

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveystieteiden ylempi amk tutkinto

Kliininen asiantuntija

2014

Tina Di Rubbo

DEMENTIAA SAIRASTAVAN KÄYTÖSHÄIRIÖISEN POTILAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA

Toimintamalli kotihoidon henkilökunnalle



OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Kliininen asiantuntija

2014/ 101 sivua

Tina Di Rubbo

DEMENTIAA SAIRASTAVAN KÄY- TÖSHÄIRIÖISEN POTILAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA- Toimintamalli kotihoidon henkilökunnalle

Tämän projektin tausta liittyy yleisesti kotihoidon työntekijöiden kokemukseen kohdata iäkkäitä dementiaa sairastavia käytöshäiriöisiä kotihoidon potilaita. Kotihoidon hoitotyöntekijöiden keskuudesta on selvlnnyt, että erityisesti dementiaa sairastavien iäkkäiden potilaiden hoitaminen on käytöshäiriöiden vuoksi vaikeaa kotihoidon käynneillä ja aiheuttaa usein ahdistuneisuutta, turhautuneisuutta ja jopa pelkoa hoitajille.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää kotihoidon henkilökunnan valmiuksia kohdata dementiaa sairastava käytöshäiriöinen potilas. Projektin tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa kotihoidon henkilökunnalle toimintamalli käytöshäiriöisen potilaan kohtaamiseen.

Projektiin liittyvän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kotihoidon henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia iäkkäiden muistisairaiden potilaiden käytöshäiriöistä ja haasteellisista kohtaamistilanteista kotihoidossa. Saatua tietoa oli tarkoitus käyttää lähtökohtana suunniteltaessa kotihoitoon toimintamalli käytöshäiriöisen potilaan kohtaamiseen. Tutkimuksen viitekehys muodostui aiemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Tutkimusaineisto koostui viiden lähi-/perushoitajan ja yhden kodinhoitajan ryhmäteema-haastattelusta. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla.

Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että tiedon ja tuen saanti koettiin erittäin tärkeäksi. Eri-tyisesti ne, jotka olivat olleet kotihoidossa vähemmän aikaa työssä, kokivat että tietoa ja tukea piti saada. Kuitenkin tiedon ja tuen tarvetta ilmeni myös pidemmän aikaa työskennelleiden keskuudessa. Tämän hetkinen koulutus koettiin puutteelliseksi ja yhteisöllistä sekä asiantuntijatahon tukea tarvittiin. Koulutusmetodeihin kaivattiin uutta ulottuvuutta, koska luennot koettiin vähemmän kiinnostaviksi.

Tutkimustulosten pohjalta kotihoidon hoitajien tueksi luotiin toimintamalli käytöshäiriöisen dementiapotilaan kohtaamiseen. Toimintamallin huomioon ottaminen hoitotyössä antaa lähi- ja perushoitajille lisää tietoa ja tukea potilaan kohtaamisessa, mikä voi parantaa dementiapotilaiden hoidon laatua ja kotona pärjäämistä.

ASIASANAT: Muistisairas, käytöshäiriö, kotihoito, hoitotyö

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Program in Master of Health Care

2014 | 101 pages

Tina Di Rubbo

MEETING PATIENT WITH DEMENTIA DISORDERED BEHAVIOR IN HOME CARE NURSING

A model of action to meeting patient with dementia disordered behavior

The main purpose of this study was to describe home care staff's views and experiences about elderly dementia patient behavioral disorders and challenging encounters in home care.

The theoretical framework of this study was earlier studies and literature on health care area. Five carers were interviewed in a group of home care staff for this research. The data was collected by a thematic interview. The qualitative material was analyzed by using a qualitative content analysis.

The result of this thesis showed that the home care staff that had more experience in the home care field was also knowledgeable than the younger staff. Although the more talented had more experience of the work field, they still needed also nearly as much information and support as the younger staff. In addition current training was considered insufficient. Support was needed from the community, as well as the expert organization.

Based on the research, a model of action was created for to meeting patient with dementia disordered behavior. Improving access to home care work field information as well as supporting staff and educating home care staff, will improve the quality of care for people with dementia disorders at home and help them stay longer at home.

KEYWORDS: Dementia disordered person, home care and nursing.

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	6
2. MUISTISAIRAUS	8
2.1 Dementiaan liittyvät käytösoireet	10
2.1.1 Masennus ja apatia	11
2.1.2 Levottomuus ja ahdistuneisuus	12
2.1.3 Psykoottiset oireet	13
2.1.4 Persoonallisuuden muutokset	14
2.1.5 Uni- valverytmin häiriöt	15
2.1.6 Aggressiivinen käyttäytyminen	16
2.2 Dementiaan liittyvien käytösoireiden arviointi mittareiden avulla	17
2.3 Dementoituvan ihmisen kokemusmaailma	19
3. KOTIHOITO	21
3.1 Kotisairaanhoido	21
3.2 Kotihoidon palvelu- ja hoitosuunnitelmat	22
3.3 Muistisairaanhoidon polku ja yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma	23
4. KÄYTÖSOIREIDEN HOITAMINEN	26
4.1 Lääkkeetön hoito	27
4.2 Lääkkeellinen hoito	27
4.3 Käytösoireisen dementiapotilaan hoidon haasteellisuus hoitotyöntekijöillä.	29
4.4 Vuorovaikutuksen ja ympäristön merkitys käytösoireisen dementiapotilaan hoidossa	31
4.5 Hoitajien koulutus	35
5. KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS	38
5.1 Toimintaorganisaation kuvaus	38
5.2 Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015- kansanterveysohjelma	40
5.3 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	40
5.4 Projektin tarkoitus ja tavoite	41
5.5 Projektin eteneminen	42
5.6 Projektioorganisaatio	42

6. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	44
6.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	44
6.2 Perustelu tutkimusmenetelmälle	44
6.3 Tutkimusjoukko	45
6.4 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	46
6.5 Sisällön analyysi	47
7. TUTKIMUKSEN TULOKSET	51
7.1 Muistisairaiden potilaiden käytöshäiriöt ja niistä johtuvat hankalat tilanteet	51
7.1.1 Hoitotyötä rajoittava käytöstapa	51
7.1.2 Ammatillisen osaamisen hallinta	53
7.1.3 Muistisairauden merkkejä	54
7.2 Hoitajien kokema tiedollisen ja taidollisen tuen tarve käytöshäiriöisen muistisairaahan potilaan kohtaamisessa	56
7.2.1 Tuen tarve	56
7.2.2 Tiedon tarve	59
8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUSTULOKSISTA	62
8.1 Hoitotyötä rajoittava käytöstapa	63
8.2 Ammatillisen osaamisen hallinta	64
8.3 Yhteisöllisen tuen tarve	66
8.4 Koulutuksen ja tiedollisen tuen tarve	69
9. JATKOTUTKIMUSIDEAT	72
10. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	73
11. TOIMINTAMALLI KOTIHOIDON HOITAJIEN TUEKSI	75
12. KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	77
LÄHTEET	79
Liite 1. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet (esimerkki).	85
Liite 2. Teemahaastattelurunko	86
Liite 3. Saatekirje/Dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen potilaan kohtaaminen kotihoidossa	87
Liite 4. Käytöshäiriöisen demenciasairaahan potilaan kohtaaminen kotihoidossa-Toimintamalli	88

1. JOHDANTO

Dementiasairauksiin liittyy kognitiivisten oireiden kuten muistihäiriöiden lisäksi tavanmukaisesti haitallisia henkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia. Tällaisia käyttäytymisen muutoksia kutsutaan käytösoireiksi. Käytösoireet ovat oleellinen osa dementiaoireyhtymää ja niitä esiintyy kaikissa dementoivissa sairauksissa. Käytösoireiden merkitys on todettu tutkimuksissa potilaiden, hoitajien ja yhteiskunnan kannalta ensiarvoisen tärkeäksi ja haasteelliseksi. (Vataja 2004.) Dementoituvan hoitotyö on todettu vaativaksi hoitotyön alueeksi, joka vaatii hoitajilta laajaa tietoa dementiasairauksista ja dementoituvien hoidosta sekä kyvystä toteuttaa hoitotyötä käytännössä. On todettu, että hoitohenkilökunnan puutteelliset tiedot ja taidot heikentävät dementoituvan ihmisen tilanteiden ymmärtämistä, jonka seurauksena työmenetelmät saattavat kaventua arjen paineissa, johtaen tekemisen ja suorittamisen korostumiseen kohtaamisen kustannuksella. (Qvick 2008, 11.)

Henkilöstö on työyhteisön tärkein voimavara ja siitä on pidettävä huolta. Koulutus, työnohjaus ja pienet yllätykset ovat tärkeitä motivointikeinoja työyhteisössä. (Heimonen 2001, 138.) Koulutustilaisuuksissa välitetään viimeisintä tietoa muistihäiriöistä, tutkimuksista ja muistisairaahan potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Koulutuksen kohderyhmänä ovat muistihäiriöpotilaiden parissa työskentelevät henkilöt, joiden tietotaidon vahvistamiseksi koulutusta toteutetaan. Ammattihenkilöstön ymmärrys dementoituvan maailmasta auttaa heitä motivoitumaan, sitoutumaan ja jaksamaan työssään paremmin. (Heimonen 2001, 57–58.) Käytösoireista kärsivän muistisairaanhoido on yksi vaikeimmin hallittavia aloja. Se on oma erityisalueensa, joka vaatii lisäasiantuntemusta. (Aittomäki 2002.)

Tämän kehittämisprojektin aihe on ajankohtainen ja se on todettu tärkeäksi kotihoitoon kohdeorganisaatioissa työntekijöiden keskuudessa. Dementiaa sairastavan potilaan käytöshäiriöt aiheuttavat hoitajien keskuudessa ahdistuneisuutta ja he kokevat tarvitsevansa lisätietoa potilaan hoitotyöhön.

Haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisemiseen hoitajalla pitää olla teoreettista tietoa, joka auttaa ymmärtämään erilaiset käyttäytymistavat osaksi dementoivaa sairautta. Lisäksi tarvitaan kokemuksellista tietoa, jonka avulla hoitaja pystyy ennakoimaan potilaan käyttäytymistä. (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2005.)

Tämä projektityö kuuluu Vallilan kotihoito 2 lähipalvelualueeseen, joka kuuluu Keskisen kotihoitopiiriin Helsingissä. Tämä projektityön aihe koetaan tarpeelliseksi kotihoidon lähi- ja perushoitajien keskuudessa. Tämän työn tavoitteena on osaltaan edistää kotihoidon työntekijöiden tietoa dementiaa sairastavien iäkkäiden kohtaamisesta kotihoidossa ja tuottaa kotihoitoon toimintamalli, jonka avulla käytöshäiriöitä oireilevan dementoituvan hoitotyö helpottuisi.

2. MUISTISAIRAUS

Muistihäiriöt ja dementia ovat kasvava yhteiskunnallinen haaste. Samalla kun väestön ikärakenne vanhentuu, potilaiden määrä ja hoidon kustannukset kasvavat. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen 2006.) Dementiahäiriöt ovat myös yksi koskettavimpia ongelmia sosiaali- ja kansanterveydessä. Dementia johtaa yleensä huomattavasti sairastuneen henkilön kognitiivisten, psyykkisten ja myös fyysisten taitojen heikentymiseen, mikä ajan myötä tulee vaatimaan lisääntyntä hoidon, avun ja tuen määrää. (Ferrara, Langiano, Di Brango, De Vito, Di Coccio & Bauco 2008.) Vuonna 2010 maailmassa oli arviolta 35,6 miljoonaa dementoitunutta ja luvun odotetaan nousevan 65,7 miljoonaan vuonna 2030 (Maailman Alzheimer raportti 2010; Spector, Orrell & Goyder 2013). Vuonna 2005 Suomessa kärsi keskivaikeasta ja vaikeasta dementiasta noin 85 000 ja lievästä dementiasta noin 35 000 potilasta. Lievempi arkea haittaava muistihäiriö on noin viidenneksellä yli 65-vuotiaista. (Erkinjuntti ym. 2006.)

Alzheimer on yleinen, nopeasti yleistyvä ja sitä myötä kallis muistisairaus. Sen ehkäisyyn, diagnostiikkaan ja hoidon tutkimukseen on panostettu viime vuosina kaikkialla maailmassa - Alzheimer on yhä yleisempi myös köyhissä maissa. Muistisairaudet yleistyvät, koska ihmiset elävät vanhemmiksi kaikkialla maailmassa. (Vierula & Soininen 2012.) Alzheimerin tauti on keskushermostoa rappeuttava etenevä sairaus, mikä vaikuttaa negatiivisesti muistin, mielen sekä käyttäytymisen toimintoihin. Taudin seurauksena kyky selviytyä arjen toiminnoista hankaloituu. (Ferrara ym. 2008, 354–364.) Neuropsykiatriset oireet kuten deluusiot, hallusinaatiot ja depressio yhtä lailla ahdistus, aggressio ja kiihtyneisyys ovat tavallisia taudin edetessä (Aarsland, Cummings, Jeffrey, Yenner & Miller 1996.) Alzheimerin tautiin ei ole parannuskeinoa, mutta lääkkeellisellä hoidolla voidaan mahdollisesti hidastaa oireiden lisääntymistä. Alzheimerin diagnoosin esiintyvyys lisääntyy iän mukana. (Fox, Maslow & Zhang 1999, 67–85.) Aikaa myöden Alzheimerin tauti ja sen aiheuttama toimintakyvyn puute te-

kee riippumattoman elämän erittäin vaikeaksi, jolloin monet sitä sairastavista joutuvat lopulta hoitolaitoksiin. (Spector ym. 2013.)

Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytösoireista käytetään usein termiä BPSD (behavioral and psychological symptoms in dementia), behavioral disturbances tai noncognitive symptoms. Nämä oireet voivat ilmetä ahdistuneisuutena, masentuneisuutena, harhaisuutena, äkillisenä sekavuustilana muun terveydentilamuutoksen yhteydessä tai poikkeavana käyttäytymisenä. On arvioitu että 80 % dementiaa sairastavista, jotka asuvat hoitolaitoksissa sairastavat BPSD:tä. (Koponen 1999; Spector ym. 2013.)

Muistihäiriöiden ja dementian asettamaan haasteeseen on vastattava varhaisella taudinmäärityksellä sekä laaja-alaisella tutkimuksen ja hoidon kokonaisuudella (Erkinjuntti ym. 2006). Kahtena viime vuosikymmenenä on saatu ratkaisevaa uutta tietoa muistihäiriöitä ja dementiaa aiheuttavien sairauksien patofysiologiasta, neurobiologiasta ja genetiikasta sekä aivojen kuvantamisesta, alaryhmien tyyppiirteistä ja kohdennetusta hoidosta. Kaikista dementiapotilaista noin 90 % kärsii jossain sairautensa vaiheessa haitallisista käytösoireista, ja niitä esiintyy niin lievästi kuin vaikeastikin dementoituneilla (Erkinjuntti ym. 2006, 99.)

Alzheimerin taudin tutkimuksessa on saatu aikaan paljon. Ensimmäiset Alzheimer-lääkkeet tulivat käyttöön 1990-luvun puolivälissä ja diagnostiset kriteerit uudistuivat viisi vuotta sitten. Siitä ei ole kauan, kun Alzheimer-diagnoosi voitiin varmistaa vasta ruumiinavauksessa. Aivosairauksien hoitaminen koetaan kuitenkin edelleen hankalana hoitaa. Alzheimerin hoitoon ei ole vielä kukaan yhtään taudin kulkuun vaikuttavaa lääkettä - käytössä olevat lääkkeet auttavat lähinnä arjessa pärjäämisessä toimintakyvyn ylläpitämisessä ja helpottavat käytöshäiriöitä. (Vierula 2012.)

2.1 Dementiaan liittyvät käytösoireet

Dementiaa on perinteisesti pidetty kognitiivisena oireyhtymänä, jonka ydin on muistihäiriö. Dementiaoireyhtymään yhdistyy kognitiivisten oireiden, kuten muistin heikkenemisen lisäksi tavallisesti haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia. Tällaisia muutoksia nimitetään käytösoireiksi. (Koponen 1999.) Hoitotieteessä tämän tyyppisen käyttäytymisen muutoksesta ja kuvaamisesta on käytetty useita käsitteitä, kuten häiritsevä käyttäytyminen, ongelmallinen käyttäytyminen, agitaatiokäyttäytyminen ja haasteellinen käyttäytyminen (Saarnio, Mustonen & Isola 2011). Potilasta ja häntä hoitavia rasittavat muistihäiriöitä enemmän käytösoireet, kuten masennus, ahdistuneisuus, apatia, levottomuus, aistiharhat, harhaluulot tai vuorokausirytmien häiriöt (Vataja 2004).

Vaikka dementiapotilaiden toimintakykyä rajoittavat sekä kognitiiviset että käytösoireet, ovat omaisten loppuun palamisen ja potilaan laitoshoitoon joutumisen kannalta juuri käytösoireet kognitiivisia oireita merkittävämpiä ja siten myös demenciasairauksien aiheuttaman taloudellisen rasitteen kannalta tärkeämpiä. Väestön vanhenemiseen liittyvä dementia ja käytösoireiden yleistymisen näkyy jo nyt vuode- ja hoivaosastoilla levottomuuden, kiireen ja henkilökunnan tarpeen lisääntymisenä. (Erkinjuntti ym.2006; Koponen 1999; Vataja 2004.)

Käytösoireiden esiintymistä on pyritty selittämään mukautumiskyvyn vähenemisellä, joka johtaa dementoituvan potilaan turhautumisherkkyyteen. Muita esitettyjä teorioita ovat käytösoireiden liittyminen ympäristön kuormitustekijöihin, ajankohtaisiin elämäntapahtumiin, aistivajeisiin tai aikaisempiin luonteenpiirteisiin. (Koponen 1999.) Ihmisen persoonallisuudella ja elämänhistorialla on osuutensa käytöshäiriöissä kaiken muun ohella (Vallejo-Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005).

Käytösoireita on pyritty yhdistämään dementoituvien potilaiden aivojen rakenteessa ja toiminnassa todettuihin häiriöihin, jotka liittyvät muun muassa asetyylikoliini, serotoniini- ja noradrenaliinivälitteiseen hermotoimintaan ja glukoosiaineenvaihdunnan ja aivojen verenkierron paikallisiin muutoksiin. Mainitut teoriat

eivät sulje toisiaan pois. (Koponen 1999.) Käyttöoireet voivat myös liittyä kliinisen tilan äkilliseen muutokseen kuten kipuun, ummetukseen, virtsatietulehdukseen ja infekioon sekä muihin somaattisiin perussairauksien pahentumistiloihin (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010). Dementiapotilaiden käyttöoireiden esiintyvyyttä on tutkittu enimmäkseen Alzheimerin taudin tai verisuoniperäisen dementian yhteydessä tai yleensä dementiaoireesta kärsivillä potilailla. Tietoja näiden oireiden yleisyydestä sekä esiintymismuodoista muissa muistisairauksissa on vähemmän. (Erkinjuntti ym. 2006.) Edellä mainituista oireista ahdistuneisuus- ja masennus-oireet ovat tavallisimpia lievässä ja keskivaikeassa dementiassa ja harhaoireet sekä poikkeava käyttäytyminen pidemmälle edenneissä dementiamuodoissa. Ahdistuneisuus- ja depressio-oireet ovat usein tilapäisiä. (Koponen 1999.)

2.1.1 Masennus ja apatia

Masennus on dementiapotilailla hyvin tavallinen ja esimerkiksi 20–50% Alzheimerin tautia sairastavista potilaista kärsii vakavasta masennuksesta (Erkinjuntti ym. 2006, 99–100). Masennus on vaikea 5–15 %:lla ja lievä noin 25 %:lla sairastuneilla. Lisäksi noin puolella dementiapotilaista on depressiivisiä oireita jossain sairauden vaiheessa. (Koponen 1999.) Masennus voi olla dementian ensimmäinen oire ja sen takia on tärkeää seurata sellaisten iäkkäiden potilaiden kognitiivisia toimintoja, jotka ovat tulossa hoitoon masennuksen vuoksi. Vaikeasti masentuneilla potilailla on myös huomattavia kognitiivisia ongelmia, jotka korjautuvat masennuksen asianmukaisella hoitamisella. Näistä näennäis- eli pseudodementiaa sairastavista potilaistakin monella on silti taustalla todellinen dementia, joka tulee todennäköiseksi kahden tai kolmen vuoden seurannan jälkeen. Masennus on erityinen riskitekijä dementiapotilaan laitoshoidon joutumiselle. Tämän ehkäisemiseksi on sen tunnistaminen ja hoito siksi erityisen tärkeää. Tyypillisiä dementiapotilaan masennukseen liittyviä ominaisuuksia on surullinen tai ahdistunut ilme, itkuisuus, ärtyneisyys, aggressiivisuus ja levottomuus,

motoriikan hidastuminen, psyykkisen energian vähyys sekä vähentynyt mielenkiinto ympäristöön ja ihmisiin. Myös kiinnostus ulkoihin tapahtumiin kuten omaisten tapaamiseen, on vähäistä. Epämääräiset somaattiset vaivat ja huolet, laihtuminen ja ruokahaluttomuus ovat usein pahemmat aamuisin. (Erkinjuntti ym. 2006, 99.)

Huonosti tunnettu apatia on yleinen ja mielletty dementiapotilaiden käytösoire. Sillä tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation sekä mielenkiinnon menettämistä. Apatiapotilaiden olemusta leimaa syvä passiivisuus ja aloitekyvyttömyys he ovat myös psykomotorisesti hidastuneita. (Erkinjuntti ym. 2006,100.)

2.1.2 Levottomuus ja ahdistuneisuus

Levottomuus (agitaatio) on epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänen käyttöön liittyvää käyttäytymistä (Erkinjuntti ym. 2006, 100–101). Sillä tarkoitetaan myös vaihtelevaa tai sosiaalisesti kielteistä kielellistä menettelyä, joka ei selity potilaan tarpeiden tai sekavuuden perusteella (Koponen 1999). Sen taustalla on yleensä jokin potilaan kannalta mielekäs syy, kuten kipu, huono olo, suru tai masennus, jota hoitajien on vaikea tunnistaa ja jota potilas ei kykene kielellisesti ilmaisemaan. Levottomuusoireet ovat esimerkiksi Alzheimerin taudin alkuvaiheessa suhteellisen harvinaisia, mutta niiden esiintyminen lisääntyy sairauden edetessä. Ne ovat myös pitkäkestoisia ja saattavat vaatia vuosia kestäviä lääkehoitoja. (Erkinjuntti ym. 2006.) Edellä mainituissa yleisimmässä dementiamuodoissa agitaatiota esiintyy lähes 70 %. Ahdistuneisuutta, masennusta ja epämiellyttävää oloa tai huonovointisuutta esiintyy 40 % jossain dementian vaiheessa. (Koponen 1999.)

Katastrofireaktio on äkillinen levottomuusoireisto, tavallisesti itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtaus, jollaisen valtaan dementiapotilas voi joutua kohdattaessaan kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen: ympäristöstä tulevat ärsykkeet saattavat tuntua vierailta, turhauttavilta ja pelottavilta. Dementiapotilaiden

hoitajat näkevät näitä kohtauksia tavallisesti erilaisissa arkisissa tilanteissa, varsinkin kun potilasta kosketellaan esimerkiksi avustettaessa häntä pukemisessa ja peseytymisessä. (Erkinjuntti ym. 2006, 100–101.) Potilas kiihtyy usein turhautumistilanteissa tai kokiessaan, että häntä kiirehditään. Agitaation taustalla voi olla myös tunnistamatonta masennusta, psykoosi tai delirium, jonka oireet tulevat esille käyttäytymisen poikkeavuutena. Agitaation esiintyminen on yleistä, ja sitä esiintyy noin kahdella kolmasosalla vaikeammin dementoituneista potilaista. (Koponen 1999.)

Ahdistuneisuusoireiden vallitsevuus dementiapotilailla on neljä kertaa suurempi kuin saman ikäisillä ei-dementoituneilla potilailla. Tavallisimmin potilailla on yleistynyttä ahdistuneisuutta, joka ei liity mihinkään erityisiin tilanteisiin ja johon liittyy jatkuva levoton, huolestunut, jännittynyt ja kireä olo. Tyypillisesti dementiapotilaat kokevat ahdistuneisuusoireita odottelutilanteissa, esimerkiksi lääkärin vastaanottoa edeltävänä päivänä, tai omaisen poistuttua kotoa ostoksille tai töihin. Potilailla voi ilmetä ilman erityistä syytä myös paniikkihäiriön kaltaisia ahdistuneisuuspurkauksia. Ahdistuneisuus on myös usein mukana dementiapotilaiden levottomuus-, masennus-, ja psykoosioireissa. (Erkinjuntti ym. 2006, 100–101.)

2.1.3 Psykoottiset oireet

Näkö, kuuloharhat, aistiharhaluulot sekä paranoidiset harha-ajatukset ovat tavallisia dementiapotilailla (Koponen 1999; Erkinjuntti ym. 2006, 101). Aistiharhaoireiden lisäksi todetaan joskus myös muita havaintohäiriöitä, kuten näkymättömien asukkaiden kokemista (Koponen 1999). Näitä psykoottisia oireita on keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla potilailla. Taudin loppuvaiheilla näitä harhaoireita ei enää esiinny, koska vaikeasti rappeutuneet aivot eivät enää pysty tuottamaan psykoottisia oireita. Näkö- ja kuuloharhat ovat tavallisimpia dementiapotilailla, joilla on todettu heikko näkö tai alentunut kuulo. Tehokas lääkkeetön aistiharhojen hoitotapa onkin, joko kohentaa aistien toimintaa esimerkik-

si kaihileikkauksella tai muuttaa ympäristöä selkeämmin aistittavaksi esimerkiksi huolehtimalla hyvästä valaistuksesta. (Erkinjuntti ym. 2006.)

