

Hoitotyön kuormittavuus muistisairaita hoitavissa palveluasumisen yksiköissä

Tiina-Riitta Taipale
Jutta Jakobsson
Tuire Janhunen
Eveliina Haveri-Heikkilä

Opinnäytetyö
Lokakuu 2018
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (AMK), hoitotyön tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Taipale, Tiina-Riitta Jakobsson, Jutta Janhunen, Tuire Haveri-Heikkilä, Eveliina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Lokakuu 2018
	Sivumäärä 76	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Hoitotyön kuormittavuus muistisairaita hoitavissa palveluasumisen yksiköissä		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitaja (AMK), hoitotyön tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Matilainen Irmeli, Räsänen Riitta-Liisa		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Muistisairauksia sairastavia ihmisiä on maassamme yhä enemmän ja muistisairauksiin liittyviä käytösoireita ilmenee lähes jokaisella jossakin sairauden vaiheessa. Käytösoireet aiheuttavat muistisairaille psyykkistä pahoinvointia lisäten hoitotyön kuormittavuutta. Työsäjäksämisen kannalta on tärkeää, että käytettävissä on riittävät resurssit ja ammattitaitoinen henkilökunta. Tiimityöskentelyn tärkeys korostuu ja työ vaatii esimiehen tuen sekä koko työyhteisön sitoutumisen muistisairaiden hoitotyöhön.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyön ammattilaisten henkistä kuormittavuutta ja jaksamista palveluasumisen yksiköissä, joissa hoidetaan muistisairaita. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa, jonka avulla voidaan vähentää hoitotyön kuormittavuutta ja lisätä ammattilaisten jaksamista. Opinnäytetyössä selvitettiin sitä, mitkä tekijät ammattilaisten kokemuksien perusteella kuormittavat heitä henkisesti ja mitkä tekijät vaikuttavat työssä jaksamiseen.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä lomakkeella julkisen ja yksityisen palveluasumisenyksiköissä Keski-Suomen alueella. Kyselyssä käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta. Tutkimusaineistoa kerättiin touko-, kesä- ja heinäkuussa 2018. Tutkimusmenetelmä oli määrällinen ja laadullinen metodi. Avoimien kysymyksien vastauksien analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysimenetelmää. Kyselyyn vastasi yhteensä 37 hoitotyön ammattilaista.</p> <p>Tuloksissa kävi ilmi, että eniten hoitotyön ammattilaisia kuormittaa muistisairaiden hoitotyössä stressi, kiire ja väsymys. Arvostusta herätti esimiehen ja työyhteisön tuki, mutta niistä ja työyhteisön henkisestä kuormittuneisuudesta löydettiin myös suurimmat erot yksityisen ja julkisen sektorin välillä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) hoitaja, kuormittavuus, muistisairaus, jaksaminen		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Taipale, Tiina-Riitta Jakobsson, Jutta Janhunen, Tuire Haveri-Heikkilä, Eveliina	Type of publication Bachelor's thesis	Date October 2018
	Number of pages 76	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication The load factors in nursing work in service housing units for patients with memory problems		
Degree programme Bachelor of Health Care, Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Matilainen Irmeli, Räsänen Riitta-Liisa		
Assigned by		
Description <p>There is an increasing number of people suffering from memory disorders in our country, and the majority of those suffering from such disorders display related symptoms in their behaviour at some stages of the illness. The behavioural disturbances cause the patients mental unrest and increase the workload of the nursing personnel. From the perspective of wellbeing at work, it is important to ensure that sufficient resources and skilled staff are available. This highlights the importance of teamwork as well as that of supervisory support and the commitment of the entire work community to the care of memory disorders.</p> <p>The purpose of the thesis was to examine nurses' mental workload and coping in supported living units treating patients with memory problems. The objective was to generate evidence-based information that could be used to reduce the strain caused by nursing work and increase nurses' coping with their work. The focus of the thesis was on the professionals' views on the factors that had a mental impact on them and influenced on coping with their work.</p> <p>The data was collected by using an electronic half-structured questionnaire from public and private supported living units in Central Finland. The data was collected during May, June and July 2018. The research approach was both quantitative and qualitative. The answers to the open questions we analysed by using content analysis. The survey received 37 responses from nursing professionals.</p> <p>According to the results, the greatest loading factors in the care of memory patients were stress, rush and fatigue. The respondents appreciated the support of their supervisors and work community, but the biggest differences between the private and the public sector were found related to the above factors and the mental load of the work community.</p>		
Keywords (subjects) nurse, strain, memory disorder, strength		
Miscellaneous (confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Palveluasuminen ja hoitotyön kuormittavuus.....	6
2.1	Julkinen ja yksityinen palveluasuminen	7
2.2	Kuormittavuus hoitotyössä	9
3	Muistisairaudet ja niiden vaikuttavuus hoitotyön kuormittavuuteen	11
3.1	Alzheimerin tauti	12
3.2	Muut muistisairaudet	14
3.3	Käyttöoireet.....	16
3.4	Muistisairaiden ihmisten hoitotyön kuormittavuus.....	19
4	Työhyvinvointi, johtaminen ja työnohjaus hoitotyössä.....	20
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	23
6	Aineisto, sen hankinta ja analyysimenetelmä	24
6.1	Kohderyhmän kuvaus ja aineistonkeruumenetelmä	25
6.2	Aineiston analysointi	26
7	Tulokset.....	28
7.1	Taustatiedot.....	28
7.2	Muistihoitotyön kuormittavuutta lisäävät tekijät	31
7.2.1	Väkivallan kokeminen	31
7.2.2	Muistisairaiden hoitotyöhön käytössä oleva työaika	32
7.2.3	Henkinen kuormittavuus.....	33
7.2.4	Muistisairauksien käyttöoireiden kuormittavuus.....	34
7.2.5	Yhteenvetoa kuormittavuustekijöistä ammattilaisten kuvaamana.....	39
7.3	Muistihoitotyön kuormittavuutta vähentävät tekijät	40
7.3.1	Työyhteisön ja ammattitaitoisen henkilökunnan merkitys	40

7.3.2	Henkinen hyvinvointi ja jaksaminen työyhteisössä	42
7.4	Kehittämisenäkökulmia tai ehdotuksia hoitotyön ammattilaisten kuvaamana 43	
8	Pohdinta	44
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	47
8.2	Tulosten tarkastelu	48
8.2.1	Muistihoitotyössä kuormittavuutta lisäävät tekijät.....	48
8.2.2	Muistihoitotyössä jaksamista edistävät tekijät.....	51
8.2.3	Eettiset haasteet muistisairaiden hoitotyössä.....	56
8.2.4	Väkivallan kokeminen sekä menetelmiä muistisairaahan ei toivotun käyttäytymisen ehkäisyyn	59
9	Jatkokehitysajatuksia	62
	Lähteet ja liitteet	65

