa vaiheessa uusien asioiden opettelu vaikeutuu ja unohtaminen lisääntyy. Yleensä tulee lievää tiedonkäsittelyn heikentymää (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soinen, 122). Taudin kieltäminen on myös hyvin yleistä tässä vaiheessa. Hidastuminen ja epävarmuus saattavat näkyä päivittäisissä töissä ja arkiaskareissa. Lisäksi saattaa olla masentumista, ahdistumista ja ärtyisyyttä. Sairautta epäiltäessä tutkimuksiin kannattaa hakeutua nopeasti. Tällöin hoito voidaan aloittaa hyvissä ajoin. Viive hoidon aloituksessa voi vähentää hoidon tehoa merkittävästi (Käypähoito-suositus 2017).

Sairaus etenee kaikilla yksilöllisesti. Varhaisessa vaiheessa potilas pystyy asumaan vielä kotona, kun saa kotiin riittävästi tukea. Hoitotahdon ja testamentin tekeminen varhaisessa vaiheessa on hyvin järkevää ennen sairauden etenemistä. (Käypähoito-suositus 2017).

3.2.2 Lievä Alzheimerin tauti

Aikaisemmat oireet pahentuvat lievässä vaiheessa jonkin verran ja häiritsevät päivittäistä toimintaa. Tässä vaiheessa suurin osa myöntää kärsivänsä muistihäiriöstä, mutta tavallisesti peittelee tai vähättelee oireitaan. Fyysisesti potilas kuitenkin voi olla vielä hyvässä kunnossa, vaikka laihtumista voikin tapahtua (Käypähoito-suositus 2017).

Lievässä vaiheessa muistivaikeudet jatkavat lisääntymistään ja uusien asioiden oppiminen ja mieleen painaminen heikentyy huomattavasti. Esimerkiksi kauppa-asioilla saattaa unohtua asioita, joita piti ostaa. Sosiaalisista tilanteista tulee ahdistavia ja niitä vältellään ja potilaasta saattaa tulla vetäytyvä. Ympäristön hahmotus on vaikeaa ja eksymistä voi tapahtua helposti varsinkin vieraassa ympäristössä. Harhaluulot ja ajantaju ovat myös tyypillisiä oireita (Käypähoito-suositus 2017). Lievässä vaiheessa voi ilmetä myös depressiota, paranoiaa ja aggressiivisuutta. Aggressiivisuuden taustalla voi olla toimenpide, jonka merkitystä potilas ei ymmärrä tai epäarvostava kohtelu (Sulkava 2010, 90).

3.2.3 Keskivaikea Alzheimerin tauti

Tässä vaiheessa moni potilas voi joutua siirtymään laitoshoidon, koska normaalit arkiaskareet eivät välttämättä enää onnistu ilman apua. Potilas ei silti välttämättä tiedosta vaikeuksiaan. Persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt saattavat säilyä vielä tässäkin vaiheessa melko hyvin (Käypähoito-suositus 2017).

Eksyminen tutuissa paikoissa on yleistä. Oman kodin ja tuttujen kasvojen tunnistaminen voi olla vaikeaa. Kielelliset vaikeudet lisääntyvät ja aktiivinen osallistuminen keskusteluun vähenee (Käypähoito-suositus 2017). Laihtumista voi tapahtua, jos ravinnonsaantiin ei kiinnitetä erityisesti huomiota (Sulkava 2010, 90).

Menneisyys ja nykyaika voivat sekoittua. Hyvin tyypillisesti potilas puhuu kuolleista tai tuntemattomista henkilöistä, jotka ovat vierailleet asunnossa. Yksin jääminen on pelottavaa ja potilas saattaa takertua läheisiinsä (Käypähoito-suositus 2017).

3.2.4 Vaikea Alzheimerin tauti

Tässä vaiheessa potilas tarvitsee jo runsaasti apua päivittäisissä toimissaan. Muisti toimii satunnaisesti ja potilas tunnistaa harvoin läheisiään. Pakkoliikkeet suun seudulla ja lihasnykimiset saattavat ilmetä fyysisinä oireina. Kävelykyky ja itse syöminen heikentyvät. Kävelykyky voi hävitä, jos ei ole fyysistä ylläpitävää kuntoutusta (Sulkava 2010, 90). Puheen ymmärtäminen ja tuottaminen vaikeutuvat tai loppuvat kokonaan. (Käypähoito-suositus 2017). Virtsa- ja ulostusinkontinenssi tulee viimeistään tässä sairauden vaiheessa (Sulkava 2010, 90).

3.2.5 Alzheimerin taudin hoito ja kuntoutus

Alzheimerin taudin tärkein tavoite on parantaa toimintakykyä ja pidentää avohoidossa selviytymistä (Sulkava 2010, 90). Hoitoa ei jatketa siinä vaiheessa, kun huomataan, että siitä ei ole enää hyötyä. Virikkeellinen ympäristö parantaa useimmiten potilaan toimintakykyä.

Lääkehoitona käytetään asetyylikoliiniesteraasientsymin estäjiä (AKE) donepetsiilia (Donepezil, Aricept) rivastigmiinia (Exelon) ja galantamiinia (Reminyl). Näistä on katsottu olevan jonkin verran hyötyä toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen sekä käytösoireiden lievittämiseen (Sulkava 2010, 90; Terveystieteen 2018). Hyötyä on koettu olevan myös Memantiinin (Ebixa, Memantin, Adaxor) ja AKE- lääkkeen yhdistelmästä. Se on myös turvallinen yhdistelmä. Suurista AKE-lääkeannoksista voi tulla iäkkäille pahoinvointia, vatsakipuja ja ripulia.

3.3 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin dementoiva sairaus. Käypä hoito-suosituksessa puhutaan sekä vaskulaarisesta kognitiivisesta heikentymästä (VCI) että vaskulaarisesta dementiasta (VD). Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä on viime vuosina vakiintunut käsite aivoverenkiertosairauksiin liittyvälle muistin ja tiedonkäsitteilyn heikentymiselle. VCI syntyy yleensä aivoverenkierron häiriintyessä joko aivoverenvuodon tai aivoinfarktin seurauksena. Päätyypit ovat pienten aivoverisuonten tauti

ja suurten suonien tauti (Käypähoito-suositus 2017). Aivoverenkierto-sairauden muistisairauden tunnistaminen on tärkeää varhaisessa vaiheessa, sillä tiedonkäsittelyn vaikeutumista voidaan hidastaa (Erkinjuntti ym. 2015, 137).

3.3.1 Pienten aivoverisuonien tauti eli subkortikaalinen dementia

Muistisairauden syynä on aivojen pienten, läpäisevien verisuonien ahtautuminen ja siihen liittyy äkillisiä aivoverenkiertohäiriöitä, kuten aivoinfarktia, aivoverenvuotoa ohimeneviä aivoverenkiertohäiriöitä (TIA) (Erkinjuntti ym. 2015, 148). Tauti etenee hitaasti ja siihen kuuluu kognitiivinen heikentyminen, dementia, epävarmuus kävelyssä, virtsainkontinenssi ja masennus. Tauti saattaa ilmetä myös äkillisenä ja selkeästi rajattuna puutosoireena (Käypähoito-suositus 2017).

Tyypilliset tiedonkäsittelyn oireet varhaisessa vaiheessa ovat: toiminnanohjauksen heikentyminen ja tiedonkäsittelyn hidastuminen. Toiminnanohjauksessa heikentyy tavoitteen asettelu, toiminnan aloittaminen, suunnitelmallisuus, järjestelmällisyys, toiminnan jaksottaminen ja toteuttaminen, toimintatavan vaihtaminen ja säilyttäminen ja käsitteellinen ajattelu. Muistihäiriö ei ole niin yleinen kuin Alzheimerin taudissa. Käyttöoireena ilmenee masennusta, persoonallisuuden muutosta ja psykomotorista hidastumista (Käypähoito-suositus 2017).

Oireiden alku on hyvin vaihteleva. Tyypillisesti oireet pahenevat tasaisesti eikä portaittain. Oireiden ilmannuttua vaurio on yleensä jo pitkälle edennyt. Oireet voivat kuitenkin vaihdella ja välillä voi olla pitkiä, kuukausiakin kestäviä tasaisia jaksoja (Käypähoito-suositus 2017; Erkinjuntti ym. 2015, 148).

3.3.2 Suurten suonien tauti eli kortikaalinen VD

Suurten suonien tauti liittyy äskettäin tapahtuneisiin infarkteihin. Infarktit ovat suurten suonien suonitusalueilla ja vaurioittavat aivokuorta. Oireina tyypillisesti havaitaan infarktista riippuen näkökenttäpuutos, suupielen roikkuminen, toispuolihalvaus ja kävelyn häiriö (Alhainen, Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2002, 148). Muistihäiriö on yleensä lievä varhaisvaiheessa. Muutoin oireet ovat melko samat kuin pienten suonien

taudissakin eli mielialahäiriöt, muutokset luonteessa ja psykomotorinen hidastuminen. Suurten suonten taudissa oireet pahenevat portaittain.

3.3.3 Vaskeulaaridementian hoito ja kuntoutus

Hoidossa keskitytään taustalla olevien sairauksien hoitoon ja vaaratekijöihin. Näitä ovat verenpainetauti, sydämen rytmihäiriöt, sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt (Erkinjuntti ym. 2015, 155). Alzheimerin taudissa käytettävistä muistilääkkeistä on havaittu olevan hyötyä psyykkisiin oireisiin ja tiedonkäsittelykykyyn. Masennuslääkitys voi auttaa masennukseen, ärtyisyyteen ja levottomuuteen. Antitromboottisella lääkityksellä voidaan ehkäistä suurten suonten aivoinfarkteja Mielekkään elämän jatkuminen ja vertaistuki ovat tärkeitä lääkkeettömän hoidon keinoja. Kuntoutumista voidaan tukea ja edistää sosiaalisilla suhteilla, eri liikunta- ja kulttuuriharrastuksilla, apuvälineillä, teknologialla sekä muun ympäristön tuella (Muistiliiton www-sivut 2018).

3.4 Frontotemporaalinen dementia

Frontotemporaalinen dementia on osa frontotemporaalista degeneraatiota, johon kuuluvat lisäksi etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Semanttiselle dementialle on tyypillistä, että kyky ymmärtää sanoja on heikentynyt, kasvojen ja tuttujen esineiden tunnistaminen on heikentynyt, empatiakyky on heikentynyt ja rahaan sääntämiseen on syntynyt poikkeuksellinen kiinnostus (Muistiliiton www-sivut 2018) Tällöin puhutaan myös otsa-ohimolohkorappeumasta. Se ei ole yksi sairaus vaan muistisairauksien ryhmään kuuluva oireyhtymä (Käypähoito-suositus 2017).

