

Raija Setälä

PAPPILANLAMMEN PALVELUKESKUKSEN
HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA PROFIIЛИHOIDON
TOTEUTTAMISESTA MUISTISAIRAIDEN HOITOTYÖSSÄ

Vanhustyön koulutusohjelma

2011

PAPPILANLAMMEN PALVELUKESKUKSEN HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA PROFIILIHOIDON TOTEUTTAMISESTA MUISTISAIRAIDEN HOITOTYÖSSÄ

Setälä, Raija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Marraskuu 2011
Ohjaaja: Kankaanranta, Päivi
Sivumäärä: 64
Liitteitä: 4

Asiasanat: profiilihoito, muistisairas vanhus, haasteellinen käyttäytyminen, yksilöllisyys

Opinnäytetyön aiheena oli selvittää, millaisia kokemuksia Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnalla on profiilihoidon toteuttamisesta muistisairaiden hoitotyössä sekä samalla kartoittaa, miten hoitohenkilökunnan mielestä profiilihoitoa voitaisiin kehittää. Opinnäytetyö toteutettiin haastattelemalla seitsemää Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Tutkimusaineisto kerättiin kevään 2011 aikana teemahaastatteluin ja haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimusmenetelmä oli laadullinen.

Tutkimustulosten mukaan Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunta koki profiilihoidon toteuttamisen olevan lempeä ja luonnollinen tapa kohdata muistisairas asukas. Profiilihoito koettiin pohjaksi, jolle yksilöllinen ja voimavaraletähtöinen muistisairaahan hoitotyö perustuu. Profiilihoito koettiin henkilökohtaiseksi työvälineeksi, jota hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan tulisi kuitenkin hyödyntää nykyistä enemmän.

Muistisairaahan asukkaan tausta ja historia nousivat merkityksellisemmäksi asiakas asukkaan yksilöllisyyden huomioimisessa ja profiilihoidon toteuttamisessa. Haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisemisessä korostuivat hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan tietämys muistisairauksista sekä tietämys asukkaan historiasta.

Myös hoitohenkilökunnan asenteiden merkitys korostui tutkimuksessa. Hoitohenkilökunta koki, että profiilihoidon toteuttaminen tukee heidän omaa työssä jaksamistaan. Profiilihoito käsitteenä koettiin vaikeaksi. Käsitteen yksinkertaistamisen lisäksi hoitohenkilökunta toi esille runsaasti kehittämissuhteita liittyen profiilihoidon kirjaamiseen, perehdyttämiseen, koulutukseen ja työyhteisön omiin käytäntöihin. Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunta kokee profiilihoidon toteuttamisen ja kehittämisen kuuluvan osaksi jokapäiväistä arjen hoitotyötä muistisairaiden parissa.

EXPERIENCES OF PROFILE CARE MODEL IN PAPPILANLAMPI SERVICE CENTRE IN NURSING OF DEMENTED PATIENTS

Setälä, Raija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Elderly care

November 2011

Supervisor: Kankaanranta, Päivi

Number of pages: 64

Appendices: 4

Keywords: profile care, demented old people, challenging behavior, individuality

The purpose of this thesis was to find out the nursing staff's experiences of the Profile Care Model in Pappilanlampi Service Centre and how the Profile Care Model could be developed further. The study was carried out by interviewing seven nurses in Pappilanlampi. Research material was collected during spring 2011 by interviews and it was analyzed by content analysis. Research method was qualitative.

According to the study results the nursing staff experienced Profile Care Model as a gentle and natural way in meeting demented patient. It was felt as a foundation on which individual care can be based on. Profile Care was felt as a personal tool which should however be used more.

Background and history of demented patient turned out to be the most important things in paying attention to the patient's individuality and carrying out the Profile Care Model. Knowledge of demented illnesses and knowing patient's background were also felt useful in preventing of challenging behavior.

Also attitude of nurses turned out to be important in this study. Nursing staff felt that Profile Care Model supports their work. Profile Care as a method was found difficult. In addition to simplify the method the nursing staff took up many development suggestions related to nursing documentation, orientation of new employees, education and practices. On grounds on the study can we come to the conclusion that nursing staff in Pappilanlampi feels that using and developing Profile Care Model is a part of their everyday nursing work with demented patients.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	MUISTISAIRAAN VANHUKSEN HOITOTYÖ.....	6
2.1	Etenevät muistisairaudet.....	6
2.2	Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen.....	12
2.3	Profiilihoito.....	19
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	23
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	24
4.1	Laadullinen tutkimus.....	24
4.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	25
4.3	Aineiston keruu.....	26
4.4	Aineiston analysointi.....	28
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	30
5.1	Hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon merkityksestä muistisairaahan yksilöllisyyden huomioimisessa asukkaan arjessa.....	30
5.2	Hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon vaikutuksista muistisairaahan asukkaan haasteelliseen käyttäytymiseen.....	34
5.3	Hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon vaikutuksesta hoitohenkilökunnan jaksamiseen.....	37
5.4	Hoitohenkilökunnan kokemuksia siitä, kuinka profiilihoitoa tulisi jatkossa kehittää.....	40
6	POHDINTA.....	45
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua.....	45
6.2	Johtopäätökset.....	54
6.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	57
6.4	Tutkimuksen eettisyys.....	58
6.5	Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	60
	LÄHTEET.....	61
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ikäihmisten määrä kasvaa vuosittain, kun elinikä pitenee ja sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat vanhenevat. Tällä hetkellä on yli 65-vuotiaita noin 900 000 ja kahdenkymmenen vuoden kuluttua heitä on yli 1 400 000. Suhteellisesti nopeimmin kasvaa yli 85-vuotiaiden lukumäärä, mutta myös 75–84 -vuotiaidenkin määrä lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä. Ikärakenteen muutoksesta on vääjäämättä seurauksena muistisairauksien lisääntyminen. Vähintään keskivaikeaa muistihäiriötä sairastaa tällä hetkellä noin 95 000 suomalaista ja kymmenen vuoden kuluttua heitä on noin 120 000. Myös lievempiä muistihäiriöitä sairastavien määrä kasvaa, kun väestö vanhenee. (Huttunen 2011.)

Ihmis- ja perusoikeudet ovat ihmisille erityisen tärkeitä ja perustavaa laatua olevia oikeuksia. Nämä oikeudet kuuluvat kaikille, myös muistisairaille ihmisille. Jokaisella muistisairaalla on oikeus mm. säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista. Jokaisella muistisairaalla on oikeus olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja tottumuksensa. Jokaisella muistisairaalla on oikeus saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minä-kuvaa tukevaan toimintaan joka päivä. Jokaisella muistisairaalla on oikeus kosketukseen, halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 4–5.)

Jokainen kohtaaminen jättää meihin jälkensä. Muistisairauteen sairastuneet henkilöt ovat erittäin herkkiä aistimaan kohtaamisissa vallitsevat tunnetilat. Henkilökunnan tietotaito kohdata muistisairas henkilö yksilöllisesti on tärkeää onnistuneen vuorovaikutussuhteen syntymiselle.

Profiilihoito on Pappilanlammen palvelukeskuksessa kehitetty työmenetelmä/ -väline muistisairaiden hoitoon. Profiilihoito korostaa muistisairaana yksilöllisyyden huomiointia. Profiilihoito on muistisairaana erityistarpeet huomioon ottavaa, voimavara-lähtöistä hoitoa. Profiilihoidon avulla myös tuetaan muistisairaana itsemääräämisoikeuden toteutumista.

Profiilihoidosta on vähän tutkittua tietoa. Profiilihoitoa on toteutettu Pappilanlammen palvelukeskuksessa vuodesta 2004 lähtien osana päivittäistä hoitotyötä muistisairaiden parissa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidosta muistisairaiden parissa toteutettavassa hoitotyössä. Opinnäytetyöni tarkoituksena on myös kartoittaa, kuinka profiilihoitoa tulisi jatkossa mahdollisesti kehittää.

2 MUISTISAIRAAN VANHUKSEN HOITOTYÖ

2.1 Etenevät muistisairaudet

Yleistä

Dementialla tarkoitetaan laaja-alaista henkisten kykyjen heikentymistä, joka merkittävästi haittaa henkilön itsenäistä selviytymistä. Dementiaan liittyvät muistihäiriön lisäksi kielelliset vaikeudet, kätevyuden häiriöt, hahmotushäiriöt sekä toiminnanohjauksen ongelmat. (Juva 2007, 8.) Dementoivat sairaudet ovat eteneviä aivosairauksia, joihin liittyy hermosolujen tuhoutuminen sekä hermoverkoston toiminnan heikentyminen. Näiden seurauksena sairastuneen henkinen suorituskyky heikkenee ja sairauden edetessä häviävät olemassa olevat taidot. (Pirttilä 2004, 11.)

Dementia tarkoittaa oireyhtymää, johon liittyy muistioireen lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Dementia voi olla ohimenevä, pysyvä tai etenevä tila. (Erkinjuntti 2010, 87.) Eteneviä muistisairauksia ovat mm. Alzheimerin tauti, Lewyn kapale -tauti, vaskulaarinen eli aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus sekä ot-salohkoperäiset muistisairaudet (Juva 2010).

Dementoivia muistisairauksia on useita, joista Alzheimerin tauti on yleisin. Dementia ei ole sairaus, vaan sillä tarkoitetaan oireyhtymää, joka käsittää eteneviä aivomuutoksia, sairastuneen asteittain heikentyvää toimintakykyä sekä muutoksia mm. sairas-

tuneen sosiaalisissa suhteissa. Kaikki nämä muutokset vaikuttavat sairastuneen identiteettiin ja itsetuntoon. (Alzheimer Europe 2008.)

Pappilanlammen palvelukeskuksessa kehitellyllä profiilihoidolla vastataan muistisairauksien aiheuttamiin haasteisiin. Opinnäytetyössäni on näin ollen oleellista keskittyä käsittelemään yleisimpiä dementoivia, eteneviä muistisairauksia eli Alzheimerin tautia, vaskulaarista eli verenkiertoperäistä muistisairautta, Lewyn kappale-tautia ja ot-salohkorappeumasta johtuvaa muistisairautta.

Alzheimerin tauti

Yleisin dementiaa aiheuttava etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti. Alzheimerin tauti on noin 70%:lla kaikista etenevää muistisairautta sairastavista. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121.) Alzheimerin tauti on lisäksi osatekijänä esimerkiksi aivohalvauksen jälkeisessä dementiaassa ja myös isossa osassa Lewyn kappale-tautitapauksista (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 76).

Alzheimerin tauti alkaa muistioireella. Muisti on koko sairauden ajan vaikeimmin häiriintynyt tiedonkäsittelyn osa-alue. Alzheimerin tauti on tyypillisin vaiheittain etenevä muistisairaus. Taudin oireet aiheutuvat vaurioista tietyillä aivoalueilla. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121.)

Alzheimerin taudin neuropsykologinen oirekuva alkaa muistin ja erityisesti mielessä säilymisen ongelmista. Alzheimerin tauti etenee vähitellen toiminnanohjauksen ja nimeämisen heikkenemisen kautta hyvin laaja-alaiseen kognition ja käyttäytymisen heikkenemiseen. (Hokkanen 2004, 22.) Äkillisten, selvien huononemistapauksien taustalla on yleensäkin jokin akuutti lisäsairaus tai muu ongelma (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2007, 277).

Alzheimerin tautiin liittyy monia erityisoireita, kuten sairautentunnettomuus, kätevyuden heikkeneminen (apraksia), kyvyttömyys havaita ja tunnistaa esineitä (agnosia). Yksi erittäin hankala oire on vaikeus tunnistaa kasvoja, myös lähiomaisen ja omien kasvojen tunnistaminen vaikeutuu. (Suomen dementiahoitoyhdistys ry 2006, 13.)

Alzheimerin taudin kognitiivisina oireina ovat muistin huononemisen lisäksi yksi tai useampi seuraavista oireista: afasia (kielellinen häiriö), apraksia, agnosia sekä vaikeudet tuloksiin tähtäävässä toiminnassa ja toiminnan ohjannassa. Fyysisinä oireina on laihtuminen, virtsan pidätyskyvyttömyys, yleinen jäykkyys ja kävelyvaikeudet. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 7.)

Alzheimerin tauti voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen.

Lievässä vaiheessa kognitiivisina oireina ovat mm. oppimisen heikkeneminen ja unohtamisen lisääntyminen, toiminnanohjauksen hidastuminen ja päättelykyvyn heikkeneminen. Oireina ovat myös keskittymiskyvyn ja laskemiskyvyn heikkeneminen sekä sanojen löytämisen vaikeutuminen. (Käypä hoito-suositus 2010.)

Käypä hoito-suosituksen (2010) mukaan myös toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia: keskustelun seuraaminen sekä esimerkiksi talouden suunnittelu vaikeutuvat, lukeminen vähenee, ilmenee vetäytymistä monimutkaisista harrastuksista ja esiintyy ongelmia rahankäytössä ja asioinnissa. Ajokyky ja työkyky heikkenevät ja esiintyy ongelmia lääkityksestä huolehtimisessa. Käyttöoireina lievässä Alzheimerin taudissa esiintyy ahdistuneisuutta, apatiaa, vetäytymistä, lisääntyvää ärtyvyyttä, masennusta ja harhaluuloja. Somaattisina oireina esiintyy laihtumista.

Keskivaikeassa vaiheessa Alzheimerin taudissa kognitiivisina oireina esiintyy lähi-muistin heikkoutta ja puheen tuottamisen vaikeutta, hahmotusvaikeuksia sekä orientaation häiriöitä. Myös heikentynyt sairudentunto sekä kätevyiden ongelmat ovat keskivaikean Alzheimerin taudin kognitiivisia oireita. Toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia keskivaikeassa Alzheimerin taudissa ovat mm. vaikeuksien lisääntyminen välineellisissä toiminnoissa kuten esimerkiksi kahvinkeitossa. Ruuanlaitto ei enää onnistu ja asianmukaisessa pukeutumisessa ilmenee vaikeuksia. Tavaroita katoaa, sairastunut eksyy helposti ja hän tarvitsee muistuttelua perustoiminnoissaan mm. hygieniastaan huolehtimisessa. (Käypä hoito-suositus 2010.)

Käypä hoito-suosituksen (2010) mukaan keskivaikeassa Alzheimerin taudissa käyttöoireina ilmenee hallusinaatioita, harhaluuloisuutta, levottomuutta, vaeltelua, uni-

valverytmin häiriöitä ja masennusta. Sairastuneen pinnalliset sosiaaliset taidot ovat kuitenkin säilyneet. Somaattisena oireena on laihtuminen.

Vaikeassa vaiheessa Alzheimerin taudin kognitiivisina oireina ovat rajoittunut puheentuotto sekä huomattavat vaikeudet puheen ymmärtämisessä. Keskittymiskyvyttömyyttä sekä vaikeaa apraksiaa (kätevyuden heikkeneminen) esiintyy Alzheimerin taudin vaikeassa vaiheessa. Toimintakyvyn muutoksina vaikeassa vaiheessa esiintyy inkontinenssia. Myöskään perustoiminnot eivät enää onnistu ilman apua. Käyttöoireina Alzheimerin taudin vaikeassa vaiheessa esiintyy levottomuutta ja aggressiivisuutta sekä poikkeavaa motorista käytöstä ja karkailua. Myös uni-valverytmin häiriöt ja masennus tai apatia voivat olla oireina vaikeassa vaiheessa. (Käypä hoitosuositus 2010.)

Somaattisina oireina esiintyy töpöttävää kävelyä sekä primaariheijasteita (tarttumisrefleksi, imemisrefleksi) ja ekstrapyramidaalioireita. (Käypä hoitosuositus 2010.) Ekstrapyramidaalioireilla tarkoitetaan perinteisten antipsykoottien aiheuttamia haittaoireita, joita ovat parkinsonismi, lihassupistukset, kasvojen pakkoliikkeet ja ruumiillinen levottomuus. Erilaiset psykoosilääkkeet aiheuttavat erilaisia ekstrapyramidaalioireita. (Huttunen 2008.)

Vaskulaariset eli verenkiertoperäiset dementiat

Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia dementioita kutsutaan vaskulaarisiksi dementioiksi. Puhtaasti vaskulaariset dementiat ovat melko harvinaisia, mutta yhdessä Alzheimerin taudin kanssa ne käsittävät 15–20% kaikista dementioista. (Juva 2007, 13.)

Vaskulaarisen muistihäiriön varhaisoireisiin kuuluvat usein lievä muistihäiriö, puhehäiriöt, kömpelyys, kävelyvaikeudet (ns. töpöttelykävely) ja hahmottamisvaikeudet. Sairastuneilla on myös usein tunneherkkyyttä ja mielialat vaihtelevat helposti itkusta nauruun. Oireet saattavat alkaa nopeasti ja vaihtelevat päivittäin tai kausittain. (Muistiliiton www-sivut 2011.)

Vaskulaarisen dementian oireet muotoutuvat sen mukaan, mitkä osat aivoista ovat tuhoutuneet (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2007, 278). Vaskula-

rinen dementia jaetaan kortikaaliseen ja subkortikaaliseen dementiaan (Käynty & Valvanne 2004, 48). Kortikaalisessa aivokuorta vammauttavassa muodossa eli moni-infarktidentiaassa esiintyy erityyppisiä neurologisia oireita kuten toispuolihalvauksia, puutteellista hahmotusta, näkökenttäpuutoksia sekä puhumisen ja ymmärtämisen vaikeutta. Subkortikaalisessa muodossa ovat keskeisiä oireita kömpelyys ja hitaus sekä puheen puuroutuminen ja kävelyvaikeudet. Kävely muuttuu leveäraitaiseksi hiihtämiseksi. (Medina ym. 2007, 278.)

Vaskulaarisessa dementiaassa persoonallisuuspiirteet säilyvät suhteellisen hyvin ja ihminen on pitkään tietoinen sairastumisestaan. Vaskulaarisessa dementiaassa tila pahenee usein asteittain. Muisti on yleensä paremmin säilynyt kuin Alzheimerin taudissa. (Suomen dementiahoitoyhdistys ry 2006, 14.) Vaskulaarisen dementiaan käytösoireina ilmenee masennusta, ahdistusta, sekavuutta varsinkin öisin, paranoidisuutta ja unihäiriöitä. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 9.)

Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale-tauti on degeneratiivinen (rappeutumiseen tai rappeumaan liittyvä) etenevä muistisairaus. Lewyn kappale-taudin kliinisiä tyyppioireita ovat kognitiivisten toimintojen, tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. Lewyn kappale-tautia sairastavilla esiintyy parkinsonismia, erityisesti kävelyvaikeuksia, hidasliikkeisyyttä, ja rigiditeettiä (lihasten jäykkyys). Selväpiirteiset ja yksityiskohtaiset visuaaliset hallusinaatiot ovat tyypillisiä Lewyn kappale-tautia sairastavilla. Lewyn kappale-tautia sairastavat ovat herkkiä neuroleptilääkitykselle. Jopa puolella Lewyn kappale-tautia sairastavalla havaitaan aivojen neuropatologisessa tutkimuksessa samanaikaisia Alzheimer-muutoksia. (Rinne 2010, 159.)