1 Johdanto

Muistisairaiden ihmisten hoitotyön kuormittavuuteen ikäihmisten palveluasumisen yksiköissä tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Terveystieteiden alan työntekijät kokevat monenlaista kuormitusta hektisessä ja yhä kiireisemmässä työelämässä. Muistisairaiden hoitoon liittyy erilaisia hoidollisia haasteita, jotka johtuvat muuttuneesta käytöksestä, toimintakyvyn laskusta ja muistia heikentävistä muutoksista aivoissa. Muistisairaiden hoitotyössä ilmenee muun muassa seuraavia hoitotyön kuormittavuuteen vaikuttavia asioita: vaeltelua, tarkoituksetonta toisten huoneisiin ja tiloihin tunkeutumista, epäasiallista ääntelyä, toistoa, huutelua, kiroilua, epäasiallista koskettelua ja taputtelua, epätarkoituksenmukaista riisuutumista ja pukemista, ahdistuneisuutta, levottomuutta, agitaatiota, surullisuutta, itkuisuutta, ruokahaluttomuutta, unettomuutta, psykomotorista jähmeyttä, apaattista vetäytymistä sekä sulkeutuneisuutta. Käytös voi olla myös aiempaan verrattuna selvästi outoa tai regressiivistä, mieliala ylihipeä ja psykomotorinen yliaktiivisuus. Tyypillisesti sairauden edessä meluaminen, vihamielisyys, aggressiivisuus, harhaluulot, harha-aistimukset ja paranoidisuus pahenevat. (Jaakkola N.d.)

Ikäihmiset ovat huonokuntoisempia ja heillä on monia ongelmia. Työpaikoilla on vaikea löytää sijaisia ja hoitotyöntekijöiden keski-ikä on nousemassa. Ikäihmisten hoitaminen muuttuu työvoimapulan ja hoitotyön vaativuuden takia nykyistä raskaammaksi sekä fyysisesti että psyykkisesti. Tämän takia on oleellista parantaa työskentelytapoja joustavampaan suuntaan ja tuoda mukaan tärkeää koulutusta hoitotyön ammattilaisille. Johtamisosaamisen lisäksi hoitotyön johtaminen edellyttää esimiehiltä yhteistyöosaamista ja sosiaali- ja terveystieteiden alan ammatillista osaamista sekä ikäihmisten hoitoa ja palvelun tarpeeseen liittyvää erityisasiantuntemusta unohtamatta. (Aarva 2009, 42, 189.)

Työssä on tärkeää, että työntekijä voi hyvin sekä henkisesti että ruumiillisesti. Motivoitumista ja työhön sitoutumista edistää, että työntekijä voi henkisesti hyvin ja on

tyytyväinen työhönsä. Henkistä hyvinvointia voidaan tukea tukemalla työntekijän voimavaroja ja kehittämällä toimintatapoja työpaikalla sekä panostamalla yhteistyöhön. (Työterveyslaitos N.d.)

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin hoitotyön kuormittavuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä palveluasumisen yksikössä, kun hoidetaan muistisairaita asiakkaita ja miten hoitotyön kuormittavuutta voidaan vähentää samalla edistämällä työssä jaksamista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa, jonka avulla on mahdollista vähentää hoitotyön kuormittavuutta muistisairaita hoitavissa palveluasumisen yksiköissä ja edistää työhyvinvointia.

2 Palveluasuminen ja hoitotyön kuormittavuus

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamisen ja palvelujen parantamisen tavoitteena on kehittää asumista ja palveluita siten, että koko ikääntyneen väestön tietoisuutta asumisen ennakkoinnin merkityksestä lisätään. Ikääntyvien asiakkaiden mahdollisuuksia valintoihin tulevan asumisen suhteen ja sen tarpeisiin ennakoidaan, ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien asiakkaiden mahdollisuutta elää ja asua kodikkaassa ympäristössä tuetaan niin, että tarvittava hoito ja huolenpito on turvattu. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2017.)

Vanhuspalvelulaissa on määritetty, että kunnan sosiaalihuollosta vastaavan on vuosittain arvioitava iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen riittävyyttä ja laatua alueellaan. (L 28.12.2012/980, 6§.)

Ikääntyneen väestön sosiaalipalvelut sisällöltään on kunnan järjestettävä. Laadultaan ja laajuudeltaan niiden on oltava sellaisia kuin kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät. Palvelut on järjestettävä niin, että ne ovat kunnan ikääntyneen väestön saatavissa yhdenvertaisesti. (L 28.12.2012/980, 7§.)

Laissa määritetään myös, että iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveystalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito. (L 28.12.2012/980, 19§.)

Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. Jos toimintayksikön tiloissa hoidettavana olevan iäkkään henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, toimintayksikössä on oltava riittävästi henkilöstöä kaikkina vuorokauden aikoina. (L 28.12.2012/980, 20§.)

2.1 Julkinen ja yksityinen palveluasuminen

Sosiaalihuoltolaissa määritetään, että palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateriat-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti. (L 30.12.2014/1301, 21§.)

Henkilölle, joka tarvitsee soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa, järjestetään palveluasumista, jossa järjestetään hoiva- ja hoitopalveluja sekä ateriapalveluja. Tehostettua palveluasumista taas järjestetään henkilöille, joilla on tarve ympärivuorokautiseen hoitoon ja huolenpitoon. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen ovat avohoitoa ja asukkaista huomattava osa on iäkkäitä henkilöitä. Asukas maksaa palveluasunnosta vuokrasopimuksen mukaisen vuokran ja palvelut erikseen ovat maksullisia ja niitä peritään asiakkaalta itseltään. Palveluasuminen, tehostettuna tai ilman voi olla pitkä- tai lyhytaikaista. Lyhytaikaista tehostettua palveluasumista järjestetään iäkkäälle henkilölle esimerkiksi omaishoitajan vapaiden ajaksi ja muutoinkin, jos se on palvelutarpeen ja kotona selviytymisen kannalta tarkoituksenmukainen vaihtoehto. Kunnat toteuttavat asumisen palveluja eritavoilla, se on joko kunnan itsensä tuottamaa, palvelun ostamista yksityiseltä yritykseltä tai erilaisten järjestöjen ylläpitämiä

palveluntuottajilta. Tällöin kunta seuraa ostettujen palveluiden laatua ja sopimuksen mukaisuutta. Palvelun saajalle voidaan useissa kunnissa myöntää tuloriippuvainen palveluseteli. Tämä mahdollistaa sen, että valinnan voi tehdä mihin kunnan hyväksymään palveluun itse haluaa. Kokonaan itse maksettavaan palveluun voi hakeutua suoraan hoitopaikan kautta. Siellä on mahdollista esimerkiksi vuokrata asunto, ostaa tarvittavat tarvikkeet ja palvelut tai jopa ostaa asunto itselleen tarpeidensa mukaan. (Kuntaliitto 2017; Forder, Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 211.)