Frontotemporaalinen dementia alkaa yleensä 45–65 vuotiaana. Sairauden kesto vaihtelee 2-20 vuoteen. Keskimäärin se kestää noin kahdeksan vuotta. Otsa-ohimolohkorappeuman tarkkaa syytä ei ole pystytty tutkimaan, mutta perimällä ja geenivirheillä saattaa olla merkitystä taudin synnyssä. Otsa-ohimolohkorappeuma sijaitsee usein otsa- ja ohimolohkojen alueella. Otsalohkojen tehtävänä on tyypillisesti huolehtia sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja ohimolohkojen tehtävänä on huolehtia kielellisestä vuorovaikutuksesta eli puheen tuottamisesta ja ymmärtämisestä. Kun sairaus painottuu otsalohkojen alueelle, se aiheuttaa vaikeita sosiaalisen käyttäytymisen ongelmia.

Ohimolohkojen alueelle painottuva sairaus taas aiheuttaa puheen ongelmia. Muistiongelmat tulevat yleensä vasta myöhäisessä vaiheessa (Käypähoito-suositus 2017).

Otsa-ohimolohkorappeuman oireisiin kuuluvat arvostelukyvyyttömyys, lyhytjänteisyys, huolettomuus, tahdittomuus, apaattisuus ja estottomuus. Oireisto alkaa usein hitaasti ja asteittain. Yleensä ensimmäinen silmiin pistävä oire on luonteen muuttuminen. Käytös voi olla tilanteeseen sopimatonta, hyvien tapojen vastaista, holtitonta ja riskialtista, esimerkiksi pelihimo, päihteiden käyttäminen, ahmiminen, apatia ja seksuaalisten normien rikkominen. Sairauden tunto puuttuu useimmiten ja käytös saattaa olla väkivaltaista. Potilailta saattaa heikentyä elämänhallinta suurissa ja pienissä asioissa, kuten talouden, perheen, työn tai ystävyysuhteiden ylläpidossa. He saattavat myös laiminlyödä siisteyden ja pukeutuvat oudosti (Käypähoito-suositus 2017).

3.4.1 Frontotemporaalisen dementian hoito ja kuntoutus

Hoitomuotoja, jotka vaikuttaisivat taudinkulkuun, ei toistaiseksi ole. Alzheimerin tautiin käytettäviä lääkkeitä, kuten memantiinia ja kolinergiset lääkkeet, on tutkittu pienessä potilasryhmässä, mutta niistä ei ole saatu merkittävää hyötyä. Toisaalta ne saattavat myös pahentaa oireita. Vastetta käytösoireisiin on saatu aripipratsolista, olantsapiinista ja risperidonista. Niitäkin tulee kuitenkin käyttää varoen, koska niistä voi tulla ekstrapyramidaalisia haittavaikutuksia. Lääkkeettöminä hoitokeinoina käytetään muiden sairauksien hyvä hoitoa, yleishoidosta huolehtimista (esim. ravitsemus), säännöllistä seurantaa, liikuntaa, unirytmien säännöllisyyttä, puheterapiaa ja psykoedukatiota eli koulutuksellista terapiaa, joka on kehitetty psykoosiin sairastuneiden avuksi (Remes, Haanpää, Suhonen, Junttila & Solje 2018, 37–43.)

3.5 Lewyn kappale-tauti

Taudin nimi tulee hermosolujen sisäisten kertymien eli Lewyn kappaleiden mukaan, joita tässä taudissa havaitaan. Näitä kappaleita havaitaan runsaasti aivokuorella. Niitä on tyypillisesti myös Parkinsonin tautia sairastavilla, jolloin myös oireet viittaavat Par-

kinsonin tautiin (Käypähoito-suositus 2017) Lewyn kappale-tauti on etenevä muistisairaus, joka alkaa 50–80 vuoden iässä. Sairauden kesto on vaihtelevasti 2–12 vuotta. Muisti säilyy alkuvaiheessa melko pitkään (Erkinjuntti ym. 2015, 165–166.)

Lewyn kappale taudin tyypillisimmät oireet ovat tiedonkäsittelyongelmat, joita ovat tarkkaavuus, toiminnanohjaus ja avaruudellinen hahmottaminen. Tyypillisesti esiintyy myös vireystilan vaihteluita päivästä toiseen ja jopa saman päivän aikana. Parkinsonin taudin kaltaiset oireet, näköharhat ja harhaluulot esiintyvät tyypillisesti alkuvaiheessa. (Käypähoito-suositus 2017). Harhaluuloista tavallisia ovat varastelu ja mustasukkaisuus. Harhaluulot voivat olla jopa sairauden ensimmäinen oire (Erkinjuntti ym. 2014, 166).

Päivittäisessä elämässä oireet näyttäytyvät niin, että henkilö saattaa olla disorientoitunut aikaan ja paikkaan eikä aina tunnista läheisiään. Keskittyminen ja tarkkaavuus vaikeutuvat ja henkilö ei tiedä mihin tavaroita laittaa ja siksi ne alkavat olemaan hukassa. Vieraassa ympäristössä henkilö eksyy. Tuntemattomasta syystä johtuvat kaatumiset ja tajunnanhäiriöt kuuluvat myös oireistoon. Psykoosilääkkeet pieninä annoksinakin saattavat aiheuttaa sekavuutta ja liikuntakyvyttömyyttä. Laitteiden ja koneiden käyttö voi vaikeutua. Parkinsonin taudin kaltaiset oireet näkyvät jäykkyytenä, kävelyn hidastumisena ja vaikeutumisenä, askeleet lyhenevät ja madaltuvat ja ryhti muuttuu etukumaraksi. Jähmeyden vuoksi voi olla kömpelyyttä, joka vaikeuttaa hienomotorisia taitoja, esimerkiksi paidan napittaminen tai kenkien solmiminen. Myös kirjoittaminen ja käsiala voivat heikentyä (Käypähoito-suositus 2017).

3.5.1 Lewyn kappale-taudin hoito ja kuntoutus

Lewyn kappale-tautiin ei ole parantavaa hoitoa. Rivastigmiinilla (Exelon) on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia potilaan käytökseen ja tiedonkäsittelyyn. Käyttöoireista lievittyi laajan tutkimuksen mukaan apatia, hallusinaatiot, tuskaisuus, levottomuus ja harhaluulot. Parkinson oireisiin on havaittu vastetta noin kolmasosalla, kun käytössä on ollut levodopa (Sinemet, Stalevo, Levodopa, Madopar). Parkinsoniin hoitoon käytettävät lääkkeet saattavat lisätä harhoja ja sen vuoksi pitää miettiä kompromissia liikuntakyvyn ja sekavuuden ja harhojen hoidon välillä (Erkinjuntti ym. 2015,

170; Terveystieteen www-sivut 2018). Memantiinin (Ebixa, Memantin, Adaxor) on tutkittu auttaneen neuropsykiatrisiin oireisiin ja potilaan yleisvaikutelmaan. Neuropsykiatrisista oireista mainittakoon esimerkiksi depressio, levottomuus, aggressiivisuus ja harhaluulot (Erkinjuntti ym. 2015, 170; Juva 2014, 971; Terveystieteen www-sivut 2018).

Kuntouttavina lääkkeettöminä hoitoina ovat fyysistä kuntoa ylläpitävä hoito ja liikuntakyvyn säilyttäminen. Keskustelu potilaan oireista ja harhoista on myös tärkeää. Päiväunet lounaan jälkeen ja liikunnan lisääminen voivat olla apuna hoidossa (Parkinsonliiton www-sivut 2018).

3.6 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tauti alkaa hitaasti ja oireet pahenevat ajan myötä. Jonkinlaisia kognitiivisia oireita tavataan Parkinsonia sairastavilla, mutta dementia on harvinaisempaa. Tavallisesti kognitio-oireet ovat tarkkaavuuden häiriöitä, toiminnanohjauksen vaikeuksia, muistin heikkenemistä ja avaruudellisen hahmottamisen vaikeuksia. Tiedon käsittelynopeus alkaa useimmiten myös hidastumaan. Ongelmanratkaisuissa ja tietyn toimintatavan ylläpitämisessä voi olla myös vaikeuksia (Käypähoito-suositus 2017).

Tavaroiden hukkaaminen, aloitekyvyttömyys ja asioiden mieleen painaminen näyttävät päivittäisessä elämässä. Monimutkaiset laitteet ja koneet tuottavat hankaluuksia. Eksyminen vieraassa ympäristössä voi olla yleistä. Muistiongelmien syynä voi olla myös jokin muu, kuin sairaus. Masennus ja jotkin lääkkeet aiheuttavat myös muistin ongelmia (Käypähoito-suositus 2017).

3.6.1 Parkinsonin taudin muistisairauden hoito ja kuntoutus

Tutkimus on osoittanut, että Parkinsonin taudin muistiongelmia voidaan hoitaa ja lievittää. Parkinsonin taudin muistisairauteen on olemassa oireita lievittävä lääkehoito. Myös lääkkeettömillä hoidoilla voi parantaa muistia, kuten esimerkiksi liikunta, yleinen toimeliaisuus ja virikkeellinen ympäristö (Käypähoito-suositus 2017). Ne parantavat henkistä suorituskykyä, kommunikaatiokykyä, mielialaa, vähentää käytösoireita ja parantaa elämänlaatua. Elämänlaadun ylläpito ja kotona asumisen jatkaminen ovat

tärkein tavoite Parkinsonin taudin muistisairauden hoidossa. Riskien hallinta ja muutosten ennakointi auttavat selviytymisessä taudin edetessä Ravitsemukseen tulee kiinnittää huomioita, koska Parkinson potilaalla on taipumus laihtua (Martikainen & Suhonen 2012, 9–10.)

Hoito- ja kuntoutussuunnitelma tulisi tarkastaa 6–12 kuukauden välein. Siinä tulee huomioida lääkehoito eri osa-alueilla, kuten Parkinson lääkitys, muistisairauslääkitys, käytösoireiden lääkehoito, masennuksen lääkehoito ja mahdollinen muu lääkitys. Oheissairaudet ja niiden hoito sekä muistisairauden ennaltaehkäisy ja aivoterveys kuuluvat myös säännölliseen seurantaan. Käytösoireita tulee seurata ja hoitaa. Tarvittavaa kuntoutusta ja apuvälinearviota tulee tehdä tarkastuksen yhteydessä. Ravitsemustilan arvio kuuluu suunnitelmaan. Sosiaalietuudet, edunvalvonta ja hoitotahto ovat hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaisia asioita (Martikainen & Suhonen 2012, 10).