Dementiapotilaiden harhaluulot ovat usein tavaroiden varastamiseen tai puolison uskottomuuteen liittyviä ajatuksia. Toisin kuin usein skitsofreniassa tai harhaluuloisuushäiriössä, dementiapotilaiden harhaluulot muodostavat harvoin monimutkaisia mielikuvituksellisia harhajärjestelmiä. Harhaluulot eivät selity pelkästään kognitiivisilla häiriöillä. Esimerkiksi varastamisharhaluulon syntymistä varmasti edistää se, että potilas on huonomuistinen ja hukkaa tavaroita, mutta lisäksi vaaditaan kuitenkin myös harhaluuloinen ajatuksenmuodostus. Sen kehittymiseen vaikuttavat myös neurobiologiset tekijät ja yksilön alttiustekijät. (Erkinjuntti ym. 2006.) Väärin tunnistamisesta (misidentifikaatiosta) kärsivä potilas saattaa kuvitella peilissä näkyvän hahmon todelliseksi ihmiseksi. Hän saattaa kuvitella, että tutut henkilöt ovat vaihtuneet toisiksi tai että oma koti ei enää olekaan oma koti. Väärin tunnistaminen on osittain kognitiivinen havaitsemisen häiriö, mutta tässäkin käytösoireessa psykoottinen ajatuksen muodostus voi olla niin vahva, että psykoosilääkkeestä voi olla hyötyä. Psykoottiset oireet esiintyvät usein jaksoina, joiden kesto on selvästi esimerkiksi levottomuusjaksoja lyhyempi. Puolet näistä oireista kärsivistä potilaista saavuttaa remission vuoden seurannassa. Dementian ennusteen kannalta psykoottisten oireiden ilmaantuminen on usein huono merkki, joka viittaa sairauden nopeaan etenemiseen. (Erkinjuntti ym. 2006, 101.)

2.1.4 Persoonallisuuden muutokset

Dementian edetessä persoonallisuuden jotkin piirteet esimerkiksi saituus, mustasukkaisuus tai pelokkuus saattaa korostua tai voi ilmentyä täysin uusia piirteitä, kuten esimerkiksi pahansisäinen ihminen voi muuttua täysin kiltiksi luonteeltaan. Aivojen frontaalisten rakenteiden ja säätelymekanismien vaurion seurauksena potilaiden impulssikontrolli toisinaan heikentyy. Tyypillisintä tämä on frontotemporaalisissa degeneraatioissa, mutta sitä esiintyy myös muissa de-

mentioissa. Tämä yliminän ja arvostelukyvyn heikentyminen voi näkyä sosiaalisten normien rikkomisena, kiusallisena estottomuutena, epäsiisteytenä, rivona käyttäytymisenä tai vaikkapa rattijuoppoutena. Uutena piirteenä voi niin ikään frontaalisten inhibitiomekanismien petettyä ilmaantua ahmimista ja lihomista. Hyperoraalisuudella tarkoitetaan joidenkin potilaiden taipumusta laittaa suuhunsa havaintokenttään tulevia esineitä. Hyperoraalisuus, hyperseksuaalisuus ja visuaalisen havaitsemisen häiriö viittaavat Kluver-Busyn oireyhtymään, joka johtuu ohimolohkojen vaurioitumisesta esimerkiksi Alzheimerin taudin vuoksi. (Erkinjuntti ym. 2006, 101.)

Dementiaan liittyy usein sukupuolisen mielenkiinnon häviäminen, jonka puoliso voi kokea käytösoireeksi. Hyperseksuaalisuus, joka ilmenee esimerkiksi häiritsevänä kosketteluna, julkisena masturboimisena tai seksuaalisina ehdotteluina, on suhteellisen harvinaista. Sitä esiintyy noin 10–15 %:lla laitoshoidossa olevista dementiapotilaista. (Koponen 1999; Erkinjuntti ym. 2006, 102.) Seksuaaliset käytösoireet esiintyvät tavallisesti lyhyinä jaksoina, eivätkä hallitsevina oireina, kuten esimerkiksi levottomuusoireet (Erkinjuntti ym. 2006, 102).

2.1.5 Uni- valverytmin häiriöt

Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden puoliset ovat kuvanneet potilailla olevan haitallisia uni-valverytmin häiriöitä. Potilaat eivät välttämättä kärsi niin ikään unenpuutteesta kuin vuorokausirytmien muuttumisesta. Tyypillisin tutkimuksissa esiin tullut muutos unikäyttäytymisessä on dementiapotilaiden lisääntynyt vuoteessa vietetty kokonaisaika. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas nukkuu paljon päiväaikaan, jolloin yön suhteellinen määrä jää pieneksi. Myös unen laatu muuttuu, yöllisiä heräämisiä on paljon ja niihin liittyy usein pelokkuutta ja sekavuutta. (Erkinjuntti ym. 2006, 101.) Niin päivisin kuin öisin saattaa esiintyä vaeltelua, jolla tarkoitetaan päämäärätöntä kulkemista, liiallista liikkumista ja pyrkimystä lähteä kotoa ulos. Taustalla voi olla vieraaksi koettu tai huonosti valaistu ympäristö, pitkästyminen tai liikunnan puute. (Koponen 1999.)

Dementiapotilaiden käytösoireet lisääntyvät tai ovat vaikeimmillaan usein alkuyöstä tai pimeään vuorokaudenaikaan. Tätä kutsutaan auringonlaskuilmäksi. Vuorokausirytmien muuttumisen lisäksi auringonlaskuilmän taustalla voi olla dementiapotilailla ”sisäisen kellon” suprakiasmaattisen tumakkeen rappeutuminen. Lisäksi hämäryyteen ja hiljaisuuteen liittyvä aistideprivaatio voi aiheuttaa turvattomuutta tai väärintulkintoja ja siten oireiden lisääntymistä. (Erkinjuntti ym. 2006, 102–103.)

2.1.6 Aggressiivinen käyttäytyminen

Aggressiivinen käyttäytyminen on näkyvää ja vahingollista toimintaa, joka suuntautuu ei-sattumanvaraisesti itseen tai ulospäin. Aggressiota esiintyy usein päiväsaikaan sekä tilanteissa, joissa potilas tarvitsee henkilökohtaista apua toimissaan. Aggressiivinen käyttäytyminen lisääntyy demencian edetessä ja kotihoitosta laitoshoitoon siirryttäessä. Käyttäytymisen riskitekijöitä ovat masennus, harhaluulot, miessukupuoli ja varhainen demencian alkamisikä. Harhaluuloisen dementiapotilaan aggressiivisuus on yleensä vakavaa ja pahimmillaan hengenvaarallista potilaan puolustautuessa kuvittelemansa vakavaa uhkaa vastaan. Samalla tavoin väärintunnistamiseen liittyvä tunne siitä, että puoliso tai muu omainen on vieras tunkeilija kotona, saattaa johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. (Erkinjuntti ym. 2006, 100–101.) Lisääntyneitä ärtyneisyyttä ja aggressiivista käyttäytymistä esiintyy 30 -50 %: la potilaista, joilla on Alzheimerin tauti (Aarsland ym.1996). Hoitokodeissa havainnoidussa tutkimuksessa Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden kohdalla esiintyi kiroilua, uhkailua ja aggressioita useammin silloin, kun potilaita hoidettiin lähikontaktissa kosketellen fyysistä hoitoa annettaessa (McCann, Giley, Liesi, Beckett & Evans 1997).

2.2 Dementiaan liittyvien käytösoireiden arviointi mittareiden avulla

Dementiapotilaan käytösoireet tulee arvioida järjestelmällisesti ennen hoidon aloitusta ja säännöllisesti hoidon aikana. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota oireiston kehittymiseen ja somaattiseen terveydentilaan sekä psykiatriin - ja ympäristötekijöihin. Arvioinnin apuna käytetään yleensä erilaisia asteikkoja. Yleisimpiä on Mini-Mental State Examination (MMSE) -asteikko, jota käytetään dementiaan liittyvien kognitiivisten toimintahäiriöiden vaikeusasteen ja mahdollisten erityishäiriöiden alustavaan kartoittamiseen. (Koponen 1999.) MMSE kehitettiin kliiniseen tarkoitukseen psykiatristen ja neurologisten potilaiden erotusdiagnoosiin avuksi terveydenhuollon ammattilaisille. Se on lyhyt ja helposti suoritettava seulontamenetelmä, joka antaa karkeaa tietoa kognitiivisen toimintakyvyn muutoksista aivoperäisissä sairauksissa. Sen tarkoituksena on myös kartoittaa toimintakyvyn ulottuvuuksia ja erotella esimerkiksi skitsofreniaa sairastavat potilaat akuutista sekavuustilasta tai dementoivia sairauksia sairastavat haastattelun menetelmin. Testin kokonaispistemäärä on 30. Poikkeavan suorituksen raja-arvo on 24 pistettä. 25–30 pistettä edustaa normaalia tai lievästi heikentynyttä kognitiivista toimintakykyä, 18–23 pistettä lievää dementiaa, 12–17 pistettä keskivaikeaa ja 0–11 pistettä vaikeaa dementiaa. Testin tekijän tulisi osata arvioida saatua tulosta. Hänen tulisi ymmärtää kokonaisuutta, tehdä arvio, dokumentoida ja järjestää mahdolliset jatkotoimenpiteet testin tuloksen mukaan. Testin kyky tunnistaa kliinisesti dementiaa sairastavat ei-dementoituneista on 78–90 % tasolla. Testin pätevin käyttöalue on etenevien muistisairauksien kliininen seuranta, mutta silloin arkipäivän toimintakykyä on kartoitettava myös muilla menetelmillä. MMSE ei kuitenkaan sovellu yksin dementian diagnosointiin, vaan sen avulla voidaan seuloa henkilöitä tarkempiin neurologisiin ja neuropsykologisiin tutkimuksiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

MMSE on laajasti käytössä, ja se on luotettava useilla eri kielillä, joten sen vertailukelpoisuus on kansainvälisesti hyvä. Menetelmästä saatava pistemäärä on selkeä, joskin sen tulkinta voi olla monimutkaista ja edellyttää monien eri asioiden huomiointia. Viitearvojen välillä on vaihtelua, ja niiden suhteen on syytä

seurata MMSE:tä koskevaa uutta kirjallisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

MMSE-testi ei yksin riitä diagnoosin tekemiseen eikä työkyvyn arviointiin, vaan näihin tarvitaan perusteellisempaa kognitiivista tehtäväsarjaa ja/tai neuropsykologin tutkimusta. Kun testin tulos on vähemmän poikkeava pisteissä, mutta tutkittavalla on selvä muuten havaittu muistioire, tehdään jatkoselvittelyjä muun muassa CERAD – älyllisen tehtäväsarjan avulla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

CERAD on luotettava, keskeiset kognitiiviset toiminnot käsittävä seulontamenetelmä muistihäiriöiden varhaiseen toteamiseen. CERAD mittaa kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueita, erityisesti muistia ja muistista haun tehokkuutta. Sen osatehtävät ovat luotettavia. Kansalliset julkaistut suositukset sekä alueellisesti kattava koulutus takaavat muistihäiriöistä kärsiville yhdenmukaiset mahdollisuudet muistin arviointiin jo sairauden alkuvaiheessa. Validiteetti on osoitettu hyväksi Alzheimerin taudin hyvin lievää tai lievää muotoa sairastavien osalta. CERAD- tehtäväsarjan käyttö on yksinkertaista, mutta se edellyttää tarkkaa perehtymistä esitysohjeisiin, pisteytykseen ja tulkintaan. Tehtäväsarjan ensisijainen käyttäjäryhmä ovat psykologit, mutta myös muuta terveydenhuollon henkilökuntaa voidaan kouluttaa ja ohjata käyttämään menetelmää. Väestötutkimuksissa, joissa on mahdollisuus tehdä terveydenhuollon ammattilaisen suorittama haastattelu- tai terveystarkastusmuotoinen tutkimus, CERAD soveltuu yli 55-vuotiaiden kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin. Kuitenkin kokonaiskuvan saamiseksi tarvitaan myös muun tiedon keruuta. Tämä menetelmä on laajasti käytössä ympäri maailmaa, ja kansallisia ohjeita on tehty useissa maissa. Suomalaiset viitearvot ovat saatavilla, ja menetelmän Internet-pohjaista normisovellusta kehitetään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Palvelutarpeen arvioinnissa GDS-15 – mittari (myöhäsiän depressioseula) soveltuu erityisesti ikääntyvien henkilöiden masennusoireiden tunnistamiseen. Se on helppokäyttöinen ja laajalti maailmassa käytössä oleva mittari. Mittaria voidaan käyttää ainoastaan vain lievästi muistihäiriöisille henkilöille ja on havaittu,

että se toimii paremmin ainoastaan lievän masennuksen seulonnassa sekä on todennäköisesti ikääntyvien helpompi täyttää. Sen toistettavuus on todettu riittäväksi ja se ankkuroituu kansainvälisiin luokituksiin (ICD/ICF/DSM). Mittari on paikkansapitävä asiantuntijapaneelia tai muita mittareita vasten ja on julkaistu vertaisarviointia käyttävissä lehdissä. Mittarin herkkyydestä ja tarkkuudesta on paljon näyttöä tutkimuksissa ja sen on todettu olevan hyväksi havaittu masennuksen tunnistamiseen iäkkäille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Dementiasairaahan käytösoireisen kiihotuksen vaikeusastetta voidaan arvioida Cohen-Mansfieldin Agitation Inventorylla (CMAI), joka kattaa muun muassa fyysisen ja sanallisen aggressiivisen käytöksen sekä pyrkimykset kerätä ja kätkeä tavaroita. Potilasta hoitavien henkilöiden antamaan tietoon perustuvat Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale ja Neuropsychiatric Inventory. Ensiksi mainitussa arvioinnin kirjaa tutkija ja jälkimmäisessä potilasta hoitava henkilö. Mainitut arviointimenetelmät sopivat myös hoitovasteen seuraamiseen. (Koponen 1999.)

2.3 Dementoituvan ihmisen kokemusmaailma

Dementoituvan vanhuksen kognitiivisten kykyjen heikentyminen aiheuttaa turvattomuuden tunnetta dementoituvassa, sillä hän on eksyksissä ympäristössään. Tämä aiheuttaa käytöstä, mikä saattaa olla uhkana dementoituvan omalle ja hoitohenkilökunnan hyvinvoinnille. Taudin edetessä käytösongelmat voivat luoda turvallisuusongelmia hoitajien keskuuteen. (Saarnio ym. 2011.) Myös kommunikaatio-ongelmat usein lisääntyvät Alzheimerin tautia sairastavan potilaan kanssa ajan kuluessa. He saattavat toistaa mielessään oikeiden sanojen ilmaisua itsekseen ja unohtaa sanan merkityksen ja fraasit. Kun potilaalla on vaikeuksia löytää oikeita sanoja ja kommunikoida ajatuksiaan, hän saattaa mieluummin selittää esinettä, kuin nimetä sitä tai vaihtaa sanaa, jolla on samanlainen sävy ja tarkoitus. (Gogia & Rastogi 2009.) Käsittelykyvyt, esimerkiksi visuaalisen tilan hahmottamiskyky, voivat vaikuttaa siihen, miten ihminen reagoi

tilanteeseen tai lähestyvään tehtävään. Syvyysvaikutelman kanssa on myös ongelmia. Tämä näkyy, kun henkilö liikkuu ylös portaita. Muutokset syvyysnäössä tai ongelmat visuaalisten-spatiaalisten suhteiden hahmottamisessa voivat johtaa ottamaan harha-askeleen vääristyneessä ympäristössä. Jotkut ihmiset saavat apraxian tai ongelmia koordinoida liikkeitä ja kävelyä. Ivallista on, että pakko-immobilisaatio paitsi vähentää merkittävästi elämän laatua myös lisää kaatumisia ja vammoja. Näin tapahtuu, koska toimettomuus vähentää lihasten voimaa ja tasapainoa, mikä voi aiheuttaa kaatumisia. (Gogia & Rastogi 2009.)

3. KOTIHOITO

Kotihoidolla tarkoitetaan kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluja, joita tuotetaan kotiin kotipalveluina. Kotipalvelun tarkoituksena on auttaa yksilöitä ja perheitä silloin, kun he tarvitsevat sairauden, vamman tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin suoriutuakseen arkipäivän tehtävissä. (Suomen Kuntaliitto 2013.) Tukipalvelut täydentävät muuta kotipalvelua. Tukipalveluina voidaan järjestää esimerkiksi aterioiden tuominen kotiin, sekä siivous, kylvytys, turva- ja kuljetuspalveluja. Tukipalveluina työntekijät seuraavat myös asiakkaan vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja omaisia. (Helsingin kaupunki 2013a.) Koti- ja tukipalveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa (Suomen Kuntaliitto 2013). Monissa kunnissa palveluja saa myös iltaisin ja viikonloppuisin; ja yöpartiotkin ovat yleistymässä (Helsingin kaupunki 2013a).

Kotihoito tukee ja auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta (Suomen Kuntaliitto 2013). Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia (Helsingin kaupunki 2013b).

Kotihoidon perustehtävä on tarkennettuna: ”järjestää vanhusten, toipilaiden, pitkäaikaissairaiden ja yli 18-vuotiaiden vammaisten terveydentilan ja toimintakyvyn tuen ja sairauksien hoidot sekä palvelut siten, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista myös toimintakyvyn heikentyessä” (Helsingin kaupunki 2013a). Niissä kunnissa, joissa peruskunta vastaa sekä sosiaalihoimesta että perusterveydenhuollosta, on kotipalvelu ja kotisairaanhoido usein yhdistetty organisaatiossa kotihoidon yksiköksi (Suomen Kuntaliitto 2013).

3.1 Kotisairaanhoido

Kotisairaanhoido on potilaan kotiin vietyä sairaanhoidoa. Sen tarkoituksena on helpottaa sairaalasta kotiutumista ja kotona selviytymistä sekä tukea omaisia

sairaalan henkilön kotihoidossa. Se on määräaikaista ja tehostettua kotisairaanhoidoa ja sen toteuttamiseen kuuluvat erilaiset lääkärin määräämät sairaanhoidon toimenpiteet, kuten näytteiden ottaminen, mittaukset, lääkityksen valvominen ja asiakkaan voinnin seuraaminen sekä kivun helpottaminen. Kotisairaalahoidoa ovat esimerkiksi kotihoitoon soveltuva erikoissairaanhoido ja saattohoito. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Kotisairaanhoidoa varten tarvitaan terveyskeskus-, sairaala- tai yksityislääkärin lähete. Kotisairaanhoidon antaminen perustuu kansanterveyslakiin, jonka mukaan kunnan tulee järjestää asukkaiden sairaanhoido. Kotisairaanhoidon henkilöstö on koulutukseltaan pääasiassa sairaanhoitajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a.) Kotisairaanhoidosta ja -sairaalahoidosta säädetään terveydenhuoltolaissa 30.12.1326/2010.

Mikäli kunta järjestää asiakkaalle hänen tarvitsemiaan palveluita, asiakkaalle on laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma tarvittavista palveluista ja tukitoimista. Suunnitelman kotipalveluista ja kotihoidosta päättää ja laatii kotihoidon ohjaaja yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai laillisen edustajansa kanssa. Arviointi perustuu asiakkaan omaan näkemykseen sekä yhden tai useamman asiantuntijan arviointiin. Sen toteutumista seurataan ja sitä tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. Kotipalvelun maksu peritään sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta. Jatkuvassa avuntarpeessa määritetään kuukausimaksu perheen henkilömäärän ja tulojen mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a.)

3.2 Kotihoidon palvelu- ja hoitosuunnitelmat

Kotihoidon palveluita tuotetaan henkilölle, joka tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa kuten ruokailu, peseytyminen ja hygienia, pukeutuminen, sängystä ja tuolista siirtyminen sekä muut tarvittavat arkiset aputoimet. Kotihoidon asiakkaat saavat myös tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kotiin, mikäli sen järjestäminen muilla tavoin ei ole järkevää. Hoitoon kuuluu muun muassa lääkehuolto, hoidon arviointi ja hoidon ohjaus. Kotihoidon asiakkaalle tehdään

yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa sovitaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa/läheisensä kanssa kotihoidon antamista palveluista. Siinä selvitetään myös mahdollisuudet yksityisten palvelujen käyttöön sekä omaisten ja läheisten auttamismahdollisuudet. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa arvioidaan säännöllisin väliajoin ja tarpeen mukaan. (Helsingin kaupunki 2013a.)

Hoitosuunnitelmat dementiaa sairastaville henkilöille ovat välttämättömiä, jotta hoitajat kykenevät hoitamaan potilasta. Hoitosuunnitelma sisältää kattavat, mutta yksinkertaiset puitteet kotona hoitajien mahdollisimman joustavaan ja yksilölliseen hoitoon, joka koostuu omaishoitajien toiveista ja tarpeista itsenäiseen autonomiaan. Omaishoitajat ilmaisevat tyytyväisyytensä, koska hoitosuunnitelma perustuu asiakkaan persoonaan ja tarjoaa uutta tietoa Alzheimerin potilaan tarpeista. (Silverstein & Maslow 2005.)

3.3 Muistisairaan hoitopolku ja yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma

Muistitoimintojen arviointi kotihoidon asiakkaalle aloitetaan tekemällä ensin arvio uuden asiakkaan muistitoiminnoista ja arjessa toimimisesta 2- 4 viikon kuluessa kotihoidon piiriin saapumisesta. Tämän arvion tekee tiimin terveyden- tai sairaanhoitaja tai asiakkaalle nimetty vastuuhoitaja. Arvioinnissa käytetään erilaisia tutkimukseen ohjeistettuja mittareita, kuten muistikyselyä potilaalle ja läheisille sekä haastattelua potilaalle. Epäily muistisairaudesta johtaa hoitavan lääkärin tai muistikoordinaattorin kotikäyntiin laajaa kokonaistoimintakyvyn arviota ja tukisuunnitelmaa varten. Sen jälkeen aloitetaan muistipotilaan jatkotutkimukset, joihin kuuluu erilaisia verikokeita, pään kuvantamistutkimus ja tarkemmat kognitioon liittyvät testit sekä suullinen haastattelu. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010.) Diagnostiikan ja tilan arvioinnin perusta on potilaan ja läheisen huolellinen haastattelu, jonka tavoitteena on selvittää henkilön peruskapasiteetti ja saavutettu henkinen suorituskyky koulumenestykseen, koulutustasoon ja mahdolliset erityisvaikeudet kuten lukihäiriö huomioiden. Edellisissä toiminnoissa tapahtuneet muutokset ja muutosten nopeus selvitetään. Lisäksi on huomioitava oirekokonaisuus ja oireiden vaikutus arkiselviytymiseen,

psykykinen tila, yleinen terveydentila ja muistisairauksien vaaratekijät. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010).

Diagnostiikka tehdään pääpiirteisesti geriatrian- ja neurologian erikoislääkäreiden toimesta muistipoliklinikalla, jossa tavoitteena on muistisairauden varhainen diagnosointi. Kliininen tutkimus on oleellinen osa potilaan perustutkimusta. Kliiniseen tutkimukseen kuuluu suppea neurologinen status, yleistilan ja erityisesti kardiovaskulaarisen statuksen arviointi. Muistisairausdiagnoosin määrittämisen jälkeen kerrotaan selkokielellä terveydentilanne paremmin ymmärrettäväksi potilaalle ja hänen läheisilleen. Muistisairauden diagnoosin jälkeen aloitetaan lääkitys muistisairauteen ja mahdollisiin käytösoireisiin sekä annetaan selkeät jatko-ohjeet potilaalle ja häntä hoitaville. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010).

Kotihoidossa muistipotilaille laaditaan oma yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä palvelusuunnitelma, jota tarkistetaan säännöllisesti 6-12 kuukauden välein. Kokonaisvaltaisessa suunnitelmassa otetaan huomioon tukiverkoston järjestäminen perheelle, joka tukee potilaan kotona selviytymistä. Tässä otetaan huomioon muistisaraan asiakkaan varhainen ja jatkuva kohdennettu ohjaus ja neuvonta, sopeutumisvalmennus, fysio- tai toimintaterapia, omatoimisuutta ja osallistumista tukevat terapiat ja asianmukainen lääkehoito. Oikea-aikaiset tukitoimet, kuten kotipalvelut, kuljetuspalvelut, lyhytaikainen tai jaksotainen pitkäaikaishoito ja muut kunnalliset palvelut, kuten ateriapalvelut, turvapuhelin ynnä muut liitännäispalvelut on käynnistettävä tarpeen vaatiessa. Lisäksi on otettava huomioon etuuksien varmistaminen ja taloudelliset tukitoimet, joita ovat muun muassa Kelan myöntämät erilaiset tuet. Turvallisuutta lisäävät ratkaisut on otettava huomioon, kuten ympäristömuutokset ja edunvalvonta taudin edetessä. Hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon asiakkaan kognition, toimintakyvyn ja lääkityksen seuranta aluksi 3, 6 ja 12 kuukauden jälkeen sekä jatkossa säännöllisin väliajoin. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010 .)

Muistisairaan hoidossa korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon eri portaiden välinen yhteistyö, joka vaatii erityisesti tiedon kulkua niiltä työntekijöiltä, jotka kohtaavat muistisairasta asiakasta päivittäin. Tässä yhteydessä he ovat kotipalve-

lun ja kotisairaanhoidon työntekijöitä. Muistisairaalle toteutetaan säännöllistä seuranta kotihoidossa asiakkaalle kuuluvalla kirjallisella dokumentoinnilla. (Erkinjuntti ym. 2006, 524.)