Uuden kuntalain 7 §:n mukaan kunnan tulee hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa tehtävät ja järjestää niille laissa erikseen säädetty tehtävät. Laissa säädetään myös siitä, että tehtäviä pitää järjestää yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa (lakisääteinen yhteistoiminta). Sopimuksen nojalla kunta voi ottaa hoitaakseen muitakin kuin itsehallintoonsa kuuluvia julkisia tehtäviä. Kunta voi järjestää sille laissa säädetty tehtävät itse tai sopia järjestämisvastuun siirtämisestä toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle. Lakisääteisessä yhteistoiminnassa järjestämisvastuu on kunnan puolesta toisella kunnalla tai kuntayhtymällä. Kunta vastaa tehtäviensä rahoituksesta, vaikka järjestämisvastuu on siirretty toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle. (Kuntaliitto N.d.)

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat täydentämässä julkisia palveluja. Yksityiset palveluntuottajat (yritykset, järjestöt ja säätiöt) myyvät palvelujaan kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa ja hallitusohjelmassa painotetaan, että yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluiden on täydennettävä kunnallisia palveluita ja tarjottava niille vaihtoehtoja, yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö yhdistetään ja selkeytetään sekä julkisen ja yksityisen sektorin valvontaa tehdään yhtenäisemmäksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö N.d.)

Yksityiset palveluntuottajat tuottavat sosiaalihuollon palveluasumisesta merkittävän osan. Ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa yksityisten palveluntuottajien toimipaikoissa asui 49 prosenttia asiakkaista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Sosiaalihuollon palvelujen antaminen on luvanvaraista ympärivuorokautisten palvelujen osalta. Muista kuin ympärivuorokausista yksityisistä sosiaalipalveluista on tehtävä

kirjallinen ilmoitus sille kunnalle, jossa palveluja annetaan. Terveysthuollon palvelujen antaminen yksityisesti on luvanvaraista. Lupaa ei kuitenkaan tarvita silloin, kun palveluja annetaan itsenäisenä ammatinharjoittajana tai kun työnantaja järjestää itse työterveyshuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralla on valtakunnallinen koordinaatio vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnassa. Aluehallintovirastoilla (AVI) on pääasiallinen vastuupalvelujen valvonnasta alueillaan. Kunnassa yksityisten palveluiden valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveys- toimii tai muu vastaavatoimielin. (Sosiaali- ja terveysministeriö N.d.)

2.2 Kuormittavuus hoitotyössä

Henkinen kuormittavuus on käsitteenä uusi. Aikaisemmin on puhuttu stressistä tai kiireestä. Henkisellä kuormittavuudella tarkoitetaan yksilön terveyttä vaarantavaa haitallista psyykkistä kuormittumista, joka voi olla luonteeltaan yli- tai alikuormitusta. Henkistä kuormittavuutta ilmenee, kun ihminen kokee ympäristön asettamat vaatimukset omia selviytymiskeinojaan suuremmiksi. Vaatimukset voivat tulla työstä, työympäristöstä tai ne voivat olla itse asetettuja. Työssä kuormittavuutta nostavat tekijät voivat olla laadullisia tai määrällisiä. Määrällisesti työ kuormittaa, jos sitä on liikaa, tai työn tekemiseen liittyy kiire. Hoitotyössä työmäärään liittyviä kuormitusta lisääviä tekijöitä ovat muun muassa ylipaikoilla olevat potilaat, työn aikasidonnaisuus, tehtävien vaativuus, lomien ja sairaslomien aiheuttama vajaamiehitys sekä työn suunnittelemattomuus. Laadullinen kuormitus työssä tarkoittaa muistin kuormittamista, tarkkaavaisuutta, ihmisten kohtaamista, sekä liiallista vastuuta. Työssä, jossa vaaditaan vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitoja, kuormittuu lisäksi työntekijän persoonallisuus. (Levänen & Pasanen 2010, 3.)

Hoitotyön ammattilaisten työn fyysinen kuormitus kasvaa koko ajan. Fyysisen ergonomian tärkeys korostuu potilaan liikuttelussa, nostamisessa sekä siirtämisessä. Oikeat työasennot liikutteluissa ovat ensisijaisen tärkeitä. Ergonomisen työasennon edellytyksenä ovat korkeussäädettävät vuoteet, pesutasot, suihkutuolit sekä käytettävissä olevat potilasnostimet. Seisomanojanostimia, liinanostimia ja katonostimia kan-

nattaa käyttää aina kun mahdollista. Ne vähentävät huomattavasti hoitotyön ammattilaisten fyysistä kuormitusta. Myös erilaisia apuvälineitä kuten tukikahvoja, nousutukia, liukulakanoita ja siirtolevyjä suositellaan käytettäväksi helpottamaan siirtoja ja parantamaan ergonomiaa. (Potilassiirrot n.d.)

Hoitotyön ammattilaisten työ on asiantuntijatyötä, joka vaatii monenlaista osaamista. Työn kognitiiviset vaatimukset ovat kasvaneet, sillä työ on enenemässä määrin aivotyötä. Työssä on paljon kiirettä, keskeytyksiä ja useita samanaikaisia tehtäviä, mikä altistaa kognitiiviselle kuormittumiselle. Työn vaatimuksia lisää digitalisoituvan työelämän tuomat uudenlaiset haasteet. Kognitiivisessa ergonomiassa pääpaino on työtehtäviin liittyvässä tiedonkäsittelyn vaatimuksissa ja sen tavoitteena on suunnitella työprosessit niin, että tiedonkäsittelyn vaativuus on sopuossuinnussa inhimillisen tiedonkäsittelyn kykyjen ja rajoitusten kanssa. Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehdyn kehittämishankkeen tutkimusten mukaan hoitotyön ammattilaisia kuormittaa erityisesti erilaiset työn häiriötekijät kuten meneillään olevan tehtävän keskeytyminen, puhehäilyssä tai melussa työskentely, usean asian samanaikaisuus kuten jatkuva huomion siirtäminen asiasta tai tehtävästä toiseen sekä usean keskeneräisen asian pitäminen mielessä samanaikaisesti. Myös ristiriitaiset, epäselvät tai puutteelliset ohjeet koetaan kuormittavaksi sekä työskentely ympäristössä, jossa ruumiillisen tai henkisen väkivallan uhka on olemassa asiakkaiden taholta. (Kalakoski, Käpykangas, Valtonen, Selinheimo, Koivisto, Paajanen & Louhimo 2018.)