3.7 Muistisairaiden hyvä hoito

Lait ja asetukset määrittelevät muistisairaalle hyvän hoidon. Muistisairaalla ihmisellä on samat ihmis- ja perusoikeudet kuin terveilläkin ihmisillä. Perustuslaki ja ihmisoikeussopimukset kieltävät ihmisten syrjinnän terveydentilan, iän, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. (Muistiliiton www-sivut 2017).

Muistiliiton sivuilta löytyy muistisairaalle ihmisen ihmisoikeudet, joissa mainitaan myös itsemääräämisoikeus. Muistisairaus ei automaattisesti poista ihmisen itsemääräämisoikeuksia. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista tarkoittaa, että asiakkaalla on oikeus saada hyvää kohtelua ilman syrjintää. Ensisijaisesti on otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalla on oikeus osallistua ja vaikuttaa omien palveluidensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Asiakkaan etu on aina etusijalla ja se on otettava ensisijaisesti huomioon, kun tehdään asiakasta koskevia päätöksiä (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 2 luku 8 §).

A-osa			B-osa
KUNTOUTUS, HOIVA JA HOITO		OIKEUKSIEN EDISTÄMINEN	HENKILÖSTÖ JA TYÖHYVINVOINTI
Elämänhistoria ja elämänlaatu	Kivun hoito	Itsemääräämisoikeus	Omavalvontasuunnitelma
Kuntoutus-, palvelu- ja hoitosuunnitelma	Seksuaalisuus	Hoitotahto	Työyhteisön toimintatavat ja arvot
Toimintakyky	Vuorovaikutus ja kohtaaminen	Edunvalvontavaltuus	Riskien hallinta
Aktiivinen arki	Asumisympäristö	Edunvalvonta	Henkilöstö, johtaminen ja työn kehittäminen
Terveyden edistäminen	Esteettömyys ja turvallisuus	Osallisuus ja vertaistuki	Työhyvinvointi
Ravitsemus	Teknologia ja apuvälineet	Läheiset ja tukiverkostot	Asiakasturvallisuus
Lääkkeetön hoito	Saattohoito	Eettiset kysymykset ja päätöksenteko	Asiakas- ja potilastietojen käsittely
Lääkehoito			

Kuva 1 Muistisairaalan ihmisen hyvän hoidon elementit (Muistiliitto 2016)

Muistisairaus johtaa myöhemmässä vaiheessa siihen, että asiakas ei kykene tekemään itsenäisiä päätöksiä. Päätöksentekoa täytyy kuitenkin kunnioittaa, jos hän on ilmaissut tahtonsa silloin kun hän on ollut päätöksentekokykyinen. Tahdonilmaisu voi olla joko suullinen tai kirjallinen. Muistisairaalan olisikin tärkeää tehdä itselleen hoitotahto ja hakea itselleen edunvalvoja jo sairauden varhaisessa vaiheessa (Muistiliiton www-sivut 2017).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli vanhustalvelulaki astui voimaan vuonna 2013 ja paransi merkittävästi myös muistisairaiden elämää. Lain tarkoituksena on tukea iäkkään väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, 1 luku 1 §).

Vanhustalvelulakiin on säädetty myös palveluista ja niiden riittävydestä ja saatavuudesta. Kuntien on taattava ja toteutettava iäkkään henkilön palvelut niin, että ne tukevat kotona asumista ja siellä pärjäämistä. Palveluntarve pitää selvittää viipymättä, kun asiakas tai hänen edustajansa on ollut yhteydessä kunnan sosiaalipalveluista vastaavaan henkilöön (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 3 luku 15 §).

Osaavaa henkilöstöä tulee olla riittävästi, että laadukas ja turvallinen hoito onnistuu. Riittävä määrä henkilöstöä lisää työhyvinvointia, työturvallisuutta, oikeusturvaa ja parantaa työssä pysyvyyttä. Osaamista tulee kohdentaa oikein ja lähijohtajuus tulee olla kunnossa, että laatukin pysyy hyvänä. Hoitajan etiikka ja sosiaali- ja terveysalan yhteiset arvot tuovat turvaa ja luovat perustan hyvälle, turvalliselle ja laadukkaalle hoidolle (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019, 1–20)

3.8 Kuntouttava lääkkeetön hoito

Muistisairaus alentaa ihmisen toimintakykyä vähitellen. Se tuo haasteita sekä hoitavalle henkilökunnalle että muistisairaalle ja hänen läheisilleen. Toimintakykyä voidaan pitää yllä aktiivisella elämällä ja kuntouttavalla toiminnalla. Kuntouttava hoito on muistisairaalle kokonaisvaltaista hoitoa joka käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan. Ne kaikki tukevat toinen toisiaan (Hallikainen ym. 2014, 8). Toimintakyvyn arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita. Laadukkaassa hoidossa mittareiden käyttö vaatii riittävän osaamisen ja koulutuksen. Tulosten analysoinnista, raportoinnista ja seurannasta tulisi sopia työyhteisössä yhteisesti keskustelemalla. Tämän

myötä tulisi ymmärrys ja yhteinen näkemys siitä, miten tuloksia analysoidaan ja kuinka mittaria käytetään (Muistiliiton www-sivut 2018).

Jokapäiväinen elämä tulee tehdä mielekkääksi ja pitää se mahdollisimman muuttumattomana. Muistisairaalle tulee antaa aikaa suoriutua omatoimisesti arkipäiväisistä asioista. Kuntouttavalla työotteella, aidolla kohtaamisella, rinnalla kulkemisella, vuorovaikutuksella ja asiallisella kohtelulla voidaan oleellisesti helpottaa muistisairaana arjessa selviytymistä. Tärkeintä on huomioida muistisairaana jäljellä olevat voimavarat ja hyödyntää niitä päivittäisissä toiminnaissa (Hallikainen ym. 2014, 8).

Muistisairasta tulee kunnioittaa, koska hän on oman elämänsä paras asiantuntija. Häntä tulee arvostaa kaikissa sairauden vaiheissa, vaikka sairautta ei voida parantaa. Voimavarakeskeinen ajattelutapa auttaa muistisairaana kanssa ja helpottaa löytämään monia mahdollisuuksia. Voimavaroja tulee tukea koko sairauden ajan. Kuntoutuminen tulee olla asiakaslähtöistä, niin että muistisairas kokee toiminnan edistävän hänen toimintakykyään ja hyvinvointiaan. Osallistamalla lisätään motivaatiota ja sitoutumista kuntoutukseen (Hallikainen ym. 2014, 8–9.)

Muistisairaana kuntouttavassa toiminnassa tavoitteena voidaan pitää toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistämistä. Tavoitteet laaditaan aina yksilöllisesti ja konkreettisesti. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä muistisairaana ja hänen läheisensä kanssa (Hallikainen ym. 2014, 10–11.) Suunnitelman tarkoitus on ohjata päivittäistä kuntoutumista, hoivaa ja hoitoa. Sitä tulee arvioida säännöllisesti (Muistiliiton www-sivut 2018).

Alkuarvioinnin muistisairaana tekee aina lääkäri, joka tuntee asiakkaan entuudestaan. Parhaiten arviointi onnistuu, jos mukana on moniammatillinen työryhmä. Parhaimmillaan työryhmään voi kuulua muistihoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, psykologi, muistisairas itse ja hänen läheisensä (Hallikainen ym. 2014, 9).

Kuntouttavassa toiminnassa voi hyödyntää esimerkiksi ihmissuhteita ja liikuntatottumuksia. Muistia voi ylläpitää ja vahvistaa muistelemalla asioita eli käyttämällä muistia (Hallikainen ym. 2014, 8). Muistelun voi aloittaa kahden kesken, jotta muisteluhetkestä saataisiin mahdollisimman onnistunut. Tällöin voidaan tarkastella muistisairaana

kehonkieltä ja eleitä. Reaktiot saattavat olla negatiivisia tai positiivisia, pieniä eleitä, kuten esimerkiksi kyyneleet, pilke silmässä, hymyn alku, rauhalliset kasvot, itku, pelkotila, ahdistuneisuus tai haasteellinen käytös. Nämä reaktiot saattavat johtua puheesta ja ärsykkeistä. Reaktioita voidaan ennakoida, kun tunnetaan ihminen ja hänen elämäntarinansa (Stenberg 2016, 23). Mielekäs tekeminen ja harrastukset kohentavat mielialaa ja myös kanssakäyminen toisten ihmisten kanssa. Musiikki, kuvataide ja kirjallisuus voivat olla hyviä, nautintoja tuovia kuntoutusmuotoja (Hallikainen ym. 2014, 8).

Musiikki

Musiikin avulla voi käydä muistoja ja kokemuksia läpi. Se auttaa käsittelemään minäkuvaa, identiteettiä ja emootioita. Musiikki vaikuttaa aivoihimme ja laulaminen stimuloi aivoja eri tavoin kuin puhe. Musiikkia käytetään fyysisen ja psyykkisen terveyden parantamiseen ja ylläpitoon. Sen avulla lihasjännitys voi vähentyä, rentous lisääntyä ja kipulääkkeiden tarve vähentyä. Mieleinen musiikki alentaa verenpainetta ja vaikuttaa hengityksen nopeuteen. Musiikilla saadaan aikaan yhteenkuuluvuuden tunnetta ja saatetaan laukaista lukkiutuneita tunnetiloja. Mieluinen musiikki vaikuttaa mielialaan ja muistiin parantavasti (Numminen 2011) Musiikkia voidaan käyttää monimuotoisesti esimerkiksi kuuntelemalla musiikkia, laulamalla vanhoja, tuttuja lauluja, soittamalla eri instrumentteja, tanssimalla tai katselemalla vanhoja musikaaleja (Koenig Coste 2003, 142).

Kuvataiteen käyttö

Kuvataiteen avulla ihminen voi ilmaista itseään ja tulla kuulluksi. Kuvataide voi antaa aiheen keskustelulle ja virittää tunnetiloja (Vanhustyön keskusliiton www-sivut 2018) Nautintoa voi saada myös toisten töitä katselemalla tai kuvanveistoksia tunnustelemalla. Erilaisia kuvataiteen ilmaisukeinoja on paljon, kuten esimerkiksi piirtäminen, muovailu, valokuvaus, maalaus tai kuvanveistäminen savesta. Kuvataidetta voi tehdä itsekseen, toisen kanssa tai ryhmässä (Hallikainen ym. 2014, 126).