4. KÄYTÖSOIREIDEN HOITAMINEN

Käyttösoireiden hoitoa tarvitaan, kun oireet rasittavat potilasta tai heikentävät itsestä huolehtimista, sosiaalista vuorovaikutusta tai toimintakykyä. Hoito on aiheellista myös silloin, kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita potilaalle itselleen tai muille, vaikuttavat hoitopaikkaratkaisuun tai kun omaiset eivät enää jaksaa niiden vuoksi huolehtia potilaasta. Hoitokeinoina ovat käyttäytymiseen ja ympäristöön vaikuttaminen sekä lääkitys. (Koponen 1999.) Käyttösoireiden hoidon perustana on mahdollisimman varhainen ja tarkka dementiaan diagnostiikka ja eri dementia-tyyppien erityispiirteiden tiedostaminen. Lääkkeettömään hoitoon kuuluvat oireiston tarkka analysointi, provosoivien tekijöiden vähentäminen, positiivisten virikkeiden järjestäminen ja potilaiden, omaisten sekä hoitajien tukeminen ja ohjaaminen. Kun nämä keinot eivät riitä, turvaudutaan lääkehoitoon. (Vataja 2004, 2477.) Non-kognitiivisiin oireisiin voidaan siis vaikuttaa oikein suunnitellulla hoitoympäristön valinnalla ja lääkityksellä. Lääkehoidossa tulee käyttää riittävän pieniä ja usein yksilöllisesti sovitettuja annoksia. (Koponen 1999.)

Tarkoituksenmukaisinta on, että käyttöoireet hoidetaan perusterveydenhuollossa. Varsinkin kotisairaanhoidon, vuodeosastojen, vanhuksia hoitavien yksiköiden sekä kehittymässä olevaan muistipoliklinikkatoimintaan osallistuvien lääkäreiden ja hoitajien käyttöoirekoulutus on tärkeää. (Vataja 2004, 2477.)

Vatajan (2004) mukaan neurologian ja psykiatrian erikoislääkärikoulutuksessa ei ole tarpeeksi kiinnitetty huomiota yleistymässä oleviin dementiaan käyttöoireisiin, vaikka juuri näitä erikoisaloja eniten konsultoidaan ongelmatilanteissa. Vaikeasti käyttösoireisen potilaan hoito on esimerkki siitä, kuinka hyvä tulos saavutetaan vain perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimivan yhteistyön avulla. Dementiapotilaiden hoitoon perehtyneen erikoislääkärin konsultatiokäynnit potilaan ja häntä hoitavien luona vuodeosastolla tai potilaan kotona voivat vähentää pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta.

Yhtäältä käytösoireilla on taipumus altistaa dementiapotilaita uusille sairauksille, kuten loukkaantumisille tai oireiden hoitoon käytettävien lääkkeiden esimerkiksi neuroleptien sivuvaikutuksille. Toisaalta käytösoireita oikein hoitamalla suurinta osaa potilaista ja heidän omaisiaan voidaan merkittävästi auttaa. (Erkinjuntti. ym. 2006, 98–99.) Aktiivinen ja määrätietoinen toimintaote kaikilla hoidon hierarkian vaiheilla sekä kaikissa dementian vaiheissa ovat käytösoireiden hoidon lähtökohta (Vataja 2004, 2477).

4.1 Lääkkeetön hoito

Nykyinen tutkimustieto lääkkeettömän hoidon tehosta on vielä vaatimatonta, mutta käytökseen ja ympäristöön vaikuttamisen arvioidaan olevan hyödyllistä useissa tapauksissa. Käytöstavan muuttamisessa yritetään vaikuttaa oirekäyttäytymisen esiintymiseen, voimakkuuteen, keston tai ajoittumiseen vaihtelemalla järjestelmällisesti laukaisevia ärsykeitä. Ongelmakäyttäytyminen ei useinkaan ole tarkoituksellista, eikä kognitiivinen heikkeneminen toisaalta aiheuta käytöksen muuttamiskyvyn täydellistä menettämistä. Muistihäiriöpotilaita varten on olemassa sekä kognitiivisesti aktivoivia, että vuorovaikutusta ja tunne-elämyksiä tukevia terapiamuotoja. Sovelluksia on kehitetty toiminnallisista, liikunnallisista ja luovista terapioidista sekä keskusteluryhmistä. Myös realiteettiorientaatio ja mielikuvaterapia ovat mahdollisia hoitokeinoja. Hoitoympäristön tulisi tarjota dementoituneelle mahdollisuus toimintakyvyn mukaisiin aktiviteetteihin ja realistiseen oireiden sietoon. Dementiapotilaita hoitavien omaisten ja hoitoyhteisöjen työntekijöiden tukeminen on ensiarvoisen tärkeää. (Koponen 1999.)

4.2 Lääkkeellinen hoito

lääkkäiden potilaiden muut pitkäaikaissairaudet tai niiden lääkehoidot saattavat hankaloittaa dementian hoitoa. Dementiaan liittyy muutoksia hermoston välittäjäaineiden synteesissä, hajoamisessa sekä vaikutuskohtiin sitoutumisessa, jol-

loin kaikki nämä muutokset voivat lisätä potilaan herkkyyttä psyykenlääkkeille ja muille keskushermostoon vaikuttaville lääkeaineille. Siten hoidettavat ilmiöt tulee tunnistaa ja lääkehoito suunnitella yksilöllisesti ottaen huomioon potilaan ominaispiirteet ja käytettävän lääkehoidon mahdolliset sivuvaikutukset. (Koponen 1999.) Koska useimmat dementia-osa ovat eteneviä sairauksia, tulee lääkehoidon tarpeellisuus tarkistaa säännöllisesti ainakin kuuden kuukauden välein (Koponen 1999; Vataja 2004, 2477).

Dementian käytösoireiden lääkehoito on nykyisin valitettavasti enemmän kokeemukseen kuin näyttöön perustuvaa. Jokseenkin turvallisinkin pidettyihin lääkkeisiin voi liittyä yllättäviä vaaroja, kuten lääkelaitoksen äskeinen varoitus osoitti: uudentyyppisten neuroleptien risperidolin ja olantsapiinin käyttöön vaikeasti sairaiden dementiapotilaiden hoidossa saattaa liittyä lisääntynyt aivohalvaus- ja kuolemanriski. Dementiapotilaita hoitavat klinikot tietävät, että tässä hauraassa potilasryhmässä sivuvaikutukset ovat enemmän sääntö kuin poikkeus. Kaikki psyykenlääkkeet voivat aiheuttaa yllättäen käytösoireiden lisääntymistä, kognitiivisten toimintojen heikentymistä, toimintakyvyn laskua tai hengenvaarallisia lisävaikeuksia aiheuttamalla kaatuilua tai sydän- ja verenkiertoelimistön ongelmia. Lääkehoidon tarkan ja asiantuntevan suunnittelun sekä valppaan seurannan merkitys onkin tehostunut dementiapotilaita hoidettaessa. (Vataja 2004, 2477.)

Pääasiallinen tekijä, joka saattaa johtaa kaatumisiin on ikääntyneiden hitaampi reaktiointi asioihin ja epätasapaino, johtuen juuri potilaan iästä. Terveysongelmat kuten Parkinsonin tauti, niveltulehdus, erilaiset jalkaongelmat, huimaus ja näkövammaisuus suurentavat kaatuilun riskiä. Lisäksi ympäristötekijät vaikuttavat, kuten huono valaistus, liukkaat lattiat ja sekainen kulkuväylä. Lääkehoito on myös merkittävä riskitekijä. Lääkeaineiden vaikutukset saattavat vaikuttaa kognitioon ja tasapainoon, mikä myös aiheuttaa kaatumisia. Keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet ovat niistä yleisimpiä. Näitä ovat rauhoittavat lääkkeet, bentsodiatsepiinit. Useimpien lääkkeiden yhteiskäyttö altistaa kaatumisille. Muut lääkkeet, jotka yleisesti liittyvät kaatumisiin, ovat antikoagulantit, epilepsialääk-

keet, verenpainelääkkeet, Parkinson lääkkeet, nesteenpoistajat, narkoottiset analgeetit ja vasodilataattori. (Gogia & Rastogi 2009.)

Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet sopivat dementiapotilaan masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitoon, ja lyhytvaikutteiset bentsodiatsepiinit tarvittaessa lyhyinä jaksoina lievittämään ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Myös uusien Alzheimerin taudin kohdennettuun hoitoon kehitettyjen lääkkeiden käytösoireita vähentävästä vaikutuksesta alkaa kertyä kokemuksia ja tutkimusnäyttöä muidenkin dementiasairauksien, kuten vaskulaarisen dementian tai Lewyn kappale -dementian hoidossa. Hyvin siedettyinä nämä lääkkeet tarjoavat vaihtoehdon perinteikkäille psyykenlääkkeille. Käytösoireiden hoidossa käytettävistä neuroleptilääkkeistä aiheutuu eniten ongelmia, mutta niitäkin on joskus vaikeaan levottomuuteen tai psykoottisiin oireisiin käytettävä. Uudentyyppiset neuroleptit, kuten risperidoli tai ketiapiini ovat varoitusten jälkeenkin vanhoja neuroleptejä suositeltavampia.

(Vataja 2004, 2477.)

4.3 Käytösoireisen dementiapotilaan hoidon haasteellisuus hoitotyöntekijöillä.

Dementiapotilaat saavat monia vaikeita ongelmia asteittain rappeutuvan fyysisen ja kognitiivisen taudin etenemisen takia. Sairauteen liittyy usein häiritsevää toimintaa käyttäytymisessä tai toissijaisia oireita. Useat tutkijat ovat koonneet oireita, joita sairaus aiheuttaa ja jotka eniten tuottavat ongelmia heidän hoitajilleen. Taudin etenemiseen liittyy useimmiten muistin vajaus, kielitaidon menetys ja asteittainen lasku omahoidossa, mikä johtaa suurempaan riippuvuuteen muista ihmisistä. Yleensä perheenjäsenet osallistuvat avustamaan toiminnallisissa tarpeissa ja emotionaalisen avun tarpeessa, mikä voi lisätä negatiivisia persoonallisuuden ominaisuuksia ja aikaansaada potilaalle joustamattomuutta torjumalla muutokset rutiinissa. Potilas voi menettää kykynsä ilmaista kiitollisuutta, ja monissa tapauksissa hylätä avun muilta kuin ensisijaiselta hoitajalta. (Silverstein & Maslow 2005.) Kommunikaatio-ongelmat usein lisääntyvät Alzheimerin tautia sairastavan potilaan kanssa ajan kuluessa. He saattavat tois-

tella sanojen ilmaisua itsekseen ja unohtaa sanan merkityksen ja fraasit. (Gogia & Rastogi 2009.)

Ongelmina on raportoitu muun ohella seuraavia: levottomuus, kykenemättömyys tunnistaa kotia tai hoitajaa, raivokohtauksien esiintyminen, sotaisia asenne ja taistelunhaluiset episodit käyttäytymisessä, hallusinaatiot ja harhaluulot, epäluuloisuus ja tämän myötä syyttely ja huono viestintä. Myös yölliset heräilyt ja virtsanpidätyskyvyttömyydet voivat olla ongelmina. Muita raportoituja hankalan käyttäytymisen muotoja ovat toistuvat kysymykset, vaelteluyritykset päivin ja öin, häpeily, vaarallinen ja vihamielinen käyttäytyminen sekä vastahakoinen asenne peseytymiseen ja muihin päivän askareisiin osallistumiseen. Kun hoitajilta puuttuu taito hallita näitä toissijaisia oireita tehokkaasti, kuten myös rutinoituja hoito-ongelmia, niin tilanteet usein kärjistyvät, mikä lisää sekavuutta ja agitaatiota sekä arvonalennuksen tunnetta potilaalle. Tästä seuraa ”syöksykierre”. (Silverstein & Maslow 2005.) Taudin edetessä käytösongelmat voivat luoda turvallisuusongelmia sekä potilaalle että hoitajille. (Gogia & Rastogi 2009).

Klassinen haasteellinen käyttäytyminen voidaan jakaa kolmeen eri kategoriaan. Ensimmäinen luokka muodostuu toiseen henkilöön tai ympäristöön kohdistuvasta käyttäytymismuodosta kuten fyysisestä ja verbaalisesta aggressiivisuudesta ja esineiden ja ympäristön tuhoamisesta. Toisen luokan muodostavat käyttäytymismuodot, jotka ovat vahingollisia henkilökunnalle, toisille vanhuksille tai potilaalle itselleen, kuten huutelu, itsensä vahingoittaminen ja ravinnoksi sopimattoman syöminen. Kolmas luokka syntyy, kun vanhuksen toiminnallinen kyvyttömyys on suurempi kuin fyysisten ja psyykkisten toimintojen todellinen heikentyminen edellyttäisi. (Saarnio ym. 2011.)

Mittelmannin, Rothin, Haleyn & Zaritin (2004) tutkimuksessa arvioitiin hoitointervention vaikutusta depressioon, agitaatioon, vaelteluun ja virtsanpidätyskyvyttömyyteen dementiapotilaan hoidossa. Nämä ovat haastavimpia stressitekijöitä potilaan hoidossa ja keskeisimpiä tekijöitä, joiden takia potilaat joutuvat hoitolaitoksiin. Käytösongelmat ovat myös tärkeimpiä ennustajia hoitajien korkeasta stressitasosta. Vaikka käytösongelmat ovat huomattava ongelma Alzheimerin

tautia sairastavilla, on huomioitava myös hoitajien yksilölliset erot vastaanottaa potilaan käytöshäiriöitä.

4.4 Vuorovaikutuksen ja ympäristön merkitys käytösoireisen dementiapotilaan hoidossa

Hyvät kommunikaatiotaidot ovat tärkeä lähtökohta työssä, jossa joudutaan kohtaamaan asiakkaita ja potilaita päivittäin. Ilman niitä on mahdotonta perustaa vaikuttava sekä kunnioittava hoitosuhde niille, jotka palveluita tarvitsevat ja käyttävät. Kommunikaatiotaidoilla on ensiarvoinen osa hoitajien työskennellessä ikäihmisten kanssa. Kertausta näistä taidoista ja säännöllistä palautetta tarvitaan ylläpitämään kommunikaatiotaitoja. Koulutuksen on todettu toimivan parhaiten, kun se on osa laajempaa sitoutumista työn laadun parantamiseen. Jos viestinnän koulutus johtaa laadun paranemiseen sosiaalisessa vuorovaikutuksessa henkilökunnan ja vanhusten kanssa, voi tämä puolestaan johtaa ikäihmisten elämänlaadun ja hyvinvoinnin paranemiseen. Erityisesti kommunikaatiotaitoja tarvitaan dementiaa, Parkinsonin tautia tai aivoverisuonisairauksia sairastavien potilaiden hoidossa. (Moriarty, Kam, Coomber, Rutter & Turner 2010.) Muistisairaalle tehdyt kysymykset voivat jäädä vastausta vaille, koska potilas ei välttämättä ymmärrä, mitä häneltä on kysytty. Pitkät lauseet edelleen hankaloittavat myös tilannetta. Vaikeudet kommunikaatiossa saattavat johtaa stressaavaan ja turhauttavaan tilanteeseen hoitajan ja potilaan välillä. Täytyy olla rauhallinen keskusteltaessa ihmisen kanssa, joka unohtaa nimet, taistelee sanojen kanssa, ei koskaan lopeta lausetta ja toistelee samaa fraasia yhä uudestaan. On olemassa useita strategioita, joita voi käyttää kommunikaation parantamiseen Alzheimerin tautia sairastavan potilaan kanssa. Keskustellessaan potilaan kanssa täytyy hoitajan olla rauhallinen ja saada kuulijan huomio, ennen kuin alkaa puhua. Henkilöä tulee lähestyä edestä ja puhua selkeästi käyttäen lyhyitä, tuttuja ja helppoja sanoja. Visuaalinen kommunikaatio, kasvojen ilmeet sekä kehon kieli on erittäin tärkeää. (Gogia & Rastogi 2009.)

Isola ym. (2005) tutkimuksen mukaan hoitaja voi rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvän vanhuksen keskeyttämällä hoitotilanteen, pyytämällä apua toisilta hoitajilta sekä rauhoittamalla vanhusta verbaalisesti. Myös musiikin, hieronnan, kirkasvalon ja fyysisen hoitoympäristön on todettu ehkäisevän ja rauhoittavan käyttäytymistä. Myös tavalla, millä hoitaja kohtaa haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen on vaikutusta tilanteen ratkaisuun.

Hoitaja voi toimia muun muassa kolmella edistyksellisellä tavalla: persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käyttö tarkoittaa ihmisenä olemisen, huumorin ja luovuuden yhdistämistä. Järkipäristäminen on asioiden ja tapahtumien perustelua ja vakuuttamista, ohjaamista ja ympäristön muokkaamista. Hoitajan intuitiivinen toiminta ilmenee ennaltaehkäisyä, mukaan menemisenä ja dementoituvan vanhuksen huomion ohjaamisena muuhun kohteeseen. (Saarnio ym. 2011.)

Käytösongelmat ovat Alzheimerin taudin haastavimpia ulottuvuuksia potilaan hoidossa (Mittelman ym. 2004). Hoitajan tulee hyödyntää omaisten ja omaishoitajien tietämystä potilaasta häntä hoitaessaan. Myös hoitajien hoivaamisen taidolla on vaikutusta potilaan hoitoon. Lisäksi dementiapotilaan hoitaminen edellyttää ymmärrystä, joustavuutta ja kestävyys-ominaisuuksia, joita tyypillisesti kuluttaa väsymys ilman sopivaa tukea. Suuttumuksen ja depression tuntemuksia voi kehittyä ja ne saattavat vaikuttaa potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen. Vaikka ymmärrys häviää sairauden edetessä, potilas pysyy sensitiivisenä viestinnän sävyllä, joka voi edistää tai estää häiriökäyttäytymistä. Lisäämällä hoitajien koulutusta voidaan heitä auttaa ylläpitämään tai parantamaan potilas-hoitaja suhdetta. (Prabhu, Sheila, Molinari & Lomax 2006.)

Ympäristö määrittää oleskeluympäristön ominaisuudet sisältäen fyysisen suunnittelun, elinympäristön melun sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen. Lisäksi tarjottu hoidon taso voi muokata käytösoireita. Valo-, seinä- ja lattiakuviot sekä lämpötila voivat vaikuttaa käyttäytymiseen, riippuen stimulaation määrästä ja mukavuudesta. Nämä voivat myös edesauttaa epämuukavuutta ja lisätä oireilua. Aistitoimintojen herkistäminen musiikin kuuntelulle voi kuitenkin myös vähentää levottomuutta, eritoten jos musiikki on mieluisaa kuuntelijalle. Sosiaalisen vuo-

rovaikutuksen rooli on potilaalle tärkeä. Esimerkiksi potilaan eristäminen on yhdistetty vaelteluun ja huutamiseen, kun taas liiallinen sosiaalinen aktiivisuus voi pahentaa levottomuutta. Jos annettua hoitoa ei koeta sopivaksi potilaan tarpeisiin nähden, voi kontrolloimaton käytös lisääntyä. Siten näiden tilanteiden tiedostamisella ja muuttamisella potilaan tarpeiden mukaisesti voidaan merkittävästi siirtää häiritsevää käyttäytymistä. (Prabhu ym. 2006, 171–172).

Zeiselin ym. tutkimuksessa mitattiin systemaattisesti Alzheimerin potilaiden hoitolojen asuinympäristön ominaisuuksia sekä sisustusta ja aggression, levottomuuden, depression ja sosiaalisen vetäytymisen yhteyksiä. Tutkimuksessa tulokset osoittivat että perinteisesti sisustetut ympäristöt vähensivät asukkaan kognitiivista stressiä, ahdistusta ja aggressiivista käyttäytymistä. (Zeisel, Silverstein, Hyde, Levkoff, Lawton & Homes 2003.)

Gogia ja Rastogi (2009) ovat esittäneet ohjeita omaishoitajille, miten selvitä hoitotyön haasteista. Dementoituneesta huolehtiminen on aikaa vievä ja vaativa vastuutehtävä, koska Alzheimerin tauti vaikuttaa yksilön käyttäytymiseen, päivittäiseen toimintaan ja persoonallisuuteen. Ei ole mitään määriteltyä standardikuvausta Alzheimerin tautia sairastavan potilaan hoivasta. Jokainen tilanne on erilainen. Muutama yksinkertainen ohje voi auttaa hoitajia hoitamaan potilasta kotona: Käsittele henkilöä aikuisena, ei kuin lasta. Kohtele henkilöä niin kuin haluaisit itseäsi kohdeltavan. Älä muistuta henkilölle että hänen muistinsa on huono. Pidä kotiympäristö johdonmukaisena, hiljaisena ja rauhallisena. Hyödynnä tuttuja kuvia, musiikkia ja vanhoja esineitä tutun ympäristön luomisessa. Vältä tungosta. Pienet juhlat ja yksi vieras kerrallaan voi olla järkevämpää ja onnistuneempaa kuin suuri ihmisjoukko. Suunnittele päivittäiseen toimintaan rakentavaa, merkityksen ja saavutuksen tunteen antavaa toimintaa. Pysy rauhallisena ja ole kärsivällinen. Älä koskaan riitele dementiaa sairastavan henkilön kanssa. Vähennä vaatimuksia ja varmista kiireetön ja stressitön rutiini. Älä pakota ihmistä tekemään jotain. Ole joustava. Kävele pois, rauhoitu ja yritä tehdä myöhemmin uudelleen. Salli yksilön suorittaa niin paljon tehtäviä kuin mahdollista itsekseen, vaikka hoitajan olisi aloitettava aktiviteetti. Yksinkertaista tehtävät ja rutiinit. Tarjoa ystävällisiä muistutuksia ja rohkaisua ja tarjoa kiitosta ja

vahvistusta, kun tehtävä on tehty. Rauhoita henkilöä pehmeällä äänellä ja kevyellä kosketuksella. Muista, että fyysinen harjoitus, oikea ruokavalio, hyvä yleiskunto ja sosiaalisuus ovat tärkeitä. Kehitä hellä, säännöllinen ja kevyt fyysinen aktiviteetti. Pidä aktiviteetit tuttuina ja ohjeet helppoina. Valitse aktiviteeteille paras aika päivästä, jolloin viretaso on korkeimmillaan yksilöllä. Käytä tuttuja rutiineja. (Gogia & Rastogi 2009.)

Käytä vanhoja tapoja ja taitoja tunnistaaksesi niitä rutiineja, mitkä ovat mieluisia ja mukavia. Muista että huumori auttaa. On hetkiä, jotka voivat olla nautittavia ja muistettavia. Hyväksy ja arvosta persoonan realiteettikuvaa. Älä asetu näitä tuntemuksia vastaan. Salli hänen todellisuutensa olla olemassa. Älä koskaan käytä fraasia ”sinä tiedät mitä teet” dementikon kanssa. Kun potilas on levoton ja ärsyyntynyt, pidä mielessä että hän voi kokea kipua tai hänellä saattaa olla virtsatietulehdus. Tarjoa ”vihjeitä” toivotusta käyttäytymisestä. Muuta käyttäytymistä ja huomiota, kun tilanne muuttuu hankalaksi. (Gogia & Rastogi 2009.)

Hoitotyöntekijöiden tarvitsee sitoutua ja kuunnella lähiomaisia, koska nämä usein tuntevat potilaan läheisesti. Lähiomaiset ovat usein keskeisiä tiedonantajia selventämään hoitohenkilökunnalle psyykkisten ongelmien taustoja ja ovat näin luonnollinen tuki. Vaikka masennus- ja ahdistusoireisiin vastaaminen on tärkeä osa hoitotyötä, on myös tärkeitä pyrkiä hyödyntämään asiantuntijoiden apua tarvittaessa. (Samuelsson, Sundström, Dehlin & Hagberg 2003.)

Hallin ym. (1987) PLST-malli (Progressively Lowered Stress Threshold) kuvaa kasvavaa kyvyttömyyttä selviytyä stressistä henkilöillä, joilla demenciasairaus on aiheuttanut aivojen patologiaa ja siihen liittyvää kognitiivista heikkenemistä. Mallin mukaan dementiaan sairastuneet tarvitsevat ympäristövaatimusten muuttamista, mihin he eivät itse kykene. Ympäristövaatimuksia täytyy muuttaa kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn alentumisen takia. (Silverstein & Maslow 2005.)

Sekä ympäristö että sisäiset stressitekijät voivat olla vaativia, ja ne aiheuttavat dementikolle tavallista enemmän ahdistusta ja levottomuutta. Jos stressitekijät jatkuvat ja kasvavat, käytös muuttuu huonommaksi, usein katastrofaalisesti.

PLST-mallin mukaan ympäristön muutos vähentää stressiä ja edistää toiminnallisesti mukautuvaa käyttäytymistä. Tässä tarkoitetaan modified-termillä hallintaa ympäristön ärsykkeisiin, jotka pyritään räätälöimään yksilöllisiin tarpeisiin tai yhteisöllisesti sopiviksi. (Silverstein & Maslow 2005.)

Tulevaisuudessa tarvitaan enemmän näyttöön perustuvaa käytäntöä ja korkealaatuisen tutkimuksen kehittämistä. On edelleen selvempää että hoitoa tarjoava hoitokodin henkilökunta tulee tarvitsemaan enemmän taitoja potilaiden hoitamiseen. Käytännön työssä tulisi olla turvautumatta antipsykoottisten lääkkeiden käyttöön, joka on dementiapotilaiden turvallisuutta ja elämänlaatua huonontava tekijä. (Spector ym. 2013.)