Jokainen kokee kuormittumisen eri tavalla ja voimakkuudella. Yleisestä lisääntyneestä kuormituksesta voivat kertoa esimerkiksi seuraavat seikat: työvuorolistojen toistuva muuttuminen kuten työvuorovaihdokset, työajan ylitykset, peräkkäisten vuorojen tekeminen ja vapaapäiviltä töihin hälyttäminen, työstä johtuvien poissaolojen lisääntyminen, hoitoisuusluokitusten nousu, ylipaikkatilanne tai riskien arvioinnissa todettu korkea taso. (Levänen & Pasanen 2010, 3.)

3 Muistisairaudet ja niiden vaikuttavuus hoitotyön kuormittavuuteen

Etenevät muistisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen haaste. Tällä hetkellä Suomessa arvioidaan olevan yli 190 000 muistisairasta henkilöä ja vuosittain siihen sairastuu noin 14 500 henkilöä. Suurin osa sairastuneista on yli 80-vuotiaita, mutta yli 7000 työikäisellä (35–65-vuotiaalla) henkilöllä on todettu etenevä muistisairaus. Kolme neljästä pitkäaikaishoidossa olevasta ikäihmisestä sairastaa muistisairautta. (Muistisairauksien yleisyys 2018.)

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita. Toimintojen heikentymisestä käytetään myös käsitettä dementia. Se ei ole erillinen sairaus vaan muistisairaudesta johtuva oireyhtymä, jossa muisti ja tiedonkäsittely ovat heikentyneet niin, että se haittaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Muistisairaudet 2018.)

Ikääntyvässä väestössä muistitoimintojen heikentymisen taustalla saattaa olla etenevä muistisairaus (Muistisairaudet 2018). Tavallisimmat muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (65–70 % kaikista muistipotilaista), vaskulaariset kognitiiviset heikentymät (noin 15 %), Lewyn kappale -tauti (noin 15 %) ja otsa-ohimolohkorappeumat (alle 5 %). (Sulkava & Viramo 2010, 28.)

Muistisairaahan käyttäytymisen muutokset eivät aiheudu yhdestä syystä vaan taustalla on monta tekijää. Muistisairauteen liittyviä tekijöitä ovat aivojen välittäjäainemuutokset, hermoverkoston rappeutuminen, persoonallisuus ja aikaisempi psyykinen oireilu, muistitoiminnanohjauksen häiriöt, ympäristön turvattomuus, levottomuus, suhtautuminen sairauteen sekä muut sairaudet ja lääkitykset. Muistisairaahan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja sen suunnittelussa tulee ottaa huomioon ne syyt, joihin hoidolla voidaan vaikuttaa. (Forder ym. 2014, 47.)

Muistisairaahan asianmukainen kohtaaminen on olennaista muistisairaahan kanssakäymisessä ja hänen hyvässä hoidossa. Sen perustana on yleisestikin kohtaamisen kulmakivet eli toisen kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Hyvin

tärkeää on ymmärtää muistisairauksiin liittyvien käyttäytymisen muutokset ja muistisairaana asianmukainen kohtelu haasteellisissakin tilanteissa. Kyky vastavuoroisuuteen ja toisen huomioon ottaminen vähenee muistisairauden edetessä. Kun muistisairas ei enää kykene ilmaisemaan itseään entisellä tavalla kohtaamisen ja kohtelun merkitys kasvaa entisestään. Vaikka vuorovaikutuksen tasavertaisuus muuttuu, tasa-arvo säilyy. (Forder ym. 2014, 87–88.)

Muistisairaus vaikuttaa sairastuneen itsensä hyvinvointiin ja elämänlaatuun, mutta myös hänen läheistensä hyvinvointiin. Kognitiivisten kykyjen heikentyminen ja muutokset sosiaalisissa suhteissa aiheuttavat sairastuneelle haavoittuvuutta. Laadukkaiden palveluiden, yksilöllisen tuen ja hyvän hoivan perustana on haavoittuvuuden ymmärtäminen ja kohtaaminen. Muistisairaiden ihmisten oikeus hyvään kohteluun pitäisi turvata. Hoitotyön ammattilaisilla on keskeinen rooli mielen hyvinvoinnin edellytysten tunnistamisessa ja niiden toteutumisessa. Edellytysten turvaamisessa on kyse sosiaali- ja terveydenhuollon tukimuotojen lisäksi toimintatavasta, jolla kaikkien muistisairaita ihmisiä kohtaavien tulee toimia. Tämä edellyttää hoitotyön ammattilaisilta vahvaa eettistä toimintaa ja laajaa osaamista ja ymmärrystä mielen hyvinvointiin vaikuttavista asioista. Muistisairautta sairastava ihminen tarvitsee hyvinvointia ja toimintakykyä ylläpitävää, yksilöllistä tukea koko sairautensa ajan. Palvelu- ja hoitoketjun kaikkiin vaiheisiin kuuluvat ohjaus ja neuvonta, jotka liittyvät yksilöllisen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja kotona selviytymisen tukemiseen. Sairastuneen ihmisen tukemiseen kuuluvat hänen ja hänen läheisensä tiedollinen tuki sekä sosiaalista hyvinvointia edistävä ja kotona asumista turvaava tuki. Mielen hyvinvoinnille ja osallisuuden kokemukselle on sosiaalisella tuella todettu olevan vaikutusta. Iäkkäiden ihmisten mielen hyvinvoinnin vahvistamisessa on huomioitava yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden mukaan räätälöidyt sosiaaliset aktiviteetit. (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018.)

3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on etenevä, aivoja rappeuttava muistisairaus, jonka yleisyys kasvaa voimakkaasti iän myötä. Tauti on harvinainen alle 65-vuotiailla, mutta yli 85-vuotiailla

sitä esiintyy jo 15–20 prosentilla. (Juva 2015.) Alzheimerin taudissa hermosoluja häviää erityisesti sisemmän ohimolohkon alueelta (Tanila, Tienari & Polvikoski 2010, 102). Aivoihin saostuu liukoisesta beetapeptidistä amyloideja eli valkuaisainekertymiä. Myös asetyylikoliini-välittäjäaineen määrä vähenee huomattavasti ja asetyylikoliinia välittäjäaineenaan käyttävät hermoradat vaurioituvat. Tämä vaikuttaa tärkeiden hermoimpulssien kulkuun, mikä näkyy muistitoimintojen heikentymisenä. Aivojen muutokset alkavat sisemmän ohimolohkon alueelta, leviten hippokampukseen ja ohimolohkon limbisille alueille ja lopuksi laajemmin aivokuorelle. (Huovinen & Erkinjuntti 2008, 63.)