Kirjallisuus

Lukemista voi harrastaa vielä pitkään sairastumisen jälkeen. Se auttaa pitämään yllä lukemisen toimintoa ja vahvistaa mielialaa sekä ajatustoimintaa. Hoitaja tai läheinen voi lukea ääneen sairastuneelle tai käyttää apuna äänikirjoja. Ääneen lukemista on harrastettu monissa perheissä ja täten se voi herättää muistoja kuulijassa (Hallikainen ym. 2014, 127–128.) Yhteisillä lukuhetkillä on virkistävä ja piristävä vaikutus. Ne myös rauhoittavat ja rentouttavat sekä rohkaisevat jakamaan omia kokemuksia, mieli-piteitä ja muistoja Erilaisia kirjallisuusmateriaalia on paljon, kuten esimerkiksi vitsejä, runoja, aforismeja, näytelmiä, kuunnelmia, tietokirjallisuutta ja romaaneja (Vanhustyön keskusliiton www-sivut 2018).

Ruuan laitto ja makunautinnot

Erilaiset ruuan tuoksut ja maut voivat aktivoida myös muistihäiriöistä ja tuoda muistoja mieleen. Leipominen on myös toiminnallista kuntoutusta. Asiakkaan voi ottaa myös ruuan valmistukseen mukaan tekemään esimerkiksi salaattia tai voileipiä. Marjojen ja vihannesten säilöminen voi olla myös osalle mielekästä tekemistä (Koenig Coste 2003, 142–143.)

Pelit

Erilaiset tietovisat virkistävät muistia, varsinkin jos aiheet ovat asiakkaille entuudestaan tuttuja. Laulujen sanojen muistelu on virkistävää ajanvietettä. Erilaiset palapelit ovat kehittävää toimintaa. Kysymyskortit elävästä elämästä luovat keskustelua asiakkaiden kanssa. Erilaiset lapsille suunnatut pelit, esimerkiksi muistipelit virkistävät mieltä (Koenig Coste 2003, 144). Pelaaminen tuo mukanaan rentoutta ja viihdyttää. Se antaa luovuudelle mahdollisuuden toteutua ja hieroo älynystyröitä (Vanhustyön keskusliiton www-sivut 2018).

Ulkoilu

Ulkona voi harrastaa erilaisia juttuja asiakkaiden kanssa. Talvella voi vaikka tehdä lumiukkoja, käydä kirjastossa tai ostoksilla. Käydä automatkalla tutuissa ympäristöissä tai tehdä matkan esimerkiksi museoon tai eläintarhaan. Voi kerätä luonnosta kukkia tai osallistua ulkona järjestettävään tapahtumaan. Muistisairaiden kanssa tulee kuitenkin huomioida, etteivät he yli reagoisi tapahtumiin liikaa ja tule sitä myöden levottomaksi (Koenig Coste 2003, 144). Ulkoilu saattaa poistaa päänsäryn ja rentouttaa. Ulkona liikkuminen parantaa mielialaa, vähentää ahdistusta ja turhautumista, laskee verenpainetta ja lieventää stressiä. Metsässä kävely parantaa tasapainoaistia (Vanhustyön keskusliiton www-sivut 2018).

Käsityöt ja harrastukset

Asiakkaat voivat katsella tai tehdä erilaisia leikekirjoja ja valokuva-albumeja. Vanhoista valokuvista voidaan tehdä kollaaseja eri vuosikymmeniltä. Eri juhlista ja vuodenaajoista saa myös kuvakollaaseja.

Kukkien teko ja niiden järjestely on hyvää tekemistä. Pääsiäismunien teko pääsiäisen aikaan on hyvää tekemistä käsille (Koenig Coste 2003, 143). Käsityöt voimaannuttavat ja valmistuessaan lisäävät itsetuntoa. Käsityöistä voi myös järjestää näyttelyn. Erilaisia käsityöohjeita löytyy vanhustyön keskusliiton internetsivuilta (Vanhustyön keskusliiton www-sivut 2018).

3.9 Tehostettu palveluasuminen

Tehostettu palveluasuminen on ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa tarvitseville ihmisille tarkoitettu asumismuoto. Henkilöstöä on paikalla ympärivuorokautisesti ja palveluja järjestetään asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Tehostettu palveluasuminen on avohoitoa. Palveluihin kuuluvat asuminen, hoiva-, hoito- ja ateriapalvelut. Asuminen voi olla joko lyhyt- tai pitkäaikaista. Tehostettua palveluasumista voidaan järjestää kunnan omana toimintana, ostopalveluina tai palvelusetelin avulla. Ostopalvelut voidaan hakea yksityisiltä palvelun tuottajilta. Tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt merkittävästi viime vuosina Asukas maksaa asunnosta vuokraa vuokrasopimuksen

mukaisesti. Palveluista ja aterioista peritään erilliset asiakasmaksut. (Kuntaliiton www-sivut 2018).

Lyhytaikaista tehostettua asumispalvelua voidaan järjestää esimerkiksi omaishoitajan vapaan ajaksi tai jos se on henkilön palveluntarpeen tai kotona selviytymisen kannalta tarkoituksenmukaista (Kuntaliiton www-sivut 2018) Sosiaalihuoltolaki määrittelee, että asumispalveluja tuotettaessa huolehditaan siitä, että henkilön yksityisyyttä ja oikeutta osallistumiseen kunnioitetaan ja hän saa tarpeenmukaiset kuntoutus- ja terveydenhuollon palvelut (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 luku 21 §).

3.9.1 Tehostettu palveluasuminen Lempäälässä

Väestöliiton tutkimuksen mukaan Lempäälässä on ollut toukokuussa 2017, 358 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa ihmistä (Muistiasiantuntijoiden www-sivut 2017). Muistisairaiden hyvän hoidon turvaamisen kannalta on tärkeää, että palveluiden käyttäjiä ja heidän läheisiään kuullaan hoidon eri vaiheissa. Palveluiden käyttäjiä ei tarpeettomasti siirretä paikasta toiseen. Jokaiselle muistisairaalle nimetään vastuutyöntekijä. Kotihoidossa on omatyöntekijä ja tehostetussa palveluasumisessa on omahoitaja (Lempäälän kunnan ikääntyneiden palveluja koskeva suunnitelma 2015–2025). Sääkskodon asukkaista kaikilla on jonkin asteinen muistihäiriö.

Lempäälän keskustassa sijaitsee Vanhustyön keskus Himminkoto, joka vaihtui 1.5.2018 tehostetun palveluasumisen yksiköksi. Himminkodossa on 76 asukaspaikkaa, joista muistisairaille asukkaille 40 asukaspaikkaa. Näistä paikoista osa on lyhytaikaista tehostettua palveluasumista.

Kotihoidon peittävyyttä tulisi Lempäälässä kasvattaa sekä kotona asumisen ja omaishoidon tukemisen muotoja lisätä, jotta nyt suunnitellut tehostetun palveluasumisen paikat riittäisivät Lempääläläisille tulevaisuudessa. Tehostettua palveluasumista tarjoo Lempäälässä myös yksityinen palveluntarjoaja Ehtookoto ja sen paikkoja olisi tarkoitus lisätä 60:een, joista 55 paikkaa muistisairaille ja 5 paikkaa ikääntyneille vammaisille (Lempäälän kunnan ikäihmisten strategia vuosille 2015–2025 2018, 50). Eh-

tookodossa on tällä hetkellä 50 palveluasumisen paikkaa ja kuusi tehostetun palveluasumisen paikkaa. Lisäksi heillä on myös muistityön yksikkö Ehtoorinne, jossa on 11 asukaspaikkaa ympärivuorokautista hoivaa tarvitseville (Ehtookodon www-sivut 2018) Perhehoitoa on tarkoitus alkaa myös kehittämään Lempäälässä (Lempäälän kunnan ikäihmisten strategia vuosille 2015–2025 2018, 33).

4 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGIASTA JA EETTISISTÄ PERIAATTEISTA

Opinnäytetyötä aloittaessa pitää valita menetelmä, jolla alkaa tehdä tutkimuksellista aineistonkeruuta. Menetelmästä käytetään sanaa metodi. Opinnäytetyö koostuu tavoista ja käytännöistä, joilla tietoa kerätään. Metodologia on metodien tutkimusta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 178). Työn alussa oli siis tarkoitus selvittää, mitä ongelmaa aiotaan selvittää ja mikä lopputulos halutaan saada aikaan. Oli myös hyvä ratkaista, millä keinolla ongelmaa lähdetään selvittämään (Hirsjärvi ym., 119).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli yhdistää teorian tieto muistihäiriöistä ja laadukkaasta hoidosta osaksi käytännön hoitotyötä ja tehdä niistä yhdessä kattava tietopaketti laatu-kansion muotoon. Opinnäytetyön aineiston keruu on toteutettu haastattelemalla työntekijöitä, etsimällä teorian tietoa eri kirjallisuuslähteistä ja mukailien benchmarkkausta eli parastamista toisesta yrityksestä.

Benchmarkkaus eli parastaminen on sitä, että organisaatio hakee ideoita hyvistä käytännöistä toisesta organisaatiosta oman toiminnan parantamiseen ja kehittämiseen. Tämä tapahtuu parhaiten kasvokkain keskustelemalla. Parastamiseen sopii vierailu toisessa organisaatiossa (Inno-voinnin www-sivut 2018). Benchmarkkausprosessissa kaksi toimijaa vertailevat palvelujaan ja jakavat erilaisia toimivia käytäntöjä sekä kehittävät uusia hyviä käytäntöjä (Aspa-säätiön www-sivut 2018). Eettisiä periaatteita kunnioittaen olen keskustellut palvelukeskuksen johtajan kanssa siitä, voinko käyttää opinnäytetyössäni heidän palvelukeskuksesta saatuja käytäntöjä esimerkkinä ja kehittämisideoina. Luvan olen saanut suullisesti, koska käytännöt eivät ole salaista tietoa ja

he esittelevät niitä avoimesti muillekin yhteistyökumppaneille tarvittaessa (henkilökohtainen tiedonanto 14.5.2018).

Tutkimushaastattelu perustuu aina johonkin tiettyyn aiheeseen ja sillä on erityinen tarkoitus ja tavoite. Haastattelu aloitetaan tutkijan aloitteesta ja hänen tehtävänsä on ohjata haastattelun kulkua (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22–23.)