Lewyn kappale-tauti on kolmanneksi yleisin syy dementiaoireistoon. Sairastuneet ovat iältään keskimäärin 60–65 vuotiaita. Lewyn kappale-tauti on saanut nimensä mikroskooppisten aivokuorella ja aivorungossa olevien hermosolujen sisäisten jyväsien sekä niiden löytäjän, professori Lewyn, mukaan. Diagnostiset kriteerit Lewyn kappale-taudissa ovat älyllisen tason heikentyminen sekä vähintään kaksi seuraavasta kolmesta oireistosta: vireystason äkkinäiset vaihtelut, yksityiskohtaiset näköharhat ja

Parkinsonin taudin oireisto. Diagnoosi pohjautuu tyypillisiin oireisiin ja tarkka taudinmääritys on mahdollista vasta ruumiinavauksessa. (Medina ym. 2007, 278.)

Lewyn kappale-tautia sairastavan muisti on sairastuneen ollessa virkeä huomattavasti parempi kuin Alzheimerin taudissa. Kun sairastunut on väsynyt, sekavuustaipumus lisääntyy. Lewyn kappale-tauti sairastavalla voi uusien asioiden oppimista tapahtua pitkällekin edenneessä taudissa. Selittämättömät kaatumiset, pyörtymiset ja lyhyet tajuttomuuskohtaukset ovat tyypillisiä Lewyn kappale-taudissa. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 10–11.)

Lewyn kappale-taudin hoidossa on tärkeää fyysisen kunnon ylläpitäminen ja liikuntakyvyn säilyminen. Muita suositeltavia hoitomuotoja ovat lounaan jälkeen ajoitetut päiväunet, jotta vireystaso säilyisi mahdollisimman hyvänä sekä verenpainetta nostavat keinot esimerkiksi suolan lisääminen ruokaan. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 111.)

Otsalohkorappeuma eli frontaalidementiat

Otsa-ohimolohkorappeumiksi kutsutaan ryhmää eteneviä sairauksia, jotka vaurioittavat nimensä mukaisesti erityisesti aivojen otsalohkoja. Otsa-ohimolohko rappeumista on käytetty erilaisia nimityksiä; nimistön kirjavuus heijastaa osittain sitä, että otsa-ohimolohkorappeumien etiologia on tuntematon. (Rinne & Remes 2010, 165.)

Otsalohkodementiat ovat harvinainen tautiryhmä; niitä on vain muutama prosentti kaikista dementoivista sairauksista. Otsalohkot vastaavat aloitteellisuudesta, loogisesta toiminnasta, suunnitelmallisuudesta sekä ohjaavat kielellisiä toimintoja. (Medina ym. 2007, 279.) Otsalohkodementian keskeisiä piirteitä ovat taudin hiipivä alkua ja vähittäinen eteneminen. Varhainen sosiaalisen käyttäytymisen muutos, tunne-elämän muutokset ja sairaudentunnon varhainen heikentyminen ovat tyypillisiä piirteitä otsalohkodementiaa sairastavalla. (Juva 2007, 16.)

Otsalohko-/frontaalidementian tyypillisiä oireita ovat persoonallisuusmuutokset kuten estottomuus, tahdittomuus, arvostelukyvyyttömyys ja huolettomuus. Sairastuneella on heikentynyt päättelykyky ja puheet ja teot saattavat olla seksuaalisväritteisiä.

Frontaalisissa dementioissa on tyypillistä, että toiminnanohjaus on huomattavasti heikentynyt. Sairastuneet ovat impulsiivisia ja he ovat virikkeiden ja ärsykkeiden vietävissä jättäen entisen toiminnan kesken siirtyessään uuteen. Toisaalta frontaalista dementiaa sairastavat voivat olla aloitekyvyttömiä. Yleensä lähimuisti on säilynyt paremmin kuin Alzheimerin taudissa. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 12–13.)

Etenevissä muistisairauksissa erilaiset oireet ja taudin eteneminen vaihtelevat. Profiilihoidossa korostuu muistisairaana yksilöllinen kohtaaminen sekä haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäiseminen. Hoitotyöntekijöiden on näin ollen syytä tunnistaa erilaiset dementiaa aiheuttavat sairaudet ja niiden erilaiset oireet ja ilmenemismuodot.

2.2 Muistisairaana haasteellinen käyttäytyminen

Yleistä haasteellisesta käyttäytymisestä

Muistisairaana haasteellisesta käyttäytymisestä käytetään myös termejä käytösoireet, käytöshäiriö, haasteellinen käytös sekä häiritsevä käyttäytyminen. Profiilihoidon yhteydessä käytetään termiä haasteellinen käyttäytyminen.

Käytösoireita esiintyy kaikissa etenevissä muistisairauksissa ja joissakin muistisairauksissa ne ovat niin tyypillisiä, että ne ovat osa näiden sairauksien diagnostisia kriteereitä. Noin 90%:lla kaikista muistisairauksiin sairastuneista esiintyy käytösoireita jossakin sairautensa vaiheessa. Käytösoireita esiintyy niin lievästi kuin vaikeasti dementoituneilla. (Vataja 2010, 91.)

Käytösoireiden syntyyn vaikuttavat useat asiat kuten muistisairauden eteneminen, sairastuneen persoonallisuus sekä ympäristön suhtautuminen sairastuneeseen. Liiallinen ärsykkeiden määrä, hälinä ja levottomuus usein pahentavat käytösoireita. Myös vuorokauden ajalla on käytösoireiden syntyyn merkitystä. Illat ovatkin usein levottomampia ja oireita esiintyy silloin enemmän. (Muistiliiton www-sivut 2011.)

Yleisiä eteneviin muistisairauksiin liittyviä käytösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, psykoottiset oireet, unihäiriöt ja seksuaalisen käytöksen muutokset. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006,128.)

Masennus on yksi muistisairauksiin liittyvä käytösoire. Sairastunut saattaa masentua omasta tilastaan, kun hän huomaa, että henkiset kyvyt taantuvat. Masennusta aiheuttaa myös tietoisuus sairastumisesta parantumattomaan tautiin. Masennus voi myös johtua tunnetiloja säätelevien keskushermoston välittäjäjärjestelmien rappeutumisesta. (Erkinjuntti ym. 2006, 128.)

Masennuksen oireina saattavat olla laaja-alaisesti madaltunut mieliala, heikentynyt kyky kokea ja osoittaa mielihyvää, itsetuhoiset ajatukset sekä toiminnan hidastuminen aiemmin aktiivisella ihmisellä. Myös psyykkiset ja fyysiset ahdistusoireet ja arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet ovat masennuksen oireita muistisairauteen sairastuneella. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 37.)

Apatiaa esiintyy noin kolmanneksella muistisairaista ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä heikentäviä aloitteellisuusongelmia on noin 80%:lla muistisairaista josakin sairauden vaiheessa (Koponen & Saarela 2010, 493). Apatialla tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, aloitekyvyn puutetta, välinpitämättömyyttä ja motivaation sekä mielenkiinnon vähenemistä. Apatiasta kärsivä ei pysty iloitsemaan eikä suremaan samalla tavoin kuin ennen. (Erkinjuntti ym. 2006, 128.)

Levottomuus ja aggressiivisuus liittyvät usein heikentyneeseen älylliseen tasoon sekä heikentyneeseen kykyyn selvitä päivittäisistä toiminnoista. Tyypillisiä levottomuuden oireita ovat esimerkiksi jatkuva puhuminen ja saman asian kyseleminen. Myös vaeltelu, tavaroiden kerääminen, piilottelu, hypisteleminen ja purkaminen ovat levottomuuden oireita. Erkinjuntin ym. (2006) mukaan levottomuus ja aggressiivisuus ilmenevät usein vihamielisenä käyttäytymisenä kuten kiroiluna, uhkailuna ja fyysisenä väkivaltana. (Erkinjuntti ym. 2006, 129.)

Psykoottiset oireet eli aistiharhat ja harha-ajatukset ovat tavallisia sairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa. Psykoottisia oireita esiintyy noin 25-50%:lla muistisairaista. (Koponen & Saarela 2010, 496.) Harhaluulot ja aistiharhat ovat yleensä

selkeitä. Harhaluulot yleistyvät, kun selviytyminen päivittäisistä toiminnoista selkeästi heikkenee. (Erkinjuntti ym. 2006, 130.)

Esimerkiksi Alzheimerin tautiin sairastunut voi alkaa käyttäytyä epätavallisella tavalla. Vaeltelu on hyvin yleistä samoin se, että muistisairas alkaa nähdä harhoja. Muistisairas alkaa olla yhä enenevässä määrin riippuvainen muista ihmisistä, kun hänen käyttäytymismuutoksensa alkavat olla jokapäiväisiä. (Strömqvist 2005, 8.) Tyypillisiä harhaluuloja ovat varastamisepäilyt sekä uskottomuusepäilyt. Aistiharhat eli hallusinaatiot voivat olla näkö-, kuulo- tai tuntoharhoja. Myös haju-makuharjoja esiintyy. Yleisimpiä ovat näköharhat. (Erkinjuntti ym. 2006, 130.)

Unihäiriöt ovat tavallisia dementian kaikissa vaikeusasteissa ja niiden syy pitäisi aina selvittää ja mahdollisuuksien mukaan hoitaa. Unihäiriöiden syitä on useita. Unihäiriöt voivat johtua esimerkiksi kivusta, peloista, levottomista jaloista sekä aktivoivista lääkkeistä. Myös matala verenpaine voi olla unihäiriön takana. Jos verenpaine laskee yön aikana voi se aiheuttaa aivoissa hapen puutetta herättäen nukkuvan. Myös liiallinen kiire iltaisin sekä kahvi ja tee voivat olla unihäiriöiden syitä. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 48–49.)

Seksuaalisia käytösoireita esiintyy kaikista dementiaan sairastuneista noin 20%:lla. Seksuaalinen käyttäytyminen muuttuu mm. ikääntyessä ja vakava sairaus kuten muistisairaus yleensä vähentää seksuaalista aktiviteettia. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 42.) Seksuaalisuus voi ilmetä äärimmäisenä käyttäytymisenä ja seksuaalinen aktiivisuus saattaa joskus myös lisääntyä. Seksuaalinen aktiivisuus voi myös yllättäen kohdistua täysin vieraaseen henkilöön. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 132.)

Ympäristön kannalta seksuaaliset käytösoireet ovat usein varsin hankalia. Tyypillisiä seksuaalisia käytösoireita ovat sukupuolielinten koskettelu julkisesti ja vieraiden ihmisten seksuaaliväritteinen koskettelu. Tyypillisiä oireita ovat myös epäsopivat seksuaaliset ehdotukset ja puheet. (Sulkava ym. 2006, 42.)

Profiilihoidon toteuttamista tukevia näkökulmia haasteelliseen käyttäytymiseen

Dementiaan liittyviä käytösoireita on usein lääketieteessä kutsuttu käytöshäiriöksi. Ilmaisuuksien leimaa dementoituneen ihmisen. Dementoituneen ihmisen muuttuneen tai erilaisen käyttäytymisen nimeäminen yksiselitteisesti käytöshäiriöksi tekee henkilöstä objektin, jossa sekä henkilö että hänen sairautensa ovat vain ilmiöitä. Tällainen ajattelutapa sivuuttaa dementoituneen henkilön kokevana ja kärsivänä ihmisenä. (Eloniemi-Sulkava & Pitkälä 2006, 20.)

Käytösoireet ovat yleisiä vaikeasti dementoituneilla. Useimmiten käytöshäiriöitä on ilmaistu toisiin henkilöihin kohdistuvana käytöksenä kuten aggressiivisuutena, seksuaalisena estottomuutena ja verbaalisena häiriönä. Vähemmän on kiinnitetty huomiota käytökseen, joka voi vaikuttaa dementoituneen terveyteen ja elämänlaatuun. (Vellas 2003, 20.)

Käytösoireiden syntyyn vaikuttavat aivojen neurokemiallisten ja –patologisten muutosten lisäksi erilaiset fyysiset tekijät sekä sairastuneen ihmisen persoonallisuus (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki-Petäjä-Leinonen & Andersson 2008, 129). Aiemmat psyyken ja persoonallisuuden häiriöt vaikuttavat alttiuteen käytösoireille sekä oireiden sisältöön (Eloniemi-Sulkava & Vataja 2007, 73).

Käytösoireita aiheuttavat ja vaikeuttavat myös muut sairaudet ja kivut ja mahdolliset infektiot. Muistisairaana historian tuntemisen lisäksi hänen käyttäytymistään havainnoidaan objektiivisesti ja muistisairaalta kysytään säännöllisesti oireista kuten masennus ja kipu. (Sormunen ym. 2008, 129.)

Monet eri sairauksien yhteydessä käytetyt lääkkeet voivat aiheuttaa sivu- tai yhteisvaikutuksina esimerkiksi levottomuutta tai masennusta. Aistivajeisiin liittyvät virhetulkinnat voidaan joskus tulkita aistiharhoiksi. (Eloniemi-Sulkava & Vataja 2007, 74.)

Hyvin merkittävä vaikutus on ympäristöllä, jossa muistisairas elää (Sormunen ym. 2008, 129). Ympäristön hallitsemattomuus saattaa ahdistaa tai ärsyttää dementoitu-

nutta, mikä voi ilmetä käytösoireina (Eloniemi-Sulkava 2003, 11). Myös sosiaaliset tekijät vaikuttavat dementoituneen käyttäytymiseen ja vointiin. Hoitajan hyväntuulisuus ja rauhallisuus tai toisaalta hoitajan kireys ja uupuminen peilautuvat herkästi muistisairaisiin. (Eloniemi-Sulkava & Vataja 2007, 74–75.)

Käytösoiretta on aiemmin pidetty ulkopuolisten arvioimana ja määrittämänä outona ja normeista poikkeavana käyttäytymisenä, mutta nykyään käytösoireet ymmärretään muistisairaahan ihmisen kykyjään vastaavana normaalina reaktiona ja toimintatapana. Käytösoireet saavat erilaisia selityksiä, kun muistisairas ihminen nähdään ensisijaisesti tuntevana ja kokevana ihmisenä, joka käyttää toiminnassaan ja itseilmaisussaan olemassa olevia kykyjään ja pyrkii muiden ihmisten tapaan elämään itsensä näköistä elämää. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 233.)

On tärkeää, että vältetään muistisairaahan ihmisen kognitiivisten oireiden leimaamista käytösoireiksi ja ymmärretään kognitiivisten muutosten vaikutukset muistisairaahan toimintaan ja käyttäytymiseen. Ymmärrys avaa keinoja tukea muistisairasta ja löytää hoitotyön keinoja hankalissakin tilanteissa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2009, 233.)

Käytösoireita voidaan monesti ehkäistä ja hoitaa asiantuntevalla suhtautumisella ja muistisairaahan hyvällä hoidolla. Laitoshoidossa tarvitaan erityisosaamista käytösoireisen potilaan kohtaamisessa, jolloin tärkeiksi asioiksi nousevat hoitohenkilökunnan koulutus sekä asenteet. Kaikkien yksiköiden, jotka hoitavat dementiapotilaita tulee hallita käytösoireiden lääkkeetön hoito ja kaikissa yksiköissä pitää kyetä hoitamaan käytösoireisia potilaita. (Suhonen ym. 2008, 16.) Suhonen on yksi Suomen Alzheimer-tutkimusseuran koollekutsumista lukuisista suomalaisista asiantuntijoista, jotka kutsuttiin koolle laatimaan suositusta muistisairauksien hyvistä hoitokäytännöistä. Asiantuntijat laativat suositusta muistipotilaiden hyvän hoidon tärkeimmistä sisällöistä, joiden toteutuminen tulee varmistaa alueellisten hoitoketjujen avulla. Tässä suosituksessa kuvataan muistisairaahan hoitopolku etenevänä prosessina, joka etenee taudin tunnistamisesta taudin vaikeaan vaiheeseen. Suositus koostuu väittämistä, joista rakentuu muistipotilaan katkeamaton hoitoketju. (Suhonen ym. 2008, 10)

Aiempiä tutkimuksia liittyen haasteelliseen käyttäytymiseen

Laitilan (2008) pro gradu-tutkielman haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuodoista ja hoitotyön keinoista vastata haasteelliseen käyttäytymiseen, tarkoituksena oli kuvata dementoituneen henkilön haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja sekä dementiahoitoyksikön hoitohenkilökunnan keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä dementoitunut henkilö. Tutkimusaineisto on osa Alzheimer-keskusliiton ry:n Dementoituvien tukipalvelujen kehittäminen –projektia, jota varten kerättiin vuonna 1997 kyselyaineisto. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat dementiayksiköiden johtavia hoitajia (n=285) eri puolelta Suomea. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka muodostui 17 kysymyksestä. Vastauksia palautettiin 144 yksiköstä. Vastaukset analysoitiin osin kvantitatiivisesti ja osin kvalitatiivisesti sisällönanalyysillä.

Laitilan tutkimuksessa haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuodoista esiintyi eniten levottomuutta. Toiseksi eniten esiintyi aggressiivisuutta ja kolmanneksi yleisimmin toistuvaa kyselyä. Harvemmin esiintyviä haasteellisen käyttäytymisen muotoja olivat lähteminen, huutaminen, ja eritteillä sotkeminen. Hoitotyön keinoina hoitajat käyttivät haasteellisen käyttäytymisen eri ilmenemismuotojen yhteydessä ajan antamista, dementoituneen huomion kiinnittämistä muuhun toimintaan, ammattitaidon esiin tuomista, rajoittamista ja koskettamista. (Laitila 2008, 65.)

Johtopäätöksenä Laitila totesi, että dementiahoitoyksiköissä käytettiin yksilöllisesti erilaisia keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä dementoitunut henkilö. Dementoituneen hyvä olo oli käytettyjen keinojen tavoitteena. Laitilan tutkimuksessa tuli esille hoitajien ammatillinen osaaminen kohdata haasteellisesti käyttäytyvä dementoitunut henkilö valittujen hoitokeinojen, kuten ajan antamisen kautta. (Laitila 2008, 66.)

Jylkkä (2006) kuvasi pro gradu-tutkielmassaan dementoituneen haasteellista käyttäytymistä laitoshoidossa omaisten näkökulmasta. Tutkimuksen aineistona on yhdeksän dementoituneen omaisen teemahaastattelu. Aineisto analysoitiin teema-alueittain sisällönanalyysillä. Tutkimuksen mukaan omaiset ymmärtävät, että nonkognitiivisten (vaeltelu, levottomuus, aggressiivisuus, itkuisuus) toimintojen muuttuminen on osa sairautta, mutta omaiset toivat myös esille sitä, kuinka suuri merkitys dementoitu-

neen kohtelulla on osassa tapauksia. Tutkimuksen mukaan henkilökunnalla, hoitoyksiköllä ja hoitokulttuurilla on vaikutusta dementoituneen haasteelliseen käyttäytymiseen hoitoympäristöllisinä tekijöinä. (Jylkkä 2006, 43.)