Alzheimerin tauti voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan tautiin. Lievässä Alzheimerin taudissa (MMSE 18–26) oppiminen, päättelykyky ja keskittymiskyky heikenevät, unohtaminen lisääntyy ja sanojen löytyminen vaikeutuu. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Mielialan muutokset näkyvät apatiana, ahdistuneisuutena, masennuksena tai ärtyisyytenä. Henkilö saattaa vetäytyä harrastuksista ja sosiaalisesta kanssakäymisestä. Hän myös välttelee epävarmuutta aiheuttavia tilanteita. Vaikka monimutkaiset arkitoimet vaikeutuvatkin, selviää henkilö edelleen yksin asumisesta kotonaan. (Huovinen & Erkinjuntti 2008, 66.) Keskivaikeassa taudissa (MMSE 10–22) lähimuisti heikkenee, puhetta on vaikeampi tuottaa, hahmotusvaikeudet ja orientaatiohäiriöt lisääntyvät. Tavaroiden kadottaminen lisääntyy, ruoanlaitto ja pukeutuminen vaikeutuvat ja henkilö saattaa eksyä tutussakin ympäristössä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Harhaluulot, harhanäyt, erilaiset sekavuustilat sekä uni-valverytmin häiriöt lisääntyvät (Huovinen & Erkinjuntti 2008, 67). Vaikeassa Alzheimerin taudissa (MMSE 0–12) puheentuotto rajoittuu edelleen ja myös puheen ymmärtäminen vaikeutuu, keskittymiskyvyttömyys lisääntyy ja saattaa ilmetä vaikeaa apraksiaa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Kehon jäykkyys lisääntyy ja kävelykyky heikkenee ja lopulta häviää kokonaan. Virtsan- ja ulosteenpidätyskyky ei enää toimi. Henkilö tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toimissa. (Huovinen & Erkinjuntti 2008, 67–68.)

Alzheimerin taudin oireita voidaan lievittää lääkkeillä, jotka lisäävät keskittymiskykyä, parantavat toimintakykyä ja vähentävät käytösoireita. Lääkkeet eivät pysäytä sairau-

den etenemistä, mutta hidastavat sitä. (Juva 2015.) Taudin hoitoon on nykyään saata-
villä neljä eri muistisairauslääkettä. Donepetsiili, rivastigmiini ja galantamiini ovat ase-
tyylikoliiniesteraasientsyymiin estäjiä eli tehostavat asetyylikoliinia käyttävän hermo-
verkoston toimintaa. Memantiini taas vähentää haitallista glutamaattivaikutusta her-
mosoluihin. (Ohje potilaille ja läheisille: Alzheimerin tauti: Käypä hoito -suositus,
2016.) Myös lääkkeettömät hoidot ovat tärkeitä varsinkin käytösoireiden hoitoon. Pe-
rusterveyden hoitaminen on tärkeää ravitsemuksesta ja nesteytyksestä huolehtimi-
nen. Myös muut sairaudet kuten virtsatieinfektio tai ummetus tai väärä lääkitys saat-
tavat aiheuttaa käytösoireita. Erilaiset terapiat kuten virikkeitä painottavat terapiat,
tunne-elämää ja älyllisiä toimintoja tukevat terapiat sekä käyttäytymiseen ja vuorovai-
kutustapojen muokkaamiseen keskittyvät terapiat ovat hyviä hoitomuotoja käytösoi-
reiden hillitsemiseksi. (Lääkkeetön hoito N.d.)

3.2 Muut muistisairaudet

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä on aivoverenkiertosairauden aiheuttama
muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymä. Sen alatyyppejä ovat pienten suonten tauti eli
subkortikaalinen tauti, suurten suonten tauti eli kortikaalinen tauti (tai moni-infarkti-
tauti) sekä kognitiivisesti kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat. Pienten
suonten subkortikaalisessa taudissa aivojen pienet, läpäisevät verisuonet ahtautuvat
ja sen seurauksena syntyviä aivomuutoksia ovat valkean aineen iskeeminen vaurio ja
lakunaariset infarktit. Suurten suonten kortikaalinen tauti liittyy sydänperäisiin embo-
lisiin aivoinfarkteihin, jotka vaurioittavat isoaivojen kuorikerroksen alueita. Kriittisen
alueen infarktit aiheuttavat iskeemisiä vaurioita kriittisille aivoalueille. (Erkinjuntti &
Pirttilä 2010, 142, 147.)

Pienten suonten taudissa oireina esiintyy älyllisten toimintojen hidastumista. Toimin-
nanohjauksen häiriössä järjestelmällisyys, toiminnan jaksottaminen ja toteuttaminen,
toiminnan aloittaminen ja suunnitelmallisuus heikkenevät. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010,
148.) Myös puheentuoton häiriöitä, toispuoleisia halvausoireita, kömpelöä kävelyä ja
tasapainohäiriöitä esiintyy. Muistihäiriöt eivät ole niin selkeitä kuin muissa muistisai-

rauksissa. (Atula 2015b.) Suurten suonten taudissa oireina ovat kielelliset oireet (afasia), haparoivuus ja kömpelyys (apraksia) sekä hahmottamisvaikeudet (agnosia). Myös näkökenttäpuutos, toispuolihalvaus ja kävelyn häiriö ovat oireina riippuen infarktien sijainnista. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 150.)

Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin tauti ovat Lewyn kappale -patologiaan liittyviä sairauksia (Rinne 2010, 159). Tauti on saanut nimensä hermosolun sisäisten kertymien, Lewyn kappaleiden mukaan. Näitä kappaleita nähdään tavallisesti Parkinsonin tautia sairastavien aivoissa ja Lewyn kappale -tauti muistuttaakin oireiltaan jonkin verran Parkinsonin tautia. Myös Alzheimerin taudin piirteitä on havaittavissa. (Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale -tauti: Käypä hoito -suositus 2017.)

Taudin oireet voidaan jakaa kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Kognitiivisiin oireisiin kuuluvat muistin heikkous sekä erilaiset hahmotushäiriöt ja kielelliset häiriöt. (Rinne 2010, 160.) Parkinsonin taudin kaltaisia oireita ovat askelten lyheneminen, jäykkyys, hitaus, kasvojen ilmeettömyys ja taipumus kaatua eteenpäin. Oireet ovat kuitenkin usein lievempiä kuin Parkinsonin taudissa. (Huovinen & Erkinjuntti 2008, 91.) Psykoottisia oireita ovat hallusinaatiot ja harhaluulot. Noin 30–60% esiintyy visuaalisia hallusinaatioita kuten erilaisten eläinten tai ihmisten näkemistä. (Rinne 2010, 160.)