Eettisiä periaatteita kunnioittaen opinnäytetyö tulisi tehdä niin, että siitä ei aiheudu haittaa kenellekään (Turun yliopiston www-sivut 2018). Haastateltavia työntekijöitä on informoitu ennen haastattelua ja pyydetty heiltä kirjallinen suostumus haastattelun tekoon (LIITE 2) (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2018). Haastatteluaineistoa raportoidessa pitää miettiä henkilöiden tunnistettavuuteen liittyviä kysymyksiä. On erityisen tärkeää, että haastateltavan henkilöllisyys ei käy raportissa ilmi. Haastateltavien nimet tulee muuttaa, niin ettei niitä pysty tunnistamaan. Tässä opinnäytetyössä haastateltavat ovat muutettu siten, että haastateltava 1 = H1, Haastateltava 2 = H2 jne. (Ruusuvuori & Tiittula, 17).

5 KEHITTÄMISTYÖ JA SEN PROSESSI

Aineiston keruun tein haastatteluina ja vertailevien hyvien käytäntöjen soveltamisena vastaavanlaisesta yksiköstä Sääkskotoon. Haastattelukysymykset käsittelivät muistisairaiden hoitoa ja siinä käytettävää kuntouttavaa työtä Sääkskodossa sekä toiveita ja ehdotuksia työntekijöiltä, joita he saivat esittää avoimiin kysymyksiin. Kysymykset ovat liitteenä työn lopussa (LIITE 1). Haastattelun tarkoituksena oli ottaa huomioon jokaisen työntekijän mielipide muistisairaahan hyvästä hoidosta ja sen avulla kartoittaa yksikkömme toiminnan haasteet ja kehittämistarpeet sekä ne asiat, jotka ovat jo hyvin. Haastattelun tarkoituksena oli myös osallistaa henkilökunta kehittämistyöhön.

Vertailevia hyviä käytäntöjä kävimme kartoittamassa Pirkanmaalaisesta palvelukeskuksesta, jossa on jo vakiintuneet käytännöt. Vierailulla oli mukana kuusi Sääkskodossa työskentelevää lähi- ja perushoitajaa. Vierailun tarkoitus oli herättää henkilökunta miettimään, voisiko joitain käytäntöjä muuttaa työssämme.

Työni aloitin hakemalla teoriatietoa muistihäiriöistä ja rajasin tiedonhakua yleisimmin esiintyviin häiriöihin ja niihin, joita meidän asiakkaillamme esiintyy. Teoriatiedon avulla oli helpompi lähteä työstämään laatukansiota.

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja menetelmä

Opinnäytetyössäni kerron kehittämistyön ympäristöstä ja tehostetusta palveluasumisesta. Tutkin muistisairauksia ja niiden hoitoa ja nostan keskeisimpiä lakeja ja laatusuosituksia esille muistisairaana hyvästä hoidosta. Kerron opinnäytetyöprosessista ja tutkimusmenetelmistä Työn tavoitteena oli kehittää hyvää ja laadukasta muistisairaiden hoitoa.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi laatukansio Sääkskotoon (LIITE 4). Sääkskodon laatukansioon on sisällytetty toimintaperiaatteet ja työn käytännöt tavoitteineen. Laatukansion on tarkoitus ohjata päivittäistä työtä ja saada arki sujuvammaksi Sääkskodossa. Lisäksi sen on tarkoitus parantaa hoidon laatua tehostetussa palveluasumisessa.

Menetelmänä olen käyttänyt laadullista haastattelua Sääkskodon henkilökunnalle, jotka osallistuvat päivittäiseen hoitotyöhön, benchmarkkausta toisesta vastaavanlaisesta yksiköstä ja teoriatietoa hakien muistisairaista ja laadukkaasta hoitotyöstä.

5.2 Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden eli haastattelujen aineisto

Haastateltavalle pitää kertoa haastattelun tarkoitus ja säilyttää heidän vastauksiaan luottamuksellisesti sekä varjella heidän yksityisyyttään raporttia tehdessä, ettei siitä käy ilmi vastaajan henkilöllisyys. Jotta aineistoa voi käsitellä, se pitää litteroida eli muuttaa kirjoitettuun muotoon. Tällöin se toimii hyvänä muistiapuna ja helpottaa yksityiskohtien havaitsemista aineistosta (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 16–17.)

Haastattelutekniikoita on erilaisia. Haastattelu määräytyy hyvin paljon haastateltavien määrän mukaan. Yksilöhaastattelu voi olla hyvin moninainen, kuten esimerkiksi tee-

mahaastattelu, strukturoitu kysymys-vastaushaastattelu tai vapaamuotoinen haastattelu. Vapaamuotoinen haastattelu voi olla tarinallinen, keskustelullinen tai muisteleva (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2014, 116). Haastatteluun osallistui kuusi hoitajaa. Haastattelun tarkoitus oli saada työntekijöiltä tietoa laatukansioon ja osallistaa heidät laadukkaan hoidon kehittämiseen. Haastattelu toteutettiin strukturoituna haastatteluna. Kysymykset olivat kaikille samat ja ne esitettiin samassa järjestyksessä. Kysymykset oli laadittu etukäteen. (Hirsjärvi ym. 2008, 203.)

Äänitin jokaisen haastattelun omaan puhelimeeni äänitiedostona. Haastattelua varten laadin kirjallisen lupalomakkeen, jonka työntekijät allekirjoittivat. Lupalomakkeella työntekijä antoi suostumuksensa, että saan käyttää hänen vastauksiaan opinnäytetyökseni. Ennen haastattelua kerroin vielä, että aion äänittää haastattelun, jotta pystyn keräämään tietoa sen avulla. Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna ja sitä varten oli varattu rauhallinen hetki.

5.2.1 Kehittämistyön haastatteluaineiston avaaminen

Haastatteluaineiston litteroin eli kirjoitin tekstiksi jokaisen haastateltavan kohdalta erikseen. Vastauksia purkaessani kirjoitin ylös pelkän puhutun asiasisällön. En ottanut haastattelun litteroinnissa huomioon äänensävyjä, naurahduksia, taukoja, puheensävyjä tai painotuksia (Ronkainen ym. 2014, 119). Poimin haastatteluaineistosta tärkeimmät seikat laatukansioon sisällönanalyysiä hyödyntäen eli yhdistelemällä käsitteitä siten, että sain vastauksen tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112). Laatukansiossa nämä asiat ovat otsikoiden 1–8 alla (LIITE 4). Apuna käytin muistiliiton julkaisemaa taulukkoa muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon elementeistä (Kuva 1). Analyysitavaksi soveltui haastattelujen purkamiseen parhaiten sisällönanalyysi (Hirsjärvi ym. 2008, 162). Analysointia tehdessä ei voi käyttää ihmisten nimiä, vaan haastateltavat pitää koodata (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2014, 118). Työssäni haastateltavat on koodattu kirjain ja numero yhdistelmällä eli haastateltava 1 = H1, haastateltava 2 = H2 jne. Olen aineiston avaamisessa käyttänyt myös autenttisia tekstejä selventämään, mitä haastateltava on sanonut. Analysoin kysymykset järjestyksessä.

Aineisto on analysoitu kolmessa vaiheessa: 1) redusointi eli pelkistäminen, jolloin aineisto on kirjoitettu auki ja karsittu tutkimukselle epäolennainen aineisto pois, 2) klusterointi eli aineiston ryhmittely, jolloin haastateltavien vastauksista on etsitty samaa tarkoittavat ilmaisut ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen, jolloin on saatu tutkimuksen kannalta oleellinen tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111).

Hoitajilla on kokemusta muistihäiriöisten hoidosta ja he ovat suorittaneet jonkinlaista lisäkoulutusta muistisairaiden hoitoon liittyen. *”Sillon, kun mä olin kotihoidossa joku pari vuotta sitten, niin siellä oli semmonen muistisairaahan kohtaaminen. Mulla on jäänyt se koulutus mieleen. Se oli hyvä koulutus”* (H2), *”Oon suorittanut vanhustyön erikoisammattitutkinnon”* (H6), *”Validaatiokoulutusta on yksi kurssi”* (H4), *”Muistihoitajan koulutus ja työpaikkakoulutusta”* (H5). Jokaisella työntekijällä on halu lisäkoulutukseen ja suurin osa näki tarpeelliseksi syventävän osaamisen muistisairauksista *”Ja kertaus on opintojen äiti”* (H3). Käytännönläheistä koulutusta kaivattiin myös muistisairaiden kohtaamiseen. *”Olis semmonen syventävä koulutus, joka kertoisi ihan lääketieteellisiä faktoja enemmän, kun tähän kohtaamiseen liittyvää. Sekin vois olla siellä tukena sille kaikelle käyttäytymiselle”* (H1). *”Käytännönläheinen koulutus on kiva lisä”* (H5).

Työntekijät määrittelivät kuntouttavan työtteen merkityksen työssään ja toteuttivat sitä erilaisin keinoin, kuten esimerkiksi asiakkaiden omatoimisuutta tukemalla, eivät tehneet asiakkaan puolesta asioita, voimavaralähtöisesti ja erilaisin kuntoilun keinoin esimerkiksi kävely ja jumpat. *”Joka päivä kaikissa arkisissa asioissa antaa asiakkaan tehdä itse ja kannustaa sitä, että se tekisi itse ihan tavallisia asioita”* (H4), *”En tee asiakkaan puolesta, vaan annan sen itse tehdä”* (H6), *”Mennään kävellen joka paikkaan, mennään ulos, tehdään kaikkea yhdessä, lisäksi voi ottaa jumpat sun muut”* (H4).

Toisilta työntekijöiltä saatu tuki ja kokemusten jakaminen katsottiin tärkeäksi ja toimivaksi asiaksi työyhteisössä *”Tuntuu, että työtovereilta saa kyllä hyvin tukea, koska meillä on täällä hyvä henki, että täällä pystyy kyllä kysymään ihan kaikkea, mitä vaan tulee mieleen”* (H2). Esimieheltä kaivattiin enemmän tukea. Työni alussa yksikössä oli eri esimies, joka ei ollut läsnä työpaikalla kuin kerran viikossa muutaman tunnin.

Asiakkaiden osallistaminen on tärkeä osa laadukasta hoitoa ja hoitajat olivat sitä mieltä, että heitä voi osallistaa kyselemällä ja kuuntelemalla heidän toiveitaan ”*Mennään asiakkaan rytmin mukaan*” (H6). Pyytämällä heitä mukaan päivittäisiin askareisiin, kuten leipien tekoon, pöydän kattamiseen ja astioiden tuomiseen. Enemmänkin osallistamista voisi työssä toteuttaa, arvioi muutama hoitaja. Itsemääräämisoikeus toteutuu pääsääntöisesti hyvin ”*Kysymällä, että haluaako, jos hän sanoo, että ei, niin se on ei. Sillon me ei tehdä sitä, mitä hän ei halua*” (H3).