Jylkän tutkimuksen perusteella vanhojen mallien ja työskentelytapojen rinnalle on luotava uusia toimintamalleja sekä hoitohenkilökunnalle on lisättävä koulutusta haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa ja siihen liittyvissä tekijöissä. (Jylkkä 2006, 47.)

Isola, Backman, Saarnio ja Paasivaara (2005) ovat tutkineet hoitotyön edistyksellisiä toimintoja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Isola ym. käyttävät käsitettä haasteellinen käyttäytyminen, koska kyseessä oleva käyttäytyminen ikään kuin haastaa hoitajat miettimään toimintaansa kohdattaessaan dementoituvan. Tutkimuksen mukaan dementoituvia hoitavissa yhteisöissä on oltava joustavat ja sallivat toimintalinjat, sillä dementoituva henkilö ei pysty toimimaan samalla tavalla kuin henkilö, jonka kognitiiviset kyvyt eivät ole heikentyneet. (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2005, 146.)

Tutkimuksessa käytettiin avointa haastattelua, jossa haastateltiin (n=62) dementia-työntekijää. Haastateltavat olivat sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia ja sairaala-apulaisia. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Isolan ym. tutkimusanalyysin tuloksena löydettiin kolme edistyksellisen hoitotyön toiminnan yläkategoriaa. Näitä olivat persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käyttöä kuvattiin ihmisenä olemisen, luovuuden ja huumorin hyödyntämisenä haasteellisesti käyttäytyvää kohdatessa. Järkipäristämiseen perustuvaa toimintaa puolestaan olivat perustelu, vakuuttaminen, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen. Intuitiivinen toiminta ilmeni tutkimuksen mukaan ennalta ehkäisyinä, mukaan menemisenä ja huomion ohjaamisena muuhun. (Isola ym. 2005, 148.)

Edistyksellisiä hoitotyön toimintoja tutkimuksen mukaan ovat joustavuus hoitotyössä, dementoituvan tunteminen ja kunnioittaminen, hoitohenkilökunnan rauhallinen käytös, kollegojen konsultointi sekä ympäristön muokkaaminen. (Isola ym. 2005, 152.)

Profiilihoidon tavoitteena on löytää muistisairauden takaa sama tunteva, ajatteleva ja kokeva ihminen, jollainen hän on ollut ennen dementoivan sairauten sairastumistaan. Profiilihoidon tavoitteena on löytää yksilötasolla dementiaa aiheuttavien sairauksien mukanaan tuomat muutokset sairastuneen henkilön käyttäytymisessä ja maailman hahmottamisessa. Profiilihoidon avulla pystytään näin merkittävästi ennaltaehkäisemään haasteellista käyttäytymistä sekä pystytään tukemaan dementoituneen voimavaroja. (Setälä & Ojalehto 2009, 4.)

Muistisairauteen sairastuneilla esiintyy lähes kaikilla sairauden jossakin vaiheessa haasteellista käyttäytymistä. Haasteelliseen käyttäytymiseen vastaaminen ja suhtautuminen on melko kirjavaa. Hoitajien ja hoitotyöntekijöiden asenteilla on ratkaiseva merkitys haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoihin vastaamisessa ja haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisemisessä.

2.3 Profiilihoito

Profiilihoidon taustaa

Profiilihoidon kehittely lähti tilanteesta, mikä on todennäköisesti varsin tuttu monessa muistisairaita hoitavissa yksiköissä. Aukkaat olivat levottomia, aggressiivisia, aloitekyvyttömiä ja passiivisia toimijoita oman elämänsä suhteen. Hoitajat olivat väsyneitä, kiukkuisia ja turhautuneita. Kiireen tuntu oli aina läsnä. Näistä lähtökohdista tuli oivallus, että jotain oleellista on hukassa. Mutta jotta voi löytää, on ensin esittävä. On etsittävä se muistisairauden takana oleva ihminen iloineen, suruineen, pelkoi-
neen ja toiveineen.

Profiilihoitomalli kehitettiin Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman Löysin sinutdementoituneen oma profiili projektin 2004–2006 puitteissa. Profiilihoitoa syvennettiin Pappilanlammen palvelukeskuksen muistisairaiden asukkaiden piirissä sekä sovellettiin kotihoitoon sopivaksi Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamassa Profiilihoito kotihoidon tukena-projektissa vuosina 2007–2009.

Profiilihoidon kehittämisprojektien aikana käytimme työssämme muistisairaista ja muistisairauksista termejä dementoituneet ja dementoivat sairaudet. Käytän näitä termejä opinnäytetyössäni.

Yleistä profiilihoidosta

Profiilihoito on Pappilanlammen palvelukeskuksessa kehitelty menetelmä, asenne, toimintatapa dementoituneiden hoitoon. Profiilihoidossa korostuu dementoivaa sairautta sairastavan yksilöllisyys. Profiilinomainen hoito on dementoituneen erityistarpeet huomioon ottavaa hoitoa ja sen avulla tuetaan dementoituneen itsemääräämisoikeuden toteutumista. Profiilihoidon avulla tunnistetaan dementoituneen säilyneet, heikentyneet ja menetetyt kyvyt sekä olemassa olevien kykyjen tukeminen. Profiilihoito on voimavaralähtöistä ja perusajatuksena on dementoituneen elämänlaadun korostaminen, mielekäs tekeminen ja hyödyllisyyden tunteen korostuminen. (Setälä & Ojalehto 2009, 5–6.)

Profiilihoitomenetelmän yhtenä tavoitteena on myös hoitohenkilökunnan jaksamisen tukeminen, koska dementoituneiden parissa tehtävä hoitotyö on useimmiten henkisesti kuluttavaa. Profiilihoito antaa hoitohenkilökunnalla uusia henkisiä työvälineitä arjen hoitotyöhön dementoituneiden parissa. Dementoituneen profiilin tunnistaminen auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään dementoituneen käyttäytymistä ja profiilin tunnistamisen kautta henkilökunta pystyy mm. ennaltaehkäisemään dementoituneen aggressiivista käyttäytymistä. (Setälä 2007, 4.)

Dementoituneen tilanne kartoitetaan kokonaisvaltaisesti. Kartoituksessa huomioidaan dementoituneen voimavarat, elämän historia sekä ympäristön ja muiden tekijöiden vaikutukset dementoituneen toimintakykyyn. Kun tunnemme ihmisen ja hänen historiansa, emme vaadi häneltä liikoja vaan tiedämme mihin hän pystyy. (Setälä & Ojalehto 2009, 6.)

Arjen ongelmallisiin tilanteisiin pyritään löytämään aktiivisesti ratkaisuja. Haasteellista käyttäytymistä pyritään ennaltaehkäisemään mm. luomalla dementoituneelle onnistumisen kokemukset salliva ympäristö. Löytämällä syyt haasteelliselle käyttäytymiselle, pystymme ennaltaehkäisemään aggressiivisuuden ja ahdistuneisuuden tun-

teita ja lisäämään aktiivisuutta sekä sosiaalisuutta. Dementoivaa sairautta sairastavan elämänlaatu sekä toimintakyky kohentuvat. (Setälä & Ojalehto 2009, 6.)

Profiilihoidon avulla dementoituneen omatoimisuus sekä elämänhallinnan kokemukset lisääntyvät. Profiilihoito on tavoitteellista, kokonaisvaltaista hoitoa, jossa huomioidaan dementoituneen fyysinen - psyykkinen - sekä sosiaalinen toimintakyky ja niiden systemaattinen tukeminen. (Setälä & Ojalehto 2009, 5–6.)

Profiilihoidon vaikutukset muistisairaiden hoitotyöhön ja hoitohenkilökunnan jaksamiseen

Profiilihoidon vaikutuksesta muistisairaiden sosiaalisuus ja oman elämänhallinta ovat vahvistuneet. Hoitohenkilökunnan oivallus siitä, että meillä kaikilla on tarve olla hyödyllinen aina elämämme loppuun asti, on vahvistanut muistisairaana itsetuntoa ja arvostusta. Esimerkiksi työhistorian tunteminen on erittäin tärkeää, koska olemme tottuneet saamaan arvostusta mm. työn tekemisen kautta. (Nieminen luento 2011.)

Muistisairaajat ovat profiilihoidon myötä aktiivisia osallistujia oman elämänsä suhteen passiivisuuden sijaan, toteaa Nieminen. Hoitohenkilökunta huomioi muistisairaana historian tuntemisen kautta hänen mieltymyksensä esimerkiksi käsitöihin, kotitöihin tai pihatöihin. Muistisairaalle annetaan mahdollisuus toteuttaa mielekästä tekemistä.

Niemisen (2011) mukaan hoitohenkilökunnan työmotivaatio sekä itsenäinen tiedonhankinta ovat lisääntyneet profiilihoidon myötä. Hoitohenkilökunta on huomionut, kuinka he itse pystyvät omalla toiminnallaan vaikuttamaan muistisairaana elämänlaatuun ja samalla lisäämään oman työn mielekkyyttä.

Profiilihoidon toteuttaminen muistisairaiden hoitotyössä antaa hoitohenkilökunnalle aikaa olla aidosti läsnä. Läsnä siksi, että olemme tavallaan askeleen edellä: kun tunemme ja tiedämme, kuinka muistisairas reagoi tai käyttäytyy tietyissä tilanteissa, pystymme ennaltaehkäisemään haasteelliset tilanteet. Ristiriitatilanteiden selvittäminen ja purkaminen veivät ennen paljon hoitohenkilökunnan aikaa. (Nieminen luento 2011.)

Profiilihoito on Niemisen (2011) mukaan motivoinut hoitohenkilökuntaa erilaisiin luoviin ratkaisuihin arjen hoitotyössä ja mahdollistanut samalla persoonallisuuksien hyödyntämisen hoitohenkilökunnan keskuudessa. Profiilihoito ei myöskään mahdollista rutiinien syntymistä, koska jokainen muistisairas kohdataan yksilöllisesti mukaelle hänen omia mieltymyksiään.

Yhdessä sovitut hoidon tavoitteet asukaspalaveriineen ovat profiilihoidon myötä selkiyttäneet arjen työtä. Kirjaaminen ja tiedottaminen ovat kehittyneet profiilihoidon tavoitteellisuuden ja systemaattisuuden myötä. Kiireen tuntu on vaihtunut rinnalla olemiseksi. (Nieminen luento 2011.)

Profiilihoito on käytännönläheinen, helposti omaksuttava malli, jossa on kyse asenteesta ja näkökulmasta muistisairaiden parissa tehtävässä hoitotyössä.

Aiemmat opinnäytetyöt liittyen profiilihoitoon

Koskinen & Lundgren (2005) tutkivat opinnäytetyössään (AMK), miten dementia vaikuttaa dementoituneen toimintakykyyn suhteessa ympäristöön. Tutkimuksessa selvitettiin myös, miten tuotetaan tietoa dementoituneen oman profiilin kuvaamiseksi. (Koskinen & Lundgren 2005, 5.) Koskisen ym. (2005) tutkimus oli luonteeltaan kvalitatiivinen ja tiedonkeruu menetelmänä oli osallistuva havainnointi.

Koskisen ym. (2005) tutkimustuloksissa ilmeni, että muistisairaiden kognitiiviset kyvyt heikkenevät yksilöllisesti. Profiilihoito korostaakin muistisairaana yksilöllisyyden huomioimista.

Stenforsin (2009) opinnäytetyössä (YAMK) kuvattiin toteutettua toimintaa ja kehitettiin profiilihoidon toimintamalli, jonka avulla voidaan myöhemmin seurata ja arvioida toimintamallin toimivuutta ja vaikuttavuutta. Toimintamallin tavoitteena on tukea dementoituneen selviytymistä arjessa jäljellä olevat voimavarat huomioiden. Toimintamallin tavoitteena on toimia henkilökunnan tukena hoitotyössä asettaen toiminnalle yhteiset tavoitteet ja päämäärät. (Stenfors 2009, 8.)

Stenforsin (2009) opinnäytetyön toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa käytettiin kehittämismenetelmänä kehittävää työntutkimusta. Lähtötilanteen aineisto kerättiin

haastattelemalla hoitajia (n=5). Lisäksi aineistossa käytettiin valmiita dokumentteja. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Profiilihoito on olennainen osa voimavaralähtöistä ja kokonaisvaltaista muistisairaiden hoitotyötä. Profiilihoidon toteuttamisessa on tärkeää, että kaikilla hoitohenkilökuntaan kuuluvilla on tiedossa asukkaan yksilölliset tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi, jotta muistisairaahan arki edistäisi muistisairaahan elämänlaatua.

Kehittämistyössään (YAMK) Neittamo (2009) kartoitti dementoituneiden vanhusten arjen sujuvuuden ongelmia sekä selvitti kuvien ja muiden visuaalisten tukimuotojen käytön mahdollisuutta arjen sujuvuuden tukena. (Neittamo 2009, 6.) Neittamon (2009) opinnäytetyön empiirinen osuus toteutettiin tapaustutkimuksena. Aineistoa kerättiin mm. hoitopäiväkirjojen ja haastattelujen avulla. Kehittämistehtävää havainnointiin ja arvioitiin koko ajan.

Neittamon (2009) kehittämistyön tuloksista ilmeni, että kommunikoinnin apuvälineillä voidaan saada apua muistisairaahan vanhuksen ajan orientaation ongelmiin. Dementian aste vaikuttaa kuitenkin apuvälineistä saatuun vasteeseen ja niiden käyttö tulee aloittaa jo dementian varhaisessa vaiheessa. Dementian edetessä keskivaikeaan vaiheeseen laskee apuvälineistä saatu hyöty selkeästi eikä kuvallisista tukimuodoista saatu hyvää vastetta. (Neittamo 2009, 40.)

Profiilihoitoa ajatellen voidaan todeta, että hoitohenkilökunnalta vaaditaan luovuutta pohdittaessa sopivia kommunikointimenetelmiä muistisairaiden parissa. Kahden aistin samanaikainen käyttö on yleensäkin suositeltavaa kuten näkö ja puhe tai kosketus ja puhe.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidosta muistisairaiden hoitotyössä. Tutkimuk-

sen tarkoituksena on myös kartoittaa, kuinka profiilihoitoa tulisi jatkossa mahdollisesti kehittää.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia kokemuksia Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnalla on profiilihoidon toteuttamisesta muistisairaiden hoitotyössä?
2. Kuinka profiilihoitoa tulisi Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan mielestä kehittää?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kohdetta tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161.) Hirsjärvi ym.(2010) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille. Tällaisia metodeja ovat esimerkiksi teemahaastattelu, osallistuva havainnointi ja ryhmähaastattelut. (Hirsjärvi ym. 2010, 164.)

Laadullisella tutkimuksella tehdyssä tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa. Merkitysten maailma on ihmisten välinen ja sosiaalinen, jossa merkitykset ilmenevät suhteina ja niiden muodostamina merkityskokonaisuuksina. Merkityskokonaisuudet ilmenevät ihmisistä lähtöisin olevina ja ihmisiin päätyvinä tapahtumina kuten esimerkiksi toimintana ja ajatuksina. Ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudesta ovat tavoitteena. (Vilka 2005, 97.)

Vilkan (2005) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutettavaan tutkimukseen sisältyy aina kysymys siitä, mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan. Tämä

puolestaan edellyttää tutkimuksen tekijältä täsmentämistä, tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä. Kokemus on aina omakohtainen mutta käsitykset kertovat enemmänkin yhteisön perinteellisistä ja tyypillisistä tavoista ajatella yhteisössä. (Vilka 2005, 97.)

Valitsin opinnäytetyöni menetelmäksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen. Opinnäytetyössäni tutkin profiilihoitoa, mitä on aiemmin tutkittu vain vähän. Tutkin hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoitoon liittyen. Tutkimukseen osallistuvilla oli kokemusta ja näin ollen myös mielipiteitä profiilihoidon käyttämisestä muistisairaiden hoitotyössä, joten he olivat näin ollen kykeneviä vastaamaan esitettyihin kysymyksiin. Käytin aineiston analyysiin induktiivista sisällönanalyysiä. Edellä mainittujen seikkojen pohjalta laadullinen tutkimusmenetelmä on perusteltu.

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan siinä pyritään mm. kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa sekä ymmärtämään tiettyä toimintaa. Tiedonantajien valinta ei pidä olla sattumanvaraista vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Opinnäytetyöni tutkimusympäristönä on Pappilanlammen palvelukeskus, joka on Ulvilan Vanhustenhuoltoyhdistys ry:n ylläpitämä vanhusten liikuntapainotteinen palvelutalo, jossa viime vuosina liikuntapainotteisuuden rinnalle on noussut vahvasti dementiahoidon kehittäminen. Pappilanlammen palvelukeskuksessa on 31 palveluasuntoa, 7-paikkainen dementia koti Valkama, 14-paikkainen pienryhmäkoti Satakieli sekä 13-paikkainen Vilhelmiina-koti. Hoitohenkilökuntaa Pappilanlammen palvelukeskuksessa on 27. Lisäksi henkilökuntaan kuuluvat siistijät, keittiöhenkilökunta sekä johtaja ja palvelupäällikkö.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat seitsemän Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Haastateltavien koulutukset vaihtelivat fysioterapeutista lähi- ja sairaanhoitajiin. Haastateltavilla oli vuosien kokemusta profiilihoidon käyttämisestä muistisairaiden parissa tehtävässä hoitotyössä. Tutkimukseen

osallistuvilla tulee olla kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta asiasta (Kylmä & Juvakka 2007, 26).

Tutkimuslupa opinnäytetyön toteuttamisesta (Liite 1) Pappilanlammen palvelukeskuksessa allekirjoitettiin 24.02.2011. Samalla kysyin johtajalta lupaa tehdä opinnäytetyöhöni liittyvät haastattelut Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnalle. Valitsin haastateltaviksi sellaiset hoitohenkilökuntaan kuuluvat henkilöt, joilla oli vuosien kokemusta profiilihoidosta, mutta myös kokemusta muistisairaiden hoitotyöstä ilman profiilihoitoa. Maalis-huhtikuun aikana kävin henkilökohtaisesti tapaa-massa valitsemiani haastateltavia. Kerroin heille opinnäytetyöstäni sekä heidän mahdollisesta osallistumisesta haastatteluun. Kaikki valitsemiani haastateltavat suostuivat haastatteluun ja sovimme samalla haastatteluajankohdat toukokuulle 2011. Haastateltavat allekirjoittivat laatimani suostumuslupalomakkeen haastattelujen toteuttamista varten. Satakunnan ammattikorkeakoulun koulutusjohtajan kanssa allekirjoitettiin 20.2.2011 sopimus opinnäytetyön tekemisestä (Liite 2).