Otsa-ohimolohkorappeuma on muistisairauksien ryhmään kuuluva oireyhtymä, joihin useat eri sairaudet voivat johtaa. Nimensä mukaan sairauksille on yhteistä otsa- ja /tai ohimolohkojen rappeutuminen. Rappeuma alkaa usein jo työiässä eli aikaisemmin kuin muut muistisairaudet. Otsa-ohimolohkorappeumista johtuvia muistisairauksia ovat frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. (Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat: Käypä hoito -suositus 2016.)

Otsa-ohimolohkorappeumaa esiintyy usein joko otsalohkojen tai ohimolohkojen alueella. Potilaiden oireet jakautuvat myös usein rappeuman sijainnin mukaan. Otsalohkojen keskeisimpänä tehtävänä on huolehtia sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, kun taas ohimolohkojen yksi tärkeä tehtävä on huolehtia kielellisestä vuorovaikutuksesta

kuten puheen tuottamisesta ja ymmärtämisestä. Otsalohkojen alueelle painottuva sairaus aiheuttaa usein vaikeita sosiaalisen käyttäytymisen ongelmia, mutta ohimolohkojen alueen sairaus johtaa puheen tuottamisen ongelmiin. (Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorapheet: Käypä hoito -suositus 2016.)

Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheen tuottaminen on vaikeaa ja siinä esiintyy ääntämis- ja kielioppivirheitä. Esineiden nimeäminen ja sanojen löytäminen vaikeutuu ja ongelmia voi tulla ymmärtämisessä, kirjoittamisessa ja lukemisessa. Semanttisessa dementiaassa sanojen merkitys häviää ja niiden ymmärtäminen häiriintyy. Puhe voi olla sujuvaa, mutta sisällöltään tyhjää. Potilaalla voi olla myös visuaalisen havainnoinnin häiriöitä, vaikeuksia tunnistaa kasvoja ja esineitä. (Huovinen & Erkinjuntti 2008, 95.)

3.3 Käyttöoireet

Käyttöoireiksi kutsutaan haitallisia muutoksia henkilön käyttäytymisessä tai psyykkisissä toiminnoissa. Käyttöoireet ovat tavallisin syy muistisairaahan laitoshoidon joutumisessa ja ne kuormittavat niin omaisia kuin hoitopaikan hoitotyön ammattilaisia. Käyttöoire voi olla myös ensimmäinen merkki muistisairaudesta. Tavallisimpia käyttöoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset sekä uni-valverytmin häiriöt. Harvinaisempia oireita ovat seksuaaliset käyttöoireet tai syömishäiriöt. (Vataja 2010, 91.)

Muistisairautta sairastava ihminen kokee usein turvattomana ja epäluotettavana ympäröivän maailman. Se, mikä näkyy muille käyttöoireena voi olla yritystä saada toiveensa ja tarpeensa kuultavaksi tai reaktiota siihen, että häntä ei ymmärretä tai huomioda hänen tarpeitaan. Yleisin esimerkki aggressiivisuudesta hoitotilanteissa voi olla puolustautumista ja selviytymisyritys pelottavassa tilanteessa. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 18.)

Kanadassa tehty tutkimus tukee käsitystä hoitotyön haasteellisuudesta muistisairaiden kanssa. Vanhainkodissa asuville ikäihmisille tehtiin tutkimus, jossa tutkittiin demencian aiheuttamia käyttäytymis- ja psykologisten oireiden esiintymistiheyttä kogni-

tiivisten häiriöiden yhteydessä. Tutkimuksessa todettiin, että erilaiset käyttäytymisoireet kasvoivat kognitiivisen toimintojen heiketessä ja ovat yleisiä yhteisössä asuvilla ikäihmisillä, joilla on muistinmenetys. Näitä käyttäytymisoireita olivat viha, harhaluulot, paranoidisuus ja vaeltelu. Ikäihmisillä tavatut käyttäytymisoireet ovat merkittävä tekijä hoitotyön ammattilaisten kokemaan stressiin. (Bedard, Dubois, Lewis, Molloy, O'Donnel & Standish 2007.)

Käyttöoireet voivat olla ohimeneviä tai ne voivat jatkua useita vuosia. Käyttöoireiden syy pitää selvittää, liittyykö oire esimerkiksi kipuun tai fyysiseen sairauteen vai johtuuko se mahdollisesti ympäristöstä tai vuorovaikutuksen vaikeuksista. Jos käyttöoireet rasittavat henkilöä itseään, heikentävät hänen kykyä huolehtia itsestään tai vaikeuttavat vuorovaikutusta ja toimintakykyä, pitää oireita hoitaa. Hoito on tarpeellista myös silloin, jos oireet aiheuttavat vaaratilanteita tai omaisten jaksaminen ei enää riitä hoitamiseen. Hoitomenetelminä käytetään psykososiaalisia hoitomuotoja sekä lääkitystä. Lääkehoidon tarpeellisuutta on hyvä arvioida säännöllisesti, sillä käyttöoireet voivat muuttua sairauden edetessä. (Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käyttöoireet: Käypä hoito -suositus 2016.)

Masennus on muistisairaalla hyvin yleinen oire ja esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavista 20–50 % kärsii vakavasta masennuksesta (Vataja 2010, 92). Masennus saattaa jäädä huomaamatta, jos potilaan kommunikaatiokyky on heikentynyt. Sitä pitäisi myös epäillä, jos mieliala on jatkuvasti alentunut ja kyky kokea mielihyvää on heikentynyt. Myös itsetuhoiset ajatukset ja toiveet kuolemasta ovat masennuksen merkkejä. Dementoituneella ihmisellä masennukseen liittyy usein myös ahdistusta, toivottomuutta ja avuttomuutta. (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 1999, 36.)

Apatialla tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, motivaation ja mielenkiinnon menettämistä sekä niistä johtuvaa passiivisuutta ja aloitekyvyttömyyttä. Akineettinen mutismi on äärimuoto apatiasta, joka näkyy potilaan liikkumattomuutena tai puhumattomuutena ja he tarvitsevatkin ulkopuolista apua päivittäisissä toiminnoissa. Apatia voi liittyä masennukseen, mutta se esiintyy usein myös itsenäisenä oireena. (Vataja 2010, 93.)