Ongelmana laadukkaalle hoidolle kerrottiin olevan henkilöstön kiire ja toimintatapojen vakiintumattomuus. Ajoittainen resurssipula vaikutti myös hyvän hoidon toteutumiseen ”*Henkilökuntaa pitäis olla riittävästi, että olis sillai yksilöllisesti, ettei se menis sillai vähän niinku rutiinilla. Siinä on se vaara herkästi, jos on liian vähän työvoimaa. Se lähtee sit semmoseks suorittamiseksi, että saadaan vaan ne välttämättömät tehtyä*” (H2). Työntekijät toivoivat myös vapaaehtoisten henkilöiden apua päivittäiseen hoitotyöhön, esimerkiksi ulkoilutus- ja seurusteluavuksi ”*Lempäälässä niinku koulutetaan ystävän palveluihmisiä, jotka tulis esimerkiks tänne ja vois ulkoilla asiakkaiden kanssa tai vaikka seurustella, niin se ois tosi hyvä juttu*” (H1). Kaikilla haastateltavilla oli halu kehittää työtä ja paljon oli jo tehtykin kehittämisen eteen, esimerkiksi työlistan laatiminen päivittäisistä töistä työvuoron alussa, vastualueiden jakaminen hoitajien kesken ja asiakkaiden osallistaminen päivittäisiin töihin.

Muutosprosessin vaikutukset ja henkilöstön lisääminen jakoi paljon mielipiteitä. Toisaalta muutosprosessi koettiin henkisesti raskaaksi, koska yksikön koko oli kasvanut ja asiakasmäärä lisääntynyt. Lisäksi toimintatapojen selkeytys oli vielä kesken ja niitä työstettiin joka päivä ”*Semmosessa käymistilassa ollu jotenki koko ajan, että näkee sen muutoksen itessään, että koittaa niinku sopeutua, et tää on isompi yksikkö. Jaetaan asioita laajemmalle porukalle ja niinku se oma panos on pienempi siinä yhteisössä*” (H1). Henkilöstön lisääminen nähtiin toisaalta hyvänä asiana, koska asioista pystytään nyt paremmin keskustelemaan ja vastuuta voidaan paremmin jakaa, kun vuorossa on enemmän väkeä ”*Kyl se on auttanu paljon, ku on tullu kavereita lissää. Ei tarvi yksin olla ja voi kysellä, jos on joku asia. Tukea saa paljon enemmän*” (H3). Yöhoitaja koki vastuun välillä liian suureksi ”*Muutosprosessi on tuonut lisää valvottavia asioita, kun on toi neljännen kerroksen portti A-puolella.*” (H5). Neljännessä kerroksessa asuu

vielä ihmisiä, jotka eivät ole Sääkskodon asiakkaita. Tiedonjakoon kaivattiin selkeytystä, koska moni työntekijä oli tottunut itsenäiseen työskentelytapaan ja tiimissä toimiminen oli heille haastavaa. Ristiriitoja syntyi helposti siitä, että tietoa ei siirretty työntekijältä toiselle riittävästi *”Ne selkiytyy, kun me saadaan keskenämme porukalla selvittää, miten me halutaan mikäkin”* (H4).

Hyvä ja laadukas hoito työntekijöiden näkökulmasta:

- Asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin turvaaminen (Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky) (H1)
- Voimavaralähtöinen ajattelutapa (H6)
- Henkilökunnan asiallinen ja kohtelias käyttäytyminen (H2)
- Työpaikan ilmapiiri oltava hyvä (H2)
- Henkilökuntamitoitus riittävä (H5)
- Jokapäiväinen mielekäs tekeminen asiakkaille (H4)
- Ei rutiininomaista työskentelyä, vaan annetaan aikaa asiakkaalle (H4)
- Asiakkaan rytmin huomioiva hoitaminen (H6)
- Toimintakyvyn ylläpitävä hoitaminen (H5)
- Henkilökunnan oman hyvinvoinnin huomioiminen (H1)
- Asiakkaan tyytyväisyys eli hyvä asiakaspalvelu (H3)

Tutkimustuloksen laadukkaasta hoidosta olen pelkistänyt ja havainnoinut vielä kuvan avulla (Kuva2).



Kuva 2 Henkilökunnan näkemys hyvästä ja laadukkaasta hoidosta

Parannusta toivottiin asiakkaiden sijoitteluun rakennuksessa. Tällä hetkellä kahdessa kerroksessa olevat asukkaat vaikeuttivat työntekoa ”*Tämä kahessa kerroksessa väkeä, niin ei oikein pelitä*” (H3). Tiedonkulkuun kaivattiin myös parannusta. Toimintatapoihin oli osittain tullut parannusta, kun asukkaat jaetaan aamuisin hoitajien kesken ”*Se lista on hyvä, mutta siihen pitää tottua. Mitä enemmän tänne tulee asukkaita, niin se selkeyttää*” (H2). Näin asukkaat saavat yksilöllisempää hoitoa ja työnjako on selkeämpää, kun asukkaat ovat vuoron ajaksi osoitettu tietyn hoitajan vastuulle. Toimintatapojen parannusta tehtiin myös paljon päivittäisen hoitotyön ohella. Yhteisiä linjoja ja yhteistä sopimista toivottiin kuitenkin edelleen ja kehittämispäivä voisi olla yksi ratkaisu tällaiseen ”*Päämäärä on meillä sama, kun pystytään vaan se sopiin ja sitten se menee jouhevasti se arki meillä*” (H2).

5.2.2 Kehittämistyön aineiston analyysi

Tein kehittämistyön aineiston analyysin laadullisena tutkimuksena aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Aineiston sisällön analysointi tarkoittaa sitä, että tietoa haetaan eri tietolähteistä ja pyritään saamaan vastauksia tutkimustehtävään tiivistetyssä ja

selkeässä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Aineistosta täytyy erottaa olennainen asia tutkimustekstiin. Aineistoon tulee tutustua huolella ja ymmärtää aiheen syvällinen ilmiö. Aineistoa tulee kerätä niin paljon, että aineistojen tieto alkaa toistaa itseään, silloin sen voi varmistaa luotettavaksi lähteeksi (Kajaanin ammattikorkeakoulun www-sivut 2018). Omassa työssäni aineisto jäi vaillinaiseksi haastattelujen ja benchmarkkauksen osalta ja tutkimus ei ole sen osalta täysin luotettava. Teoriatiedon muistisairauksista tiivistin oireistoon, hoitoon ja kuntouttavaan hoitoon. Tutustuin erilaisiin materiaaleihin muistisairauksista ja hankin tietoa luotettavista lähteistä. Laadullisen aineiston analysoinnin aloitin ja sen keruuvaiheessa.

Laatukansion teoreettisen tiedon keruun olen suorittanut laadullista sisällönanalyysyä käyttämällä. Laatukansion kehittämistyössä on myös benchmarkkauksen piirteitä. Vertailin toimintatapoja ja sovelsin niitä mahdollisiin oman toimipisteemme työ- ja toimintamuotoihin. Sisällön muotoilin käyttäen apuna jo olemassa olevia laatukansioita, joita etsin Internetistä. Vertailin erilaisia laatukansioita, joita etsin yritysten sivuilta, opinnäytetöistä ja Kuntaliiton terveydenhuollon laatuoppaasta. Terveydenhuollon laatuoppaasta rakentui osaltaan laatukansiomme runko (Kuntaliitto 2011, 16–17.) Keskustelun kautta otin laatukansioon asiat, jotka koettiin työyhteisössä tärkeäksi. Laatukansio on ollut vapaasti työyhteisön luettavissa ja muokattavissa ja olemme yhdessä tekemällä pyrkineet tekemään siitä meille sopivan työvälineen. Työntekijöiltä tuli toive, että uusille työntekijöille pitäisi olla perehdytyskansio, missä olisi selkeästi määritelty yksikön toimintaperiaatteet ja käytännöt. Työntekijät toivoivat lisätietoa muistisairauksista haastatteluiden yhteydessä ja sen vuoksi tein laatukansion loppuun tiivistetyn tietopaketin muistisairauksista. Esimiehen palaute ja toive oli, että laatukansiossa olisi konkreettisesti kerrottu keinot, miten me osallistamme asukkaat päivittäin askareisiin.

5.3 Kehittämistyön vertaileva aineisto: Parastaminen eli benchmarkkaus

Benchmarkkaus eli vertailukehittäminen tarkoittaa, että luodaan hyviä käytäntöjä omaan työhön. Kukin työyhteisö määrittelee omat toimivat käytännöt itse. Tarkoituksena kuitenkin olisi, että työ on sujuvaa ja mielekästä (THL:n www-sivut 2017).

Benchmarking-prosessiin valitaan kohde, jossa on toimivat käytännöt. Mietitään, miten me teemme ja havainnoidaan, miten benchmarking-kohde tekee sen. Tätä prosessia kutsutaan parhaalta oppimiseksi. Seuraavaksi on asetettava tavoitteet ja vakiinnuttaa käytäntö ja kehittää sitä edelleen (Tuominen 2016. 6).

Benchmarking-vierailun toteutus

1. Nykytilan kuvaus
2. Benchmarking-ryhmän kokoaminen
3. Kehitettävä prosessi tai ongelma ja sen kuvaus
4. Mahdollisten esikuvien kartoitus ja sen kuvaus
5. Kokemusten vaihto esikuvan kanssa
6. Kysymysten suunnittelu
7. Vierailun toteutus, tietojen ja materiaalien kokoaminen ja analysointi
8. Uuden toimintatavan kehittäminen/ehdotus
9. Konkreettinen toimintasuunnitelma tavoitteen saavuttamiseksi
10. Suunnitelman toteutus ja dokumentointi

(Innokylän www-sivut 2018)

Nykytilaa olen avannut jo aikaisemmin työssäni johdantotekstissä. **Benchmarking-ryhmämme** koostui seitsemästä hoitajasta. Ryhmä valikoitui sen vuoksi, että kehittämistyö koski Sääkskotoa. **Kehitettävä prosessi**, jonka vuoksi vierailu toteutettiin, oli uusien toimintatapojen luominen ja ideoiden hakeminen toiselta yksiköltä. Toimintatapoja haluttiin kartoittaa, jotta Sääkskodon asiakkaiden laadukas ja hyvä hoito saisi parannusta. **Esikuvia** lähdettiin kartoittamaan yhdessä esimiehen kanssa ja hänen kanssaan päädyttiin Palvelukeskukseen Pirkanmaalla, koska pyrimme löytämään hyvin samanlaisen yksikön, joka meillä on toiminnassa. Palvelukeskus sopi vertailukohteeksi sen vuoksi, että sen toiminta on jo vakiintunutta.