4.5 Hoitajien koulutus

Moriarty ym. (2010) tutkimuksessa todetaan, että kansainvälisesti ja etenkin kansallisella tasolla hoitajien koulutusohjelmien puute dementoituneiden hoitokodeissa on ilmeinen. Koulutuksen menetelmällinen puutteellisuus on myös tavallista. Tutkimuksessa korostetaan tarvetta hyvin määriteltyihin menetelmällisesti uudistaviin opintoihin, jotka edistävät ja antavat ratkaisevia todisteita intervention vaikutuksista parantaa laatua dementian hoidossa.

Tutkimuksen mukaan kaikkiin henkilöstön täydennyskoulutuksiin oli sisällytetty dementiapotilaan hoito, kuitenkin koulutustavoitteet erosivat. Seitsemän koulutusohjelmaa keskittyi vähentämään tai ehkäisemään käytöshäiriöitä. Kaksi ohjelmaa opetti sosiaalisia vuorovaikutustaitoja henkilökunnalle. Menetelmät henkilökunnan koulutuksessa vaihtelivat. Vuorovaikutuksen vahvistamiseksi yksi ohjelma koulutti henkilökuntaa edistämään koko hoitotyön kokonaisuutta, kun taas toisessa koulutuksessa keskityttiin hoitajien sosiaalisiin taitoihin. Jäljellä olevissa tutkimuksissa syvennyttiin parantamaan dementian hoidossa käytettyjä yleisiä erilaisia lähestymistapoja. Jotkut koulutuksista olivat keskittyneet kehittämään käyttäytymisen hallinnan taitoja henkilökeskeisen dementian hoidossa. (Moriarty ym. 2010.)

Kusken ym. (2007) systemaattisessa katsauksessa arvioitiin erilaisia hoitohenkilökunnan koulutusohjelmia. Kirjallisuuskatsaus sisälsi dementiaipotilaiden kotihoidon hoitohenkilökunnan koulutuksia. Tuloksista koottiin seuraavanlaista yhteenvetoa: Osa opetusmateriaalista esitettiin work shopin muodossa, minkä jälkeen sitä sovellettiin käytäntöön ilman mitään seurantaa. Enimmäkseen koulutuksissa käytettiin erilaisia menetelmiä kuten luentoja, keskusteluja, videoituja esityksiä, roolipelejä ja kokemuksellisia harjoituksia. Myös aktiivisen oppimisen tekniikoita hyödynnettiin. Aivoriihiä, työkirjoja, kirjallista ja tosielämän palautetta käytettiin ja yhdistettiin. Melkein kaikki ohjelmat olivat ryhmässä toteutettavia.

Spectorin ym. (2013) tutkimuksessa Iso-Britannian kansallisen dementiastrategian mukaan koko henkilökunnan pitäisi saada dementian hoitoon erikoiskoulutusta. Laitoshoidossa asuvilla on todettu ongelmallisia tarpeita, mitä on vaikea hallita. Silti henkilökunnalta puuttuu vielä peruskoulutusta dementian hoidossa. Koulutukset, jotka tarjoavat henkilöstölle strategioita hallita potilaiden käytöstä ja psyykkisiä oireita, tarjoavat ennakoivaa ja mahdollisesti kustannustehokasta toimintasuunnitelmaa oireiden hallintaan.

Aiemmat arviot henkilöstön koulutuksista ovat olleet vaihtelevia. Monissa tutkimuksissa on tullut esille myönteisiä vaikutuksia henkilöstön lyhyen aikavälin koulutuksesta asukkaiden hoidossa. Kuitenkin puolet tutkimuskatsauksesta osoitti, että koulutukset eivät merkittävästi poistaneet asukkaiden käytösongelmia, vaikka henkilökunnan tietoja ja taitoja lisättiin. Silti on olemassa todisteita siitä, että henkilöstön koulutusohjelmilla voidaan vähentää käytösoireita niillä potilailla, jotka asuvat hoitokodeissa. Vahvan teoreettisen pohjan omaavat koulutusohjelmat koetaan tarpeellisiksi ja lisäksi johdon tuki koettiin erittäin merkittäväksi hoitotyössä. (Spector ym. 2013.)

Coonin, Thomsonin, Steffenin, Soroccon & Gallagher-Thompsonin (2003) tutkimus korostaa yhä enemmän kirjallisuuden käyttöä koulutuksissa. Keskiikäisten ja vanhempien omaishoitajanaisten keskuudessa on havaittu määrääikaisesta psykoedukatiivisesta ryhmäkoulutuksesta ja interventioista olevan hyötyä, kun koulutuksissa on yhdessä käsitelty kognitiivisia käyttäytymisterapioiden

periaatteita Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden hoidossa. Tutkimuksen kaikki tulokset osoittavat, että omien taitojen lisääminen ja parantaminen depression ja vihan kohtaamisessa voi johtaa vihan, vihamielisyyden ja depression vähenemiseen. Se voi johtaa myös lisääntyvään kykeneväisyyteen johtaa käytösongelmia ja kontrolloida kauhistuttavia ajatuksia.

Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitaminen on suurimpia hoitotyön haasteita laitoshoidossa, koska hoitajat joutuvat päivittäin selvittämään haasteelliseen käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Haasteellinen käyttäytyminen lisää vanhusten kaatumisia ja tapaturmia sekä aiheuttaa taloudellisia kustannuksia henkilökunnan uupumisesta aiheutuvina poissaoloina. Nämä ongelmat korostuvat yhtäältä niukkenevien hoitotyön resurssien myötä ja toisaalta laitoshoidon tarvitsevien dementoituvien vanhusten määrän kasvaessa. (Saarnio ym. 2011.)

5. KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS

5.1 Toimintaorganisaation kuvaus

Sosiaalivirasto ja terveyskeskus ovat yhdistyneet yhdeksi virastoksi. Uudet sosiaali- ja terveysvirasto (SOTE) aloitti toimintansa 1.1.2013. Uutta virastoa johtaa sosiaali- ja terveyslautakunta. Sosiaali- ja terveysvirastossa työskentelee noin 15 000 työntekijää. Sosiaali- ja terveyspalveluja järjestetään 2,1 miljardilla eurolla vuodessa, mikä on noin 3 500 euroa jokaista helsinkiläistä kohden. Yhdistetty sosiaali- ja terveyslautakunta sekä sen alainen virasto antavat mahdollisuuden uudistaa toimintaa aiempaa joustavammaksi. Asiakkaille ja potilaille tästä on huomattavaa hyötyä. Hoitoketjuja pyritään saamaan aiempaa sujuvimmiksi. (Helsingin kaupunki 2014.)

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastoon kuuluu kuusi erillistä osastoa, joista kotihoidon kannalta ovat olennaisia terveys- ja päihdepalvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut sekä sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut (Helsingin kaupunki 2013b). Vallilan kotihoito kuuluu sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen saateenkaaren alle. Nämä hoivapalvelualueen osat sisältävät selvitys-, arviointi- ja sijoitustyöryhmän.

Kotihoito jakautuu Helsingissä seitsemään palvelualueeseen, jotka ovat Eteläinen-, Itäinen-, Kaakkoinen-, Keskinen-, Lounainen-, Läntinen- ja Pohjoinen palvelualue, jotka jakautuvat 70 lähipalvelualueeseen, joissa kaikissa toimii 2-3 hoitotiimiä. Vallilan kotihoito 2, kuuluu Keskiseen kotihoitoyksikköön. Keskisellä kotihoitoyksiköllä on 12 lähipalvelualueita, johon Vallila 2 kuuluu yhtenä lähipalvelualueena. (Helsingin kaupunki 2013a.)

Vallilan 2 lp- alueen kotihoidossa työskentelee kotihoidon ohjaaja, kotihoidon lääkäri ja neljä sairaanhoitajaa ja yksi terveydenhoitaja sekä lähi-, -perus-, ja kodinhoidon ammattilaisia noin 15–17:sta. Työskentely tapahtuu kahdessa eri tiimissä, jossa kummassakin on omat sairaanhoitaja/terveydenhoitaja parit.

Lääkäri on kotihoidossa kerran viikossa ja silloin hän pyrkii tekemään kotikäyntejä tarvittaessa. Kotihoidossa lähi-, -perus- ja kodinhoitajat työskentelevät kahdessa vuorossa aamu- ja iltavuorossa. Työt alkavat 7.30 ja päättyvät 22.00.

Kotihoidon strategia ja tuloskortin 2012–2014 mukaan on Helsingin kotihoidon osalta tavoitteena ottaa huomioon toiminnassaan esitysten, lausuntojen ja päätösten osalta niiden valmistelu siten, että niissä otetaan huomioon terveysvaikutukset. Lisäksi kotihoidon tukipalveluasiakkaille tehdään palvelutarpeen arviointi, jolla kartoitetaan mahdollinen uusi palvelun tarve. Toimenpidesuunnitelmassa on suunniteltu, että kiinnitetään huomio diagnoosien kirjaamiseen ja niiden parantamiseen kotihoidon lääkärikäynneillä. Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilannetta pyritään parantamaan ja aliravitsemusriskissä olevien määrää koetaan vähentää. Asiakkaille turvataan hoitoon pääsy entistä paremmin ja palveluita pyritään järjestämään asiakaslähtöisesti laadukkaasti, tehokkaasti, joustavasti ja siten, että asiakkaat ovat tyytyväisiä kotihoidon palveluihin. Henkilöstön osaaminen varmistetaan riittävällä ja osaavalla henkilöstöllä. Tuetaan työyhteisöjen ja henkilöstön jatkuvaa osaamista sekä huolehditaan jatko- ja täydennyskoulutuksista sekä työhyvinvoinnista. Taloudellisesta näkökulmasta painopisteet kohdentuvat lisätä välittömän asiakastyön osuutta ja kohdennetaan työ entistä paremmin. Lisäksi kehitetään organisaatio- ja osastorajat ylittäviä hoitoprosesseja merkittävimmissä potilasryhmissä. (Heikkuri 2013.)

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena on tuottaa tietoa, jolla henkilökuntaa tuetaan työyhteisöllisesti ja heidän osaamistaan vahvistetaan koulutuksen avulla. Koulutuksen ja työyhteisön tuen avulla mahdollistetaan entistä parempi hoitotyön kirjaus ja kohdennettu välitön työ ammatillisesti laadukkaasti. Lisäksi tulosten pohjalta voidaan toimintamallissa olevien ohjeiden mukaan kehittää osastorajojen ylittäviä hoitoprosesseja joustavimmiksi eri ammattiryhmien ja asiantuntijatahojen keskuudessa.

Muistisairaanhoidossa korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon eri portaiden välinen yhteistyö, joka vaatii erityisesti tiedon kulkua niiltä työntekijöiltä, jotka kohtaavat muistisairasta asiakasta päivittäin. Tässä yhteydessä he ovat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöitä. Muistisairaalle toteutetaan säännöllistä

seurantaa kotihoidossa asiakkaalle kuuluvalla kirjallisella dokumentoinnilla. (Erkinjuntti ym. 2006, 524.) Käyttösoireiden syntyyn vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen ja sovitun hoidon toteutuminen vaativat myös hoitotiimin panostusta. Omaiset ja läheiset on hyvä ottaa mukaan hoitoon ja he ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita tiimille. Hoidolle asetetaan selkeät tavoitteet, auttamismenetelmät ja tavoiteaikataulut sekä sovitaan miten hoitoa seurataan ja dokumentoidaan. (Eloniemi-Sulkava & Vataja 2007, 77.)

5.2 Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015- kansanterveysohjelma

Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015-kansanterveysohjelma mukaan Ikääntyvien terveydellisiin päätöksen teon linjauksiin kuuluu pyrkimys ehkäistä ikääntyneiden sairauksia, edistää toimintakykyä ja kuntouttaa, siten että se tukee autonomisen elämän edellytyksiä. Näihin tavoitteisiin on tarkoitus puuttua niin, että ikääntyneiden mahdollisuudet toimia aktiivisesti yhteiskunnassa ovat paremmat muun muassa tietotaitojaan sekä itsehoitovalmiuksiaan parantamalla, jotta he voivat elää mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää. Itsenäisen elämän turvaamiseksi toimintakyvyn alentuessa kehitetään lähi-, asumis- ja liikenneympäristöjä. Näihin tavoitteisiin kunnat pyrkivät muun muassa kuntasuunnitelmaan liittyvässä vanhuspoliittisessa strategiassa, osana hyvinvointipoliittisia ohjelmia, liikennesuunnittelussa sekä lähiöalueiden kehittämisessä ja täydennysrakentamisessa. Lisäksi yhdessä kuntien kanssa toteutetaan vanhustenhuollon palvelujen kehittämisohjelma, jossa kehitetään iäkkäiden henkilöiden arkielämässä ja pitkäaikaishoidossa tarvittavia hoiva- ja huolenpitopalveluita uutta teknologiaan hyödyntäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b.)

5.3 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Tämän projektin tausta liittyi yleisesti kotihoidon työntekijöiden kokemukseen kohdata iäkkäitä dementiaa sairastavia käytöshäiriöisiä kotihoidon potilaita. Kotihoidon hoitotyöntekijöiden keskuudesta on selvennyt, että erityisesti dementi-

aa sairastavien iäkkäiden potilaiden hoitaminen on käytöshäiriöiden vuoksi vaikeaa kotihoidon käynneillä ja aiheuttaa usein ahdistuneisuutta, turhautuneisuutta ja jopa pelkoa hoitajille. Siten käytösoireiden on todettu aiheuttavan myös merkittävästi henkistä uupumusta hoitotyöntekijöillä, etenkin lähi-, perus- ja kodinhoitajien keskuudessa. Mittelmannin, Rothin, Haleyn ja Zaritin (2004) tutkimuksessa käytösongelmat ovat tärkeimpiä ennustajia hoitajien korkeasta stressitasosta. Vaikka käytösongelmat ovat huomattava ongelma Alzheimerin tautia sairastavilla, on huomioitava myös hoitajien yksilölliset erot vastaanottaa potilaan käytöshäiriötä.

Vatajan (2004, 2477) mukaan olisi hoidon kannalta asianmukaisinta, että käytösoireita pyritään hoitamaan perusterveydenhuollossa ja toteaa, että varsinkin kotisairaanhoidon, vuodeosastojen, vanhuksia hoitavien yksiköiden sekä kehityksessä olevaan muistipoliklinikkatoimintaan osallistuvien lääkäreiden ja hoitajien käytösoirekoulutus on tärkeää. Lisäksi Vataja (2004) lisää, että aktiivinen ja määrätietoinen toimintaote kaikilla hoidon porrastuksen tasoilla sekä kaikissa dementian vaiheissa ovat käytösoireiden hoidon lähtökohta. Hoitotyön näkökulmasta on olennaista, että potilas huomioidaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. (Heimonen 2001.)

Tämän kehittämisprojektin tarve koettiin tärkeäksi kehittämisprojektin kohdeorganisaatiossa Vallilan kotihoito 2 lähipalvelualueella, jossa toiminta kohdentuu Länsi-Pasilaan (Helsingin kaupunki 2013a).

5.4 Projektin tarkoitus ja tavoite

Tämän projektin tarkoituksena oli kehittää kotihoidon henkilökunnan valmiuksia kohdata dementiaa sairastava käytöshäiriöinen potilas. Projektin tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa kotihoidon henkilökunnalle toimintamalli käytöshäiriöisen potilaan kohtaamiseen.

5.5 Projektin eteneminen

Projekti aloitettiin syksyllä 2012 laatimalla aiheesta projekti-idea. Tämän jälkeen aihetta tarkasteltiin teorian pohjalta tekemällä siitä kirjallisuuskatsaus, joka käsiteltiin esiselvitysseminaarissa tammikuussa 2013. Esiselvitysseminaarin jälkeen aihetta täsmennettiin projektisuunnitelmaksi, joka käsiteltiin suunnitelmaseminaarissa toukokuussa 2013. Kesällä ja alkusyksystä valmisteltiin esiselvitys ja projektisuunnitelma hyväksyttävään muotoon. Projektisuunnitelma hyväksyttiin syksyllä 2013. Joulukuussa 2013 kerättiin haastatteluaineisto kotihoidon henkilökunnalta. Haastattelu koski heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan iäkkäiden muistisairaiden potilaiden käytöshäiriöistä ja haasteellisista kohtaamistilanteista kotihoidossa. Aineisto litteroitiin ja analysoitiin viiveellä maaliskoukokuussa 2014, minkä jälkeen alettiin suunnitella tutkimustulosten pohjalta toimintamallia. Loppuraporttiseminaari pidettiin elokuussa 2014.

5.6 Projektioorganisaatio

Projektilla pitää olla selkeä organisaatio, jossa eri osapuolten vastuut ja roolit on selkeästi määritelty. Projektille perustetaan hankkeen tärkeimmistä sidosryhmistä koostuva ohjaus/johtoryhmä. Ohjaus/johtoryhmän tehtävänä on valvoa hankkeen edistymistä ja arvioida tuloksia, hoitaa tiedonkulkua tärkeimpien sidosryhmien ja projektin välillä, tukea projektipäällikköä suunnittelussa ja projektin strategisessa johtamisessa. (Silfverberg 2005, 49–50.)

Tämän projektin ohjausryhmään kuului projektipäällikkö, joka on terveydenhoitaja YAMK opiskelija Tina Di Rubbo. Lisäksi siihen kuului Vallila 2 Lp alueen kotihoidon ohjaaja, opiskelijan mentori, joka on kotihoidon päällikkö, sekä opiskelijan opettajatuutori yliopettaja Turun ammattikorkeakoulusta. Projektiryhmään kuului YAMK opiskelija, joka vastasi useimmista projektiin liittyvistä tehtävistä. Lisäksi siihen kuului Vallila 2 Lp alueen kotihoidon ohjaaja ja opiskelijan mentori. Projektiryhmään nimettiin myös kaksi vapaaehtoista hoitajaa, jotka vastasivat osittain projektin osatehtävistä, kuten esimerkiksi toimintamallin

suunnitteluun osallistumisesta ja siihen liittyvistä käytännön järjestelyistä huolehtimisesta. Heille määriteltiin selkeät roolit, valtuudet ja vastuut. He pystyivät myös tekemään sisäistä arviointia projektissa ja esittämään muutosehdotuksia. Kuitenkin selvät toimijatasojen roolit, kuka päättää lopullisesti asioista oli sovittu. (Silfverberg 2005, 50.)

Projektipäällikkö vastaa yleisen johtamisen lisäksi työsuunnitelmien laatimisesta, hankkeen seurannasta ja sisäisestä arvioinnista, henkilöstön palkkaamisesta, henkilöstöhallinnosta, hankinnoista ja taloudellisista kysymyksistä sekä raportoinnista ja tiedottamisesta. Näitä tehtäviä voidaan delegoida muullekin projektihenkilöstölle, vaikka varsinainen vastuu on projektin vetäjällä. (Silfverberg 2005, 49–50.)

6. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kotihoidon henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia iäkkäiden muistisairaiden potilaiden käytöshäiriöistä ja haasteellisista kohtaamistilanteista kotihoidossa. Saatua tietoa oli tarkoitus käyttää lähtökohtana suunniteltaessa kotihoitoon toimintamalli käytöshäiriöisen potilaan kohtaamiseen.

Tutkimusongelmat:

Miten kotihoidon hoitajat kuvaavat muistisairaiden potilaiden käytöshäiriöitä ja niistä johtuvia hankalia tilanteita?

Minkälaista tiedollista ja taidollista tukea kotihoidon hoitajat kokevat tarvitsevänsä käytöshäiriöisten muistisairaiden potilaiden kohtaamisessa?

6.2 Perustelu tutkimusmenetelmälle

Tämä tutkimus on toteutettu laadullisella eli kvalitatiivisella aineistonkeruumenetelmällä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisella tutkimuksella tarkastellaan merkitysten maailmaa, joka on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Näistä ihmisten antamista merkityksistä asioille syntyy merkityskokonaisuuksia, joita ovat ihmisten kuvaukset omasta koetusta todellisuudestaan ja joita he pitävät elämässään tärkeinä sekä merkityksellisinä. Ihmisten kuvaamien kokemusten ja käsitysten avulla luodaan vihjeitä, joiden avulla tehdään tulkintoja ja ratkaistaan arvoituksia. Tulkintojen avulla luodaan tutkimuksessa malleja, toimintaperiaatteita ja kuvauksia tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2009, 97–98 ; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 152–155.)

Tässä tutkimuksessa on päädytty laadulliseen tutkimustapaan, koska näin on saatu mahdollisimman monipuolinen ja laaja kuva perus- ja lähihoitajien ja kodinhoitajan omakohtaisista kokemuksista ja elämysmaailmasta dementiaa sairastavan asiakkaan käytöshäiriöistä kotihoidossa. Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan tämä tutkimusmenetelmä kuvaa parhaiten todellista elämää. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole ennako-oletuksia tutkimuskohteesta tai tutkimusten tuloksista, vaan teoria rakentuu aineistolähtöisestä analyysistä, ikään kuin alhaalta ylöspäin. Tämä laadullinen tutkimus on ilmaissut parhaiten todellista elämää tiedonantajien puolelta ja sen tuloksista on saatu tähän tutkimukseen runsaasti materiaalia.

6.3 Tutkimusjoukko

Tiedonantajat koostuivat kotihoidon hoitotyöntekijöistä. Perus- ja lähihoitajat sekä kodinhoitaja saatiin mukaan tähän tutkimukseen tutkijan omasta työpai-kasta kotihoidon työyhteisöstä. Tutkittavien joukko koostui naispuolisista perus- ja lähihoitajista ja yhdestä kodinhoitajasta, jotka olivat valitut kotihoidon henkilö-kunnasta arvonnalla osastonhoitajan toimesta. Osastonhoitaja teki arvonnasta tiedonantajista siten, että ryhmään valittiin kuusi lähi- ja perushoitajaa ja yksi kodinhoitaja. Ryhmään valittiin perus-/lähihoitajat seuraavilla kriteereillä < 3 vuotta alalla olleet 2 kpl, > 3-8 vuotta alalla olleet 2 kpl ja > 8 vuotta alalla olleet 2 kpl. Perus- ja lähihoitajat olivat enemmistönä edustava joukko. Kodinhoitaja osallistui vähemmistönä ryhmähaastatteluun yhden hoitajan edustuksella. Arvalla valintaan valituille hoitajille valittiin myös varajäsen, joista kukaan ei kuitenkaan ollut sinä päivänä paikalla, kun haastattelu toteutettiin. Alun perin ryhmään lupautui seitsemän haastateltavaa, mutta lopullisessa haastattelutilanteessa paikalle ilmestyi viisi haastateltavaa, jotka olivat alle 3 vuotta alalla olleet 2 kpl, 3-8 vuotta alalla ollut 1 kpl, yli 8 vuotta alalla ollut 1 kpl ja yli 10 vuotta alalla ollut kodinhoitaja 1 kpl.

Tutkimukseen osallistujille kerrottiin tutkimuksesta ja heille annettiin myös saatekirje. Saatekirjeestä selvisi tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, myös teemakysymykset haastateltavat saivat aluksi nähtäväkseen noin 2 tuntia ennen haastattelua. Haastateltaville kerrottiin suullisesti ja kirjallisesti että he olivat tietoisia tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta sekä olivat vapaita keskeyttämään haastattelun myös niin halutessaan. Saatekirje liitteenä. (Liite 3.)

6.4 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Haastattelut pääsivät käynnistymään selvitettyäni hoitajien suostumuksen ryhmähaastatteluun. Haastattelu toteutettiin rauhallisessa huoneessa yhdessä viiden hengen ryhmässä teemaryhmähaastatteluna noin 1,5-2 tunnin aikana.

Tämän tutkimuksen aineiston keruunmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka on laadullinen tutkimusmenetelmä (Kylmä & Juvakka 2007, 22). Teemahaastattelussa edettiin kahden teeman ja niihin liittyvien 11 tarkentavan kysymyksen parissa. Teemahaastattelu avoimuudessaan on lähellä syvähaastattelua. Metodologisesti tässä haastattelumenetelmässä korostetaan haastateltavien itsensä tulkintoja asiasta, heidän antamiaan merkityksiä asioille sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 75–77.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, johon tutkija on laatinut valmiit teemat. Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan ne keskeiset teema-alueet, joita tutkimushaastattelussa on välttämätöntä käsitellä. Tutkimushaastattelu tallennetaan ääninauhoitteelle. (Vilkkä 2009, 101; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 97.) Teemahaastattelun luonne on rajatumpi sekä ohjaavampi kuin avoimen haastattelun perustuessaan selkeisiin teemakysymyksiin. Ryhmähaastattelun osallistujien keskinäinen vuorovaikutus ja toinen toisiensa ajatuksien kehittäminen ja haastaminen luo uusia ulottuvuuksia yhteiseen tarinaan ja merkityksiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 84–88.)

Haastattelutilanteessa pyrittiin luomaan yhteisöllinen tunnelma, jossa haastateltavat saivat mahdollisimman vapaasti ilmaista omia ajatuksiaan ja näkemyksi-

ään omien tunteidensa tulkkeina. Lisäksi haastattelija pyrki kiinnittämään huomiota omaan asennoitumiseensa olemalla tasapuolinen ja välttämällä ennako- asennoitunutta tunnelmaa sekä pyrkien olemaan johdattelematta tilannetta. Haastattelija pyrki kuitenkin rohkaisemaan haastateltavia keskusteluun luomalla vapaan ja sallivan sekä rauhallisen ilmapiirin eleillään ja olemuksellaan. Tee- mahaastattelurunko on liitteessä 2.