Levottomuus eli agitaatio-oireet ovat tavallisia oireita muistisairauden myöhäisemässä vaiheessa. Ne kuormittavat potilaan lähipiiriä voimakkaasti ja saattavat olla ajallisesti pitkäkestoisia. (Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet: Käypä hoito -suositus 2016.) Vatajan (2010, 93) mukaan levottomuusoireita ovat lyöminen, raapiminen, tarttuminen, esineiden särkeminen tai paiskominen, huutaminen, kiroilu, vaeltaminen, karkailu sekä tunkeilu. Tutkimustyön mukaan aggressiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä palveluasumisen yksiköissä asuvilla muistisairailla olivat masennus, harhaluulot, hallusinaatiot ja ummetus. Virtsatie- tai hengitystieinfektiolla, kuumeella tai kivulla ei todettu olevan yhteyttä aggressiivisuuteen. (Allore, Drickamer, Leonard & Tinetti 2006.)

Hyvin tavallinen muistisairauksiin liitettävä haasteellinen käyttäytymisen muoto on ahdistuneisuus. Sen synnyssä ajatellaan olevan merkittävä osuus serotoniinivälitteisen toiminnan häiriöllä. Noin 40–50 %:lla muistisairaista jossakin vaiheessa tavataan tätä käyttäytymistä, tavallisin vaihe on lievä tai keskivaikea. (Noren 2016.) Ahdistuneisuus ei yleensä ole ainut käytösoire, sen kanssa tavataan myös levottomuutta ja aggressiivisuutta. Esimerkiksi lievässä dementiassa oman tilansa tunnistaminen ja huoli tulevaisuudesta ahdistaa, siksi ahdistuneisuuden tunteet ovat tavallisia. Jos reaktiot ulkoiisiin ärsykkeisiin ovat kohtuuttoman suuria tai muistisairaalla on lisääntynyttä ärtyvyyttä sekä impulsiivista ja arvaamatonta toimintaa, ovat ne selviä merkkejä ahdistuneisuudesta. (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 1999, 24.)

Harhaluulot ovat tyypillisiä muistisairaahan psykoottisia oireita. Aistiharhoja ja harhaluuloja esiintyy 25–50 %:lla muistisairaista. Yleisimmin harhaluulot liittyvät omaisiin. Nämä harhaluulot ovat paranoidissävyytteisiä ja liittyvät esimerkiksi varastamiseen, myrkyttämiseen ja mustasukkaisuuteen. Esimerkiksi jos potilaalla on huono muisti ja hän on hukannut tavaroitaan, saattaa tästä muodostua varastamiseen liittyvä harha, kuitenkin tämän lisäksi tarvitaan harhaluuloinen ajatuksen muodostus. Aistiharhat voivat olla kaikkiin aisteihin liittyviä. Kuulo- ja näköharhojen esiintyminen on yleisempää niillä, joilla kuulo tai näkö on heikentynyt. Oireiden esiintyvyys on suurin muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. (Noren 2016.)

Persoonallisuuden muutoksissa sairautensa vuoksi potilaan on vaikea noudattaa aikaisempia tapojaan esimerkiksi ilmaisemaan tunteitaan kiroilematta. Tämä on suurin syy siihen, että läheiset kokevat persoonallisuuden muuttuneen. Lisäksi muiden käyttäytymisen yhteisvaikutus, kuten masennus ja apatia, voivat vaikuttaa kokemukseen muuttuneesta persoonallisuudesta. (Alzheimerinfo N.d.) Vaikka muistisairaat pyrkivätkin käyttäytymään sosiaalisissa tilanteissa sopivalla tavalla, he eivät aina siihen pysty vammaisten kykyjensä vuoksi. Ympäristön kokemus on yleensä, että muistisairas muuttuu sairautensa myötä. Tämä on siinä mielessä ymmärrettävää, jos esimerkiksi aiemmin kiltti ihminen on muuttunut aggressiiviseksi. (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 1999, 40.)

Uni-valverytmin häiriöiden taustalla on yleensä ahdistuneisuutta, masennusta ja levottomuutta, mutta ne voivat esiintyä myös itsenäisinä käytösoireina. Unikäyttämisen yleisin muutos on lisääntynyt vuoteessa vietetty kokonaisaika. Tämä selittyy usein sillä, että potilaan yöunen suhteellinen määrä jää pieneksi, sillä he nukkuvat paljon myös päiväsaikaan. Myös unen laadun muuttuminen on merkittävä tekijä: aika, joka kuluu nukahtamisesta REM-vaiheen alkuun, pitenee sekä REM-unen että hidasaaltouksen määrä vähenee. Yö heräämiset ovat tyypillisiä ja niihin saattaa liittyä pelokkuutta ja sekavuutta. Joillakin potilailla unessa vietetty aika pitenee, varsinkin jos muistisairautteen liittyy apaattisuutta ja psykomotorista hidastumista. Jos unilääkitys epäonnistuu, se voi pahentaa ongelmaa. Aamuyön heräämistä saattaa edesauttaa lyhytvaikutteiset unilääkkeet ja toisaalta liian pitkävaikutteiset unilääkkeet voivat nukuttaa vielä päivälläkin ja siksi potilaat ovat alkuyöstä pirteimmillään. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015.)

3.4 Muistisairaiden ihmisten hoitotyön kuormittavuus

Muistihoidotyössä käytösoireiden taustalla on aivoja rappeuttava sairaus, mikä on muistettava muistisairaan hoitotyössä. Muistisairas ihminen ei tarkoituksellisesti suorita asioita väärin. Hoitotyön ammattilainen voi käyttää neuropsykiatrista haastattelua kuvaamaan käytösoireita. Neuropsykiatrinen haastattelu (NPI) on tarkoitettu Al-

zheimerin ja muihin rappeuttavien aivosairauksien liittyvien käytösoireiden ja psyykkisten häiriöiden erottamiseen. Muistisairaiden käytösoireiden ymmärtäminen antaa neuvoja muistisairaahan ihmisen tukemiseen sekä hoitotyön kehittämiseen hankalissa olosuhteissa. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 221.)

Henkilökohtaiset terveyshaasteet, johtaminen sekä asiakkaisiin liittyvät tekijät kuten dementian vaativuus kuormittavat henkilökuntaa. Hoitotyön ammattilaiset kokevat työn muistisairaiden kanssa ristiriitaisena, koska he antavat työssään hoivaa, luottamusta ja tukea muille, mutta myös kokevat aliarviointia ja näkymättömyyttä sekä turhautumista, kun heidän oletetaan olevan joka paikassa ja tietävän kaikki asiat samanaikaisesti. Hoitotyön ammattilaiset kokevat yksinäisyyttä ongelmien ratkaisemisessa ja tilanteiden hoitamisessa sekä kaipaavat johtajia tukemaan ja kuuntelemaan, sekä toteuttamaan jatkuvaa seuranta ja kehittämistä. Kaikkien odotusten riskinä on stressin aiheuttama sairastuvuus, ahdistus ja virheiden tekeminen. Keskeinen syy lopettaa muistihoitotyö on työtyytyväisyyden puute, joka laskee arvostuksen puutteesta ja ammattilaisten omasta tyytymättömyydestä antamansa hoidon laatuun. (Hultgvist 2013.)