Vierailu sovittiin sähköpostilla Palvelukeskuksen yksikön johtajan kanssa. **Kokemuksia** emme sähköpostilla vaihtaneet, vaan ainoastaan sovimme vierailun ajankohdasta. Sähköpostissa kerroin lyhyesti ketä me olemme ja mistä tulemme vierailulle ja miksi haluamme vierailla palvelukeskuksessa.

Ennen vierailua pohdimme koko Toimelantalon henkilökunnan kanssa, mitä haluamme **kysyä** palvelukeskuksen henkilökunnalta ja mitä ideoita toivoisimme sieltä saavamme omaan työhömmme (LIITE 3).

Vierailu toteutettiin hoitajien kesken, koska esimies ei tuolloin päässyt mukaan. Vierailun alussa kokoonnuimme heidän yhteiseen kokoustilaan, jossa yksikön johtaja esitteli meille toimintaansa. Esittelyn aikana oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Meille oli järjestetty myös palvelukeskuksen esittelykiertä. Tietoja ja havaintoja kirjasin ylös, mutta osittain kirjaus jäi puutteelliseksi, koska kierroksen aikana ei kaikkea ehtinyt kirjata. Tältä osin siis dokumentointi jäi muistin varaan. Olemme myöhemmin työryhmässä ja yhdessä erään hoitajan kanssa keränneet yhteen materiaalia vierailustamme.

5.3.1 Parastaminen menetelmän aineiston analyysi

Parastamisen menetelmän aineistoa ei kertynyt määrällisesti paljoa, koska aineiston keruu tapahtui pitkälti havainnoinnin kautta ja jokainen työntekijä teki omia havainnoita. Haastattelu toteutettiin osittain strukturoituna ja osittain vapaamuotoisena ryhmähaastatteluna. Vierailun aikana analysoin jo siten, että kirjasin ylös vain niitä asioita, joita koin meidän yksikköömme tärkeiksi. Havainnot käsiteltiin vierailun jälkeen ryhmänä yhdessä ja yhden työntekijän kanssa kirjassimme yhteistyössä mielestämme tärkeimmät havainnot paperille. Analyysikeinona käytin sisällönanalyysiä.

5.3.2 Parastamisajatusten soveltaminen ja kehittämissuunnitelman laatiminen

Palvelukeskuksesta nousi esimerkkeinä meille vakiintunut henkilöstö tehostetussa palveluasumisessa ja sairaanhoitajan vakituinen toimi jokaisessa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Vierailukohteessa oli myös paljon erilaista viriketoimintaa ja niistä saimme vinkkejä myös meillekin, esimerkiksi eri juhlapäivinä tapahtuva leivonta, kuten jouluna pipareiden teko ja teemaan sopivat askartelut. Jokaiselle asukkaalle oli tehty oma kansio, johon oli koottu valokuvia ja kertomuksia asukkaasta. Asukkaiden päivittäinen toiminta oli tehty myös näkyväksi laittamalla yleisiin tiloihin nähtäville valokuvia ja tuotoksia heidän töistään. Yksi iso työ asukkaiden kanssa yhteistyössä tehtynä oli bussipysäkki, joka oli toteutettu yhteisötaideteoksena. Se oli sijoitettuna yhden yksikön seinälle ja siihen oli laitettu asukkaiden synnyin paikkakuntien nimiä liikennemerkkin tapaisesti. Palvelukeskuksen toiminnasta oli tehty yleisesti nähtäville

toimintakertomus, joka oli toteutettu asiakkaiden kanssa yhteistyössä siten, että kertomukseen oli kerätty asiakkaiden tekemiä töitä. Asiakkaiden arvokas kohtaaminen välittyi heidän työssään. He kertoivat, että halailevat, hymyilevät ja koskettavat asukkaita paljon. Heillä on aikaa kuunnella asukkaiden ilot ja surut.

Palvelukeskuksessa oli myös käytössä säännölliset omaisten ja asukkaiden päivät, jolloin he saivat tuoda esille toiveita hoidon ja palvelun suhteen. Tällaista käytäntöä toivomme myös meille, jotta voisimme osallistaa niin asukkaat kuin omaisetkin paremmin hoitoon. Vierailukohteessa keskustelimme myös esimiehen tärkeydestä varsinkin muutostilanteissa.

Kehittämissuunnitelman laatiminen aloitetaan uuden esimiehen kanssa tämän vuoden aikana. Suunnitelmaan tulee tavoitteeksi järjestää omaisille tiedotus-/kuulemistilaisuus, jossa kerrotaan tapahtuneista ja tapahtuvista muutoksista sekä osallistetaan omaiset hyvän hoidon suunnitteluun. Viriketoiminnan säännöllinen toteutus otetaan osaksi työsuunnittelua ja se tehdään näkyväksi yksikköömme. Erilaiset juhlapäivät olemme huomioineet siten, että yksikköömme on koristeltu teemaan sopivalla tavalla. Tähän koristeluun on saaneet asukkaatkin osallistua. Pääsiäisenä asukkaamme osallistuivat virpomisoksien tekoon. Vappuna asukkaat saivat puhaltaa ilmapalloja ja kaikki halukkaat osallistuivat vapputansseihin, jotka järjestettiin Toimelantalon alakerrassa. Jatkossa aiomme kiinnittää huomiota siihen, että asukkaiden osallistaminen tulisi näkyväksi yksikön seinälle heidän tuotoksillaan ja valokuvillaan. Olemme suunnitelleet toteuttaa myös vertailukohteesta saadun idean perusteella bussipysäkin meidän yksikköön, jonka tekemiseen asukkaat saavat osallistua.

Tämän vuoden aikana yksikköömme perustetaan sairaanhoitajan virka. Hänen työnsä sisältö suunnitellaan yhdessä työyhteisöemme jäsenien kanssa esimiehen johdolla.

6 KEHITTÄMISTYÖN AINEISTON YHTEENVETOA

Kehittämistyössä käytin tiedonkeruu menetelmänä työntekijöiden haastatteluita, benchmarkkausta ja teoratietoa eri lähteistä, kuten internet ja erilaiset kirjallisuuslähteet. Haastatteluaineiston litteroin ja avasin auki kirjallisena. Kirjallisesta materiaalista työstin valmista tekstiä yhdistelemällä eri vastauksista saatuja tietoja, jonka yhdistin yhdessä teoratiedon kanssa laatukansioon. Benchmarkkauksen aineiston kävin läpi työntekijöiden kanssa keskustelemalla ja siitä saatua tietoa hyväksi käyttäen kirjoitin lyhyen raportin opinnäytetyöhöni. Puhun työssäni benchmarkkauksesta, mutta vierailu toisessa yksikössä ei täysin täyttänyt benchmarkkauksen kriteereitä. Olen kuitenkin tutkinut benchmarkkausta prosessina ja laatinut siitä rungon työhöni. Sitä mukailten olen analysoinut vierailumme.

Muistihäiriöihin liittyen on olemassa paljon erilaista materiaalia ja tietoa löytyy valtavasti. Muistihäiriöistä rajasin ulkopuolelle harvinaisemmat muistihäiriöt ja keräsin tietoa tällä hetkellä meille tärkeistä ja ajankohtaisista muistihäiriöistä, jotka meidän asiakkailamme esiintyy. Kokosin muistihäiriöistä, niiden oireistosta, hoidosta ja kuntouttavasta työotteesta tietopaketin laatukansioon. Siellä tieto on saatavilla koko ajan ja auttaa henkilökuntaa ymmärtämään muistihäiriöisiä paremmin. Tietopaketista voi saada myös vinkkejä päivittäiseen hoitotyöhön. Laatukansio on tehty pitkälti työntekijöiden kanssa yhteistyössä ja jatkuvasti työtä kehittämällä (LIITE4).

7 AINEISTOSTA NOUSEVA MALLI

Tuotoksena syntyi Sääkskodon laatukansio, johon on avattu auki Sääkskodon toimintaperiaate, käytännöt, laadukas hoito ja tietopaketti eri muistihäiriöistä (LIITE 4). Kansio toimii samalla myös perehdytysmateriaalina uudelle työntekijälle ja auttaa myös henkilökuntaa parantamaan hoidon laatua. Laatukansio on tarkoitettu ottaa pysyväksi ohjekirjaksi ja sitä päivitetään tietojen muuttuessa. Laatukansio tallennetaan niin, että sitä voivat kaikki henkilökunnasta päivittää.

8 POHDINTA

Työn tekeminen koostui monesta eri osasta ja vei paljon aikaa. Työtä piti muokata moneen kertaan. Laatukansion otsikot rakentuivat yhdessä työntekijöiden kanssa. Esimies luki myös materiaalin ja antoi siihen vielä parannusehdotuksia. Laatukansio päivittyi myös opinnäytetyön tekemisen aikana, koska henkilöstö rakenne muuttui talossa ja henkilöstöjohtamiseen tuli muutoksia. Toimelantaloa kehitetään palvelutalomaiseksi ja syksyllä 2017 tuli muutoksena myös se, että Sääkskodon työntekijät osallistuvat kotihoidon asiakkaiden hoitoon. Tämän kuitenkin rajasin työtä tehdessä ulkopuolelle ja se osittain hankaloitti työntekijöiden haastatteluaineiston avaamista, koska he toivat haastattelun aikana ilmi myös tämän muutoksen vaikutuksia työhön. Uusi esimies valittiin myös huhtikuussa 2018 koko Toimelantaloon ja se muutti osaltaan myös opinnäytetyötäni, koska olin aloittanut työni silloin, kun Toimelantalossa oli kolme eri esimiestä. Tämä vaikutti haastateltavien vastauksiin ja tiedonkulku henkilökunnan sekä esimiesten kesken oli puutteellista.

Opinnäytetyön toteutus oli myös hankalaa, koska opinnäytetyö oli selkeästi kehittämistyö, mutta sen toteutus täytyi tapahtua osittain laadullisena tutkimuksena. Vaikeuksia tuotti erilaisten käsitteiden käyttäminen opinnäytetyön raportointivaiheessa. Työn tekemisen aikana moni asia on myös auennut minulle ja halu jatkotutkimuksen tekemiseen syntyi työn edetessä. Monet käsitteet ja tutkimusmenetelmät ovat selvinneet minulle paremmin kirjallisuuden ja työn tekemisen kautta.