4.3 Aineiston keruu

Haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto ovat yleisimmät laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmät (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on käytetyin tiedonkeruumuoto. Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, jossa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Suora vuorovaikutus mahdollistaa mm. joustavuuden aineistoa kerätessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 204.) Haastattelijalla on mahdollisuus esimerkiksi toistaa kysymys, selventää ilmausten sanamuotoa ja oikaista väärinkäsityksiä. Myös kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä, kuin tutkija katsoo aiheelliseksi. (Tuomi & Sajajärvi 2009, 73.) Haastattelussa suora kielellinen vuorovaikutus tutkittavan kanssa saattaa mahdollistaa vastausten taustalla olevien motiivien esille saamisen. Ei-kielelliset vihjeet auttavat ymmärtämään vastauksia ja joskus jopa ymmärtämään merkityksiä erilaisesti kuin mitä alussa ajateltiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34.)

Yleisimmin käytetty tutkimushaastattelun muoto lienee teemahaastattelu. Teemahaastattelusta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu. (Vilka 2005, 101.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska yksi haastattelun aspekti, teema-alueet, on kaikille sama. Teemahaastattelusta puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle luonteenomainen tarkka järjestys ja muoto. Teemahaastattelussa ovat keskeisiä ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.)

Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Periaatteessa etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelussa ei teemojen käsittelyjärjestyksellä ole merkitystä vaan tavoitteena on, että vastaaja voi antaa kaikista teema-alueista oman kuvauksensa. (Vilka 2005, 101–102.) Valitsin teemahaastattelun tutkimukseni aineiston keruumenetelmäksi, koska tarkoituksena oli saada esiin hoitohenkilökunnan kokemuksia ja kehittämisehdotuksia liittyen profiilihoitoon.

Haastattelurunko toimii haastattelutilanteessa haastattelijan muistilistana ja tarpeellisenä keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. Teema-alueet tarkennetaan haastattelutilanteessa kysymyksillä. Teema-alueiden tulisi olla niin väljiä, että se moninainen rikkaus, joka tutkittavaan ilmiöön todellisuudessa yleensä sisältyy, myös paljastuisi mahdollisimman hyvin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66–67.) Laadin teemahaastattelurungon (Liite 3) profiilihoitoon liittyvien tärkeiden käsitteiden kuten yksilöllisyyden, haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisemisen sekä hoitajien jaksamisen tukemisen ympärille.

Esihaastattelu on teemahaastattelun välttämätön ja tärkeä osa. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä ja hypoteettisten kysymysten muotoilua. Esihaastatteluilla saadaan myös selville haastattelujen keskimääräinen pituus. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72–73.) Suoritin esihaastattelun ennen varsinaisia haastatteluja hoitotyöntekijälle, jolla oli jo vuosien kokemus profiilihoidosta. Esihaastattelun kautta sain varmuutta itse haastattelutilanteeseen sekä sain tuntumaa haastattelurungon ja apukysymysten toimivuudesta. Esihaastattelun perusteella tarkensin yhden teema-alueen apukysymyksiä.

Tutkimukseen haastattelin seitsemää Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Toteutin haastattelut yksilöhaastatteluina ajalla 3-6.5.2011. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työpaikalla ja työajalla. Ennen varsinaista haastattelua korostin vielä tutkimukseen osallistumisen luottamuksellisuutta ja vapaaehtoisuutta. Osallistumispäätökseen vaikuttaa se, mitä tutkimukseen osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa. Tutkittavalle on kerrottava, onko kyseessä kerta-luonteinen aineistonkeruu, edellyttääkö osallistuminen kirjoittamista, valmiiden vastausvaihtoehtojen valitsemista, vapaamuotoista keskustelua vai jotain muuta. (Kuula 2006, 106.) Kerroin, että haastattelut nauhoitetaan ja pyysin jokaiselta haastateltavalta luvan haastattelujen nauhoittamiseen. Korostin, että haastattelunauhakat tulevat vain omaan käyttöön ja että käsittelen heidän antamia tietoja opinnäytetyössäni niin, ettei niiden perusteella voi tunnistaa haastateltavia.

Haastattelut toteutettiin Pappilanlammen palvelukeskuksen tiloissa, rauhallisissa ja häiriöttömissä olosuhteissa. Lyhyin haastattelu kesti 23 minuuttia ja pisin haastattelu kesti 44 minuuttia. Jokaisen haastattelun jälkeen laitoin itselleni muistiin tuntemuksiani ja ajatuksiani liittyen haastatteluun ja sen kulkuun.

4.4 Aineiston analysointi

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa säätelee laatu eikä määrä (Vilka 2005, 126). Analyysimenetelmien tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Aineistoa pidetään riittävänä, kun tutkimusaineiston kylläntymispiste eli saturaatio on saavutettu. Saturaatiolla tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineiston peruslogiikka toistaa itseään eikä lisäaineisto tuo mitään uutta tietoa. (Vilka 2005, 127.) Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista (Vilka 2005, 140).

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto puretaan ensi-osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Seuraavaksi tiivistetään aineis-

to kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Oleellista on aineiston tiivistyminen ja abstrahoituminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Opinnäytetyöni aineiston analyysimenetelmäksi valitsin aineistolähtöisen sisällönanalyysin (Liite 4).

Kerätty tutkimusaineisto pitää muuttaa muotoon, jossa sitä voidaan tutkia. Haastattelujen kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että nauhoitukset pitää muuttaa tekstimuotoon. Litteroinniksi kutsutaan haastatteluaineiston muuttamista tekstimuotoon. (Vilka 2005, 115.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee litteroinnin jälkeen siten, että tutkija lukee haastattelut ja perehtyy aineiston sisältöön.

Sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa ensimmäisenä vaiheena on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Pelkistäminen voi olla joko aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Aineistoa tutkitaan mahdollisimman avoimin kysymyksin ja selvitetään, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 117). Toisessa vaiheessa aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja muodostetaan alaluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Tuomen ym. mukaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmannessa vaiheessa, joka on aineiston abstrahointivaihe, yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia.

Aloitin aineiston analysoinnin litteroimalla eli purin haastattelut sanatarkasti tekstiksi. Kuuntelin haastattelut kokonaisuudessaan sekä ennen että jälkeen aukikirjoittamisen. Näin sain kuvan haastattelujen kulusta ja samalla varmistin, että kirjoitettu teksti vastaa puhuttua. Litteroin aineiston sanatarkasti jäljitellen vastaajien käyttämää murretta. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 37 sivua.

Litteroinnin jälkeen tulostin haastattelut. Luin tulostamiani tekstejä useaan kertaan läpi samalla tutustuen aineistoon. Näin sain myös hyvän kokonaiskuvan aineistosta. Seuraavaksi keräsin tekstistä erivärisiä värikyniä käyttäen ajatuskokonaisuuksia, joista muodostin pelkistettyjä ilmauksia. Värikoodien perusteella luokittelin pelkistetyt ilmaukset tutkimuskysymyksien mukaan. Leikkasin samaan ajatuskokonaisuuteen

liittyvät asiat erilleen. Seuraavaksi yhdistin samankaltaisia ilmaisuja alakategorioiksi. Alakategoriat yhdistin yläkategorioiksi. Lopuksi yläkategorioista muodostui kaksi pääkategoriaa tutkimuskysymysten mukaisesti.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon merkityksestä muistisairaana yksilöllisyyden huomioimisessa asukkaan arjessa

Yksilöllisyys

Haastateltavista kaikki olivat sitä mieltä, että profiilihoidolla on merkitystä muistisairaana asukkaan yksilöllisyyden huomioimisessa. Vastauksissa korostuivat asukkaan elämänkaaritietojen eli Elämäni tarinan merkitys. Elämänkaaritiedoista käytetään Pappilanlammen palvelukeskuksessa nimeä Elämäni tarina.

”..kun tietää asukkaan menneisyyden, niin sen kautta pystyy huomioimaan asukkaan yksilöllisyyden, koska kaikilla on oma historiansa.”

Elämäni tarinan kautta saadaan tietoa asukkaan käyttäytymisestä ja tavoista. Erityisen tärkeäksi yksilöllisyyden huomioimisessa koettiin tieto siitä, mitä asukkaat olivat tehneet työkseen, sillä työ on aina merkinnyt ihmisille paljon.

”..tarkkuus tuli hyvin esille pyykinpesussa, kun vaan antoi aikaa ja sitten se tyytyväinen olo, kun hän ripusti pyykin kuivumaan..”

Yksilöllisyyden huomioimisessa koettiin tärkeäksi tietää asukkaan kiinnostuksen kohteet, jotta osataan tarjota asukkaille heille sopivia virikkeellisiä toimintoja kuten hengelliset tuokiot sekä esimerkiksi taiteellisuuteen ja musiikkiin liittyvät toiminnot.

Yksilöllisyyden huomioimisessa koettiin tärkeäksi myös tiedostaa, jos asukkaan menneisyydessä on ollut erilaisia traumoja ja menetyksiä, jotka muistisairauden ede-

tessä nousevat esiin. Näin hoitohenkilökunta pystyy paremmin ymmärtämään ja käymään yhdessä asukkaan kanssa läpi menneisyyden mahdollisesti käsittelemättömiäkin vaikeita asioita.

Yksilöllisyyden huomioiminen vaatii haastateltavien mukaan myös hoitohenkilökunnan jatkuvaa omaa kiinnostusta ja perehtymistä asukkaaseen sekä asukkaan tulovaiheessa että sen jälkeen.

Itsemääräämisoikeus

Haastateltavista suurin osa oli sitä mieltä, että profiilihoidolla on ollut vaikutusta muistisairaana asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Osa oli sitä mieltä, että profiilihoito ehkä korostaa ja tukee itsemääräämisoikeuden toteutumista.

Muistisairaana asukkaan itsemääräämisoikeus toteutui suurimman osan mielestä siinä, että asukas voi itse päättää tiettyjä itseään koskevia asioita, kuten esimerkiksi aika, jolloin hän menee nukkumaan ja saunapäivät.

” Jokaine saa elää niinko siel omas kodissas, kun otetaa huomioo, et jos o ain tykänny kattoo telkkarii ja valvoo pitempää, ni voi tehr nii täälläki.”

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että pienessä yksikössä itsemääräämisoikeuden toteutuminen on helpompaa toteuttaa kuin suuressa yksikössä. Profiilihoidon vaikutus itsemääräämisoikeuden toteutumiseen näkyi haastateltavien mielestä osaltaan hoitohenkilökunnan asenteiden muuttumisen myötä; hoitohenkilökunnan määräävä rooli on profiilihoidon myötä jäänyt enemmän taka-alalle.

Asukkaan Elämäni tarinan tietäminen ja tunteminen korostui myös itsemääräämisoikeuden toteutumisen kohdalla. Koettiin, että tietynlainen toiminta tai käyttäytyminen on helpompaa tavallaan antaa periksi, jos tiedetään syy käyttäytymiselle. Samoin koettiin tärkeäksi tietää erilaiset mieltymykset, jotta itsemääräämisoikeus toteutuisi muistisairaana asukkaan kohdalla paremmin.

” ..ko uus asukas tulee, sää näät siält Elämäni tarinast, et tykkääkö hän saunast vai ei. Iha simppele juttu, mut hyvi tärke. ”

Voimavaralähtöisyys

Haastateltavista suurin osa oli sitä mieltä, että profiilihoidolla on merkitystä muistisairaahan asukkaan voimavaralähtöisyyden huomioimisessa, tai että se ainakin antaa vähän suuntaa voimavaralähtöisyyden huomioimisessa.

Hoitohenkilökunnan mielestä profiilihoidon merkitys näkyi hoitohenkilökunnan asenteiden muuttumisen myötä eli asukkaalle annetaan entistä enemmän aikaa. Asukkaalle annetaan mahdollisuus tehdä itsenäisesti ja omatoimisesti asioita omien voimavarojensa puitteissa.

” ..siittä sitten on rakennettu sitä päivän toimintaa sillai, että mitä ne hänen voimavarat on.. ”

Asukkaan voimavarat nähtiin hyvinkin laajasti fyysisistä voimavaroista henkisiin voimavaroihin.

”Meil yks asukas laulattaa muit asukkait ja saa siit sitte paljo myös itelleen.”

Myös asukkaan mieltymykset kauneuteen ja itsestään huolehtimiseen koettiin tärkeiksi voimavaroiksi. Asukkaan Elämäni tarinan tuntemus koettiin tärkeäksi asukkaan voimavarojen tunnistamisessa.

”..ko tiesi, mitä työt oli tehny ja et oli ain ollu hiukset laitettuna ja meikattuna ni nyt sitä sit toteutetaa täällä. Merkitsee paljo asukkaalle eikä ota paljoo hoitajalta.”

Profiilihoidon merkitys korostui siinä, että jokaisen asukkaan voimavarat kartoitetaan ja kirjataan asukkaan tietoihin. Profiilihoidon merkitys näkyi myös hoitohenkilökunnan yhteisissä asukaspalavereissa, joissa keskusteltiin mm. asukkaan voimavaroista ja keinoista voimavarojen tukemiseen.

Elämäni tarina

Haastateltavien mielestä Elämäni tarina todentuu asukkaan arjessa hyvin tai kohtalaisesti ainakin joidenkin kohdalla.

”Käytän Elämäni tarinoja päivittäin, koska olen sen huomannu, et tietyis tilanteiss tai oikeastaan kokonaa tos arjes on hirveen tärkeä tietää ihmise taustaa ja se tulee siäl Elämäni tarinas nimenomaa.”

Hoitohenkilökunnan mielestä profiilihoidon merkitys Elämäni tarinan todentumisessa on asukkaan yksilöllisyyden korostamisessa ja yksilöllinen kohtaaminen todentuu parhaiten, jos tuntee asukkaan taustaa ja historiaa. Haastateltavien mielestä se, kuinka hyvin Elämäni tarina todentuu asukkaan arjessa, riippuu myös hoitajan omasta kiinnostuksesta sekä kiireestä ja osaston kokonaistilanteesta.

”Mut sanotaa, et sellases ideaaliolosuhteissa, ni sillo se toteutuu”

Elämäni tarinan merkitystä korostettiin myös uuden asukkaan kohdalla. Profiilihoidon myötä on uusille asukkaille täytetty yhdessä omaisten kanssa Elämäni tarinalomake.

Yhden haastateltavan mielestä olisi tärkeää, että hoitohenkilökunta tavallaan ”päivittäisi” omia tietojaan asukkaiden Elämäni tarinoista.

”..sen täytyis sen lomakkeen sillai elää, et kun se on ruvennu se asukkaan entinen elämä elämään meille, niin me voitaa niitä omiakin tietoja sitten päivittää siittä.”

Elämänlaatu

Hoitohenkilökunta oli yksimielisesti sitä mieltä, että profiilihoidolla on vaikutusta asukkaan elämänlaadun kohentumiseen. Haastateltavien mielestä asukkaiden elämänlaatu on silloin parempaa, kun he saavat tehdä ja toteuttaa heille mieluisia asioita.

”..tarvitaa sitä vanhusymmärtämystä, et vanhuksen ei tarte joka päivä ol kaksikymppine. Silläki saa ol pyjamapäivä!”

Usean haastateltavan mielestä asukkaiden elämänlaatu on parantunut hoitohenkilökunnan oman lisääntyneen ymmärryksen ja/tai asennemuutosten kautta.

”..sitä myötä, kun mulla on itsellä ymmärrys kasvanu, nii häne elämänlaatus on kohentunu.”

Profiilihoito korostaa asukkaan yksilöllistä kohtaamista ja taustatietojen merkitystä. Haastattelujen mukaan elämänlaadun kohdalla korostui jälleen Elämäni tarinan merkitys, koska tuntemalla asukkaan taustoja osataan ehkä välttää elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ja tilanteita.

”..sillon, kun sä tavallaan tiedät sen ihmisen taustaa ni sä tavallaa lähdet jo siitä, et se ihmine on yksilö. Kyllähän se väkisinkin vaikuttaa siihe elämänlaatu.”

5.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon vaikutuksista muistisairaahan asukkaan haasteelliseen käyttäytymiseen

Profiilihoidon ennalta ehkäisevä vaikutus

Kysyttäessä haastateltavilta siitä, että pystytäänkö profiilihoidolla heidän mielestään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen esiintymiseen tuli erilaisia vastauksia. Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että profiilihoidolla pystytään vaikuttamaan ennalta ehkäisevästi. Osa oli kuitenkin sitä mieltä, että profiilihoidon avulla pystytään vain jonkin verran ennalta ehkäisemään muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä. Tärkeimmäksi tekijäksi haasteellisen käyttäytymisen esiintymisen ennalta ehkäisyssä ilmeni jälleen kerran taustatietojen merkitys.

”Kun mä tiedän, mitä asukas on tehny ja mitä pitäny tärkeenä, nii korostan niitä tärkeitä asioita ja se jää pois se ärtyisyys ja kiukkuisuus.”

Haastateltavien mielestä hoitohenkilökunnan oma toiminta ja oma persoona ovat ratkaisevassa osassa haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyssä.

”Työyhteisö voi tehdä myös sen, että täällä on kaaos, kun tulee työvuoroon ja se kaaos aiheuttaa käytöshäiriöitä asukkaille.”

”Oma persoona on mun mielest se kaikkein tärkein, mut profiilihoito myös antaa mulle välineitä”

Osa haastateltavista kertoi, että työyhteisössä pidetyt koulutukset profiilihoidosta ovat tukeneet heidän omia ajatuksiaan siitä, että asukkaiden tuntema turvallisuuden tunne on yksi haasteellista käyttäytymistä ennalta ehkäisevistä tekijöistä. Samoin profiilihoito korostaa sitä, että hoitohenkilökunnan on hyvä aina olla tavallaan askeleen edellä, jolloin pystytään ennalta ehkäisemään tilanteita.

” Se turva o heill iha valtava tärke, et tääl o hyvä ja turvalline ja rauhalline ol.”

”Mun tapa on olla aina askeleen edellä, et ko määh huomaa et nyt alkaa ääni nousee tai et tekee jotai epätyypillist, ni määh tierä, mitä siit seuraa. Sillo määh yritä ain ol niiko salamana paikal.”

Osa hoitohenkilökunnasta kertoi, että profiilihoito auttaa haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisyssä, koska silloin heillä on enemmän työkaluja käytettävissään. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että hoitajan on pantava itsensä kunnolla likoon ja paneuduttava asukkaaseen ja hänen taustoihinsa kunnolla, jotta pystyy ennalta ehkäisemään haasteellista käyttäytymistä.

” Siihe täytyy hoitajan paneutuu sit ihan oikeesti eikä mennä niitten kaavojen mukaan, ett tämmöne ja tämmöne hoitotyö kuuluu tehrä tällai. Sit täytyy pistää ittes likoo ja siihe profiilihoito on antanu mulle paljo välineitä.”

Osa haastateltavista toivoi, että nykyistä enemmän käytettäisiin profiilihoitoa haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisyssä esimerkiksi kartoittamalla sitä ympäristöä, jossa muistisairas elää.

” Enemmänkin toivois, et lähettäis siitä asukkaasta ja sitä mietittäis vaikka sitä häne huonetta ja sitä ympäristöä, mitä esimerkiksi siin vois tehdä.”

Haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisemisen yhteydessä nousi tärkeäksi huomioitavaksi asiaksi se, että muistisairaudet ovat eteneviä sairauksia ja tilanteet muuttuvat. Hoitohenkilökunta piti tärkeänä, että asukkaiden tilanteet päivitetäisiin säännöllisesti. Osa haastateltavista kertoi kokevansa, että profiilihoito ei ole hyvä keino silloin, kun asukkaalla on vielä kohtalaisen paljon ymmärrystä jäljellä. He kokivat, että tosiasioden kertominen ja faktoihin vetoaminen olivat silloin profiilihoitoa tehokkaammat keinot haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisyssä.

Haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäiseminen näkyy hoitohenkilökunnan mielestä myös siinä, että profiilihoidon myötä on alettu selvittää syitä asukkaan käyttäytymiseen. Mitkä tekijät vaikuttivat haasteellisen käyttäytymisen syntyyn? Mihin tekijöihin hoitohenkilökunta pystyy omalla toiminnallaan vaikuttamaan? Profiilihoidon myötä pohditaan, miksi ei joku, joka aiemmin on esimerkiksi nauttinut liikkumisesta ja jumppaamisesta, haluakaan nyt osallistua jumppaan. Onko esimerkiksi ympäristössä jotain, mikä pelottaa tai ahdistaa asukasta ja näin estää hänen osallistumisensa muuten hänelle mieluisaan toimintaan?

Haasteellisen käyttäytymisen lisääntyminen/vähentyminen

Haastattelussa kartoitettiin myös hoitohenkilökunnan kokemuksia siitä, että onko haasteellinen käyttäytyminen lisääntynyt/vähentynyt profiilihoidon myötä. Hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan haasteellinen käyttäytyminen olisi hieman vähentynyt profiilihoidon myötä. Yleisesti oltiin kuitenkin sitä mieltä, että kokonaisuudessaan haasteellista käyttäytymistä esiintyy harvoin.

Mitään varsinaista seuranta ei hoitohenkilökunnan kokeman mukaan ole ollut haasteellisen käyttäytymisen esiintymisestä. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että lääkkeitä on

käytössä melko vähän ja pieninä annoksina. Poikkeamakaavakkeita oli täytetty eri yksiköissä vaihtelevasti ja yleisesti toivottiinkin, että poikkeamakaavakkeita täytettäisiin enemmän ja ne käytäisiin yhdessä läpi useammin.

5.3 Hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon vaikutuksesta hoitohenkilökunnan jaksamiseen

Hoitohenkilökunnan jaksaminen

Haastattelussa kartoitettiin, onko profiilihoidolla ollut vaikutusta hoitohenkilökunnan jaksamisen tukemiseen, koska yksi profiilihoidon tavoitteista on tukea hoitohenkilökunnan jaksamista. Vastaukset vaihtelivat paljon. Toiset kokivat, että profiilihoidolla on ollut vaikutusta ja toisten mielestä profiilihoidolla ei ole ollut merkittävää vaikutusta omaan jaksamiseen.

” Onhan se paljon ihanampi olla töissä, ku vaa malttaa pistää ittes likoo ja sillä saa hyvän mielen, kun välttää just jonkun väkivaltilanteen tai pahan olon.”

Osa vastaajista koki, että profiilihoito on joskus jopa lisännyt omaa riittämättömyyden tunnetta, koska profiilihoidon myötä asukkaat ovat tulleet heille liiankin tutuiksi. Vastaajille oli tullut tunne, että heidän tulisi olla 24 tuntia vuorokaudessa asukkaiden käytettävissä ja olla aina valmiudessa tukemaan ja ymmärtämään.

”Ne tulee ne asukkaat vie sillai niinko enemmän ”omiks” ko tiedetään ii syvält niitä asioit. Et tietyl taval tulee se oma riittämättömyyden tunne siit ettei tääl ain voi olla ympärivuorokauden.”

Osa haastateltavista kertoi, että juuri ymmärryksen kautta osaa nyt organisoida työnsä niin, että työssään jaksaa paremmin. Usealle haastateltavalle profiilihoito auttoi omaan jaksamiseen juuri sen kautta, että se antaa työvälineitä ja keinoja lisää kohdata muistisairas asukas.

” Se tuntuu ain niinko paremmalt ko tietää, et ain voi ainakin yrittää jotain ja ne on hyviä, lempeitä keinoja. Ei ain yritetäkkää sitä käytöst poistaa vaa yritetään tehdä sen asukkaan olo paremmaks.

Osa haastateltavista kertoi, että oma jaksamisen lisääntyminen näkyy siinä, että viihtyy hyvin työssään ja tulee aina mielellään töihin.

”Profiilihoito on auttanu jaksamisessa ko mää osaa mennä sinne maailmaa ja elää niitä tilanteita niinko niitten asukkaitten arjes.”

Oma asenne

Haastattelussa kysyttiin, onko hoitohenkilökunnan mielestä heidän asenteensa muistisairaiden hoitoon ja kohtaamiseen muuttunut profiilihoidon myötä. Jälleen vastaukset vaihtelivat laidasta laitaan. Osa vastasi myöntävästi ja osa oli sitä mieltä, että oma asenne- ja ajatusmaailma oli pysynyt samana.

”Mää ole aina mielestäni asennoitunu oikei näihi muistisairaisii, et väitän, et ajatusmaailmaltani ole pysyny saman.”

Ne haastateltavista, jotka kertoivat oman asennoitumisen muuttuneen profiilihoidon myötä, perustivat ajatuksensa sille, että ymmärryksen lisääntymisen myötä oma asennoituminen muistisairaisiin oli muuttunut. Osa haastateltavista koki asenteidensa muuttumisen liittyvän siihen tietouteen, että se tapa, jolla he ovat aieminkin kohdanneet muistisairaant asukkaat, on nyt saanut kasvot ja nimen. Profiilihoito on antanut näin ollen lisää varmuutta muistisairaiden kohtaamiseen ja hoitotyön toteuttamiseen.

” Profiilihoidost tuli niinku semmone helpotus ja ajatus, et en mää iha vääril jäljill oo ollukkaa. Et must tää oli niiko semmone valaiseva kokemus.”

Profiilihoito osana/irrallisena osana jokapäiväisessä hoitotyössä

Haastattelussa hoitohenkilökunnalta kysyttiin, kokevatko he profiilihoidon toteuttamisen osaksi jokapäiväistä hoitotyötä vai kokevatko he profiilihoidon irralliseksi osaksi muistisairaiden parissa tehtävästä hoitotyöstä. Kaikki haastateltavat kokivat profiilihoidon toteuttamisen osaksi jokapäiväistä hoitotyötä. Profiilihoito koettiin kuuluvan luonnollisena osana muistisairaiden parissa tehtävää hoitotyötä. Profiilihoidon toteuttaminen koettiin omaksi, henkilökohtaiseksi tavaksi kohdata muistisairas. Koettiin, että profiilihoito on se pohja, jolle hoitotyö perustetaan.

”Profiilihoito on mun jokapäiväinen, henkilökohtainen juttu ja semmone juttu, et mää nautin siitä, ko mää saan tehdä töitä niinko sen tuell.”

” Se o niinku semmone perustavaa laatua oleva, millai sää lähdet hoitamaa niitä ihmisiä. Se o mun mielest niinku maalaisjärkee.”

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että toisilla on jo sisäsyntyinen tapa ajatella profiilihoidon mukaisesti, mutta on myös niitä hoitajia, jotka eivät jostain syystä näe metsää puilta vaan tekevät asioita vain sen tekemisen takia.

”Mää en erikseen ajattele, et nyt mää käytänki profiilihoitoo, vaa se tulee iha tuolt takaraivost. Se o iha sitä normaali työtä eikä mitää sirkustemppei.”

Vaikka kaikki haastateltavat kokivat profiilihoidon toteuttamisen osaksi jokapäiväistä hoitotyötä, niin osalle profiilihoito käsitteenä oli kuitenkin outo. Profiilihoito koettiin niin luonnolliseksi osaksi hoitotyötä, ettei profiilihoitoa välttämättä osattu sanoa kuvailla.

”Mul on synnynnäisenä tää profiilihoito. En osaa erotella, et mikä on ja mikä ei, mut käsitteenä se on outo. Jos joku multa kysyy, mitä on profiilihoito niin en mä sitä osaa välttämättä kertoa, et mitä se on.”

”Se on tätä arkee enkä osaa sillai eritellä, mut must tuntuu et sitä niinku sillai eletää.”

5.4 Hoitohenkilökunnan kokemuksia siitä, kuinka profiilihoitoa tulisi jatkossa kehittää

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin haastattelussa, että pitäisikö heidän mielestään profiilihoitoa kehittää ja millä osa-alueilla. Kaikkien vastaajien mielestä profiilihoidossa on vielä paljon kehitettävää eri osa-alueilla.

Koulutus ja omaksuminen

Kaikkein eniten haastateltavat toivoivat jatkuvaa koulutusta profiilihoidosta. Yleisestikin toivottiin koulutuksia liittyen muistisairauksiin ja muistisairaiden kohtaamiseen.

”Koulutuksii pitäis ainaki ol iha jatkuvasti.”

Profiilihoitoon liittyviä koulutuksia toivottiin toteutettavan pienryhmissä. Pienryhmissä kaikkien ääni pääsisi esiin, ja profiilihoitoa voitaisiin käydä läpi hoitohenkilökunnan omien kokemusten kautta ja asukasesimerkkien kautta. Hoitohenkilökunta toivoi myös, että koulutukset olisivat jäsenelty erilaisiin kokonaisuuksiin.

”Ei sen tarvii ain ol semmone iso juttu, vaa vois ottaa sellase jäsentely, et tänää puhutaa tästä ja just niist omist kokemuksist. Ne on mun mielest aivan ihanii ja viestittää sitä just sit eteepäin.”

Osa henkilökunnasta toivoi, että kaikille hoitotyötä tekeville jaettaisiin sellainen tehtävä, että jokainen paneutuu yhden asukkaan Elämäni tarinaan ja hänestä tehtyihin kirjaamisiin ja raportteihin. Tämän jälkeen hän täyttäisi asukkaan profiilihoitokaavakkeen. Profiilihoitokaavake on lomake, johon kootaan asukkaan voimavarat ja niiden tukemisen keinot. Kaavakkeeseen kirjataan myös tilanteet, jotka ovat asukkaalle haasteellisia ja voivat näin ollen aiheuttaa haasteellista käyttäytymistä. Lomakkeelle kirjataan myös ne keinot, joita käyttämällä tilanteet ovat hoituneet niin asukkaalle

kuin hoitohenkilökunnallekin mieluisammalla tavalla. Lomakkeelle kirjataan myös asukkaasta joitain erityisiä huomioita, joita voi poimia hänen Elämäni tarinastaan. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että tällaisen tehtävän myötä profiilihoito ja profiilihoidon seuranta tulisi konkreettisesti tutuksi kaikille hoitotyötä tekeville.

”Jaettas jokaisel esimerkiks yks asukas, jota seuraa sillai, et tulis oikee sellane tehtävä. Paneutus siihe yhtee ihmisee ensi ja täyttäs sen ihmisen Elämäni tarinaa ja olis iha alust asti nii sen kautta oppis hyvi.”

Haastateltavat toivoivat myös, että koulutukset olisivat yksikkökohtaisia. Haastateltavilta tuli myös ajatus, että olisi hienoa, jos jotenkin voisi toteuttaa sellaisen, että pääsisi seuraaman muiden muistisairaita hoitavien yksiköiden päivittäistä toimintaa.

”Kun jotenkin pääsis seuraamaan muiden toimintaa, koska kuitenkin sä opit paljon muilta.”

Koulutuksiin liittyen toivottiin siis hoitohenkilökunnalle jatkuvaa kertausta profiilihoitoon liittyen. Esille nousi myös vahvasti tarve uuden työntekijän profiilihoidon toteuttamisen perehdyttämiseen. Toivottiin, että olisi joku nimetty henkilö, tuutori, joka vastaisi uusien työntekijöiden perehdyttämisestä profiilihoitoon. Perehdyttäminen tulisi toteuttaa pienissä jäsennellyissä osissa, jotta uusi työntekijä pystyisi paremmin omaksumaan kuulemansa.

”Joku kertois pala palalta, koska sit sitä pystyy vast toteuttaa, ko tuntee nää ihmiset ja osaa yhdistää kasvot ja nimen ja sitä taustaa.”

Osa haastateltavista koki, että olisi hyvä, jos hoitohenkilökunnalla olisi käytössä ns. reissuvihko, joka olisi yksikössä lukitussa kaapissa. Hoitohenkilökunta koki hankalaksi lähteä yksiköstä kansliaan koneelle tarkistamaan asukkaan asioita. Olisi helpompaa, jos siinä samassa tilassa, jossa toimitaan yhdessä asukkaiden kanssa, olisi vihko, josta saa nopeasti tarkistettua yhdessä sovitut menettelytavat. Hoitohenkilökunnan mukaan tämä tukisi myös sitä, että hoito olisi mahdollisimman systemaattista ja yhdenmukaista ja edesauttaisi myös haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisemisessä.

”Se olis semmone reissuvihko, mis siirtys tietyt asiat hoitajalt hoitajalle. Se olis semmone, mis siirretää tätä hoitomallii ja sit vois kirjottaa niit, et heimää kokeili tämmöst ja ainaki nyt se toimi.”

Kirjaaminen

Profiilihoidon kirjaamista tulee haastateltavien mukaan kehittää. Kirjaaminen on puutteellista ja profiilihoitokaavake ei ollut kaikissa yksiköissä käytössä. Kirjaamisessa oli erilaisia tapoja eri yksiköiden välillä. Toisissa yksiköissä omahoitajat vastasivat asukkaiden profiilihoitokaavakkeiden kirjaamisesta. Kaikissa yksiköissä ei kuitenkaan ole omahoitajajärjestelmää. Näissä yksiköissä kaivattiin muistivastaavaa, joka huolehtisi siitä, että profiilihoitokaavakkeet tulisi kaikille asukkaille tehtyä. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että profiilihoitoon liittyviä asioita kirjataan liian vähän.

” Tosi vähä me kirjataa just niit asioit, millai profiilihoido kaut eletää.”

”Paljo me raporteil puhutaa näist asioist, mut ne jää sillo kuitenkin kirjaamat.”

”Harvoin ainakaan raporteis näkyä mitään kommentteja, ett olis konkreettisesti tehty sen asian eteen mitään, jos joku asukas on esimerkiks ollu levo-ton.”

Osa haastateltavista käytti profiilihoitokaavakkeen tietoja mm. erilaisissa ongelmatilanteissa. He kokivat, että kirjaamisen tehostaminen palvelisi hyvin niin hoitohenkilökuntaa kuin asukkaita esimerkiksi erilaisissa ongelmatilanteissa.

” Se o hienoo, ko koneelt löytyy esimerkiks joku ongelmaratkaisutilanne. Vähenis lääkkeitte määrä, ko vaa enemmän kirjattas näit asioit.”

Osa hoitohenkilökunnasta koki kirjaamisen olevan nykyisellään pitkälti listausta omista tekemisistä. Koettiin, että kirjaamisessa tulisi enemmän näkyä se, miltä asukkaista tuntuu.

”Sin täytyy saar enempi sitä, milt siit asukkaast tuntuu.”

Haastateltavat kokivat myös, että kirjaamiselle ei aina ole riittävästi aikaa. Profiilihoitokaavakkeen tekeminen ja päivittäminen koettiin aikaa vieväksi. Haastateltavat toivoivat, että seurannasta vastaava henkilö saisi kirjaamiseen riittävästi aikaa, mikä olisi huomioitu jo työvuorolistoja laadittaessa.

”Sul täytyy antaa oikee työvuorolistas aika, et sillo päivitetää näit tietoi ja käydää työkavereitte kans jo vähä enne keskusteluu, mitä heil olis sanottavana.”

Seuranta

Myös profiilihoidon seurantaan tuli hoitohenkilökunnalta kehittämisideoita. Asukaspalaverit olisivat hyviä foorumeita profiilihoidon seurannassa, mutta niiden pitäminen on hoitohenkilökunnan mukaan jäänyt lähes kaikissa yksiköissä. Profiilihoidon toteuttamisen myötä aloitettiin asukaspalaverikäytäntö yksiköissä. Asukaspalaverit ovat noin kerran viikossa pidettäviä palavereja. Asukaspalaverissa keskustellaan aina yhden asukkaan tilanteesta kerrallaan ja palaverista kirjoitetaan muistio raporttilehteen. Hoitohenkilökunnan mukaan asukaspalaverien pitäminen on jäänyt, koska ei ole ollut aikaa palaverien pitämiseen. Toinen syy sille, että asukaspalaverien pitäminen on selvästi vähentynyt, on hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan ollut asukaspalaverien vetäjän puute. Henkilökunta toivoikin, että työvuorolistoissa olisi päällekkäisyyttä aamu- ja iltavuorolaisten kanssa, jotta he pystyisivät pitämään asukaspalavereja. Samoin toivottiin, että taloon saataisiin yksi ns. muistivastaava, joka olisi mukana asukaspalavereissa ja toimisi koollekutsuja palavereissa.

”Se auttas, ko siin olis tavallaa semmone kokooja ja koollekutsuja.”

Seurannan tehostamiseen tuli hoitohenkilökunnalta ehdotus, että olisi ns. muistitiimi, joka kutsuttaisiin aina koolle, kun yksiköissä on tilanteita, joiden purkamiseen ja läpikäymiseen kaivataan neuvoja. Tiimi olisi moniammatillinen ja siihen kuuluisivat kyseisen yksikön vastuuhoidajat/omahoitajat, sairaanhoitaja ja ns. muistivastaava. Hoitohenkilökunta koki tärkeäksi, että muistitiimiin osallistuisi aina myös joku ”ul-

kopuolinen” hoitohenkilökuntaan kuuluva työntekijä, joka ei ainakaan päivittäin ole tekemisissä kyseisen yksikön ja asukkaiden kanssa.

”Siin olis mukana ihmisiä, jotka ei välttämättä hoidakaan sitä asukasta, koska heil on semmone freesi näkemys siihe asiaa.”

Hoitohenkilökunta toivoi myös, että tiimin koollekutsuminen lähtisi aina kyseisestä yksiköstä käsin. Hoitohenkilökunnan mukaan olisi hienoa, jos olisi olemassa jokin yhteinen toimintamalli, joka velvoittaa ongelmatilanteessa ottamaan yhteyttä muisti-tiimiin ja kutsumaan sen koolle. Yhteisen toimintamallin aikaan saaminen koettiin tärkeäksi, koska hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan aina ei ole helppoa myöntää, että nyt tarvitsen apua selvittääkseni käsillä olevan tilanteen.

”Se tiimi olis niinku semmone tehoisku siihe asiaa et mikä nyt on ja mikä siihe nyt auttas.”