6.5 Sisällön analyysi

Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä, jotta tutkimuksen tulokset saadaan esille. Induktiivisessa sisällön analyysissä sisältöä kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin. Analyysissä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2012, 112–119.)

Sisällön analyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jota käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sen avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Sisällön analyysiä käytetään paljon hoitotieteen tutkimuksissa aineistojen analysoinnissa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 134.) Burns & Grove (2005) määrittävät sisällönanalyysin menetelmäksi tiivistää aineistoa, jolloin tutkittavia ilmiöitä kuvataan yleistävästi.

Ääninauhoitteelle tallennettu laadullinen aineisto on useimmiten tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sanasanaisesti. Tätä nimitetään litteroinniksi. Aineisto litteroidaan teema-alueiden mukaisesti. Aineiston käsittelyssä tulee pyrkiä säilyttämään mahdollisimman pitkälle se mitä on sanottu ja miten se on sanottu. Kun aineisto on kerätty ja kirjoitettu tekstiksi, se täytyy analysoida nopeasti, jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin. (Kylmä & Juvakka 2012, 111–112; Hirsjärvi ym. 2012, 222–223.) Tässä tutkimuksessa analysoitiin viiden tiedonantajan ryhmäteemahaastattelu. Viiden tiedonantajan haastatteluaineisto äänitettiin, siirrettiin tietokoneelle ja muutettiin tekstimuotoon suoraan litteroimal-

la eli puhtaaksi kirjoittamalla se sanasanaisesti tietokoneelta Word-tiedostoon. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 132.)

Haastatteluaineisto kirjoitettiin auki sanatarkasti. Tekstiä tuli yhteensä 14 sivua A4-paperiarkkia 1½ rivivälillä kirjoitettuna ja tekstin molemmissa reunoissa oli kahden sentin marginaalit. Haastatteluaineiston tekstimuotoon muuttaminen ja tallentaminen koneelle helpottivat ja paransivat tutkimusaineiston järjestelmällistä läpikäyntiä, aineiston ryhmittelyä ja luokittelua (Vilkkä 2005, 115.) Muun muassa Sandelowski (1994) korostaa sitä, että auki kirjoitettu aineisto saa itsenäisen roolin suhteessa haastatteluun ja siitä tulee tutkijan raaka-aineistoa.

Lisäksi aineiston teemakysymyksien järjestelmällinen läpikäyminen edisti aineiston analyysia. Tutkija teki itse aineiston litteroinnin, joka antoi tutkijalle hyvän mahdollisuuden tutustua aineistonsa perusteellisemmin. Aineiston analysointi tehtiin sisällön analyysiä hyödyntäen.

Aineistolähtöinen sisällön analyysi kuvaa parhaiten tutkittavien merkitysmaailmaa ja sen tavoite on tutkittavien ajattelu- ja toimintatapojen ymmärtäminen tutkimuksessa käytettyjen luokitusten ja mallien avulla. (Vilkkä 2005, 141.) Induktiivinen sisällön analyysi lähtee aineistosta käsin. Tätä aineistolähtöistä sisällön analyysiä kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina vaiheittain. Raportointi etenee aineistolähtöisesti. (Latvala & Vanhanen – Nuutinen 2003; Kyngäs & Vanhanen 1999; Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 135.)

Tässä laadullisessa tutkimuksessa aineiston pelkistäminen aloitettiin tulostetusta paperiversiosta, jossa tutkimuskysymykset ohjasivat aineiston sisältöä. Tutkimuskysymykset nostivat esiin aineistosta ne asiat, joihin tutkija halusi kysymyksillä selvyyttä. Toisin sanoen lukemalla tekstiä useaan kertaan ja miettien tutkimuskysymystä alkoi tutkijalle hahmottua ne keskeisimmät asiat, joita tutkija halusi esiin tutkimukseensa ja vastaukseksi tutkimuskysymyksiin.

Pelkistämisellä tarkoitetaan sitä että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävän mukaiseen kysymykseen. Tämän prosessin jälkeen pelkis-

tetyt ilmaisut kirjataan ylös mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kun ne ovat alkuperäisessä aineistossa, jonka jälkeen ne kerätään listoiksi, joita voidaan kutsua aineiston tarkistuslistoiksi. Tämä on kategorioinnin muodostamisen ensimmäinen vaihe. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Sisällön analyysissä ensimmäiseen vaiheeseen liittyy analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valinnan ratkaisee tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Useimmiten analyysiyksikkö on sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysiä. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135).

Tässä laadullisessa tutkimuksessa määriteltiin analyysiyksiköiksi muodostuvat lausumat ja ajatuskokonaisuudet. Aineistosta nousi esiin yhteensä noin 49 lausumaa ja ajatuskokonaisuutta.

Seuraava vaihe oli ryhmittely, jolloin pelkistetyt ilmaisut eriteltiin erilaisuuksien ja samankaltaisuuksien mukaan. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan ja sen jälkeen annettiin kategorialle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Tässä vaiheessa tutkija itse tulkitsee, mitkä ilmaisut voidaan yhdistää samaan kategoriaan ja mitkä ei. Näin aineistossa edettiin yhdistäen samansisältöiset kategoriat toisiinsa ja muodostettiin niistä yläkategorioita. Yläkategorioille annettiin niitä hyvin kuvaava nimi, joka kuvasi parhaiten yhteen kooten niitä alakategorioita, joista se oli muodostunut. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Lopullinen tulos syntyi abstrahoinnin eli johtopäätösten tasolla. Ilmaisut eivät enää edustaneet vain tutkittavia tapauksia, vaan siirtyivät yleisemmälle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. Tutkimusaineisto järjestettiin siihen muotoon että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja lausumista ja siirtää ne siten yleiselle käsitteelle ja teoreettiselle tasolle. (Metsämuuronen 2008, 48.) Vähittäisen pelkistämisen, ryhmittelyn ja

abstrahoinnin avulla muodostettu synteesi tuottaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin (Kylmä & Juvakka 2012, 119).

7. TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Muistisairaiden potilaiden käytöshäiriöt ja niistä johtuvat hankalat tilanteet

7.1.1 Hoitotyötä rajoittava käytöstapa

Tässä tutkimuksessa ilmeni että kotihoidon hoitajat kokivat yleisesti muistisairaahan potilaan kohtaamisen hankalaksi, juuri muistisairaahan käytöshäiriöiden monimuotoisuuden takia. Käytöshäiriöt rajoittivat hoitajien jokapäiväisten töiden tekemistä. Kotona asiakkaan luona tehtävät hoitotoimenpiteet ja muut työt oli vaikea toteuttaa, koska asiakkaiden mielialat ja tunnelmat vaihtelivat kovasti. Hoitotyön vaikeutuminen koettiin monella tärkeällä osa-alueella hankalana. Tutkimuksen tuloksena syntyi hoitotyötä rajoittava käytöstapa -yläluokka, joka sisälsi alaluokat: hoitokielteisyys päivittäisessä avun tarpeessa, seksuaalisviritteinen käytös, aggressiivinen ja uhkaava käyttäytyminen ja sanallinen kaltoin kohtelu, joka lamautti ja rajoitti hoitajan toimintaa.

Hoitokielteisyys

Hankalina pidettyjä käytöshäiriötilanteita kohdattiin satunnaisesti asiakkaiden kohdalla päivittäin hoitajan mennessä asiakkaan kotiin. Asiakkaalla saattoi olla ailahteleva mielentila, hän oli hermostuneen oloinen ja hätäinen omien asioidensa kanssa - hoitaja huomasi, että asiakkaalla oli hätä. Asiakas saattoi olla erityisen harmissaan ruuasta, jota hänellä oli tarjolla tai joku muu syy saattoi olla mielialaa hämmentävä. Äkilliset mielialan vaihtelut aiheuttivat hoitokielteisyyttä monessa suhteessa. Asiakas saattoi kieltäytyä lääkkeiden otosta, suihkuuksista ja yleisesti tehtävistä pienistä avuista kotona, joka hoitajan oli määrä tehdä.

ku yks ei suostunu menee suihkuun ja et se oli aina iso ongelma...se suihkuun meneminen

asiakas ei ole aina ottanut lääkkeitään ja kieltäytyy niiden ottamisesta

Aggressiivinen ja uhkaileva käyttäytyminen

Hoitajat kokivat erittäin epämiellyttävänä sellaiset tilanteet, joissa asiakas suorastaan esti hoitotyön tekemisen ottamalla ranteesta kiinni tai heiluttelemalla keppiä uhkailuna. Joskus oli jopa esiintynyt kepillä ”kopauttelua” ja hoitaja oli ajettu ovesta ulos. Väkivaltaiset uhkailut olivat myös osa uhkaavaa käyttäytymistä. Potilaan aggressiota esiintyi usein aamuisin ja päiväsaikaan sekä erityisesti tilanteissa, joissa hän tarvitsi apua henkilökohtaisissa toimissaan. Hoitajaa oli estetty tekemästä hänelle kuuluva hoitotyö potilaan luona, mikä vaikeutti hoitosuunnitelman tavoitteellista toteutumista.

estää niinku menemästä ja tullaan tavallaan niinku siihen eteen ettet tuu tänne...

sitten on tosiaan tota ihan kävelykepillä siis tota...kopautettu...ei nyt kovaa, mutta kuitenkin on tultu hoitajan reviirille

Seksuaalisviritteinen käyttäytyminen

Seksuaalisviritteinen käyttäytyminen koettiin ahdistavana etenkin miesten puolelta. Miehet saattoivat tehdä seksuaalisviritteisiä ehdotuksia, katseita ja eleitä, jotka koettiin erityisen epämiellyttävinä. Erään muistisairaana iäkkään naisen lähelle tulo oli usean hoitajan mielestä ahdistavaa ja jopa provosoivaa, vaikka hänen itsensä mielestä se sisälsi vain estotonta vitsailua lempeämielisesti.

ystävällismielistä estottomuutta et puhellaan vaan ja kuvitellaan että hoitaja voi kaikkiin henkilökohtaisuuksiin vastata...

sit on semmosii käytöshäiriöitä et ne tulee niinku kiinni iholle, että tullaan kaulalemaan...liian lähelle

Sanallinen kaltoin kohtelu

Usein hoitajat kokivat henkistä väkivaltaa. Erään haastateltavan mielestä sanallinen väkivalta koettiin loukkaavampana kuin fyysinen väkivallan uhkaus tai lievä uhkayritys. Asiakkaat saattoivat huutaa ja räyhätä sekä syytellä varkaaksi. Hoitajaa saatettiin syyttää, että asioita ei ollut hoidettu hyvin ja sitten haukuttiin kirouksilla ja nimiteltiin loukkaavasti henkilökohtaisuuksiin viittaavilla viesteillä. Lisäksi se kosketti syvältä kun asiakas puhui toisesta hoitajasta pahaa toiselle, koska silloin tiedettiin että asiakas syytteli hoitajaa ja tämän työtapoja myös tämän itsensä poissa ollessa.

sellanen toisen hoitajan haukkuminen siitä ja se on mun mielestä kyl yks sellanen pahin asia myöskin että kerrotaan ”mitä se ei ole tehnyt se toinen” eilen ja meidän pitäisi sit siihen ottaa kantaa.

se että syytetään varastamisesta...

tota että huutavat ja räyhäävät ja tämmöstä niinku kovaa syyttelyä monta kertaa.

7.1.2 Ammatillisen osaamisen hallinta

Hoitajat kokivat selviytyvänsä käytöshäiriöistä johtuvista hankalista tilanteista ammatillisen osaamisen hallintataitojen ansiosta sekä asiakasta pitkään hoitaneina. Tässä yläluokassa voitiin erottaa alaluokat: käytösoireen tunnistaminen ja vuorovaikutuksellinen osaaminen sekä turvallinen ja rauhallinen käyttäytyminen.

Käytösoireen tunnistaminen ja vuorovaikutuksellinen osaaminen

Asiakkaiden tuntemus auttaa hoitotyössä ja asiakkaiden kohtaamisessa. Koettiin että asiakkaan pitkällinen tuntemus antaa valmiuksia ennakoida tilanteita ja tunteenpurkauksia. Kokemus on myös käytännön tietoa, miten asiakas saattaa käyttäytyä ja käytännön myötä hoitaja on oppinut, mikä keneenkin tehoaa. Oma

rauhallinen käyttäytyminen vaikuttaa asiakkaan kohtaamisessa, kyky osata vaihtaa puheenaihetta ja rauhoittelu. Hoitajat kertoivat yrittävänsä laukaista tilanteita keskustelemalla asiakkaan kanssa ja pyrkimällä sovittaa tilanne rauhalliseksi, että pystyivät jatkamaan työtään. Tämä koettiin niiden hoitajien keskuudessa, jotka olivat olleet pidempään työelämässä.

kun on näitä asiakkaita oppinut tuntemaan ja tietää näitten asiakkaitten...mitkä niinku aiheuttaa näitä käytöshäiriötä ja tietää näistä käytöshäiriöistä et miten kukaki käyttäytyy...niin siinä tavallaan niinku osaa jo ohittaa sen tavallaan ...että ei niinku lähe niihin mukaan

sun pitää olla hyvä suhtautumaan näihin asiakkaisiin silleen, että oikealla tavalla oikeeseen asiakkaaseen, koska kaikki samat toiminnathan ei tepsii aina kaikkiin

Turvallinen ja rauhallinen käyttäytyminen

Hoitajat kertovat selviytyvänsä tilanteesta olemalla näyttämättä omia tunteitaan ja toimimalla ammattimaisessa rauhallisessa roolissa. Vaikka asiakas on kiihtynyt niin koettaa hoitaja itse olla rauhallinen ja suhtautua oikealla asenteella asiakkaaseen ymmärtämällä että tämä on sairas ja sairauden oireisiin kuuluu tämänkaltainen käytös.

Mä oon huomannu sen että ...ite pitää pystyy olemaan niinku rauhallinen et sä et voi siinä mitenkään kiihtyy vaikka toinen on miten hirveen kiihtyneessä tilassa...et pitää niinku ite semmosen rauhallisen olon ja yrittää rauhottua et mitä tässä nyt...mä ainaki sillai oon saanu yleisenä nää kaikki tilanteet puhumalla

7.1.3 Muistisairauden merkkejä

Kysyttäessä, miten hoitajat pyrkivät tunnistamaan alkavan muistihäiriön, muodostui vastauksista muistisairauden merkkejä -yläluokka, joka sisälsi alaluokat: toimintakyvyn ja asioiden hoitamisen heikentyminen tuntemattomasta syystä sekä käyttäytymisen ja itseilmaisun muutoksia.

Toimintakyvyn ja asioiden hoitamisen heikentyminen tuntemattomasta syystä

Hoitajien kokemana asiakkaiden muistisairauden puhkeamiseen liittyvä epäily ja tunnistaminen saivat alkunsa usein heidän päivittäisten toimintojensa hankaloitumisesta. Asioita saatettiin tehdä rutiinin perustuen ja uusia asioita oli vaikea oppia, lääkkeet jäivät ottamatta ja tavarat katoilivat. Kauppakäynnit muuttuivat hankalaksi, koska siellä ei osattu enää tehdä järkeviä ostoksia. Kotiin saattoi kertyä laskuja, joita ei kyetty hoitamaan, kun ei oikein tiedetty miten ne pitäisi hoitaa. Joskus kyseltäessä asiakkaat kertoivat lisäksi epäilevänsä oman muistin toimintaa.

silleen et tulee joku uusi tilanne vaikka uus reitti kauppaan, niin se voi olla hirveen ylitsepääsemätön ja turhia ostoksia tulee kaupasta

unohtaa päivämäärät, unohtaa että on joku tietty lääkäriaika

Muistisairauteen viittaava masennus saatettiin tunnistaa ja pelkästään se käynnisti epäilyn. Hoitajat raportoivat asiakkaan passivoitumisesta, joka ei oikein jaksanut innostua mistään, ei nouse mielellään hoitajan käynneillä vuoteesta ja haluaa eristäytyä sosiaalisista kontakteista.

vetäytyminen näistä sosiaalisista ympyröistä, harrastuksista, ei jaksaa lähteä

ja tietysti se kodin siisteys, ihmisen oma hygienia, kuinka jaksaa pitää sitä yllä...se voi olla kans mun mielestä merkki siitä

Käyttäytymisen ja itseilmaisun muutoksia

Hoitajat raportoivat asiakkaiden kertovan ja toistelevan samoja asioita moneen kertaan ja puhelevan tekemättömistä asioista, vaikka ne oli jo tehty. Useat asiakkaat sivuuttivat muistiin liittyvät ongelmat heiltä sitä kysyttäessä tai huoma-

nessa, etteivät asiat enää suju. He perustelevat etteivät tarvitse enää jotain toimintaa tai pärjäävät arjessa tms.

jos rutiinit muuttuu jotenkin... ja sit tommoset syömisasiat

et toistaa samoja asioita, kyselee jatkuvasti samoja asioita

7.2 Hoitajien kokema tiedollisen ja taidollisen tuen tarve käytöshäiriöisen muistisairaahan potilaan kohtaamisessa

7.2.1 Tuen tarve

Hoitajat raportoivat, että tiedollinen ja taidollinen tuki käytöshäiriöisen muistisairaahan potilaan hoitamisessa ja kohtaamisessa oli tärkeää. He kokivat tarvitsevansa monella osa-alueella tukea ja tietoa. Vaikka osa tiesi, miten piti toimia, silti hoitaminen koettiin hankalaksi osittain. Tuen tarve -yläluokka sisälsi alaluokat kokemukseen perustuva ammatillinen kasvu, tuen tarve erityisasiantuntijoilta, osaamisen jakaminen ja kehittäminen työyhteisössä sekä tuen tarve kirjallisessa suunnittelussa ja dokumentoinnissa.

Kokemukseen perustuva ammatillinen kasvu

Kokemus hoitotyöstä ja asiakkaiden pitkällinen tuntemus eri tilanteissa on antanut vahvuutta hoitotyöhön. Vaikeita tilanteita koettiin purkaa ja ehkäistä yrittämällä vaihtaa puheenaihetta ja rauhoittelulla. Oli uskomusta myös omaan osaamiseen kun kyettiin ennakoimaan tilanteita ja asiakkaiden käyttäytymistä.

minä ainaki sanon että kokemus on niinku opettanut ehkä kaikkein eniten, mutta tota tietysti kaipais jonkun näköstä tukea

Tuen tarve erityisasiantuntijoilta

Haastateltavista niiden, joilla oli vähemmän kokemusta iäkkäiden potilaiden kohtaamisesta hankalissa käytöshäiriötilanteissa hoitotyössä, oli myös haas-

teellisempaa selvittää akuuttitilanteesta ja potilaan arvioinnista, varsinkin niiden, jotka olivat olleet vähän aikaa työssä tai olivat vastavalmistuneita. Koettiin että osaamisessa oli puutteita, joten helposti paikalle hälytettiin joku muu arvioimaan asiakkaan tilannetta. Hoitaja koki oman osaamisensa erittäin puutteelliseksi, miten pitäisi toimia akuuttitilanteissa. Akuuttitilanteissa oli soitettu poliisille, työparille, terveysneuvontaan tai terveydenhoitajalle ja pyydetty heiltä apua. Selvisi että yhteisiä hoitokäytänteitä ei ollut potilaiden hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Kaikilla hoitajilla oli omat tavat yrittää selviytyä akuuttitilanteista.

On olemassa yhteystiedot poliklinikalle, on kontakti poliklinikalle, Pyritään keskustelemaan asiakkaan tilanteesta ja seurataan vointia

siis se ensinnäki se arviointi siinä mikä on akuuttia, joillekin kaikille tämmösille käytöshäiriöisille niin mä hirveen helposti sitten annan ambulanssimiehille ja kutsun paikalle ja annan niitten arvioida tilanne

mä ainaki oon aika kädetön et mitä tehdä niinku näissä...niinku et mitä tehdään akuuttitilanteessa

terveydenhoitajaan voi ottaa yhteyttä...työpari voi olla ihan ensimmäinen

Osaamisen jakaminen ja kehittäminen työyhteisössä

Turvalliseksi koetaan etsiä vertaistukea omasta työyhteisöstä niiden hoitajien parista, jotka ovat kokeneet samankaltaista käytöshäiriötä asiakkaan keskuudessa. Sen lisäksi vertaistuen koetaan auttavan hoitajaa jaksamaan haastavassa hoitotyössä. Keskustelu muiden hoitajien kanssa työyhteisön tiimeissä koetaan auttavaksi ja omaa työtä tukevaksi ja tätä painotettiin haastattelussa varsinkin vähemmän aikaa työskennelleiden hoitajien parissa. Tärkeänä pidetään myös yhteisiä pelisääntöjä, joiden tärkeyttä halutaan korostaa ja tarkentaa asiakkaiden kanssa toimiessa. Yhteisten sääntöjen sopiminen toimintamalliksi koetaan omaksi turvaksi.

yleisesti tiimeissä käytäisiin läpi yleisiä pelisääntöjä, että on kaikilla samat säännöt että tehdään siitäkin huolimatta että vaikka toinen on hyvä hoitaja ja tekee mahdollisesti jotain niin silti kaikki mennään niitten yhteisten sääntöjen mukaan, et se on semmonen turva

kuitenkin hyvin sit sen jälkeen kun kentällä on ollut joku joku juttu niin sit niinku puretaan sitä niinku työyhteisössä silleen niinku et saa tietoa toisilta”onks se ennenki käyttäytyny näin ja mitä siin vois tehdä?

must ois hirveen hyvä tietää enemmän ihmisistä kun mä menen sinne...osaishi niinku huomioida sen minkälainen käytöshäiriö ehkä jollain on ja osais siihen asennoitua vähän mennessä

Tuen tarve kirjallisessa suunnittelussa ja dokumentoinnissa

Hoitajat kokivat kirjallisen suunnittelun hankalana. Hoitosuunnitelman teko koettiin hankalaksi. Peruskirjaamisen koettiin olevan jotenkin hallussa, mutta hoitosuunnitelman teko koettiin hankalaksi. Lisäksi yhtenäisissä kirjaamisissa oli eroavaisuuksia. Koettiin että kirjaaminen oli hankalaa, mutta parityöskentelystä oli hyötyä. Erikoistuneen sairaanhoitajan apua tarvittiin ja sitä painotettiin monessa yhteydessä.

yhteistyössä jos mahdollista tämmösen psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa tai ainaki sitte jos on tämmönen mielenterveys erikoistunut lähihoitaja...et kyl mun mielestä siinä tarvitaan semmosta erilaista tukea, kun ihan tämmöstä normi asiakkaan hosun suunnittelussa

mä oon kokenu et se ois hirveen hyvä niitä vois tehdä kahdestaan, sit siin vois keskustella niistä tarpeista, tavoitteista ihan niinku kunnolla

7.2.2 Tiedon tarve

Tiedon tarve -yläluokka sisälsi alaluokat: tiedon tarve muistisairaahan ihmisen hoitamisessa ja kohtaamisessa, lääketietämys, simulaatiotilanteet koulutusmenetelmänä ja audiovisuaaliset tilanteet koulutusmenetelmänä.

Tiedon tarve muistisairaahan ihmisen hoitamisessa ja kohtaamisessa

Vaikka osaamista oli kokemusperäisestä kohtaamisesta, koettiin että lisätieto ja tuki muilla osa-alueilla olivat tarpeen. Koulutusta kaivattiin lisää varsinkin nuorempien ja vähemmän kokeneiden hoitajien kohdalla, mutta myös työelämässä pidempään olleet hoitajat kaipasivat lisätietoa dementiapotilaan hoitamiseen. Koettiin että potilaan kohtaaminen on erittäin tärkeää ja siitä pitäisi saada lisää tietoa ja koulutusta.

jotenkin sitä kaipaa sitä koulutusta...niin kun muistan ite , et oonks mä ollu edes missään tämmösissä koulutuksissa

Kyl mä niinku sanoisin et just se kohtaaminen...et just ku se on niin tärkeätä, miten sä osaat niinku kohdata asiakkaan

Lääketietämys

Lääketietämys koettiin tärkeänä. Puutteita ilmeni lääkkeiden sivuvaikutuksista. Lääkehoidossa koettiin myös että annosjakelun myötä lääketietämys on tullut huonommaksi ja kuitenkin taso lääkehoidon kohdalla on oltava korkealla.

nää psyykelääkkeet muuttuu koko ajan ni meillä pitäs olla ihan siis tämmönen oppitunti näistä lääkkeistä erikoisesti sivuvaikutuksista, me ei tiedetä kohta enää mikä menee mihinkin

annosjakelu on hyvä, mutta toisaalta taas huono, meil on lähteny tavallaan vähän tää lääketietämys

Simulaatiotilanteet koulutusmenetelmänä

Kun hoitajilta tiedusteltiin mitä opetusmenetelmiä he haluaisivat, heidän mielestään kehittävimmit olivat erityisesti erilaiset simulaatiotilanteet. Vaikeasti kohdattavien potilaiden kohdalta niiden sisältö koettiin mielekkäiksi. Ne olivat olleet innostavia ja mielenkiintoisia oppimisen kannalta. Hoitajat kokivat sellaiset opetustilanteet hyödyllisiksi, missä pääsi itse osallistumaan tilanteiden esittämiseen. Esitystilanteiden kohdalla koettiin myös että siinä samalla oli tilaisuus purkaa omia tuntejaan ja tilanteiden aiheuttamia ahdistuksen tunteita muiden virkatovereitten läsnä ollessa. Esitetyistä tilanteista oli jäänyt paljon hyviä ja arvokkaita muistikuvia asioiden oppimisessa.

eikös ois aika hyvä sellanen että tota näyteltäs joku tilanne ja sitten sitä ruvetas sitä kautta pohtimaan...

ja siin voi alkaa purkaaki sitä...et sit ku sä vaan esität sitä tulee aina mieleen joku ikävä tilanne, niin samalla se purkautuu ulos mielestä.