Lähdemateriaalia oli myös valtavasti ja sen analysointi tuotti välillä haasteita. Piti etsiä tietoa eri lähteistä ja varmistua niiden todenperäisyydestä. Benchmarkkauksen osalta opinnäytetyö olisi kaivannut vielä toisen vierailukohteen, mutta ajan puutteen ja työn organisoinnin vuoksi emme pystyneet toteuttamaan toista vierailua opinnäytetyön teon aikana. Benchmarkkaus oli minulle terminä vieras enkä täysin ymmärtänyt benchmarkkausprosessia isompana kokonaisuutena. Sen vuoksi myös aineisto ja sen analysointi jäi puutteelliseksi eikä täysin täyttänyt benchmarkkauksen kriteereitä. Vierailu toteutettiin siis benchmarkkausprosessia mukailleen. Raporttia tehdessä olen huomoinut eettiset periaatteet siten, että vierailukohde ei ole tunnistettavissa.

Laatukansion tekeminen oli hyvin opettavainen prosessi. Monta asiaa jäi vielä auki ja laatukansiota tarvitsee varmasti päivittää, kun käytäntöihin saadaan varmuus. Tarkoitus olisi, että laatukansio tukee päivittäistä työtä ja auttaa työyhteisöämme ja jäseniä kehittymään työssämme ja miettimään parempia käytäntöjä toimimattomien tilalle. Jokaisella työpaikalla olisi hyvä tehdä toimintaohjeet ja laatukansio jo heti toiminnan alussa. Meidän työpaikalle kansion tekeminen on ollut haastavaa, koska toiminta on ollut jo käynnissä useamman vuoden ja osa käytännöistä on ollut alusta asti. Jatkuvan kehittämisen myötä uusien käytäntöjen läpi vieminen ei ole ollut helppoa. Valmis opinnäytetyö ja tuotos esitellään TYKY-päivässä kevään aikana.

Laatukansio oli kuitenkin tarpeellinen ja toi työhön toivottua selkeyttä sekä helpotti myös arkea, koska aikaa jäi enemmän asukkaiden kanssa olemiselle. Laatukansion jatkoksi voisi kehitellä kehittämissuunnitelman, minkä avulla voisimme kehittää työtämme ja laatukansiota kehittämissuunnitelman mukaisesti. Laadun parantamiseksi voisi osallistaa vielä omaiset siten, että heille järjestettäisiin aluksi tilaisuus, jossa he voisivat tuoda omia ajatuksiaan esille ja sen jälkeen vielä laadittaisiin kyselylomake, johon omaiset saisivat vastata yhdessä asukkaan kanssa.

LÄHTEET

Aspa-säätiön www-sivut. Viitattu 8.5.2018. www.aspa.fi

Ehtookodon www-sivut. Viitattu 1.5.2018. www.ehtookoto.fi

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.).2015. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. (toim.).2004. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). 2013. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Hoitajien H1–H6 haastattelut 2018. Viitattu 8.5.2018

Inno-voinnin www-sivut. Viitattu 4.5.2018. www.inno-vointi.com

Kajaanin Ammattikorkeakoulun www-sivut. Viitattu 4.5.2018. www.kamk.fi

Koenig Coste, J. 2003. Learning to speak Alzheimer´s. The new approach to living positively with Alzheimer´s disease. London: Randomhouse.

Kuntaliiton verkkojulkaisu 2011. Terveysthuollon laatuopas. Suomen kuntaliitto. Helsinki. http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf

Kuntaliiton www-sivut. Viitattu 1.5.2018. www.kuntaliitto.fi.

Käypähoito-suositus muistisairauksista 2017. Viitattu 27.11.2017. www.kaypa-hoito.fi

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Viitattu 16.1.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 muutoksineen.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 muutoksineen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 muutoksineen.

Lempäälän kunnan ikääntyneiden palveluja koskeva suunnitelma 2015–2025. Viitattu 1.5.2018. https://lempaala-fi.aldone.fi/site/assets/files/1234/lempala_n_kunnan_ikantyneiden_palvelujen_koskeva_suunnitelma_2015-2025.pdf

Martikainen, K. & Suhonen, J. 2012. Kun ajatuskin jähmettyy. Parkinsonin taudin muistisairaus. Tietoa sairastuneille, läheisille, hoitohenkilökunnalle Parkinsonin tautiin liittyvistä tiedonkäsittelyongelmista. Parkinson-liiton opas. Novartis Finland Oy.

Muistiasiantuntijoiden www-sivut. Viitattu 29.11.2017. <http://www.muistiasiantuntijat.fi>

Muistiliiton www-sivut. Viitattu 29.11.2017. <http://muistiliitto.fi/>

Numminen, A. 2011. Musiikin merkitys muistisairaana hyvinvoinnin edistäjänä. Pirkanmaan muistiyhdistys. Luento Huittisten osaston juhlaseminaari 20.10.2011.

Palvelukeskuksen johtaja. 2018. Palvelukeskus, Pirkanmaa. Henkilökohtainen tiedonanto 14.5.2018.

Palvelukeskusvierailu 2018. Pirkanmaa.

Remes, A., Haanpää, R., Suhonen, N., Junttila, A. & Solje, E. 2018. Otsalohkodeementia – salakavala muistisairaus. Lääkärilehti 1–2, 37–43. Viitattu 17.5.2018 <http://www.laakarilehti.fi>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanomapro.

Ruusuvuori, J. & Tiitula, L. 2005. Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. 2005. Vastapaino. Tampere.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Thl:n www-sivut. Viitattu 31.3.2018. www.thl.fi

Tuominen, K. 2016. Benchmarking-käsikirja. Turku: Oy Benchmarking LTD.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Turun yliopiston www-sivut. Viitattu 29.3.2018. <https://rajatontatiedekasvatusta.wordpress.com>

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. Viitattu 29.3.2018. <http://www.tenk.fi/fi/ammattieettisia-ohjeistuksia>

Työterveyslaitos 2018. Viitattu 2.5.2018. www.ttl.fi

Vanhustyön keskusliiton www-sivut. Viitattu 17.5.2017. www.vahvike.net

Haastattelulomake työntekijöille

1. Mitä koulutusta sinulla on muistihäiriöihin liittyen?
2. Koetko, että olet tarpeeksi tietoinen eri muistihäiriöistä ja sairauksista? Jos et, niin mihin asioihin toivoisit lisää tietoa ja koulutusta?
3. Avaa ja määrittele, mitä on mielestäsi kuntouttava työote? Miten itse toteutat työssäsi kuntouttavaa työtettä?
4. Saatko riittävästi tukea työhösi? Työtovereiltasi? Esimieheltä?
5. Miten asukkaat saavat äänensä kuuluviin ja miten paljon heitä voi osallistaa? Miten itsemääräämisoikeus toteutuu ja miten sitä voisi tukea?
6. Miten muutosprosessi on vaikuttanut sinuun ja työhösi? Entä henkilöstön lisääminen?
7. Miten määrittelet hyvän ja laadukkaan hoidon? Mitkä ovat suurimmat haasteet toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä?
8. Mihin asioihin toivoisit parannusta työssäsi? Toimintatavat?
9. Mitä muuta haluaisit sanoa tai tuoda esille?

LIITE 2

HAASTATTELU LUPA OPINNÄYTETYÖHÖN

Teen opinnäytetyönä laatukäsikirjan Sääkskodolle ja tätä varten tarvitsen myös teidän apuanne. Tarkoitus on haastatella teitä jokaista ja sillä tavoin kerätä ja hyödyntää materiaalia käsikirjaa varten.

Allekirjoituksellasi myönnät luvan käyttää haastattelumateriaalia työssäni.

Kiitos ajastasi ja avustasi työhöni.

Satu Pentti

Täten myönnän luvan käyttää haastatteluvastauksiani opinnäytetyössäsi.

HAASTATTELUKYSYMYKSET PALVELUKESKUKSEN VIERAILUUN

1. Mistä koostuu tehostetun palveluasumisen henkilöstö?
2. Kuinka paljon on henkilöstöä vuorossa?
3. Montako asukasta ryhmäkodissa on?
4. Onko tehostetulla palveluasumisella oma esimies?
5. Pitääkö työntekijöiden kiertää koko talossa vuoron aikana?
6. Miten asukkaat ovat osallistettu päivittäiseen toimintaan?
7. Onko kuntosali- tai päivätoimintaa?

SÄÄKSKODON LAATUKANSIO



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MUISTISAIRAAN HENKILÖN IHMIS- JA PERUSOIKEUDET.....	1
3	SÄÄKSKOTO JA TOIMELANTALO.....	3
4	HENKILÖKUNTA	4
5	HENKILÖSTÖJOHTAMINEN	4
6	HENKILÖSTÖN OSALLISTUMINEN.....	4
7	HENKILÖSTÖN PEREHDYTTÄMINEN JA KOULUTUS	5
8	ASUKKAIDEN JA LÄHEISTEN OSALLISTUMINEN	5
9	ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET	6
10	HOITOSUUNNITELMA JA RAI-ARVIOINTI	7
11	SÄÄKSKODON PÄIVÄRYTMI	8
12	TYÖVUORO-OHJEISTUS	9
13	LÄÄKÄRIN JA MUISTIHOITAJAN PALVELUT	11
14	MUUT ERITYISPALVELUT	11
15	LÄÄKEHOITO	12
16	HYGIENIA- JA INKONTINENSSITUOTTEET.....	13
17	VASTUUALUEET	13
18	SIIVOUKSET	14
19	SAATTOHOITO.....	14
20	TIETOA ERI MUISTIHÄIRIÖISTÄ	15
20.1	Alzheimerin tauti	15
20.1.1	Varhainen Alzheimerin tauti	15
20.1.2	Lievä Alzheimerin tauti.....	16
20.1.3	Keskivaikea Alzheimerin tauti	16
20.1.4	Vaikea Alzheimerin tauti.....	17
20.1.5	Alzheimerin taudin hoito ja kuntoutus	17
20.2	Vaskulaarinen dementia.....	17
20.2.1	Pienten aivoverisuonten tauti eli subkortikaalinen dementia	18
20.2.2	Suurten suonien tauti eli kortikaalinen VD	18
20.2.3	Vaskulaaridementian hoito ja kuntoutus	19
20.3	Frontotemporaalinen dementia	19
20.3.1	Frontotemporaalisen dementian hoito ja kuntoutus ...	20
20.4	Lewyn kappale-tauti.....	21
20.4.1	Lewyn kappale-taudin hoito ja kuntoutus	21

20.5 Parkinsonin taudin muistisairaus	22
20.5.1 Parkinsonin taudin muistisairauden hoito ja kuntoutus	22
21 MUISTISAIRAUKSIEN HOITO	23
21.1 Kuntouttava lääkkeetön hoito	25
LÄHTEET.....	30