Muita kehittämideoita

Hoitohenkilökunnalta tuli myös hoitajien omaan profilointiin liittyvä kehittämisidea. Voisivatko hoitajat kirjata vaikka lähinnä itselleen, miksi toimin niin kuin toimin ja kannanko jotain tiettyä toimintatapaa mukanani vain, koska olen sen joskus jossain työyhteisössä omaksunut? Sopiiko toimintatapani nykyiseen työyhteisöön tai näihin asukkaisiin? Miksi käyttäydyn niin kuin käyttäydyn? Jokainen hoitaja voisi pohtia, kantaako hän jotain epämääräistä taakkaa, toimintatapaa työyhteisöstä toiseen aivan turhaan. Tämän asian selvittäminen koettiin tärkeäksi, koska tämä kyseinen taakka voi olla myös uuden oppimisen esteenä.

”Hoitajien oma profilointi olis varmaan hyvä, koska kyllähän sun toimintaan vaikuttaa ne sun edelliset työkokemukset. Ne olis kuitenkin vaan itelle ja sais mieltä, et miks toimin näin.”

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon toteuttamisesta muistisairaiden hoitotyössä

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoitteena oli tutkia Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon toteuttamisesta muistisairaiden hoitotyössä. Kokemuksia kartoitettiin haastattelemalla hoitohenkilökuntaa profiilihoitoon liittyvien keskeisten asiakokonaisuuksien tiimoilta. Keskeisinä asiakokonaisuuksina olivat muistisairaana yksilöllisyyden huomioiminen, haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäiseminen ja hoitohenkilökunnan jaksamisen tukeminen.

Muistisairaana yksilöllisyyden huomioiminen

Haastatteluista ilmeni, että hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan profiilihoidon toteuttamisella pystytään vaikuttamaan muistisairaana yksilöllisyyden huomioimisessa ja tukemisessa. Stenforsin (2009, 48) profiilihoidon toimintamallin kehittämistyön mukaan asukkaan yksilöllisyys ja elämäntarinan tunteminen olivat tärkeitä asioita, jotka Stenfors (2009) toimintamallin kehittämisessä pyrki ottamaan huomioon. Stenforsin (2009) mukaan yksilöllisyyden olisi mahdollista toteutua toimintamallissa omahoitajuuden ja kokonaisvaltaisen hoitotyön tarpeen arvioinnin avulla, jossa huomioitaisiin asukkaan tarpeet, toiveet ja mieltymykset hoidon kaikissa eri vaiheissa. Toimintamallin avulla voitaisiin tunnistaa ja tavoitteellisesti tukea jäljellä olevia voimavaroja sekä kohentaa asukkaan elämänlaatua. Omahoitajuus on toteutunut osin mutta kokonaisvaltainen hoidon tarpeen arviointiin perustuva arviointi on toteutunut hoidon eri vaiheissa.

Asukkaiden historian ja taustojen tunteminen nousivat merkityksellisimmiksi tekijöiksi muistisairaana yksilöllisyyden huomioimisessa. Muistisairaalla ihmisellä on tietty luonne, hänen elämänsä aikana rakentuneet tietyt arvot, tärkeät roolit sekä oma elämäntarina iloineen ja suruineen. Tällä ainutlaatuisella ihmisellä on oikeus tulla

näkyviin omana itsenään. (Laine & Heimonen 2010, 21.) Laine on kirjoittanut oppaan nimeltään Mahdollisuuksien matka, jossa esitellään logoterapeuttisen ajattelun näkökulmia ja soveltamisen mahdollisuuksia muistisairaana ihmisen kohtaamisessa ja hoidossa. Logoterapeuttisen ajattelun ydintekijöitä ovat kohtamistilanteiden sisältämien mahdollisuuksien tavoittaminen ja hoitajan valinnanvapauden sekä hänen tekemiensä valintojen seurauksien korostaminen. (Laine & Heimonen 2010, 8.)

Erityisen merkittäväksi muistisairaana yksilöllisyyden huomioimisessa koettiin hoitohenkilökunnan haastattelujen mukaan tieto asukkaiden työhistoriasta. Yksilöllisyyden huomioimiseen liittyen koettiin tärkeäksi tiedostaa asukkaan menneisyydessä olleet erilaiset traumat ja menetykset. Muistisairaana persoonallisuuden ja elämänsisällön tunteminen auttavat arvioimaan tilanteita ja tapahtumia hänen omista kokemuksistaan käsin (Sormunen ym. 2008).

Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen on merkittävä osa asukkaan yksilöllisyyden huomioimisessa. Laadukkaassa hoidossa tulee sairautensa tai toimintakykynsä vuoksi apua tarvitseva henkilö kohdata ihmisenä, kunnioittaa hänen autonomiansa sekä edistää hänen toimijuuttaan Pietilä ym. (2010, 261). Julkaisussaan Kohtaamisista vai ohituksista Pietilä ym. (2010) pohtivat mm. sitä, millainen hoitajan ja asukkaan välinen vuorovaikutus tukee asukkaan yksilöllisyyttä, identiteettiä ja toimijuutta. Pietilän ym. (2010) kirjoitus perustuu pitkäaikaishoidossa tehtyyn systemaattiseen laadulliseen havainnointiin.

Hoitohenkilökunnan mukaan profiilihoidolla on ollut merkitystä asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisessa korostamalla ja tukemalla asukkaiden itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen näkyi haastateltavien mukaan etenkin niissä tilanteissa, joissa asukas voi itse päättää omista asioistaan kuten esimerkiksi nukkumaan menoajastaan. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää, että ikäihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja ja että hän saa päätöksentekoaan varten tietoa ja tukea. Itsemääräämisoikeutta voidaan edistää tukemalla ja tunnistamalla ikäihmisten voimavaroja. (STM 2008, 13.) Myös itsemääräämisoikeuden toteutumisen kohdalla korostui asukkaiden Elämäni tarinan tuntemisen merkitys. Koettiin tärkeäksi tietää erilaiset mieltymykset, jotta asukkaiden itsemääräämisoikeus toteutuisi paremmin. Haastateltavien kokemuksen mukaan itsemääräämisoikeuden toteutumi-

nen on mahdollistunut myös hoitohenkilökunnan asenteiden muuttumisen myötä, kun hoitohenkilökunnan määräävä rooli on jäänyt profiilihoidon myötä enemmän taka-alalle.

Voimavaralähtöinen työskentely on osa profiilihoitoa ja siten myös osa asukkaiden yksilöllisyyden huomioimista. Pietilän ym. (2010, 261) tutkimuksessa muistisairaana ihmisen kohtaaminen sekä hänen autonomiansa ja toimijuutensa tukeminen tarkoittavat hänen ihmisyytensä tunnustamista, yksilöllisiin tarpeisiin vastaamista ja hänen voimavarojensa tunnistamista hoito- ja auttamistilanteissa. Haastateltavien mielestä profiilihoito antaa vähintäänkin suuntaa voimavaralähtöisyyden huomioimisessa. Profiilihoidon merkitys korostui voimavaralähtöisyyden kartoittamisen ja kirjaamisen yhteydessä. Elämäni tarina koettiin myös voimavaralähtöisyyden huomioimisessa tärkeäksi työvälineeksi.

Elämäni tarinan merkitys korostui kauttaaltaan kartoitettaessa muistisairaana yksilöllisyyden huomioimista. Ervasti ym. (2008, 17) toteavat kehittämishankkeessaan, että asukkaan elämänhistorian tunteminen auttaa asukkaan yksilöllisen arjen suunnittelussa. Ervastin ym. kehittämishankkeessa kuvataan yhden Oulun kaupungin dementiayksikön ympäristön kehittämistä. Kehittämisen kohteina työelämän hankkeessa olivat fyysinen ja psykososiaalinen ympäristö haasteellisesti käyttäytyvien dementoituneiden hoidossa. Kehittämishankkeessa korostuivat mm. asukkaan elämäntarinan tunteminen ja vuorovaikutuksen merkityksellisyys. (Ervasti ym. 2008, 19.)

Hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan asukkaan yksilöllisyyden korostaminen ja yksilöllinen kohtaaminen todentuvat parhaiten, kun tuntee asukkaan taustaa ja historiaa. Se, kuinka hyvin Elämäni tarina todentuu asukkaiden arjessa, riippui haastateltavien mukaan myös hoitajan omasta kiinnostuksesta asukkaita kohtaan sekä kiireestä ja osaston kokonaistilanteesta.

Haastateltavien kokemus oli, että asukkaiden elämänlaatu on silloin parempaa, kun he saivat toteuttaa heille mieluisia asioita. Topon ym. (2007, 112) tutkimuksen mukaan toiminnallisuus liittyy yleensä kohonneeseen hyvinvointiin ja hyvinvointi on kohonnutta erityisesti silloin, kun toiminta on sovitettu henkilön kykyjen ja mieltymysten mukaan. Topon ym. tutkimus oli havainnointitutkimus hoidon laadusta asi-

akkaan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli parantaa dementoituneiden ihmisten hyvinvointia ja heidän psykososiaalisen ympäristönsä laatua sekä lisätä ymmärrystä dementoituneiden ihmisten toiminnallisista tarpeista. (Topo ym. 2007, 25.) Tutkimus toteutettiin kahdeksassa eri yksikössä, joissa asukkaita havainnoitiin Dementia Care Mapping eli DCM-havainnointimenetelmää käyttäen. Tutkimuksessa käytetyn DCM-havainnointimenetelmän tausta-ajatuksen mukaan hyvä psykososiaalinen ympäristö tukee myös vaikeasti dementoituneiden henkilöiden hyvinvointia. (Topo ym. 2007, 111.)

Elämäni tarina nousi jälleen kerran tärkeäksi tekijäksi asukkaiden mieltymysten tunnistamisen kohdalla. Taustojen tuntemisen kautta pystytään myös välttämään asukkaiden elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ja tilanteita. Usean haastateltavan mielestä asukkaiden elämänlaatu ja yksilöllinen huomioiminen olivat parantuneet profiilihoidon myötä, koska profiilihoito on lisännyt ymmärrystä muistisairaista ja muistisairaahan kohtaamisesta.

Haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäiseminen

Haastateltavien kokemuksen mukaan profiilihoidolla pystytään ainakin jonkin verran vaikuttamaan ennalta ehkäisevästi haasteellisen käyttäytymisen esiintymiseen. Tärkeimmäksi tekijäksi haasteellisen käyttäytymisen esiintymisen ennalta ehkäisyssä tutkimuksessani ilmeni jälleen asukkaiden taustatietojen eli Elämäni tarinan merkitys. Hoitohenkilökunnan oman toiminnan ja oman persoonan merkitys haasteellisen käyttäytymisen esiintymiseen nousi esille haastateltavien kokemuksissa. Suhonen ym. (2008, 16) toivat esille muistisairauksien hyvissä hoitokäytännöissä sen, että haasteellisten käytösoireiden hoito kuuluu yksiköille, joilla on tietämystä myös käytösoireiden ennakoinnista.

Tutkimuksessani haastateltavat kokivat, että asukkaiden kokema turvallisuuden tunne oli yhteydessä haasteellisen käyttäytymisen esiintymiseen. Haastateltavien mielestä profiilihoito antoi lisää työkaluja haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisemiseen. Myös Laitilan (2008, 66) pro gradu-tutkielmassa todettiin, että dementiayksiköissä käytettiin yksilöllisesti erilaisia keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä dementoitunut henkilö. Kaikkien keinojen tavoitteena oli dementoituneen hyvä olo.

Tutkimuksessani haastateltavat toivoivat, että profiilihoitoa käytettäisiin nykyistä enemmän haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisyssä esimerkiksi kartoittamalla muistisairaana asukkaan ympäristöä ja muokkaamalla ympäristöä muistisairaana toimintakykyä tukevaksi. Ervastin ym. (2008, 17) mukaan dementiayksiköiden fyysisessä hoitoympäristössä tulisi kiinnittää erityistä huomiota hyvään valaistukseen, ympäristön hahmottamisen helppouteen ja turvalliseen liikkumiseen. Psykososiaalisessa hoitoympäristössä korostuvat puolestaan mm. rauhallinen ja asukasta kunnioitava ilmapiiri. Isolan ym. (2008, 150) tutkimuksessa korostettiin työyhteisön ilmapiirin merkitystä haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisemisessä. Ilmapiirin on oltava avoin, salliva, joustava ja leppoisa, koska dementoituvat tunnistavat herkästi myös henkilökunnan väliset ristiriidat. Kun yhteisössä vallitsee joustava ja leppoisa ilmapiiri, koettiin dementoituvien aggressiivisuuden ja levottomuuden olevan minimissään.

Haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäisemisen yhteydessä korostettiin myös hoitohenkilökunnan taitoa heittäytyä tilanteisiin sekä halua paneutua asukkaiden taustatietoihin. Havaintotutkimuksessaan hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta toivat Topo ym. (2007, 113) esille vuorovaikutuksen määrän ja laadun merkityksen kohtaamisissa. Kohtaamisissa korostui se, että hoitaja kykeni luovasti käyttämään yksittäistä asukasta koskevia tietojaan sekä hyödyntämään dementoivista sairauksista koskevaa tietämystään. Asukasta ei esimerkiksi kuormitettu liian haastavilla kysymyksillä.

Haasteellisen käyttäytymisen ennalta ehkäiseminen näkyi hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan myös siinä, että profiilihoidon myötä on alettu selvittää syitä asukkaiden käyttäytymiseen. Pietilän ym. (2010, 262) mukaan joidenkin muistisairaiden asukkaiden käyttäytymisen taustalla saattaa olla yritys säilyttää edes hiven autonomiaa ympäristössä, jossa sen toteutumiselle ei tahdo jäädä mahdollisuuksia. Jos asukkaan hankalaksi koetun käyttäytymisen syitä ei selvitetä eikä niistä olla kiinnostuneita, voidaan hänet yksinkertaisesti leimata ”hankalaksi potilaaksi.”

Yleisesti oltiin kuitenkin sitä mieltä, että haasteellista käyttäytymistä esiintyy harvoin. Se, kuinka suuri merkitys profiilihoidolla on haasteellisen käyttäytymisen esiintymiseen, jäi avoimeksi. Hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan myös työkoke-

muksen tuoma tieto/taito sekä koulutukset muistisairauksista ennalta ehkäisivät osaltaan haasteellista käyttäytymistä. Haastateltavat kokivat haasteellisen käyttäytymisen seurannan puutteelliseksi, mikä hankaloitti vastaamista profiilihoidon vaikutuksesta haasteellisen käyttäytymisen mahdolliseen vähenemiseen tai lisääntymiseen.

Hoitohenkilökunnan jaksamisen tukeminen

Haastattelussa kartoitettiin hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon merkityksestä hoitohenkilökunnan jaksamisen tukemiseen. Haastateltavien vastaukset vaihtelivat paljon. Toiset haastateltavista kokivat, että profiilihoidolla on ollut jaksamista tukeva merkitys, mutta toisten haastateltavien mielestä profiilihoidolla ei ollut merkittävää vaikutusta omaan jaksamiseen. Osa vastaajista koki, että profiilihoito on osaltaan lisännyt omaa riittämättömyyden tunnetta työssä. Riittämättömyyden tunne johtui siitä, että haastateltavat kokivat asukkaiden tulleen profiilihoidon myötä heille jopa liian tutuiksi. Haastateltavilla oli tunne, että heidän tulisi olla asukkaiden käytävissä 24 tuntia vuorokaudessa.

Usealle haastateltavalle profiilihoito auttoi omaan työssä jaksamiseen sen kautta, että profiilihoito antoi työvälineitä ja keinoja kohdata muistisairas asukas. Haastateltavat kokivat myös, että työssä viihtyminen oli osalla lisääntynyt profiilihoidon toteuttamisen myötä.

Hoitohenkilökunnalta kartoitettiin haastattelussa myös kokemuksia siitä, onko profiilihoidon toteuttamisella ollut merkitystä haastateltavien asenteisiin muistisairaita asukkaita kohtaan. Myöntävästi vastanneet perustivat kokemuksensa sille, että profiilihoidon toteuttaminen on lisännyt omaa ymmärrystä muistisairaita ja muistisairauksia kohtaan. Virtanen (2011) korostaa Suomen muistiasiantuntijoiden ry:n kannanotossa, että muistisairaahan hyvä hoito edellyttää henkilökunnalta vahvaa osaamista, jatkuvaa oman osaamisen kehittämistä ja oikeaa asennetta. Asenneilmapiiriin muokkaaminen on hoivayhteisössä Virtasen mielestä aloitettava yhteisestä perustehtävän selkiyttämisestä ja vahvan eettisen orientaation luomisesta työntekoon. (Virtanen 2011.)

Osa haastateltavista koki asenteidensa muuttuneen myönteisempään suuntaan, koska he kokivat saaneensa lisää varmuutta muistisairaiden kohtaamiseen profiilihoidon toteuttamisen myötä. Topon ym. (2007, 121) mukaan yksi tärkeimmistä tekijöistä, joka vaikuttaa dementiaoireisten ihmisten elämänlaatuun, on heistä huolehtivien ihmisten asenteet dementoituneita ihmisiä ja dementoivia sairauksia kohtaan. Topon ym. tutkimuksen mukaan kyse ei ole pelkästään resursseista, vaan asioista, joihin jokainen voi vaikuttaa omalta osaltaan.

Ne, jotka kokivat asenteidensa pysyneen muuttumattomina, perustivat tuntemuksensa sille, että he ovat kokemuksensa mukaan asennoituneet jo ennen profiilihoitoa muistisairaisiin huomioiden asukkaiden taustat, yksilöllisyyden ja voimavaralähtöisyyden.

Haastattelussa kartoitettiin hoitohenkilökunnalta, kokivatko he profiilihoidon toteuttamisen osaksi vai irralliseksi osaksi jokapäiväistä hoitotyötä. Tässä kysymyksessä vastaukset olivat yhtenevät ja kaikki haastateltavat kokivat profiilihoidon toteuttamisen kuuluvan luonnolliseksi osaksi jokapäiväistä hoitotyötä. Profiilihoito koettiin pohjaksi, jolle muistisairaiden parissa toteutettava hoitotyö perustuu. Profiilihoito koettiin omaksi, henkilökohtaiseksi tavaksi kohdata muistisairas asukas. Profiilihoito koettiin niin luonnolliseksi osaksi jokapäiväistä hoitotyötä, että profiilihoitokäsitteen kuvaaminen sanoin koettiin vaikeaksi.

Profiilihoidon kehittäminen

Toisena tutkimuskysymyksenä oli kartoittaa, kuinka profiilihoitoa tulisi Pappilamman palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan mielestä kehittää. Kaikkien haastateltavien mielestä profiilihoitoa tulee vielä kehittää monilla eri osa-alueilla kuten koulutus, kirjaaminen ja profiilihoidon seuranta.