Audiovisuaaliset esitykset koulutusmenetelmänä

Luennot koettiin vähemmän kiinnostaviksi. Ne koettiin mielenkiinnottomiksi ja huonosti ymmärretyiksi. Opetusmenetelmänä niitä kritisoitiin juuri kuulijan ja luennoille osallistujien yleisesti koetun passiivisuuden takia. Ainakin jos oli luentoja, niin niihin olisi ollut tarvetta saada mielenkiintoisia esiintyjä, jotta niitä jaksaa kuunnella. Videoilta katsottuja kohtaamistilanteita kehuttiin antoisiksi.

parempi on myös se et on joku tilanne videolla ja sit siit videosta keskustellaan, koska usein ihmiset seuraa paremmin sitä videota kun et joku vaan selittää sielä edessä...

niin luennot ei yleensä kyllä... ne hyvin huonosti menee perille

8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUSTULOKSISTA

Dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen potilaan kohtaaminen ja hoitaminen koetaan useimpien kansallisten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan erittäin haastavaksi ja hoitotyön toteuttamiseen kokonaisvaltaisesti tarvitaan paljon tietotaitoa siihen osallistuvilta hoitajilta. Siten kävi ilmi myös tämän tutkimuksen tuloksista. Tämän työn tulosten mukaan hoitajien tiedon ja taidon sekä yhteisöllisen tuen tarve dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen asiakkaan kohdalla oli runsas. Haastateltavat jakautuivat mielipiteinensä selkeästi kahteen ryhmään iän ja kokemuksen mukaan, mutta kuitenkin kaikilla hoitajilla oli yhtäläinen tarve saada tietotaitoa hoitamiseen ja tukea hankaliin tilanteisiin asiakkaiden kanssa. Ne jotka olivat olleet pidempään työelämässä, toimivat enemmän intuitiivisesti ja vanhan tiedon pohjalta, mutta kaikesta huolimatta heillä oli myös tarve saada uutta tietoa ja tukea potilaan hoitamiseen. Ne, jotka taas olivat aloittaneet tai olleet vähemmän aikaa töissä kokivat, että heillä ei ollut mahdollisuuksia eikä tietoa ja osaamista riittävästi tehdä hyvää hoitotyötä käytöshäiriöisen potilaan kohdalla.

Päätuloksina voidaan ilmoittaa, että käytöshäiriöisen potilaan kohtaamisessa hoitajat kaipaavat enemmän koulutusta potilaiden kohtaamiseen ja muistisaira-an käytösoireiden tunnistamiseen. Lisäksi hoitajat tarvitsevat henkistä tukea jaksamiseensa työyhteisöltä sekä konsultaatioapua asiantuntijatahoilta. Täydennykseksi koulutusmuotoja on lisättävä ja kehitettävä siten, että ne vastaavat tulevaisuudessa hoitajien tarpeita. Tulosten perusteella lisäksi erityisesti kokemattoman kotihoidon työntekijän olisi saatava dementiapotilaan kohtaamiseen koulutusta jo ensisijaisesti työt aloittaessaan nimenomaan kotihoidossa, jossa dementiapotilaita esiintyy yhä enemmän. Kotihoidossa työskentely tapahtuu pääasiallisesti yksin ja hoitotyön arviointi ja päätöksenteko on ensisijaisesti hoi-

tajan vastuulla. Hoitajan osaaminen on tärkeää varmistaa koulutuksella sekä varmistaa ne asiantuntijatahot, joihin voi ottaa yhteyttä tarvittaessa.

8.1 Hoitotyötä rajoittava käytöstapa

Tutkimusongelmaan 1 liittyen ilmeni, että hoitajat kokivat yleisesti muistisairaana käytöshäiriöisen asiakkaan hoitotyön hankalana toteuttaa. Usein asiakkaat eivät olleet hoitomyönteisiä ja hoitokielteisyys ilmeni monella tapaa. Yleisimpään käytöshäiriöön kuului levoton olotila rauhattomuutena, joka aiheutti hädän tunnetta, mutta dementoitunut ei kyennyt erottelemaan syitä tilanteeseen. Yli 90 %:lla lievästi dementoituneista potilaista esiintyy haitallisia käytöshäiriöitä, tavallisimpia ovat levottomuus, ahdistuneisuus ja harhaluulot. Dementoitunut ei välttämättä pysty kertomaan kivusta tai huonovointisuudesta, mikä voi näkyä aggressiivisuutena tai rauhattomuutena. (Muistisairaudet: Käypä hoito suositus 2010 ; Suomen muistiasiantuntijat ry 2013-2014; Vataja 2004; Erkinjuntti ym. 2006.)

Päivittäinen perushoito koettiin hankalana muistisairaana kieltäytyessä auttamistoimista, kuten peseytymisestä, lääkityksestä ja jopa ruokailusta juuri levottomuuden ja ahdistuneisuuden takia. Käytösoireiden esiintymistä Eloniemi-Sulkavan ja Vatajan (2007) mukaan voi edistää myös kliinisen tilan äkillinen muutos, kuten kipu, infektiot ja muut sairaudet. Siten käytöshäiriöiden taustalla voi ilmetä myös monia muita syitä, joita olisi osattava ottaa huomioon käytöshäiriöitä pahentamassa sekä akuuttien tilanteiden muodostumisessa.

Erittäin vastenmielisenä koettiin hoitoa rajoittavat tekijät, joita olivat aggressiivisuus sekä uhkaileva käyttäytyminen, mitkä kohdistuivat hoitajan toimenpiteiden suorittamiseen. Saatettiin tönä, uhkailla tai käydä kiinni siten, että hoitajan oli keskeytettävä hoitotoimenpide ja poistuttava paikalta. Eloniemi-Sulkavan ja Vatajan (2007) muistisairaana kohdalla aggression ilmentäminen on usein avoimempaa ja normittomampaa kuin kognitiivisesti terveillä ihmisillä. Saarnio ym. (2013) mukaan taudin edetessä käytösongelmat voivat luoda turvallisuusegelmiä hoitajien keskuuteen dementoituvan kognitiivisten kykyjen heikentyessä.

Sanallinen herjaaminen ja seksuaalisviritteiset ehdotukset estivät ja veivät hoitajan epämieluisaan tilanteeseen, joka vaikutti hoitotyön loppuun viemiseen. Eloniemi – Sulkavan ja Vatajan (2007) mukaan myös aiemmat psyyken – ja persoonallisuuden häiriöt, kuten tunne-elämän epävakaus, epäluuloisuus, psykiatriset häiriöt ja päihteiden käyttö vaikuttavat käytösoireisiin ja niiden sisältöön.

Ihmisen persoonallisuudella ja elämänhistorialla todettiin olevan yhteyttä käytöshäiriöihin. Käytösoireita on pyritty selittämään mukautumiskyvyn heikkeneemisellä, joka johtaa dementiasairaahan turhautumisherkkyyteen. Muita teorioita ovat myös mahdolliset ympäristön kuormitustekijät ja aikaisemmat luonteenpiirteet. Kognitiivisten kykyjen heikentyminen aiheuttaa turvattomuuden tunnetta dementoituneessa. (Vallejo-Medina ym. 2005 ; Koponen 1999; Saarnio ym. 2013.)

8.2 Ammatillisen osaamisen hallinta

Käytösoireen tunnistaminen ja vuorovaikutusosaaminen oli osaltaan niiden hoitajien hallinnassa, jotka olivat työskennelleet pidempään ja tunsivat potilaita entuudestaan. Kokeneemmat hoitajat kertoivat, että asiakasta kohdatessa piti olla itsellä rauhallinen ja turvallinen käytöstapa. Nuoremmat kokivat yllättäviksi ja lamauttaviksi tilanteet niiden asiakkaiden kanssa, joita eivät tunteneet ja joiden käytöshäiriöiden esiintyminen oli muutenkin epäselvää. Saarnion (2013) mukaan aikaisempien tutkimusten mukaan vanhemmat ja kokeneemmat hoitajat käyttivät vähemmän fyysisiä rajoitteita ja heillä oli enemmän vaihtoehtoisia toimintamalleja kuin nuoremmilla hoitajilla. He luottivat siihen että heillä oli keino saada asiakas rauhoittumaan olemalla itse rauhallinen ja pyrkimällä keskustelemaan asiakkaan kanssa. Tärkeänä koettiin myös olla näyttämättä omia tunteitaan asiakkaalle.

Eloniemi – Sulkavan ja Vatajan (2007) mukaan hoitajien hyväntuulisuus sekä rauhallisuus ja toisaalta kireys ja uupumus peilautuvat herkästi potilaasta takaisin hoitotilanteissa.

Lääkkeettömissä hoitomuodoissa on kiinnitettävä huomiota hoitavien henkilöiden vuorovaikutustapojen lisäämiseen, koska potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde on eräs merkittävä tekijä käytösoireiden syntyemisessä ja esiintymisessä. Hoitajan on tunnistettava muistisairaahan käytösoireita ja kyettävä suhtautumaan ammatillisesti dementiaa sairastavaan henkilöön sekä pyrittävä käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja hänen auttamisekseen. (Nikkinen 2010.)

Gogia ja Rastogin (2009) mukaan vaikeudet kommunikaatiossa saattavat johtaa stressaavaan ja turhauttavaan tilanteeseen hoitajan ja potilaan välillä. Keskustellessaan hoitajan täytyy olla rauhallinen ja saada kuulijan huomio ennen kuin alkaa puhua. Henkilöä tulee lähestyä edestä ja puhua selkeästi käyttäen lyhyitä, tuttuja ja helppoja sanoja. Visuaalinen kommunikaatio – sekä kasvojen ilmeet sekä kehon kieli – on erittäin tärkeää.

Muistisairauden merkkeinä tunnistettiin toimintakyvyn ja asioiden hoitamisen heikentymistä päivittäisissä toiminnoissa ja vaikeuksia suoriutua niistä. Vaikeudet ilmenivät muun muassa hankaluutena oppia uusia asioita, muistaa tärkeitä tapahtumia tai lääkityksen säännöllisessä ottamisessa. Eloniemi-Sulkavan ja Vatajan (2007) mukaan aivomuutokset aiheuttavat erilaisia kognitiivisia muutoksia, jotka ilmenevät muistin heikkenemisen lisäksi vaikeutena toiminnan ohjauksessa, liikesarjojen suorittamisessa, hahmottamisessa sekä kielellisissä kyvyissä. Muutokset vaikeuttavat päivittäistä elämää ja selittävät dementoituneen ihmisen muuttuneita elämäntapoja.

Kauppakäynnit muuttuivat hankalaksi hoitaa ja laskut kasaantuivat, mikä oli eräs merkki muistisairaudesta. Huomaamattomat käytöshäiriöt ilmenivät siten, että asiakas ei ollut kiinnostunut mistään, ei halunnut sosiaalisia kontakteja, oli hiljainen ja vetäytyvä. Itseilmaisun vaikeutuessa asiakkaat kyselivät ja kertoivat useaan kertaan samoja asioita käynneillä, joihin kokenut hoitaja kiinnitti helposti huomion. Ongelmista raportoitiin terveydenhoitajalle ja asiasta keskusteltiin yleisesti tiimeissä, minkä johdosta muistisairauden etenemiseen ja tunnistamiseen asiakkaalle tehtiin alustava muistitesti.

Masennus on dementiapotilailla hyvin tavallinen ja esimerkiksi 20–50% Alzheimerin tautia sairastavista potilaista kärsii vakavasta masennuksesta.

(Erkinjuntti ym. 2006, 99–100). Masennusoireisiin tulee kiinnittää huomiota alkavassa tai edenneessä dementiassa. Alkuvaiheessa sairastunut saattaa masentua myös omasta tilanteestaan, kun ymmärtää sairastuneensa parantumattomaan tautiin. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2004.) Dementiapotilaan masennukseen liittyviä ominaisuuksia on surullinen tai ahdistunut ilme, itkuisuus, ärtyneisyys, aggressiivisuus ja levottomuus, motoriikan hidastuminen, psyykkisen energian vähyys sekä vähentynyt mielenkiinto ympäristöön ja ihmisiin. (Erkinjuntti ym. 2006, 99–100.)

8.3 Yhteisöllisen tuen tarve

Käytöshäiriöisten dementiaa sairastavien potilaiden hoitaminen kotihoidon käynneillä tavanmukaisesti yksin on henkisesti kuormittavaa ja haasteellista. Hoitajat kokivat osaamisensa perustuvaksi lähinnä kokemuspohjaiseen tietoon ja ammatilliseen kehittymiseen asiakkaan kanssa pidempään työskennellessä. Kuitenkin keinot tuntuivat rajallisilta ja hoitajat toivoivat lisää ammatillista konsultaatioapua asiantuntijatahoilta sekä yhteisöllistä tukea potilaan kohtaamiseen. Suomen muistiasiantuntijat ry:n (2013- 2014) mukaan hoitotyö on erittäin vaativaa, erityisvalmiuksia edellyttävää sekä haasteellista. Muistisairaahan ihmisen kanssa työskentelevältä vaaditaan vankkaa tietotaitoa, perehtymistä muistisairaahan maailmaan ja hänen erityispiirteisiinsä.

Akuuttien tilanteiden arviointi koettiin varsin hankalaksi. Ei ollut yhteistä sopimusta eikä käytäntöä, miten akuutissa tilanteessa toimitaan, vaan kaikilla oli omat keinonsa hälyttää apua paikalle tai konsultoida työtoveria tarvittaessa. Kuitenkin yhteisesti koettiin, että pitäisi olla sopimus, miten toimitaan ongelmatilanteessa ja kehen otetaan yhteyttä tarvittaessa. Ne hoitajat, jotka eivät kokee hallitsevansa tilannetta, toivoivat erityisesti että osaamista jaettaisiin ja kehitettäisiin vielä työyhteisössä. He kokivat itsensä avuttomiksi potilasta kohda-

nessaan, koska heillä ei ollut käytännön osaamista eikä teoretietoa potilaiden hoitamisesta. Hankalista käytöshäiriötilanteista selviämiseen haettiin apua omasta työyhteisöstä usein toisilta hoitajilta. Vertaistuellinen apu työyhteisöltä koettiin tärkeänä. Siljamon (2003) mukaan haasteellinen käyttäytyminen aiheuttaa hoitajille uupumista ja turhautumista.

Näiden tutkimustulosten valossa toivottiin että erityisasiantuntijan apua olisi enemmän saatavilla kotihoidossa. Lisäksi yhteisistä hoitokäytännöistä ja toimenpiteistä akuuteissa tilanteissa olisi sovittava tarkemmin. Kotihoidon henkilökunnan yhteisöllisiä tuki- ja toimintakäytänteitä dementiapotilaiden kohdalla tulisi järjestää uudelleen.

Tulevaisuudessa saattaa uhkana olla hoitajien väsyminen, jos toimintakäytäntöjä ei saada joustavammiksi dementiapotilaiden hoidossa sekä oireiden ennakoinnissa ja arvioinnissa. Jos hoitajat eivät saa tarvitsemaansa tukea, he väsyvät ja ylikuormittuvat töissä, mikä heijastuu taas suoraan sairaaseen ja haavoittuvaan dementiapotilaaseen ja saattaa tämän johdosta aiheuttaa lisääntyvän ”noidankehän” hoitotyössä. Siljamon (2003) mukaan hoitajien uupumiseen ja turhautumisen ehkäisemiseen olisi kiinnitettävä enemmän huomiota, koska hoitajien oma jaksaminen edesauttaa ehkäisemään haasteellista käyttäytymistä dementiapotilailla.

Eloniemi-Sulkavan ja Vatajan (2007) mukaan käytösoireiden syntyyn vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen ja sovitun hoidon toteutuminen vaativat hoitotiimin panostusta. Omaiset ja läheiset on hyvä ottaa mukaan hoitoon ja he ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita tiimille. Hoidolle asetetaan selkeät tavoitteet, auttamismenetelmät ja tavoiteaikataulut ja lisäksi sovitaan miten hoitoa seurataan ja dokumentoidaan. Työyhteisön rikkautena Saarnio ym. (2013) mukaan voidaan nähdä eri-ikäisistä ammattihenkilöistä muodostuva työtiimi, jolloin nuorempien hoitajien herkkyys ja vanhempien hoitajien rohkeus itsenäiseen työskentelyyn mahdollistavat laadukkaan muistisairauden hoitotyön.

Keskusteleminen yhteisesti tiimissä oli avuksi tukeen hoitajakohtaisesti. Yhteisiä pelisääntöjä painotettiin avustavaksi toimenpiteeksi asiakkaiden kohtaami-

sessä. Mittelmanin ym. (2004) tutkimuksessa hoitajien korkeat stressitasot olivat yhteydessä juuri dementiapotilaiden käytösongelmiin. Heidän tutkimuksensa mukaan täytyy huomioida hoitajien yksilölliset erot vastaan ottaa käytöshäiriöitä. Dementiapotilaita hoitavien omaisten ja hoitoyhteisöjen työntekijöiden tukeminen on ensiarvoisen tärkeää. (Koponen 1999.) läkkäiden hoitotyössä toimivat hoitajat kokevat työssään monenlaista stressiä, joka johtuu työyhteisöstä, työntekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta sekä hoitajan vuorovaikutuksesta vanhuksen ja hänen perheensä kanssa (Cohen-Mansfield 1995). Muistisairaana hoidossa korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon eri portaiden välinen yhteistyö, joka vaatii erityisesti tiedon kulkua kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiltä, jotka kohtaavat muistisairasta asiakasta päivittäin. (Erkinjuntti ym. 2006, 524.)

Mittelmanin ym. (2004) tutkimuksen tulokset osoittivat, että psykososiaalinen interventio voi tarjota hoitajille strategioita tulla toimeen oman reaktionsa kanssa entistä tehokkaammin. Lisäksi se osoitti että pidemmällä tuen annolla, neuvonnan, sosiaalisen verkoston ja muiden esitettyjen tukitoimintojen avulla potilaiden hoitokoteihin siirtyminen pitkittyy huomattavasti ja hoitajien stressi vähentyy. Tulokset merkitsevät sitä, että hoitajien ja potilaan välille on tarvetta kehittää asianmukaiset yhteydet lääkäreiden ja psykososiaalista tukea tarjoavien hoitajien kautta. Yhteydenotto palveluiden saamiseen on oltava joustavampi ja helpommin tavoitettava.

Myös eettiset haasteet, kuten vanhuksen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja ammatillisten vaatimusten täyttäminen aiheuttavat hoitajille stressiä (Von Dras ym. 2009).

Hoitosuunnitelman teko koettiin hankalaksi ja kirjaamisessa koettiin tuen tarvetta. Peruskirjaaminen oli jokseenkin selvää, mutta tarkempi kirjaaminen ja hoitosuunnitelman teko muistisairaana potilaan hoitotyöstä koettiin hankalaksi. Yhtäältä parityöskentelyä ehdotettiin eräänä ratkaisuna ja toisaalta sitten erikoistuneen sairaanhoitajan apu hoitotyön kirjauksissa koettiin mielekkäänä vaihtoehtona. Yhtenäisissä kirjauksissa oli eroja. Lisäksi kirjauksissa ilmeni, että niiden tekeminen koettiin myös haasteelliseksi. Tämä koski uudempia työntekijöitä

ensisijaisesti, koska vielä ei ollut saatu koneen hallintaa käyttöön ja dementiaa sairastavan potilaan tarkkailu ja hoito oli epäselvää. Tässä kaivattiin muun ohella erityistä apua. Myös pidempään työskennelleet työntekijät kokivat olevansa heikoilla ja kaipasivat myös apua systemaattiseen ja oikealaiseen kirjaukseen erikoissairaanhoidajalta.

Muistisairaalle toteutetaan säännöllistä seurantaa kotihoidossa asiakkaalle kuuluvalla kirjallisella dokumentoinnilla. (Erkinjuntti ym. 2006, 524.)

8.4 Koulutuksen ja tiedollisen tuen tarve

Tietoa kaivattiin koulutusten muodossa. Siljamon (2003) mukaan haasteellinen käyttäytyminen lisäsi hoitajien koulutustarvetta ja ammattitaidon kehittämistä varsinkin vuorovaikutustilanteissa. Yleisesti hoitajien koulutus koettiin tärkeänä. Spectorin ym. (2013) tutkimuksessa vahvan teoreettisen pohjan omaavat koulutusohjelmat koetaan tarpeellisiksi ja lisäksi johdon tuki koettiin erittäin merkittäväksi hoitotyössä.

Vatajan (2004) mukaan käytösoirekoulutusta tulisi järjestää erityisesti niille hoitajille, jotka työskentelevät kotihoidossa, kotisairaanhoidossa ja vanhuksia hoitavien yksiköiden sekä muistipoliklinikoiden työntekijöinä. Nikkisen (2010) mukaan hoitohenkilökunnan koulutus ja asenteet ovat avainasemassa hoidettaessa muistisairaita.

Hoitajat eivät olleet saaneet tarvittavaa koulutusta hoitotilanteisiin. Koulutustarve koettiin runsaaksi, tarpeelliseksi ja koulutusmetodeihin kaivattiin täydennystä, monimuotoisuutta ja sisältörikkautta, mieluiten ryhmissä toteutettaviksi. Suomen muistiasiantuntija ry (2014) mainitsee että tulevaisuudessa tarvitaan hoitotyön asiantuntijoita ja jatkuvaa koulutusta, jotta voidaan ylläpitää ja kehittää muistisairaanhoidon ihmisen hyvää hoitoa.

Hyvät kommunikaatiotaidot ovat tärkeä lähtökohta työssä, jossa joudutaan kohtaamaan asiakkaita ja potilaita päivittäin. Ilman niitä on mahdotonta perustaa vaikuttava sekä kunnioittava hoitosuhde niille, jotka palveluita tarvitsevat ja

käyttävät. Kertausta näistä taidoista ja säännöllistä palautetta tarvitaan ylläpitämään kommunikaatiotaitoja. Koulutuksen on todettu toimivan parhaiten, kun se on osa laajempaa sitoutumista työn laadun parantamiseen. Erityisesti kommunikaatiotaitoja tarvitaan dementiaa, Parkinsonin tautia tai aivoverisuonisairauksia sairastavien potilaiden hoidossa. (Moriarty ym. 2010.) Lääketietämyksestä kaivattiin lisää tietoa. Annosjakeluun liittymisen myötä hoitajat kokevat, että oma lääketietämys on huonontunut, koska lääkkeet menevät pusseissa eikä niitä itse enää jaeta.

Kotihoidon toimintaympäristön muuttuessa tehtäväkeskeisyydestä asiakasläh- töiseksi edellytetään työntekijöiltä uudenlaisen ammattitaidon oppimista, omien tietojen päivittämistä, kriittisyyttä ja aloitteellisuutta sekä luovuutta ja mahdolli- suutta tehdä asioita uudella tavalla eri ammattiryhmien kanssa. (Pohjonen 2001; Toljamo & Perälä 2008; Eloranta ym. 2012; Kuusela ym. 2010.) Lisäksi dementiapotilaan hoitaminen edellyttää ymmärrystä, joustavuutta ja kestävyys- ominaisuuksia, joita tyypillisesti kuluttaa väsymys ilman sopivaa tukea. Suuttu- muksen ja depression tuntemuksia voi kehittyä ja ne saattavat vaikuttaa poti- laan ja hoitajan vuorovaikutukseen. Vaikka ymmärrys häviää sairauden edetes- sä, potilas pysyy sensitiivisenä viestinnän sävyllä, joka voi edistää tai estää häi- riökäyttäytymistä. Lisäämällä hoitajien koulutusta voidaan heitä auttaa ylläpitä- mään tai parantamaan potilas-hoitaja suhdetta. (Prabhu ym. 2006.) Opetusme- netelmistä erilaiset simulaatio-opintotilanteet koettiin mielenkiintoisiksi, kun taas luennot eivät osaa hoitajista innostaneet. Niiden opettavaisuuden anti koettiin vähäisemmäksi. Moriarty ym. (2010) tutkimuksessa todetaan, että kansainväli- sesti ja etenkin kansallisella tasolla hoitajien koulutusohjelmien puute dementoi- tuneiden hoitokodeissa on ilmeinen. Koulutuksen menetelmällinen puutteelli- suus on myös tavallista. Tutkimuksessa korostetaan tarvetta hyvin määriteltyi- hin menetelmällisesti uusiviin opintoihin, jotka edistävät ja antavat ratkaisevia todisteita intervention vaikutuksista parantaa laatua dementia hoidossa.

Kusken ym. (2007) systemaattisessa katsauksessa arvioitiin erilaisia hoitohen- kilökunnan koulutusohjelmia. Osa opetusmateriaalista esitettiin work shopin muodossa. Enimmäkseen koulutuksissa käytettiin erilaisia menetelmiä kuten

luentoja, keskusteluja, videoituja esityksiä, roolipelejä ja kokemuksellisia harjoituksia. Myös aktiivisen oppimisen tekniikoita hyödynnettiin. Aivoriihiä, työkirjoja, kirjallista ja tosielämän palautetta käytettiin ja yhdistettiin. Lähes kaikki ohjelmat olivat ryhmässä toteutettavia. Spectorin ym. (2013) tutkimuksessa Iso-Britannian kansallisen dementiastrategian mukaan koko henkilökunnan tulisi saada dementian hoitoon erikoiskoulutusta. Koulutukset, jotka tarjoavat henkilöstölle strategioita hallita potilaiden käytöstä ja psyykkisiä oireita, tarjoavat ennakoivaa ja mahdollisesti kustannustehokasta toimintasuunnitelmaa oireiden hallintaan.

9. JATKOTUTKIMUSIDEAT

Tämä tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää kotihoidon henkilökunnan osaamista käytöshäiriöisten potilaiden kohtaamisessa kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen tärkeimpinä tuloksina nostettiin esiin koulutuksen ja teorian tiedon tarve sekä käytännön työssä konsultaatiotuen tarve asiantuntijahoitoilta. Varsinkin koulutusta dementiapotilaan hoitotyöhön ja kohtaamiseen kaivattiin lisää.

Tulevaisuudessa koulutuksen tarve tulee korostumaan erityisesti iäkkäiden dementiapotilaiden jäädessä enenevästi kotihoidon piiriin. Iäkkäiden ihmisten kotona olemista tuetaan erilaisin räätälöidyin ja asiakaslähtöisemmin tuen antamisen keinoin. Kotihoidon hoitajien eräs suurista haasteista tulee olemaan muistisairaiden käytöshäiriöiden kohtaaminen, hoidon ensiarviointi akuuteissa tilanteissa ja muu hoitoon liittyvä huomiointi. Jotta hoitotyö olisi vaikuttavaa, laadukasta ja taloudellista olisi tarpeellista keskittyä tehostettuun koulutuksen kehittämiseen juuri tämän vaikean potilasryhmän hoidossa.

Jatkotutkimusideana tulisi tarkemmin keskittyä selvittämään niitä koulutusmuotoja ja menetelmiä, mistä on koettu saatavan hyötyä hoitohenkilökunnalle dementiapotilaiden hoitamisessa ja kohtaamisessa. Jonka jälkeen niitä olisi suunniteltava ja kehitettävä toimivaksi koulutukseksi nimenomaisesti niihin työyksiköihin, joissa vaaditaan erityisosaamista vaikeakäyttöisten muistisairaiden potilaiden hoitamisesta. Koulutusten sisältöjä tulisi muokata potilaiden tarpeita vastaaviksi, mutta myös omaisten tietoisuutta asioista tulisi lisätä koulutuksen muodossa.

10. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Aineiston keruun luotettavuus-näkökulmaa edustaa tässä tutkimuksessa kuvaus aineiston keruusta ja analyysin seikkaperäisestä kuvauksesta, joka tehtiin kattavasti ottaen huomioon tutkittavien omakohtaiset kokemukset hoitotyön tilanteista sekä monipuolinen tutkittavien edustavuus työkokemuksellisesti. Lisäksi huomioitiin haastatteluteemojen selkeä kuvaus tutkittaville sekä teemakysymykset, jotka antavat tutkittaville mahdollisuuden vastata väljästi. Analyysissä esiintyy autenttisia suoria lainauksia haastattelutekstistä, joiden avulla annetaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun polkua. (Kylmä & Juvakka 2012, 131; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen aineiston ja sen tulkinnan on oltava yhteensopivia eivätkä teorian muodostukseen saa vaikuttaa epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. Lisäksi eräs luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Refleksiivisyys kuvaa oman toiminnan kriittistä tarkastelua. Tutkijan tulee siten arvioida koko ajan luotettavuutta suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan ja johtopäätöksiin. (Vilkkä 2009, 158–159; Routasalo 2012.) Esimerkki aineiston analyysistä liitteessä 1.

Luotettavuuden näkökulmasta vahvistettavuus ilmenee tämän tutkimusprosessin kirjaamisessa siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen kulkua pääpiirteissään (Yardley 2000). Raporttia kirjoitettaessa tutkimuksen tekijä hyödynsi muistiinpanojaan tutkimuksen eri vaiheista, kuten haastattelutilanteista, menetelmällisistä ratkaisuista ja analyttisistä oivalluksistaan (Malterud 2001).

Tutkimuksen siirrettävyyden näkökulmasta tutkimuksessa on annettu riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija kykenee arvioimaan siirrettävyyttä (Lincoln & Cuba 1985).

Tieteellisen tutkimuksen eettinen hyväksyttävyys, luotettavuus ja uskottavuus edellyttävät, että tutkimus tehdään noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (Etene 2013). Tutkittaville annetaan riittävä selvitys heidän oikeuksistaan, tutkimuksen tarkoituksesta ja luonteesta. Tutkimuksen periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. (Kylmä & Juvakka 2007, 148–150.) Tutkimuksen keskeinen periaate on ihmisarvon loukkaamattomuus, jota kunnioitetaan kaikessa lain tarkoittamassa tutkimustoiminnassa (Etene 2013).

Eettisesti oikein toimien tutkimuksen tekijän täytyy tehdä tietoon perustuva sopimus tutkittavan kanssa, jonka avulla pyritään välttämään haitan aiheuttamista tutkittavalle. Tutkimukseen osallistujaa on informoitava seuraavista asioista: tutkimuksen tarkoituksesta ja kestosta, tutkimuksen menettelytavoista sekä mihin tietoa tullaan käyttämään, kuka on tutkimuksen vastuhenkilö sekä mitkä ovat roolit ja millä perusteella osallistujat on valittu. On ilmoitettava mahdolliset tutkimuksesta koituvat haitat ja hyödyt, ennen kuin tutkittava tekee päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Lisäksi ilmoitetaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden nimettömyydestä ja yksityisyydestä tutkimukseen liittyen. Osallistujan tulee myös tietää, että hän voi halutessaan keskeyttää tutkimuksen ja keeneen ottaa yhteyttä, jos tutkimuksesta aiheutuu haittaa. Hän voi myös missä vaiheessa tahansa kysyä tutkimukseen liittyviä asioita. (Kylmä & Juvakka 2007, 148–150.)

Tässä tutkimuksessa haastateltaville ilmoitettiin ennen tutkimukseen osallistumisesta suullisesti ja kirjallisesti tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, minkä jälkeen he antoivat suostumuksensa haastatteluun. Suostumuskaavake saatekirjeen mukana (liite 3). Tutkimuslupa saatiin erityissuunnittelijalta Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta.

11. TOIMINTAMALLI KOTIHOIDON HOITAJIEN TUEKSI

Dementiaa sairastavat käytöshäiriöisen asiakkaan kohtaaminen on erittäin vaativaa ja haasteellista toteuttaa ilman minkäänlaista koulutusta tai perehtyneisyyttä asiakkaaseen. Hyvän hoitotyön takeena on tuntemus hänen tilanteeseensa ja käytöshäiriöisen asiakkaan oireisiin ja mielenmaailmaan.

Kotihoidossa olevien hoitajien innoittamana on opinnäytetyön tutkimustulosten ja kirjallisuuskatsauksen avulla tehty toimintamalli kotihoidon henkilökunnalle (liite 4), jonka tarkoituksena on antaa ohjeita ja tukea hoitotyön tehtävään sekä edesauttaa dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen asiakkaan kohtaamista ainutlaatuisella ammattitaidolla.

Toimintamallissa kiinnitetään huomiota arjen haasteisiin antamalla ohjeita vuorovaikutteiseen kohtaamiseen asiakkaan kanssa erilaisissa hoiva- ja hoitotilanteissa. Ohjeistus sisältää neljä erilaista teemaa, joiden alle on listattu selviä fraaseja, miten hoitajan tulee toimia ottaessaan huomioon asiakkaan vointi. Hoitamisessa ohjataan ottamaan huomioon muun muassa vuorovaikutus kommunikation avulla, ympäristöön liittyvät tekijät, kuten esimerkkeinä rauhallisuus ja kiireettömyys. Aktiviteetteihin liittyy asiakkaan ohjaaminen virikkeille kuten päivätoimintaan osallistuminen tai muu pienimuotoinen mieluisa askare kotona. Rutiinit antavat asiakkaalle turvallisuuden tunnetta ja niitä kehoitetaan pitämään yllä hoitoja tehtäessä. Näiden lisäksi ohjeissa esitetään koulutusmetodeja, mitä voi tiedustella omassa työyhteisössä järjestettäväksi ja koulutukseen hakeutumisen ohjeita intranetin kautta Helsingin kaupungin sivuilta.

Hoitotyön kirjaaminen on käytöshäiriöisen asiakkaan eräs tärkeimmistä toimenpiteistä, jotta lääkehoitoa ja muuta hoitoa sekä käytöshäiriöissä mahdollisesti tapahtuvia muutoksia voidaan valvoa ja hoitotyö olisi laadukasta, oikein kohdistettua ja vaikuttavaa. Hoitotyön kirjaukseen esitetään esimerkki ja ne pääkomponentit joiden avulla hoitotyön kirjaus tulee selkeämmäksi. Ohjeistuksissa an-

netaan ohje myös yleiseen akuuttiin vaikeahoitoisen potilaan hoitotilanteeseen ja mihin otetaan yhteys, kun omat taidot eivät riitä yksin ratkaisemaan ongelmaa.

12. KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Kehittämisprojektin aihe tuli hoitajien ehdotelmana työyhteisöstä, joka koettiin tärkeänä. Aluksi siihen oltiin innostuneita osallistumaan. Kotihoidon lähiesimies lupautui auttamaan ja osallistui valitsemaan tiedonantajat työyhteisöstä. Työn päästyä haastatteluvaiheen ohitse - työkiireet, henkilökunnan vaihtuminen estivät projektiryhmän kokoontumisia ja yhteisiä neuvotteluita. Kotihoidon päällikkö nimettiin työelämän mentoriksi, jolta aktori sai tapaamisajan ja tukea työtä koskeviin kysymyksiin, silloin kun oli tarvetta. Tapaamisia järjestettiin kolmen kuu-kauden välein noin vuoden ajan. Sen jälkeen mentori vaihtui, mikä osaltaan katkaisi yhteistyön. Lisäksi viimeisen puolen vuoden jakson ajalta opiskelijan jäädessä opintovapaalle, yhteistyö kotihoidon esimiehen ja työntekijöiden kanssa heikkeni. Lisäksi tutkimusluvan saamiseen meni yllättävän pitkä aika, jolloin työn tulosten lopullinen raportointi ja toimintamallin loppuun saattaminen sekä valmiiksi kirjoittaminen pitkittyi kesän 2014 puolelle. Loppuseminaariesitys saatiin valmiiksi elokuussa 2014.

Projektin työstäminen on ollut opettava ja antoisa kokemus projektin tekijälle, vaikka ongelmia, viivytyksiä esiintyi matkan varrella. Seuraavan projektin työstämisessä opiskelija pystyy tarkemmin miettimään, mitkä olivat ne asiat, mihin kannattaa ennakoida ja kiinnittää erityistä huomiota. Projektiryhmän innostaminen ja sitouttaminen tuntui olevan haasteellista. Työpaikalla esimiehellä on tärkeä päärooli sitoutua ensin itse ja sen jälkeen tukea kehittämiseen liittyvää ammatillista osaamista työyhteisössä. Tässä projektissa opiskelijan päätöksen teko oli aika itsenäistä ja siihen olisi toivonut enemmän yhteisiä keskusteluja työyhteisön puolelta, kiinnostusta työn etenemisestä ja sisällöstä. Työn tulosten osalta työ on ollut tuottoisa ja toimintamalli on saatu päätökseen syksyllä -2014 hyvin ohjein opiskelijan mielestä, vaikka työssä oli katkoksia, viivytyksiä ja eteneminen ei ollut ihan suunnitellun mukaista. Uskon toimintamallin tulevan työyhteisössä tarpeeseen, joka antaisi hoitajille käytännön ohjeita päivittäiseen hoitotyöhön.

Toimintamallia on tarkoitus hyödyntää työyhteisössä osana perehdyttämisen aikajaksoa laittamalla se esille tiimihuoneisiin. Lisäksi toimintamallista on tarkoitus tehdä asiarikas Power Point esitys omaan työyksikköön. Jos toimintamalli saa hyvän vastaanoton ja sen koetaan olevan mielekäs asiapitoisuudellaan, on opiskeijalla myös innostuneisuutta esittää toimintamallia myös muissa kotihoitoyhteisöissä laajemminkin.

LÄHTEET

Aarsland, D., Cummings, J., Jeffrey, L., Yenner, G. & Miller, B. 1996. Relationship of aggressive behavior to other neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 153 (2), 243–247.

Aittomäki, M. 2002. Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen kotihoidossa hoitajien näkökulmasta. *Opinnäytetyö*. Viitattu 24.4.2013.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/48519/Aittomaki_Mari.pdf?sequence=1

Burns, N. & Grove, S. 2005. *The Practise of Nursing Researc. Conduct. Critique and Utilization* (5th Ed). W.B. Saunders Company. Viitattu 12. 3. 2012.
www.elsevier.com/wps/product/cws_home/703625

Cohen-Mansfield, J. 1995. Stress in nursing home staff: A review and a theoretical model. *Journal of Applied Gerontology*. Vol. 14. (4), 444-446.

Coon, D. W., Thomson, L., Steffen, A., Sorocco, K. & Gallagher-Thompson, D. 2003. Anger and Depression Management: Psychoeducational Skill Training Interventions for Women Caregivers of a Relative with Dementia. *Gerontologist*. Vol. 43 (5), 678–689.

Eloniemi-Sulkava, U & Vataja, R. 2007. Käytösoireet – hoidon haaste. Julkaisussa Vuori U & Heimonen S-L. (toim).*Tue muistisairaahan ihmisen kotona asuminen - Opas ammattihenkilöstölle*. Perusoppaat. Julkaisu n:o 4

Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede. Journal of Nursing Science*. Vol. 24 (1), 14–26.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J & Huovinen, M. 2004. Muistihäiriöt. *Duodecim*. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. *Duodecim*. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino Oy. Tampere.

Etene. 2013. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Viitattu 3.6.2013
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17180&name=DLFE-593.pdf

Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, T., De Vito, E., Di Coccio, L. & Bauco, C. 2008. Health and Quality of Life Outcomes. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. artikkeli. Viitattu 11.1.2013
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-6-93.pdf>

Fox, P., Maslow, K., Zhang, X. 1999. Long-term care eligibility criteria for people with Alzheimer's disease. Health Care Financing Review 20. (4), 67-85.

Friedman, B., Delavan, R. L., Sheeran, T. H. & Bruce, M. L. 2009. The Effect of Major and Minor Depression on Medicare Home Healthcare Services Use. Journal of the American Geriatric Society. Vol. 57. (4), 669-675. Viitattu 12.12.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19392959>

Gogia, P.P. & Rastogi, N. 2009. Clinical Alzheimer Rehabilitation. Springer Publishing Company, New York, USA. Viitattu 17.12.2012
<http://site.ebrary.com/lib/turkuamk/Doc?id=10269599&ppg=175>

Hall, G. R., Buckwalter, K. C., Stolley, J. M., Gerdner, L. A, Garand, L., Ridgeway, S. & Crump, S. 1987. Standardized care plan: Managing Alzheimer's Patients at Home. Journal of Gerontological Nursing. Vol. 21. (1), 37–47.

Heikkuri, J. 2013. Kotihoidon strategia ja tulokortti 2012–2014. Helsinki.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim). 2001. Dementoituvan hoitopolku. Tamperepaino Oy. Tampere.

Helsingin kaupunki 2013a. Kotihoito. Viitattu 10.1.2013. <http://www.hel.fi/hki/sote/fi/Sairaala-%2C+kuntoutus+ja+hoivapalvelut/Kotihoito>

Helsingin kaupunki. 2013. sosiaali- ja terveystoimi. Helsingin kaupunki 2013a. Kotihoito. Terveystoimi>terveyspalvelut>kotihoito>kotihoidon palvelut ja maksut. Viitattu 10.1.2013
<http://www.hel.fi/hki/Terveystoimi/fi/Terveystoimi/terveyspalvelut/Kotihoito/Kotihoidon+palvelut+ja+maksut>.

Helsingin kaupunki 2013b. Sosiaali- ja terveystoimi. Hallinto. Viitattu 3.12.2012. <http://www.hel.fi/hki/sote/fi/Viraston+esittely/Hallinto>

Helsingin kaupunki 2014. Sosiaali- ja terveystoimi. Viitattu 4.6.2014. (Helsingin kaupunki 2014.) <http://www.hel.fi/hki/sote/fi/Viraston+esittely>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17 (3), 145–154.
- Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Koponen, H. 1999. Vaikeiden käytöshäiriöiden hoidon mahdollisuudet. *Duodecim*. Vol. 115.(15), 1629–1633. Viitattu 12.12.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo90403.pdf>
- Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M. C., Behrens, J. & Riedel-Heller, S. G. 2007. Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*. Vol. 19. (15), 818-841.
- Kuusela, M., Routasalo, P., Hupli, M., Johansson, K. & Eloranta, S. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. *Hoitotiede* 2 (22), 96–107.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 1999: 11(1). 3-12.
- Lincoln, Y. S & Guba, E. G. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Sage, Beverly Hills.
- Maailman Alzheimer raportti 2010. News Medical. September 21. Viitattu 8.10.2014. <http://www.news-medical.net/news/20100921/83/Finnish.aspx>
- Malterud, K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358 (11), 483- 488.
- McCann, J. J., Giley, D. W., Liesi, E. H., Beckett, L. A. & Evans, D. A. 1997. Concordance between Direct Observation and Staff Rating of Behavior in Nursing Home Residents with Alzheimer's disease. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. Vol. 52. (2), 63-72.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 5.10.2014. www.methelp.com/pdf/LTKsisal.pdf
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Haley, W. E. & Zarit, S. H. 2004. Effects of a Caregiver Intervention on Negative Caregivers Appraisals of Behavior problems in Patient with Alzheimer's disease: Results of Randomized trials. *The Journal of Gerontology: Psychological sciences* 59 B (1) January, 27-34.
- Moriarty, J., Kam, M., Coomber, C., Rutter, D. & Turner, M. 2010. Communication training for care workers: outcomes for older people, staff, families and friends. Research Briefing. Viitattu 12.12.2012
<http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing34.pdf>

Muistisairaudet (online). Käypä hoito- suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. Viitattu 15.4.2013. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=hoi50044>

Nikkinen, P. 2010. Etenevää muistisairautta sairastavan käytösoireet ja hoitotyön lääkkeettömät auttamismenetelmät – kirjallisuuskatsaus. Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 30.8.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010060811741>

Pohjonen, T. 2001. Työkykyä ylläpitävä toiminta kotipalvelutyössä. Teoksessa: Ilmarinen, J & Louhevaara, V. (toim.) Ikääntyvä arvoonsa. Ikääntyvien työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelma 1990–1996. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 17, Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy, 193–204.

Prabhu, L., Sheila M. (Editor); Molinari, V. A. (Editor) & Lomax, J.W. (Editor). 2006. Supporting the Caregiver in Dementia: A Guide for Health Care Professionals. Johns Hopkins University. Viitattu 16.1.2013
<http://site.ebrary.com/lib/turkuamk/Doc?id=10188487&ppg=169>

Qvick, L. 2008. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoidon perustana. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 30.4.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03163.pdf>

Routasalo, P. 2012. Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka. Luentomuisiin panot. Turun ammattikorkeakoulu.

Saarnio, L., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 1, 46–56

Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A. 2013. Iäkkäiden muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä toimivien hoitajien käsitys omastatunnosta. Hoitotiede 25 (1), 62–76.

Samuelsson, G., Sundström, G., Dehlin, O. & Hagberg, B. 2003. Formal support, mental disorders and personal characteristics: a 25-year follow-up study of a total cohort of older people. Health and Social Care in the Community. Vol. 11(2), 95-102.

Sandelowski, M. 1994. Research in Nursing & Health. Vol 17(6). p 479–482. Viitattu 9.10.2014.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770170611/abstract>

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Edita publishing Oy. Viitattu 9.10.2014.
http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Siljamo, A. 2003. Dementiaa sairastavien haasteellinen käyttäytyminen hoitajien näkökulmasta. Kirjallisuuskatsaus. Diakonia ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Silverstein, N. M. & Maslow, K. 2005. Improving Hospital Care for Persons with Dementia. New York, NY, USA: Springer Publishing Company. Viitattu 17.12.2012. <http://site.ebrary.com/lib/turkuamk/Doc?id=10265579&ppg=282>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013a. Sosiaali- ja terveystoiminta. Viitattu 4.4.2013 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystoiminta

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013b. Terveystoiminta 2015-kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:4. Viitattu 25.6.2013. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>

Spector, A., Orrell, M. & Goyder, J. 2013. A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioral and psychological symptoms of dementia. Ageing Research Reviews. Vol. 12. (1), 354-364.

Suomen Kuntaliitto. 2013. Kotihoito. Viitattu 4.4.2013. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/Sivut/default.aspx>

Suomen muistiasiantuntijat ry. 2013-2014. Viitattu 11.4. 2013. www.muistiasiantuntijat.fi.

Terveystoiminta ja hyvinvoinnin laitos. 2011. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 5.4.2013. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/Terveystoimintalaki_30.12.1326/2010.

Toljamo, M. & Perälä, M,L. 2008. Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palveluiden laadun muutokset PALKO-hankkeen aikana. Kysely kotihoidon henkilöstölle vuosina 2001 ja 2003. Stakesin raportteja 7/2008.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Tammi. Helsinki.
Vallejo-Medina. A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V & Kivelä. S – L. 2005. Vanhustenhoito. WSOY. Helsinki.

Vataja, R. 2004. Dementiapotilaan käytösoireita ei hoideta vain lääkkeillä: pääkirjoitus. Suomen lääkärilehti, Vol. 59 (24), 2477.

Vierula, H. & Soininen, H. 2012. Alzheimer avautuu hitaasti. Suomen lääkärilehti. Vol. 67(20), 1556–1558. Viitattu 6.1.2012. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL202012-1556.pdf>

Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Gummerus. Jyväskylä.

Yardley, L. 2000. Dilemmas in qualitative health research. Psychology and Health 15, 215-228.

Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P & Homes. W. 2003. Environmental correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units. *The Gerontologist*. Vol. 43 (5), 697–711.

Liite 1. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet (esimerkki).

Alkuperäisilmaus	Alaluokat ja pelkistykset	Abstrahointi (yläluokka)
<p><i>ku yks ei suostunu menee suihkuun ja et se oli aina iso ongelma...se suihkuun meneminen</i></p> <p><i>Niinku esimerkiks joku ruoka...et nyt on jotain väärää ruokaa esimerkiks...et nyt pitäis niinku äkkiä toimii</i></p> <p><i>Asiakas ei ole aina ottanut lääkkeitään ja kieltäytyy niiden ottamisesta</i></p>	<p>Hoitokielteisyys</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kieltäytyy suihkuun menosta ➤ Ruoka ei kelpaa ➤ Kieltäytyy lääkkeiden otosta 	<p>Hoitotyötä rajoittava käytöstapa</p>
<p><i>Uhkailuja kans on tullut, että lyö jollain puukolla tai jollaki...</i></p> <p><i>Sit on käyty ranteeseen kiinni</i></p> <p><i>...sitten on tosiaan tota ihan kävelykepillä siis tota...kopautettu...ei nyt kovaa, mutta kuitenkin on tultu hoitajan reviiirille</i></p>	<p>Agressiivinen ja uhkaava käyttäytyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Uhkaillaan hoitajaa ➤ Fyysinen väkivalta 	
<p><i>...Sellanen toisen hoitajan haukkuminen siitä ja se on mun mielestä kyl yks sellanen pahin asia myöskin että kerrotaan "mitä se ei ole tehnyt se toinen" eilen ja meidän pitäisi sit siihen ottaa kantaa.</i></p> <p><i>...se että syytetään varastamisesta...</i></p> <p><i>...tota että huutavat ja räyhäävät ja tämmösiä niinku kovaa syyttelyä monta kertaa.</i></p>	<p>Sanallinen kaltoin kohtelu</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Puhutaan pahaa kollegasta ➤ Syytetään varastamisesta ➤ Syyttelyä asioiden hoitamattomuudesta 	

Liite 2. Teemahaastattelurunko

Teema 1. Hoitajien kokemat hankalat tilanteet kotihoidossa

Minkälaisia käytöshäiriöitä ja niihin liittyviä hankalia tilanteita olette kohdanneet muistisairaiden potilaiden hoidossa?

Miten olette kokeneet selviytyväne käytöshäiriöistä johtuneista hankalista tilanteista?

Miten pyritte tunnistamaan huomaamattomat käytöshäiriöt (esim. masennus, apatia)?

Miten pyritte tunnistamaan alkavan muistihäiriön?

Teema 2. Hoitajien kokema tiedollisen ja taidollisen tuen tarve käytöshäiriöisen muistisairaana potilaan hoitamisessa ja kohtaamisessa.

Minkälaisena koette osaamisenne käytöshäiriöisen potilaan kohtaamisessa ja hoitamisessa? Mitä haluaisitte osata nykyistä paremmin?

Minkälaisena koette osaamisenne potilaan hoidon kirjallisessa suunnittelussa käytöshäiriöön liittyen (tarve-tavoitteet-keinot)?

Minkälaisena koette osaamisenne potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisessa käytöshäiriöiden osalta? (Esim. Mihin otatte yhteyttä muun muassa akuuttitilanteen takia? Miten seuraatte potilaan tilaa?)

Minkälaisena koet osaamisesi potilaan tilan seurannassa?

Minkälaisia opetusmenetelmiä toivoisitte koulutuksessa käytettävän?

Liite 3. Saatekirje/Dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen potilaan kohtaaminen kotihoidossa

Hyvä kotihoidon hoitotyöntekijä

Päiväys

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka tavoitteena on selvittää kotihoidon henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia iäkkäiden muistisairaiden potilaiden/kotihoidon asiakkaiden käytöshäiriöistä ja haasteellisista kohtaamistilanteista kotihoidossa. Projektin tavoitteena on tulosten perusteella suunnitella, kehittää ja toteuttaa kotihoidon henkilökunnalle koulutuskokonaisuus, jonka avulla kehitetään kotihoidon työntekijöiden kohtaamista muistisairaana potilaan kanssa.

Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana kotihoidon Vallila 2 LP kehittämishankkeeseen. Lupa aineiston keruuseen on saatu erikoissuunnittelija Anna-Liisa Niemelältä. Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamalla sen haastattelijalle.

Ryhmähaastattelut toteutetaan joulukuussa erikseen sovittavana ajankohtana työpaikalla. Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska osallistumisellasi olet mukana kehittämässä kotihoidon hoitotyöntekijöiden toimintamallia dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen potilaan kohtaamiseen. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat. Haastatteluun osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei tule vaikuttamaan tulevaan tiedonsaantiin.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on yliopettaja Marjo Salmela Turun ammattikorkeakoulusta.

Osallistumisestasi kiittäen

Tina Di Rubbo
Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja yamk-opiskelija
Nordenskiöldinkatu 20, Auroran sairaala. D-rakennus.

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa _____ opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Liite 4. Käytöshäiriöisen dementiasairaahan potilaan kohtaaminen kotihoidossa-
Toimintamalli

Tina Di Rubbo

**KÄYTÖSHÄIRIÖISEN DEMENTIA-
SAIRAHAN
POTILAAN KOHTAAMINEN KOTI-
HOIDOSSA
TOIMINTAMALLI**

Sisällys

1. JOHDANTO	2/91
2. TOIMINTAMALLIN TAVOITE JA TARKOITUS.....	3/92
3. DEMENTIAPOTILAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA	3/93
3.1 Kolme tapaa toimia edistyksellisesti asiakkaan hoidossa.....	4/94
3.2 Ohjeistus käytöshäiriöisen kohtaamiseen.....	5/95
4. KOULUTUSMENETELMÄT JA KOULUTUKSIIN HAKEUTUMINEN.....	6/96
5. HOITOSUUNNITELMAAN KIRJAAMINEN.....	8/97
6. VAARA- JA UHKATILANTEET.....	9/100
Lähteet.....	101

1. JOHDANTO

Käytösongelmat ovat Alzheimerin taudin haastavimpia ulottuvuuksia dementiaa sairastavan potilaan hoidossa. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitaminen on suurimpia hoitotyön haasteita kotihoidossa, koska hoitajat joutuvat melkein päivittäin selvittelemään haasteelliseen käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Kohtaaminen vaatii sen takia hoitajilta erityistä tietoa ja taitoa.

Hyvät kommunikaatiotaidot ovat tärkeä lähtökohta työssä, jossa joudutaan kohtaamaan asiakkaita ja potilaita päivittäin. Ilman niitä on mahdotonta perustaa vaikuttava sekä kunnioittava hoitosuhde niille, jotka palveluita tarvitsevat ja käyttävät. Kommunikaatiotaidoilla on ensiarvoinen merkitys hoitajien työskennellessä ikäihmisten kanssa. Erityisesti kommunikaatiotaitoja tarvitaan dementiaa, Parkinsonin tautia tai aivoverisuonisairauksia sairastavien potilaiden hoidossa. Näiden taitojen kertausta ja säännöllistä palautetta tarvitaan kykyjen ylläpitämiseen. Koulutuksen on todettu toimivan parhaiten, kun se on osa laajempaa sitoutumista työn laadun parantamiseen.

Haasteellinen käyttäytyminen lisää vanhusten kaatumisia ja tapaturmia ja aiheuttaa taloudellisia kustannuksia henkilökunnan uupumisesta aiheutuvina poissaoloina. Nämä ongelmat korostuvat yhtäältä niukkenevien hoitotyön resurssien myötä ja toisaalta laitoshoidon tarvitsevien dementoituvien vanhusten määrän kasvaessa.

Hoitotyössä tulee ottaa huomioon myös lainsäädännöllisten perusteiden läsnäolo ja niiden tärkeyttä ei voi koskaan liiaksi korostaa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1922/785 oikeuttaa potilaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Potilaan itsemääräämisoikeus edellyttää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilas ei mielenterveydenhäiriön tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Työpaikalla työturvallisuuslain 738/2002 mukaan työssä, johon liittyy väkivallan uhka, on työ ja työolosuhteet järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Tämä edellyttää, että työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen.

2 TOIMINTAMALLIN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena on syntynyt toimintamalli, jonka avulla perus-, lähi- ja kodinhoitajat saavat valmiuksia dementiaa sairastavan potilaan käytöshäiriöiden kohtaamiseen kotihoidossa.

Toimintamallin tarkoituksena on määrittää Helsingin Keskisen alueen Vallila 2 lähipalvelualueen kotihoidon yleiset toimintalinjat, joiden tavoitteena on ohjeistaa työntekijöitä ja siten parantaa dementiaa sairastavan käytöshäiriöisen potilaan hoitotilanteita kotona. Ohjeiden avulla on mahdollista myös ennaltaehkäistä fyysisiä ja psyykkisiä uhkatilanteita.

3 DEMENTIAPOTILAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA

Käytöshäiriöisen dementiapotilaan kohtaamiseen kotihoidossa vaikuttaa olennaisesti hoitajan antama vuorovaikutus, hoitoympäristö, päivittäiset rutiinit ja aktiviteetit.

Dementoituneesta huolehtiminen on aikaa vievä ja vaativa vastuutehtävä, koska Alzheimerin tauti vaikuttaa yksilön käyttäytymiseen, päivittäiseen toimintaan ja persoonallisuuteen. Ei ole mitään määriteltyä standardikuvausta Alzheimerin tautia sairastavan potilaan hoivasta. Jokainen tilanne on erilainen ja tilanteen haltuun ottaminen on usein ammatillisesti haastava tehtävä.

Ympäristö määrittää oleskeluympäristön ominaisuudet sisältäen fyysisen suunnittelun, elinympäristön melun sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen. Dementiaan sairastuneet tarvitsevat ympäristövaatimusten muuttamista, mihin he eivät itse kykene. Ympäristö sekä sisäiset stressitekijät voivat olla vaativia, ja ne aiheuttavat dementiaa sairastavalle tavallista enemmän ahdistusta ja levottomuutta kognitiivisen kyvyttömyyden kasvaessa. Ympäristön muutos vähentää stressiä ja edistää toiminnallisesti mukautuvaa käyttäytymistä, siksi asuinympäristö pyritään räätälöimään yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Aktiviteettien ylläpidon kannalta kotihoidossa dementiasairaana elämää tukee kotihoidossa oleva liikuntasopimus ja sen säännöllinen noudattaminen. Kerhotoiminta ja päivätoiminta ovat myös kotihoidossa dementiasairaana potilaan päivittäisen toimintojen perustoja, joita tulee mahdollisuuksien mukaan suositella potilaalle ja omaisille.

Pienet arkiaskareet auttavat päivittäin potilasta säilyttämään omaa toimintakykyä ja pitävät mielen virkeänä. Tehtävät jotka tukevat arkirutiineja ja ovat mieluisia toteuttaa, pitävät yllä potilaan selviytymistä fyysisesti ja henkisesti.

Vuorovaikutuksessa muistisairaalle tehdyt kysymykset voivat jäädä vastaustavalle, koska potilas ei välttämättä ymmärrä, mitä häneltä on kysytty. Vaikeudet kommunikaatiossa saattavat johtaa stressaavaan ja turhauttavaan tilanteeseen hoitajan ja potilaan välillä. Täytyy olla rauhallinen keskusteltaessa ihmisen kanssa, joka unohtaa nimet, taistelee sanojen kanssa, ei koskaan lopeta lausetta ja toistelee samaa fraasia yhä uudestaan. On olemassa useita strategioita, joita voi käyttää kommunikaation parantamiseen Alzheimerin tautia sairastavan potilaan kanssa.

Myös tavalla, millä hoitaja kohtaa haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen on vaikutusta tilanteen ratkaisuun. Myös hoitajien hoivaamisen taidolla on vaikutusta potilaan hoitoon. Lisäksi dementiapotilaan hoitaminen edellyttää ymmärrystä, joustavuutta ja kestävyys-ominaisuuksia, joita tyypillisesti kuluttaa väsymys ilman sopivaa tukea. Suuttumuksen ja depression tuntemuksia voi kehittyä ja ne saattavat vaikuttaa potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen. Lisäämällä hoitajien koulutusta voidaan heitä auttaa ylläpitämään tai parantamaan potilas-hoitaja suhdetta.

3.1 Kolme tapaa toimia edistyksellisesti asiakkaan kohtaamisessa

1. Persoonan käyttö

Persoonan käyttö tarkoittaa ihmisenä olemisen, huumorin ja luovuuden yhdistämistä dementoitunutta kohdatessa.

2. Järkiperäistäminen

Järkiperäistäminen on asioiden ja tapahtumien perustelua ja vakuuttamista, ohjaamista ja ympäristön muokkaamista.

3. Intuitiivinen toiminta

Hoitajan intuitiivinen toiminta ilmenee ennaltaehkäisyä, tilanteeseen mukaan menemisenä ja dementoituvan vanhuksen huomion ohjaamisena muuhun kohteeseen.

Seuraavalla sivulla on esitetty vuorovaikutukseen, ympäristöön, aktiviteettiin ja arjen rutiineihin yleisohjeita toimintamallissa, joiden avulla voi vaikuttaa kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön.

3.2 Ohjeistus käytöshäiriöiden kohtaamiseen

Vuorovaikutus	Ympäristö	Aktiviteetti	Rutiinit
<ul style="list-style-type: none"> •Käsittele henkilöä aikuisena, ei kuin lasta. •Kohtele henkilöä niin kuin haluaisit itseäsi kohdeltavan. •Älä muistuta henkilölle että hänen muistinsa on huono. •Pysy rauhallisena. Ole kärsivällinen ja joustava. •Älä koskaan riitele dementiaa sairastavan henkilön kanssa. •Älä pakota ihmistä tekemään jotain. •Kävele pois, rauhoitu ja yritä tehtävää myöhemmin uudelleen. •Rauhoita henkilöä pehmeällä äänellä ja kevyellä kosketuksella. •Hyväksy ja arvosta persoonan realiteettikuvaa. Älä asetu näitä tunteuksia vastaan. Salli hänen todellisuutensa olla olemassa. •Älä koskaan käytä fraasia ”sinä tiedät mitä teet” dementikon kanssa. •Kun potilas on levoton ja ärsyntyneenä, pidä mielessä että hän voi kokea kipua tai hänellä saattaa olla virtsatietulehdus. •Tarjoa ”vihjeitä” toivotusta käyttäytymisestä ja pyri ennakoimaan tilanteita •Muuta käyttäytymistä ja huomiota, kun tilanne muuttuu hankalaksi •Sitoudu hoitotyöntekijänä ja kuuntele sekä hyödynnä lähiomaisia, koska nämä usein tuntevat potilaan läheisesti. •Lähesty henkilöä edestä ja puhu selkeästi käyttäen lyhyitä, tuttuja ja helppoja sanoja. •Älä käytä pitkiä lauseita keskustellessasi potilaan kanssa. •Ole rauhallinen ja herätä kuulijan huomio, ennen kuin alat puhua. •Visuaalinen kommunikaatio – kasvojen ilmeet sekä kehon kieli – on erittäin tärkeää. •Huomaa, että potilas pysyy sensitiivisenä viestinnän sävyllä, joka voi edistää tai estää häiriökäyttäytymistä, vaikka ymmärrys häviää sairauden edetessä. •Hoitotilanteiden muuttaminen potilaan tarpeiden mukaiseksi ehkäisee häiritsevää ja kontrolloimatonta käytöstä. Ohjaa tarvittaessa potilaan huomio muuhun kohteeseen. •Ylläpidä sosiaalista vuorovaikutusta potilaan kanssa, mutta huomaa, että liiallinen sosiaalinen aktiivisuus voi pahentaa levottomuutta. •Ota kotoisa, helposti lähestyttävä rooli 	<p>Kotiympäristön sisustuksessa liialliset valot, seinä- ja lattiakuviot sekä lämpötila lisäävät rauhattomuutta ja oireilua riippuen stimulaation määrästä.</p> <p>Pidä kotiympäristö johdonmukaisena, hiljaisena ja rauhallisena.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hyödynnä tuttuja kuvia, musiikkia ja vanhoja esineitä tutun ympäristön luomisessa. •Pyri muokkaamaan potilaan ympäristö mahdollisimman helposti hallittavaksi. •Myös musiikin, hieronnan, kirkasvalon ja fyysisen hoitoympäristön on todettu ehkäisevän ja rauhoittavan käyttäytymistä. •Muista, että fyysinen harjoitus, oikea ruokavalio, hyvä yleiskunto ja sosiaalisuus ovat tärkeitä. 	<ul style="list-style-type: none"> •Suunnittele päivittäiseen toimintaan rakentavaa, merkityksen ja saavutuksen tunteen antavaa toimintaa. •Salli yksilön suorittaa niin paljon tehtäviä kuin mahdollista itseksensä, vaikka hoitajan olisi aloitettava aktiviteetti. •Kehitä hellä, säännöllinen ja kevyt fyysinen aktiviteetti. •Pidä aktiviteetit tutuina ja ohjeet helpoina. •Valitse aktiviteeteille paras aika päivästä, jolloin viretaso on korkeimmillaan yksilöllä. 	<ul style="list-style-type: none"> •Vähennä vaatimuksia ja varmista kiireetön ja stressitön rutiini. •Yksinkertaista tehtävät ja rutiinit. •Tarjoa ystävällisiä muistutuksia ja rohkaisua ja tarjoa kiitosta ja vahvistusta, kun tehtävä on tehty. •Käytä tuttuja rutineita. •Käytä vanhoja tapoja ja taitoja tunnistaaksesi ne rutiinit, mitkä ovat mieluisia ja mukavia. •Vältä tungosta. Pienet juhlat ja yksi vieras kerrallaan voi olla järkevämpää ja onnistuneempaa kuin suuri ihmisjoukko.

4 KOULUTUSMENETELMÄT JA KOULUTUKSIIN HAKEUTUMINEN

Käytöshäiriöisen dementiapotilaan hoidossa ja kohtaamisessa on avuksi vahvan teoriapohjan omaava koulutus, joka antaa valmiuksia toteuttaa hoitotyötä. Koulutukset, jotka tarjoavat henkilöstölle strategioita hallita potilaiden käytöstä ja psyykkisiä oireita, tarjoavat ennakoivaa ja mahdollisesti kustannustehokasta toimintasuunnitelmaa oireiden hallintaan.

Keskustele aluksi kehitymis- ja osaamistarpeistasi oman esimiehesi kanssa

Perehdytys hoitotyöhön on eräs tärkeimmistä tavoista sisäistää oma tehtävän kuva. Tutustu **Käytöshäiriöisen dementiasairaalan potilaan kohtaaminen kotihoitossa toimintamalliin** perehdytyksen yhteydessä.

Koulutuksia pääsee katsomaan HELMI Helsingin sähköinen työpöytä sivustolta, jonne pääsee työkoneella. Sosiaali- ja terveystieteiden sivulta pääset **HENKILÖSTÖ** sivulle, mistä vasemmalta palkin valikosta löytyy **KOULUTUS**, saavut Osaaminen ja kehittäminen sivustolle. Sivustolta löytyy **SOTE:n järjestämää koulutusta: kaupungin koulutuskalenterista**.

Työnohjausta kannattaa tiedustella, koska se on työssä oppimista tukeva, keskusteluun ja/tai toiminnallisiin menetelmiin perustuva prosessi. Ohjattavia tuetaan erilaisissa työhön liittyvissä pulmissa, kehitetään heidän vuorovaikutustaitojaan sekä edistetään ammatillista kasvua ja osaamista. Työnohjaus on tavoitteellista ja määräaikaista ja tapahtuu ohjattavan työaikana.

5 HOITOSUUNNITELMAAN KIRJAAMINEN

Kotihoidossa tehtävä hoitosuunnitelma perustuu FinCC (Finnish Care Classification) Suomalaisen hoidon tarveluokituksen mukaisiin kirjauksiin. Asiakkaan hoidon tarve on kansallisesti määritelty hoitotyön ydintieto, jota käytetään hoidon kirjaamiseen rakenteellisesti kotihoidossa ja terveydenhuollon yksiköissä.

Käytöshäiriöisen potilaan käyttäytymishäiriöiden kirjaaminen korostuu päivittäisessä hoitotyössä, koska sen avulla parannetaan jatkuvaa ja tärkeää tiedonkulkua hoitotyöstä ja lääkityksen vaikutuksista. Asiakkaan muuttuneita tilanteita voidaan seurata johdonmukaisemmin ja säännöllisesti sekä puuttua niihin ajoissa, jos hoitotyössä tehdään kirjaukset yhteisesti sovittuun kategoriaan täsmällisesti. Asiakastyössä tehdään/kirjataan **Hoitosuunnitelmaan**, johon kirjataan **TARVE- luokituksen alle mihin tarpeeseen asiakkaan hoitoa toteutetaan. Käytöshäiriöisen potilaan kohdalla on suositeltavaa rakentaa tarve pääluokkaan**

PSYKKINEN TASAPAINO

- Minäkuvan muutos- vaikeus oman itsensä hyväksymisessä ja hahmottamisessa → Kehokuvan muutos, Itsetuntohäiriö
- Ahdistuneisuus- epämääräinen selittämätön pahaolo
- Pelokkuus
- Mielialan muutos- mielialan lasku ja nousun vaihtelu→ Euforia, Maanisuus, Apaattisuus
- Masentuneisuus
- Harhaisuus
- Käyttäytymisen muutos- Itseä ja/tai muita häiritsevä käytös → Aggressiivisuus, Väkivaltaisuus, Itsetuhoisuus, toistuvat pakonomaiset toiminnot, Rauhattomuus
- Ahdistuneisuus- epämääräinen selittämätön pahaolo
- Persoonallisuuden muutos

Näistä yllä mainituista vaihtoehdoista valitaan kaikkein sopivin asiakkaan sen hetkiseen tilanteeseen. Sen jälkeen valitaan **TOIMINTO**-luokituksesta ne toiminnot, millä asiakasta ryhdytään hoitamaan.

TOIMINTO- luokitus eli keinot, miten hoitoa toteutetaan kirjataan PSYKKINEN TASAPAINO kategoriaan.

- Psyykkisen tilan seuranta → Havaintokyvyn häiriöiden tunnistaminen, Ajattelu- ja puhehäiriöiden tunnistaminen ja käyttäytymisen häiriöiden tunnistaminen
- Hoitosuhteen luominen → Omaha-ohjelmalla, perhe-, ryhmäkeskustelu, Potilaan todellisuuden kuunteleminen, ymmärtäminen ja tietoisuuden lisääminen
- Eri terapiamuotojen käyttäminen → Yksilö-, perhe-, kognitiivinen-, trauma-, kuvataide/taideterapia-, musiikki- ja valoterapia. Minäkuvan vahvistaminen ja tukemisen terapia.
- Mielialan seuranta
- Minäkuvan muutoksen hoito
- Todellisuustajun vahvistaminen
- Rauhoittaminen
- Psyykkinen tuki
- Sisäisen turvallisuuden vahvistaminen → Läsnäolo, Sylissäpito, Toivon ylläpitäminen, Lohduttaminen.
- Itsetuhoisen käytöksen estäminen
- Psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus
- Tilanteen läpikäyminen jälkeen

Päivittäisessä kirjaamisessa valitaan kaikki ne toiminnot, mitä on toteutettu ja kirjataan ne asiakaslähtöisesti. Näin saadaan näkyväksi kaikki hoitotyö, mitä asiakkaan luona on toteutettu. Tärkeintä on kuvata asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä. Valittuun toimintoon kirjataan vapaatekstiä, jos

- Toteuma poikkeaa hoitosuunnitelmaan suunnitellusta
- Hoitosuunnitelman sisältötekstit ovat puuttellisia tai ne eivät ole ajan tasalla
- Eriytilanteet (esim, kaatuminen tms.)
- Vointi on muuttunut ja akuutti seurantavaihe

Tulosluokitus eli arviointiluokkaan kirjataan, jos asiakkaan tilanne on:

Ennallaan, parantunut tai huonontunut. Tämä perustuu hoitajan ammatilliseen havainnointiin ja tapahtuu **A** -painikkeen kautta, johon vapaasti kirjataan miten tilanne on muuttunut.

Hoidon Tarve- luokituksen määrittely arvioidaan uudelleen, jos

- Asiakkaan tilanne muuttuu ja /tai hoitosuunnitelmaa muutetaan
- Kun jokin tarve hoitosuunnitelmasta päätetään
- Väliarvion tai loppuarvioinnin yhteydessä

Toteutuksen Toiminto-luokan arviointi suoritetaan, keinoja tarkistetaan ja muutetaan tarvittaessa

- Kun asiakkaan tilanne eroaa hoitosuunnitelmaan suunnitellusta
- Jos tehdään jokin akuutti tietyn ajan kestävä seuranta
- Arviointi on asiakaskohtaista tai tilannesidonnaista

Kirjaamisesimerkki:

Asiakas on sekavan oloinen puheissaan ja syyttelee hoitajia varastamisesta, on välillä aggressiivinen myös fyysisesti.

Kirjataan **TARVE**-luokkaan **PSYKKINEN TASAPAINO** pääkategoriaan, jonka jälkeen valitaan tarkemmin

- Harhaisuus
- Käyttäytymisen muutos- Itseä ja/tai muita häiritsevä käytös → Aggressiivisuus

joiden kohdalle kirjataan tarkemmin harhaisuuden luonne, onko kyseessä kuulo vai näköharhoja tai minkälainen häiriökäyttäytyminen on/ esiintyy asiakkaan kohdalla.

TARVE-kirjausten jälkeen valitaan **PSYKKINEN TASAPAINO**-kategoriasta **TOIMINTO**-luokitus, mihin kirjataan miten hoitoa toteutetaan

- Psykkisen tilan seuranta → Havaintokyvyn häiriöiden tunnistaminen, Ajattelu- ja puhehäiriöiden tunnistaminen ja käyttäytymisen häiriöiden tunnistaminen
- Psykkinen tuki
- Lääkehoito

Näiden kategorioiden alle kirjataan tarkemmin, miten esimerkiksi lääkehoitoa toteutetaan ja valvotaan käynneillä, miten ja psykkinistä tukea annetaan → seurataan joka käynneillä asiakkaan harhoja ja annetun psykelääkkeen hoitovastetta, psykiatrisen sairaanhoitajan tuki tarvittaessa puh: 050- 123456.

6 UHKA- JA AKUUTTITILANNE

Asiakkaat ovat persoonia ja tilanteet ovat vaihtelevia, joten ratkaisut niihin ovat myös tapauskohtaisia. Tämä ohje on yleisohje, jonka soveltaminen sopii käytöshäiriöisten potilaiden kohtaamistilanteisiin.

Hoitaja voi rauhoittaa aggressiivisesti käyttäytyvän vanhuksen keskeyttämällä hoitotilanteen, pyytämällä apua toisilta hoitajilta sekä rauhoittamalla vanhusta verbaalisesti.

Reagoi nopeasti hankaliin tilanteisiin asiakkaan ollessa uhkaava tai aggressiivinen sanallisesti tai fyysisesti. Jokaisessa uhkatilanteessa hyödyllisiä tietoja ja taitoja ovat:

- nopea tilanteen hahmottaminen
- uhkaajan tilan tunnistaminen
- hyvät vuorovaikutustaidot
- oman rauhallisuuden ja toiminnan säilyttäminen
- määrätietoisesti johdonmukainen toiminta
- provosoimattomuus
- omien tunteiden tunnistamisen ja hallinta

Tee arvio akuuttitilanteessa, onko kyseessä kipu tai muu somaattinen sairaus tai esimerkiksi virtsatieinfektio, mikäli asiakas oireilee rauhattomasti tms.

- Ota yhteys ensisijaisesti tiimin terveydenhoitajaan/ lääkäriin tai päivystävään 10023 terveysneuvontaan ensiohjeistuksen saamiseksi.
- Soita 112:een tilanteen ollessa asiakkaalle tuskallinen kivun tai muun takia, jolloin et voi poistua paikalta tai jättää potilasta yksin.
- Mikäli tarve poliisin apuun on akuuttia ja välttämätöntä, soitetaan hätänumeroon 112. Tällöin kyseessä ei ole pyydetty virka-apu, vaan hengen ja terveyden turvaaminen tai vaaran ja vahingon torjuntaan liittyvä poliisitehtävä. Ehdoton uhkatilanne, johon ei löydy muuta ratkaisua.

LÄHTEET:

- Moriarty, J., Kam, M., Coomber, C., Rutter, D. & Turner, M. 2010. Communication training for care workers: outcomes for older people, staff, families and friends. Research Briefing. Viitattu 12.12.2012
<http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing34.pdf>
- Saarnio, L., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 1, 46–56
- Samuelsson, G., Sundström, G., Dehlin, O. & Hagberg, B. 2003. Formal support, mental disorders and personal characteristics: a 25-year follow-up study of a total cohort of older people. Health and Social Care in the Community. Vol. 11(2), 95-102.
- Gogia, P.P. & Rastogi, N. 2009. Clinical Alzheimer Rehabilitation. Springer Publishing Company, New York, USA. Viitattu 17.12.2012
<http://site.ebrary.com/lib/turkuamk/Doc?id=10269599&ppg=175>
- Prabhu, L., Sheila M. (Editor); Molinari, V. A. (Editor) & Lomax, J.W. (Editor). 2006. Supporting the Caregiver in Dementia: A Guide for Health Care Professionals. Johns Hopkins University. Viitattu 16.1.2013
<http://site.ebrary.com/lib/turkuamk/Doc?id=10188487&ppg=169>