Kaikki haastateltavat toivoivat lisää ja jatkuvaa yksikkökohtaista koulutusta liittyen profiilihoitoon. Koulutuksia toivottiin toteutettavan pienryhmissä jäsenneltyinä kokonaisuuksina. Yleisesti toivottiin, että koulutuksissa käytäisiin läpi asukasesimerkkejä ja jaettaisiin omia kokemuksia mm. siitä, kuinka erilaiset ongelmalliset tilanteet ovat hoituneet mallikkaasti sekä asukkaan että hoitajan mielestä. Isolan ym. (2008,152) tutkimuksessa nousi esille oman toiminnan reflektointi oman työryhmän

kanssa, jotta toimintatavat tulevat muidenkin työyhteisön jäsenien tietoon. Toimintatapojen reflektointi toimi vihjeinä muille työyhteisön jäsenille, jotta he voivat niitä tarvittaessa hyödyntää omassa toiminnassaan.

Uuden työntekijän perehdyttäminen profiilihoidon toteuttamiseen ja omaksumiseen koettiin myös tärkeäksi kehittämisalueeksi. Toivottiin tutoria, joka perehdyttäisi uudet työntekijät profiilihoidon toteuttamiseen.

Osa hoitohenkilökunnasta pohti sitä, kuinka profiilihoito tulisi helpommin omaksuttavaksi jokaiselle hoitotyötä tekeväälle. Yhtenä kehittämiseideana oli, että jokaisella hoitotyötä tekevällä olisi oma asukas, jonka taustoihin, havainnointiin ja seurantaan hän paneutuu tarkoin. Hän olisi myös vastuussa asukkaan profiilihoitokaavakkeen täyttamisestä ja hoidon seurannasta. Haastateltavien mukaan tällaisen tehtävän myötä profiilihoito ja profiilihoidon seuranta tulisi konkreettisesti tutuksi kaikille hoitotyötä tekeville.

Myös helposti käsille saatavaa, yksiköissä olevaa reissuvihkoa kaivattiin. Reissuvihko auttaisi osaltaan profiilihoidon toteuttamisessa ja omaksumisessa. Se olisi vihko, josta saa nopeasti tarkistettua yhdessä sovitut menettelytavat. Vihon käyttäminen tukisi sitä, että toteutettava profiilihoito olisi mahdollisimman systemaattista ja yhdenmukaista mikä puolestaan ennalta ehkäisisi haasteellisen käyttäytymisen esiintymistä.

Haastateltavien mukaan myös profiilihoidon kirjaamista tulisi kehittää. Profiilihoidon kirjaamisessa oli hyvinkin erilaisia käytäntöjä eri yksiköiden välillä. Toisissa yksiköissä omahoitajat vastasivat kirjaamisesta. Kaikissa yksiköissä ei kuitenkaan ollut omahoitajajärjestelmää ja niissä yksiköissä toivottiin, että talossa olisi nimetty ns. muistivastaava, joka vastaisi mm. profiilihoitokaavakkeiden täyttamisestä ja seurannasta yhteistyössä yksikön hoitohenkilökunnan kanssa.

Myös profiilihoitokaavake koettiin epäselväksi. Kaikille ei ollut tiedossa, mitä osioita kaavakkeesta pitäisi päivittää ja milloin. Kaikissa yksiköissä ei kaavake ollut lainkaan käytössä. Osa haastateltavista kuitenkin koki hyvänä profiilihoitokaavakkeen

käytön. He kokivat, että mm. lääkityksien määrää saatettaisiin entisestään vähentää, jos profiilihoitokaavakkeita täytettäisiin ja päivitetäisiin asianmukaisesti.

Profiilihoidon seuranta nykyisellään koettiin puutteelliseksi. Haastateltavat toivoivat, että asukaspalaverit saataisiin jälleen käynnistettyä joka yksikössä. Ajan ja vetäjän puute koettiin syyksi asukaspalaverien pitämättömyydelle. Toivottiin, että saataisiin taloon muistivastaava, joka toimisi asukaspalaverien koollekutsujana ja toteuttajana yhdessä yksikön hoitohenkilökunnan kanssa.

Yleisesti oltiin sitä mieltä, että profiilihoitoon liittyviä asioita kirjattiin liian vähän. Yhtenä syynä koettiin ajan puute, mikä esti tehokkaan kirjaamisen. Profiilihoitokaavakkeen tekeminen ja kirjaaminen koettiin aikaa vieväksi ja toivottiin, että kirjaamiseen käytettävä aika huomioitaisiin jo työvuorolistoja suunniteltaessa.

Kehittämissideana profiilihoidon seurantaan nousi myös ns. muistitiimin perustaminen. Muistitiimi olisi moniammatillinen tiimi, joka kutsuttaisiin koolle, kun asukkaalla ilmenee asukasta itseään ja/tai henkilökuntaa häiritsevää ja ahdistavaa haasteellista käyttäytymistä. Eloniemi-Sulkavan ym. (2009, 23) MielenMuutoskäyttösoirehankkeen mukaan muistitiimin ns. räätälöintikokouksessa päätetään tavoitteet, jotka pohjaavat muistisairaana ihmisen näkökulmaan sekä käyttösoireen syntyyn vaikuttaviin tekijöihin. Muistitiimin ammattilaisilta vaaditaan tietoa kognitiivisten muutosten käytännön vaikutuksista, jotta niistä aiheutuvat hankaluudet tunnistetaan ja siten löydetään räätälöityjä keinoja. Vanhustyön keskusliitto ry:n MielenMuutoskäyttösoireosahankkeessa käsiteltiin käyttösoireita muistitiimin haasteena. Eloniemi-Sulkavan ym. (2009) mukaan, työryhmän tai muistitiimin tavoitteellisen ja sitoutuneen yhteistyön merkitys korostuu silloin, kun pyritään vastaamaan muistisairaana psykologisen tuen tarpeisiin kuten turvallisuuden tarpeisiin. Muistisairaudesta huolimatta turvallisuuden kokemukset muistetaan ja niistä jääneet tunnelmat rakentavat turvallisuutta. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 240.)

Haastateltavilta nousi myös mielenkiintoinen kehittämisside liittyyen hoitajien omaan profilointiin. Jokainen hoitaja laatisi itselleen oman profiilin liittyyen työskentelyynsä muistisairaiden parissa. Haastateltavat kokivat, että jokaisen muistisairaiden hoitotyötä toteuttavan olisi hyvä pohtia omia toimintatapojaan ja miettiä, että kannamme-

ko mukaanamme joitakin edellisistä työyhteisöisistä omaksuttuja taakkoja, jotka ovat mahdollisesti uuden toimintatavan oppimisen ja omaksumisen esteenä. Topon ym. (2007, 116) tutkimuksessa ilmeni, kuinka tärkeää hoitajan on tunnistaa myös omat rajansa ja rajallisuutensa. Jos hoitaja ei kykene altistumaan toisen ihmisen tunteille ja samalla omalle haavoittuvuudelleen, tulee hänelle tarve suojautua haavoittavilta tunteilta. Tämä saattaa johtaa siihen, että hoitaja voi suhtautua hoitamiinsa henkilöihin ulkokohtaisemmin ja välineellisemmin, mikä puolestaan voi johtaa työtehtävien rutiininomaiseen suorittamiseen, jossa hoidettavien henkilöiden ylimääräiset tarpeet hankaloittavat omista työtehtävistä suoriutumista.

6.2 Johtopäätökset

Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi kartoittaa Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon toteuttamisesta. Profiilihoidon kehittäminen oli toinen tärkeä ja mielenkiintoinen seikka, jota halusin opinnäytetyöni kautta selvittää. Aiheena profiilihoito on kiinnostava ja ajankohtainen. Muistisairauksiin sairastuvien määrä lisääntyy tulevaisuudessa ja samalla kasvaa uhka siitä, onko meillä tulevaisuudessa riittävästi osaavaa henkilökuntaa hoitamaan alati kasvavaa muistisairaiden määrää. Resurssien lisääminen ei aina ole mahdollista, joten tarvitaan uusia innovatiivisia menetelmiä, joilla taataan muistisairaiden hyvä ja yksilöllinen hoito riippumatta hoitavien tahojen taloudellisesta tilanteesta lisätä henkilöstöresursseja. Tarvitaan työmenetelmiä, jotka eivät vaadi taloudellista panostusta. Profiilihoidossa on kyse asenteista ja näkökulmasta hoitaa ja kohdata muistisairas.

Profiilihoitoa on toteutettu Pappilanlammen palvelukeskuksessa muistisairaiden hoitotyössä noin kahdeksan vuoden ajan. Haastateltavani valitsin niin, että heillä kaikilla oli kokemusta profiilihoidon toteuttamisesta. Toisilla haastateltavilla kokemusta oli kertynyt jo monen vuoden ajalta mutta osa haastateltavista oli toteuttanut profiilihoito vasta vähän aikaa. Tässä on ehkä yksi syy siihen, miksi tutkimustulokset olivat osaltaan ristiriitaisia. Yhtenä syynä ristiriitaisiin tutkimustuloksiin oli todennäköisesti myös se, että haastateltavat edustivat eri ammattiryhmiä. Sairaanhoidtajien, lähihoitajien ja fysioterapeutin työnkuvat eroavat toisistaan ja näin heiltä kaikilta ilmeni vastauksissa oman ammattiryhmän näkökulma profiilihoidon toteuttamiseen. Haastatel-

tavani työskentelivät myös eri yksiköissä, joiden toiminta poikkeaa toisistaan; osa työskenteli dementiayksiköissä ja osa päivätoiminnassa ja palveluasunnoissa. Tämä eri ammattiryhmien kirjo oli kuitenkin yhtenä tekijänä siinä, että profiilihoidon kehittämiseen tuli runsaasti ja erittäin monipuolisesti uusia, toteuttamiskelpoisia kehittämisideoita.

Haastateltavilla oli monipuolisia kokemuksia profiilihoidon toteuttamisesta. Joissakin asioissa haastateltavien näkemykset olivat samankaltaisia ja voidaan sanoa, että aineisto kylläntyi. Toisaalta jokaisessa haastattelussa tuli esille jotain uutta ja tutkimustulokset olivat näin ollen osin ristiriitaisia. Tutkimuksen tulokset eivät mielestäni ole yleistettävissä, koska tutkimukseen osallistuvien haastateltavien määrä oli pieni ja tutkimus toteutettiin vain yhden palvelukeskuksen hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tulosten mukaan profiilihoito koettiin perustavaa laatua olevaksi pohjaksi, jolle yksilöllinen muistisairaiden hoitotyö rakentuu. Profiilihoito koettiin myös henkilökohtaiseksi työvälineeksi toteuttaa muistisairaiden hoitotyötä. Tutkimustuloksissa ilmeni taustatietojen merkityksellisyys muistisairaahan asukkaan kohtaamisessa.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että profiilihoidon toteuttaminen koettiin itsestään selvydeksi ja luonnolliseksi tavaksi kohdata muistisairaahan asukkaat. Käsitteenä profiilihoito oli kuitenkin tutkimustuloksien mukaan vaikeasti selitettävissä. Kehittämismenetelmissä tulikin monia ideoita, kuinka profiilihoitoa käsitteenä voisi selventää niin hoitohenkilökunnalle kuin omaisille.

Mielenkiintoinen ristiriita ilmeni tutkimustuloksissa kysyttäessä Elämäni tarinan todentumista asukkaiden arjessa. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että muistisairaiden hyvä ja yksilöllinen hoito perustuu asukkaan historiaan ja taustatietoihin, mutta kysymykseen taustatietojen todentumisesta asukkaan arjessa tuli vain niukasti vastauksia. Pohdin, oliko kysymyksen asettelu hankalasti ymmärrettävä aiheuttaen haastateltavien vastauksissa hämmennystä. Tutkimustuloksista oli kuitenkin yleisesti selkeästi tulkittavissa, että profiilihoidon toteuttaminen koettiin yhtä kuin taustatietojen todentuminen muistisairaahan arjessa. Todennäköisesti myös se, että profiilihoito käsitteenä koettiin vaikeaksi hahmottaa, selittää sitä tutkimustulosta, että usea haastateltava koki profiilihoidon ja asukkaan Elämäni tarinan tarkoittavan samaa.

Tutkimustuloksista ilmeni myös, että Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan haasteellista käyttäytymistä esiintyi yleisesti ottaen vähän. Sitä, onko profiilihoidolla ollut merkitystä tähän, oli haastateltavien mukaan melko vaikea arvioida, mutta yleisesti koettiin profiilihoidon toteuttamisen vaikuttaneen osaltaan haasteellisen käyttäytymisen vähäiseen esiintymiseen.

Tutkimustulosten mukaan profiilihoidon toteuttamisella on myönteinen vaikutus hoitohenkilökunnan jaksamisen tukemiseen. Profiilihoidon toteuttamisen koettiin lisänneen luovuutta ja mielekkyyttä hoitotyöhön. Koettiin, että profiilihoito on antanut lisää hyviä ja lempeitä työvälineitä kohdata muistisairas asukas. Nämä seikat ovat hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan lisänneet työssä viihtyvyyttä ja tukeneet omaa jaksamista.

Opinnäytetyön tulosten mukaan profiilihoitoa pitää vielä paljon kehittää. Tutkimustulosten mukaan profiilihoidon kirjaaminen koettiin puutteelliseksi. Samoin profiilihoidon toteuttamisen perehdyttämiseen ja profiilihoitoa koskeviin koulutuksiin toivottiin kiinnitettävän aiempaa enemmän huomiota. Tutkimustulosten mukaan profiilihoidon toteuttamisen myötä syntyneet hyvät käytännöt, kuten asukaspalaverit toteutuivat hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan nykyisellään heikosti joko aikapulan tai vetäjän puutteen vuoksi. Opinnäytetyön tulosten mukaan koettiin tärkeäksi, että työyhteisössä olisi ns. muistivastaava/muistitiimi, joka vastaisi mm. asukaspalaverien toteuttamisesta yhdessä yksikön muun hoitohenkilökunnan kanssa.

Hoitohenkilökunnalta tuli runsaasti kehittämisideoita profiilihoitoon liittyen. Näkisin tämän hyvin positiivisena, koska haastatteluissa tuli selkeästi ilmi, että hoitohenkilökunta on pohtinut profiilihoitoon liittyviä puutteita ja keinoja puutteiden korjaamiseksi ja parantamiseksi. Puutteiden löytäminen on helppoa ja onnistuu kaikilta. Se, että profiilihoitoa ja sen toteuttamista halutaan tutkimustulosten mukaan monipuolisesti kehittää, antaa ainakin itselleni kuvan, että profiilihoito koetaan kehittämistyön arvoiseksi menetelmäksi. Siitä ei haluta luopua, vaan sitä halutaan yhdessä kehittää.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232.) Olen kuvannut tutkimuksen etenemisen sekä käytetyt menetelmät selkeästi ja tarkasti, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan tulee arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. (Vilka 2005, 158–159.) Omat kokemukseni profiilihoidosta saattoivat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Saattoi olla, että aineiston analyysissä korostin itselleni merkityksellisiä asioita muita asioita enemmän.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida mm. uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Uskottavuus tarkoittaa, että tutkimuksen tekijän on varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Olen ollut mukana profiilihoidon kehittämistyössä ja tunnen näin tutkimuksen kohteena olevan ilmiön. Olen liittänyt tutkimustulosten ohien haastateltavien suoria lainauksia, jotta haastateltavien kokemukset tulevat luotettavasti esille.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin. Tämä edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan prosessin kulkua pääpiirteissään. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olen pitänyt tutkimuspäiväkirjaa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Olen siten pystynyt hyödyntämään muistiinpanojani tutkimusprosessin eri vaiheissa.

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimusprosessissa olen rehellisesti arvioinut omia lähtökohtiani ja kuinka ne mahdollisesti vaikuttivat tutkimuksen tuloksiin. Sisällönanalyysiä tehdessä oli alussa hankalaa unohtaa

oma tietous ja kokemuksellisuus profiilihoidosta ja analysoida vastauksia objektiivisesti.

Siirrettävyys tarkoittaa, että tutkimuksen tekijän on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olen kuvannut tutkimuksen kohderyhmäosiossa tutkimusympäristöä ja tutkimukseen osallistuvia henkilöitä.

Luottamuksellisuus on tutkijan antama lupaus tutkimilleen henkilöille. Pelkkä lupaus luottamuksellisuudesta tutkimusaineiston käsittelyssä ei kuitenkaan riitä. Tutkijan tulee selvittää tutkittavilleen yksityiskohtaisesti, kuinka luottamuksellisuus käytännössä taataan tutkimuksen eri vaiheissa. (Mäkinen 2006, 115–116.) Olen selvittänyt kaikille haastatteluun osallistuville, kuinka tulen käyttämään ja säilyttämään heiltä saamaani aineistoa luottamuksellisesti ja kuinka tutkimukseni päätyttyä hävitän haastateltavilta saamani aineiston.

6.4 Tutkimuksen eettisyys

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa, joissa tutkittavien ääni ja näkökulmat pääsevät esille. Laadullisessa tutkimuksessa tulisikin Tuomen ym. mukaan painottaa nykyistä enemmän tutkimuksen etiikkaan ja tutkijan moraaliin liittyviä tekijöitä.

(Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tehdessäni valintaa opinnäytetyön aiheesta, pohdin, onko eettisesti oikein, että teen tutkimuksen profiilihoidosta, koska olen ollut profiilihoidon kehittämistyössä alusta lähtien. Valitsin kuitenkin aiheen, koska tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuksen tekijä ymmärtää tutkimuksen kohteena olevan ilmiön.

Lainsäädäntö asettaa juridiset normit sille, mitä tutkimuksen tekijän on muistettava tehdä ja mitä vältettävä. Henkilötietolaki (523/1999, 3§) esimerkiksi edellyttää, että tutkimuksen toimijoilta on saatu tietoon perustuva suostumus ja mieluiten kirjallisena. (Kylmä & Juvakka 2007, 141.) Opinnäytetyöni tekemisen aikana noudatettiin henkilötietolakia ja sen asettamia vaatimuksia ja edellytyksiä suhteessa tutkimuksen

tekemiseen. Hoitohenkilökunnan osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista. Hoitohenkilökuntaa informoitiin sekä suullisesti että kirjallisen tiedotteen (tutkimussuunnitelma) kautta. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen osallistumisesta haastatteluun. Tärkeimpinä eettisinä periaatteina ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa mainitaan yleensä informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20).

Tutkimusaineisto säilytettiin lukitussa tilassa ja tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyön analysointivaiheessa kiinnitin erityistä huomiota siihen, että tutkimusaineistosta ei voi tunnistaa haastateltavia hoitotyöntekijöitä.

Tutkimusetiikassa on kyse siitä, kuinka tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 285). Eettisiä kysymyksiä ilmenee tutkimuksen kaikissa vaiheissa: tarkoituksessa, suunnitelmassa, haastattelutilanteessa, purkamisessa, analyysissa, todentamisessa ja raportoinnissa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20.) Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen velvoittaa samalla tavalla kaikkia tutkimuksen tekijöitä (Vilkkä 2005, 29). Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Hyvä tieteellinen käytäntö myös edellyttää, että tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä. (Vilkkä 2005, 30.)

Pohdin eettisiä kysymyksiä myös teemahaastattelurungon suunnittelussa. Asetinko kysymykset niin, että saisin haastateltavilta mahdollisimman positiivisia kokemuksia profiilihoidon käyttämisestä muistisairaiden hoitotyössä? Vai kykeninkö muodostamaan kysymykset mahdollisimman objektiivisesti, jotta laadulliselle tutkimukselle ominainen tutkittavan näkökulma ja ääni pääsivät esille? Mielestäni valitsemani kysymysrunko mahdollisti haastateltavien omien kokemusten esille tuomisen vapaasti ilman johdattelua.

6.5 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöni aihe on työelämälähtöinen ja tutkimustulokset palvelevat hyvin Pappilanlammen palvelukeskuksessa tehtävää muistisairaiden hoidon kehittämistyötä. Pappilanlammen palvelukeskuksessa on kehitelty profiilihoitoa jo vuodesta 2004 lähtien. Opinnäytetyöni tutkimustulokset antavat näin ollen suuntaa, kuinka profiilihoidon kehittäminen ja toteuttamistyössä on Pappilanlammen palvelukeskuksessa onnistuttu. Lisäksi tutkimukseni tulokset antavat ideoita, kuinka profiilihoitoa tulee jatkossa kehittää. Vaikka tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, voivat muutkin muistisairaiden hoitotyötä kehittävät tai mahdollisesti profiilihoitoa toteuttavat työyhteisöt hyödyntää opinnäytetyöni tutkimustuloksia.

Profiilihoitoa on tutkittu vielä vain vähän. Aiheesta on tehty kolme ammattikorkeakoulutasoista opinnäytetyötä. Haasteellista käyttäytymistä ja muistisairauksia yleensäkin on tutkittu paljon. Profiilihoitoon liittyviä keskeisiä asioita on näin ollen sivuttu useissakin väitöskirjoissa ja tutkimuksissa, joista muutamia olen opinnäytetyössäni aiemmin esitellyt. Se, että profiilihoidosta on vain vähän julkaistua tutkimustietoa, tuo lisäarvoa opinnäytetyöni hyödynnettävyyttä ajatellen.

Jatkotutkimusaiheita profiilihoitoon ja sen toteuttamiseen liittyen on runsaasti. Profiilihoidon vaikuttavuutta voisi tutkia monestakin näkökulmasta kuten asukas- tai omaisnäkökulmasta. Vaikuttavuutta voisi tutkia myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Lisäksi voitaisiin tutkia, vaikuttaako profiilihoidon toteuttaminen esimerkiksi asukkaiden ja omaisien väliseen kanssakäymiseen. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka profiilihoito soveltuu muiden kuin muistisairaiden hoitotyön toteuttamiseen. Profiilihoitoa olisi mahdollista tutkia myös kehittämisenäkökulmasta ja kehittää mm. profiilihoitoon liittyviä kaavakkeita. Mielenkiintoista olisi myös tehdä vertailevaa tutkimusta profiilihoitoa toteuttavien työyhteisöjen välillä.

Profiilihoidon oma Elämäni tarina on vielä varsin lyhyt ja sen toteuttaminen ja kehittämistyö elävät murrosiän kuohuntavaihetta mutta omien kokemuksieni ja opinnäytetyöstä saamieni tutkimustulosten mukaisesti voisi profiilihoidolle povata pitkää elämänsäkaarta.

LÄHTEET

- Alzheimer Europe 2008. Recommendations and examples of good practice in the provision of social support to people with dementia and cares. Dementia in Europe Yearbook 2008. Viitattu 21.9.2011
http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2008_dementiayearbook_en.pdf
- Eloniemi-Sulkava, U. & Pitkälä, K. 2006. Dementia inhimillisenä ja yhteiskunnallisena haasteena. Teoksessa U. Eloniemi-Sulkava, M. Saarenheimo, M-L. Laakkonen, M. Pietilä, N. Savikko & K. Pitkälä(toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaerheiden tukimallin vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 20. Tutkimusraportti 14.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa P: Voutilainen & P: Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 233,240.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Vataja, R. 2007. Käyttösoireet-hoidon haaste. Teoksessa U.Vuori & S. Heimonen (toim.) Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 4/2007.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2003. Dementoituneen ihmisen asumisen tarpeet. Teoksessa H. Kotilainen, C. Virkkola, U. Eloniemi-Sulkava & P. Topo Dementia koti-koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja kehittäjille. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy, 11.
- Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Sillanpää-Nisula, H., Forder, M. & Sulkava, R. 2009. Käyttösoireet muistitiimin haasteena. Memo 2/2009, 23.
- Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 87.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. 1. painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Erkinjuntti, T., Heimonen S. & Huovinen, M. 2006. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. 3. painos. Helsinki: WS Bookwell Oy.
- Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Rontti, M., Tolonen, T., Äijälä, R., Perttula, S. & Vuokila-Olkkonen, P. 2008. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoidtaja 1/2008, 17, 19.
- Henkilötietolaki. 1999. L 22.4.1999/523.
- Hirsjärvi, S. & Hurme. H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15-16. painos. Helsinki: Tammi.
- Hokkanen, L. 2004. Terapiamuodoissa varaa valita. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Dementoituvan kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 22.
- Huttunen, J. 2011. Terveyskolumni. Voiko dementiaa ehkäistä? Viitattu 11.5.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=tko00019
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Sanasto. Ekstrapyramidaalioireet. Duodecim. Viitattu 17.5.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00124
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede 3/2005, 145–154.
- Juva, K. 2007. Perehdy muistisairauksiin. Teoksessa U. Vuori & S. Heimonen (toim.) Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 4/2007.
- Juva, K. 2010. Muistihäiriö. Etenevät muistisairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.6.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706
- Jylkkä, M. 2006. Laitoshoidossa olevien dementoituneiden haasteellinen käyttäytyminen. Omaisen näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.
- Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käytösoireiden hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 493, 496.
- Koskinen, S. & Lundgren, R. 2005. Dementoituneen vanhuksen toimintakyky Valjakan projektissa. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käyhty, M. & Valvanne, P. 2004. Fysioterapia dementoituvan ihmisen kuntoutuksessa. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Dementoituvan kuntoutuksen lupaus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 48.
- Käypä hoito-suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Viitattu 17.5.2011. <http://www.kaypahoito.fi>
- Laine, M. & Heimonen, S. 2010. Mahdollisuuksien matka. Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaahan ihmisen hoidossa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Laitila, Outi. 2008. Dementoituvan henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 1-4. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2007. Vanhustenhoito. 1-3. painos. Sairaanhoidon vanhuksen hoito ja kuntoutus. Helsinki: WSOY.

Muistiliiton www-sivut 2011. Viitattu 18.5.2011. <http://muistiliitto.fi>

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

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nikumaa, H. 2009. Muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas. Muistiliitto. Viitattu 11.5.2011.
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/edunvalvonta/

Neittamo, H. 2009. Visuaalinen tuki dementoituneiden vanhusten hoidon tukena. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Nieminen, K. 2011. Profiilihoito. Luento Merikarvia, Kiilarinteen vanhainkoti 17.3.2011.

Pietilä, M., Heimonen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Sillanpää-Nisula, H., Frosti, S. & Saarenheimo, M. 2010. Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. Gerontologia 3/2010, 261.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121.

Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkinen kuntoutus. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Dementoituvan kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 11.

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165.

Rinne, J. 2010. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 159.

Setälä, R. & Ojalehto, S. 2009. Profiilihoito kotihoidon tukena 2007-2009. Loppuraportti. Ulvilan vanhustenhuoltoyhdistys ry.

Setälä, R. 2007. Löysin sinut dementoituneen oma profiili 2004-2006. Loppuraportti. Ulvilan vanhustenhuolto ry.

Sormunen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä_Leinonen, A. & Andersson, S. 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa S. Sormunen & P. Topo(toim.) Laadukkaat dementiaipalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 129.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Viitattu 13.7.2011.
<http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>

Stenfors, P. 2009. Profiilihoidon toimintamallin kehittäminen Pappilanlammen palvelukeskuksessa. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu

Strömqvist, J. 2005. Vilka symptom ger Alzheimers sjukdom? Broschyren av Lundbeck Fakta om Alzheimers sjukdom. Åbo: Oy H. Lundbeck Ab. 2/2005.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Muistisairauksien hyvät käytännöt. Suomen Lääkärilehti 10/2008, 10,16.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. 7. painos. Opas lääkäreille ja muulle henkilökunnalle. Espoo: Janssen-Cilag Oy.

Suomen dementiahoitoyhdistys. 2006. Dementiamailma. 4.painos. Perustietoa dementiaasta ammatti-ihmisille, opiskelijoille ja omaisille. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 1.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementoituneen arjessa. Havaintotutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 162. Vaajakoski; Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 91.

Vellas, B. 2003. Behavioural and psychiatric problems in severe dementia. Severe dementia. Research and practice in Alzheimer`s disease. Vol 8. Paris: Serdi Publisher.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Virtanen, H. 2011. Suomen muistiasiantuntijat ry:n toiminnanjohtaja. Suomen muistiasiantuntijat ry:n kannanotto. Onko lupa hoitaa hyvin? Viitattu 19.7.2011.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/tiedostot/HMnGi2uO.pdf>

Raija Setälä
Tuuhantie 1
28450 Vanha-Ulvila
040-8312553
raija.setala@student.samk.fi

ANOMUS

11.02.2011

Ulvilan Vanhustenhuoltoyhdistys ry
Johtokunta
Pappilantie 3-4
28450 Vanha-Ulvila

TUTKIMUSLUPA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyön koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitotyöntekijöiden kokemuksia liittyen profiilihoitoon käytännön hoitotyössä muistisairaiden parissa. Tutkimuksen tarkoituksena on myös kartoittaa hoitotyöntekijöiden mielipiteitä ja ajatuksia profiilihoidon kehittämistyöhön jatkossa.

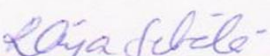
Tutkimuksen aineistonkeruussa käytän teemahaastatteluja. Haastattelen kevään 2011 aikana noin 4-6 Pappilanlammen palvelukeskuksen henkilökuntaan kuuluvaa hoitotyöntekijää. Jokainen tutkimukseni haastatteluun osallistuva henkilö allekirjoittaa laatimani suostumuslomakkeen.

Tutkimukseni aikana saamani tiedot käsittelen luottamuksellisesti.

Opinnäytetyöni valmistuu loppuvuodesta 2011 ja on sen jälkeen käytettävissäni. Opinnäytetyöni ohjaajana on TtM Päivi Kankaanranta.

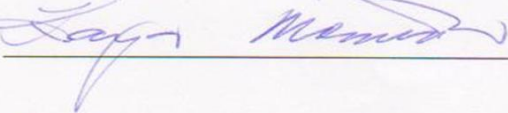
Pyydän kohteliaimmin lupaa opinnäytetyön tekemiseen Pappilanlammen palvelukeskuksessa.

Kunnioittaen




Raija Setälä

Tutkimuslupa myönnetty/ ei myönnetty



24.2.2011

Liite Tutkimussuunnitelma

		SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU Tiedepuisto 3 28600 PORI	OP07 SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ
SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä			
Opinnäytetyön tekijä:	<i>Kaija Setälä</i>	Opiskelijanumero:	<i>0902259</i>
		Aloitusryhmä:	<i>AGE09</i>
Koulutusohjelma:	<i>Vanhustyön koulutusohjelma</i>		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:	<i>Päivi Kankaanranta</i>		
Toimeksiantajan, yhteystyöntekijän nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:	<i>Kaija Nieminen</i>		
	<i>kaija.nieminen@ulvila.fi</i>		
	<i>Pappilantie 3 28450 Vanha-Uusikaupunki</i>		
Opinnäytetyön nimi:			
Työn etenemisaikataulu:			
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.			
Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.			
Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.			
Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.			
Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.			
Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadustosta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyisestä, ellei erikseen toisin sovit. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.			
Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäviä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaisi myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.			
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.			
Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.			
Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteystyöntekijä. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävasti esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.			
Päiväys:	<i>20.02.2011</i>		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nime ja nimen selvitys:	<i>Kaija Nieminen</i>	Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys:	<i>Teuvo Louhevaara</i>
	<i>KAIJA NIEMINEN JOHTAJA</i>		
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:	<i>Kaija Setälä</i>		
Sisältövastaava: Anne Sankari	Tarkistettu viimeksi: 22.11.2010		

TEEMAHAASTATTELURUNKO

30.3.2011

Taustatiedot

- Ikä
- Koulutus

Hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidosta muistisairaiden hoitotyössä

- Yksilöllisyys

Onko profiilihoidolla ollut mielestäsi merkitystä muistisairaana asukkaan yksilöllisyyden huomioimisessa?

Jos on, voitko antaa esimerkkejä?

Onko profiilihoito mielestäsi vaikuttanut muistisairaana asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen asukkaan arjessa?

Jos on, miten ilmenee?

Onko profiilihoidolla ollut mielestäsi merkitystä muistisairaana asukkaan voimavarojen huomioimisessa?

Jos on, voitko antaa esimerkkejä?

Onko profiilihoito mielestäsi vaikuttanut muistisairaana asukkaan Elämäni tarinan todentumiseen asukkaan arjessa?

Jos on, voitko antaa esimerkkejä?

Onko profiilihoidolla ollut mielestäsi vaikutusta asukkaan elämänlaadun kehittymiseen?

Jos on, voitko antaa esimerkkejä?

- Haasteellinen käyttäytyminen

Pystytäänkö profiilihoidolla mielestäsi vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi muistisairaiden asukkaiden haasteellisen käyttäytymisen esiintymiseen

Jos mielestäsi pystytään, voitko antaa esimerkkejä?

Onko mielestäsi muistisairaiden asukkaiden haasteellisen käyttäytymisen esiintyminen vähentynyt/lisääntynyt profiilihoidon myötä?

Perustuuko mielipiteesi pelkästään omaan kokemukseesi vai onko asiasta myös tutkittua tietoa esim. poikkeamailmoitukset, lääkityksien seuranta jne?

- Hoitohenkilökunnan jaksaminen

Onko profiilihoidolla ollut mielestäsi vaikutusta hoitohenkilökunnan jaksamisen tukemiseen?

Jos on, miten ilmenee?

Onko oma asennoitumisesi muistisairaiden hoitoon ja kohtaamiseen mielestäsi muuttunut profiilihoidon myötä?

Miten perustelet?

Koetko profiilihoidon toteuttamisen osaksi jokapäiväistä hoitotyötä muistisairaiden parissa vai koetko profiilihoidon irralliseksi osaksi jokapäiväisestä muistisairaiden hoitotyöstä?

Jos koet osaksi arkea, miten ilmenee?

Jos et, osaatko sanoa miksi et?

Profiilihoidon kehittäminen

Tarvitseeko profiilihoitoa mielestäsi kehittää?

Millä osa-alueilla: koulutus, käyttöönotto, kirjaaminen, seuranta?

Kuinka profiilihoitoa tulisi mielestäsi kehittää?

Esimerkkejä konkreettisista kehittämistoimenpiteistä

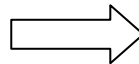
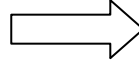
Esimerkki sisällönanalyysistä

Hoitohenkilökunnan jaksamisen tukeminen

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU
..ainaki viihry tääl enämpi..	viihtyy enemmän töissä
..nauti, ko saa tehr sen tuel töit..	nauttii, kun voi tukeutua profiilihoitoon
..tää o jotenki tuanu semmost vapaut tähä hoitoo..	antaa vapautta toteuttaa itseään
..just sen ymmärrykses kaut..	ymmärtää paremmin muistisairaita
..pystyy paremmi niinku organisoimaa nää asiat..	pystyy organisoimaan työtään
..tuntuu niinko ain paremmalt, ko pystyy käyttään niit lempeit keinoi..	lempeiden keinojen käyttö tuntuu paremmalta
..just, ko osaan men sin niitte maailmaa..	osaa mennä muistisairaiden maailmaan
..mää tajusi, ette mää iha vääril jäljil oo ollukkaa..	oivallus, että onkin aina toiminut oikein
..mää oo pystyny ny itteeni kehittää..	pystyy kehittämään itseään
..tää o iha loistava..	profiilihoito on loistava työväline/-menetelmä
..ko vaa malttaa pistää ittes likoo..	malttaa laittaa itsensä likoon
..se on niinko semmone perustavaa laatua oleva, millai sää lähret niit asukkait hoitamaa..	perustavaa laatua oleva tapa hoitaa muistisairaita asukkaita
..osataa nyt asennoituu muistisairaisii..	osataan asennoitua paremmin muistisairaisiin
..tuun ain iha mielelläni töihin..	tulee mielellään töihin

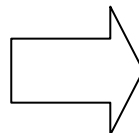
PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • viihtyy enemmän töissä • lempeiden keinojen käyttö tuntuu paremmalta • tulee mielellään töihin 	työssä viihtyminen lisääntynyt
<ul style="list-style-type: none"> • pystyy organisoimaan työtään 	mahdollistaa töiden priorisoinnin
<ul style="list-style-type: none"> • ymmärtää paremmin muistisairaita • osaa mennä muistisairaiden maailmaan 	ymmärryksen lisääntyminen muistisairaita kohtaan
<ul style="list-style-type: none"> • pystyy kehittämään itseään 	motivoi itsensä kehittämiseen
<ul style="list-style-type: none"> • osataan asennoitua paremmin muistisairaisiin 	mahdollistaa asenteiden muutoksen
<ul style="list-style-type: none"> • malttaa laittaa itsensä likoon • antaa vapautta toteuttaa itseään 	hoitohenkilökunnan luovuuden lisääntyminen
<ul style="list-style-type: none"> • nauttii, kun voi tukeutua profiilihoitoon • oivallus, että onkin aina toiminut oikein • profiilihoito on loistava • perustavaa laatua oleva tapa hoitaa muistisairaita asukkaita 	hyväksi koettu työväline/-menetelmä muistisairaiden hoidossa

ALAKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • työssä viihtyminen lisääntynyt • mahdollistaa asenteiden muutoksen • ymmärryksen lisääntyminen muistisairaita kohtaan • motivoi itsensä kehittämiseen
<ul style="list-style-type: none"> • mahdollistaa töiden priorisoinnin • hoitohenkilökunnan luovuuden lisääntyminen • hyväksi koettu työväline/-menetelmä muistisairaiden hoidossa



YLÄKATEGORIA
Profiilihoidon toteuttamisen asenteelliset vaikutukset hoitohenkilökunnan jaksamiseen
Profiilihoidon toteuttamisen toiminnalliset vaikutukset hoitohenkilökunnan jaksamiseen

YLÄKATEGORIA
Profiilihoidon toteuttamisen asenteelliset vaikutukset hoitohenkilökunnan jaksamiseen
Profiilihoidon toteuttamisen toiminnalliset vaikutukset hoitohenkilökunnan jaksamiseen



YHDISTÄVÄ KATEGORIA
Profiilihoidon toteuttaminen tukee hoitohenkilökunnan työssä jaksamista