Muistisairaiden hoitotyö on vaativaa ja siihen liittyy usein negatiivisia asenteita, joihin vaikuttavat hoitohenkilökunnan tiedon ja taidon puute, sekä asiakkaan aggressiivinen käyttäytyminen. On tutkittu aggressiivista käyttäytymistä hoitotyön ammattilaisia kohtaan ja tulokset osoittavat väkivaltaisuukselle altistuvien hoitotyön ammattilaisten kokevan matalampaa työtyytyväisyyttä ja tunneperäistä uupumusta, kyynisyyttä ja matalampaa psykologista hyvinvointia. Kaikki tyytymättömät hoitotyön ammattilaiset eivät vaihda työpaikkaa, vaan osoittavat epäluotettavaa työmoraalia, uhmakkuutta työtovereita ja potilaita kohtaan tai heillä on työstä yllättäviä poissaoloja. Hoitotyön ammattilaiset tunsivat työn kuluttavan heidän voimavarojaan, minkä seurauksena he eivät jaksaneet antaa omalle perheelle ja läheisille sellaista huomiota kuin olisivat halunneet. (Hultgvist 2013.)

4 Työhyvinvointi, johtaminen ja työnohjaus hoitotyössä

Työhyvinvoinnilla tarkoitetaan työntekijän psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia työpaikalla. Jokaisella on oikeus voida työssään hyvin. Työhyvinvointiin vaikuttavia asioita

ovat esimerkiksi työilmapiiri, ergonomia ja suojavarusteet. Työ ei saa olla fyysisesti eikä psyykkisesti liian kuormittavaa eikä työ saa vaarantaa työntekijän fyysistä tai henkistä turvallisuutta. Työnantajalla ja työnantajan edustajalla on vastuu työilmapiiriasi-oissa ja esimerkiksi työpaikkakiusaamisen estämisessä. (Työhyvinvointi N.d.)

Työn tekemiseen tarvitaan erilaisia fyysisiä ominaisuuksia ja taitoja kuten kehon hallintaa, lihasvoimaa, nopeutta ja tarkkuutta. Fyysisiä kuormitustekijöitä työssä ovat työasennot, työliikkeet, liikkuminen ja fyysisen voiman käyttö. Työn pitää olla sopivasti kuormittavaa työntekijän terveys ja toimintakyky huomioon ottaen. Liiallinen kuormitus saattaa aiheuttaa tuki- ja liikuntaelinoireita. Työn fyysiseen kuormittavuuteen voidaan vaikuttaa hyvällä tilojen ja työprosessien suunnittelulla sekä tarkoituksenmukaisilla työvälineillä. Työvälineiden ja kalusteiden säädettävyydellä voidaan vaikuttaa työergonomiaan. Hyvä siisteys ja järjestys työmaalla edistävät työn sujumista ja turvallisuutta. Perehdytyksellä ja työnopastuksella edistetään oikeiden työasentojen ja -liikkeiden omaksumista. Tautotus on tärkeää työssä, joka sisältää jatkuvia toisto liikkeitä, nostamista ja kantamista. (Fyysinen työnkuormitus N.d.)

Psyykkisillä kuormitustekijöillä tarkoitetaan tekijöitä, jotka aiheuttavat ristiriitaa voimavarojen ja työn vaatimusten välillä. Sosiaaliset kuormitustekijät liittyvät työyhteisön keskinäiseen vuorovaikutukseen. Psyykkisiä kuormitustekijöitä ovat epävarmuus ja jatkuvat muutokset työssä, epäselvät tavoitteet, kiire, liikaa työtä, liian vähän työtä tai haasteita, suuri vastuu ihmisistä tai taloudesta sekä palautteen tai arvostuksen puute. Sosiaalisia kuormitustekijöitä ovat työyhteisöongelmat, hankalat sosiaaliset suhteet, yksin työskentely, haasteelliset asiakastilanteet, heikko tiedonkulku, epätasa-arvoinen tai epäasiallinen kohtelu, työn organisoimien ongelmat, tyytymättömyys esimiestyöhön jne. (Psykososiaalinen kuormitus N.d.)

Johtaminen on olennainen osa työyhteisön hyvinvointia. Esimiestyö vaikuttaa suoraan henkilöstön motivaatioon, yhteistyömahdollisuuksiin sekä sitoutuneisuuteen ja sitä kautta työntekijöiden työhyvinvointiin. Johtaja, joka osoittaa luottamusta ja kunnioitusta alaisiaan kohtaan, sekä antaa heille palautetta, edistää näin omalla toiminnallaan alaistensa työhyvinvointia. Hyvä johtaminen on ohjaamista, seuranta, vaatimista, pa-

lautteenantoa. Johtamiseen kuuluu myös innostamista, analysointia, suunnittelua, kehittämistä, päätöksentekoa ja delegointia. Tärkeää on tasavertainen kohtelu ja avoin vuorovaikutus alaisten kanssa. Vaikka työhyvinvoinnin tukeminen ja edistäminen kuuluu kaikille työyhteisössä, niin vastuu siitä on esimiehillä ja ylimmällä johdolla. Huono ja heikko johtaminen vie pohjan työhyvinvoinnilta. Motivaation puuttuessa työntekijät eivät sitoudu tavoitteisiin, osaaminen ei kehity ja työntekeä tuntuu raskaalta ja stressaavalta. (Tuominen 2012, 23.)

Tutkimusten mukaan johtamisella on havaittu olevan verrattain suora kytkös ihmisuhteisiin ja ilmapiiriin. Johtaminen rakentaa alustan työyhteisön hyvinvoinnille. Yleisesti hyvä johtaminen on sitä, että esimies keskustelee työntekijöidensä kanssa sekä ottaa huomion heidän mielipiteensä. Keskusteleva johtaminen vaatii esimieheltä taitoa oppia herkäksi vuorovaikuttajaksi ja työntekijöiden näkökantojen havainnoijaksi. Esimiehen ja työntekijän on pystyttävä keskustelemaan yhteisistä tavoitteista ja päämääristä, joita työssä onnistuminen vaatii ja se, miten sitä mitataan. Mikäli yhteisesti sovittuja toimintatapoja ja sääntöjä ei ole, kumpikaan osapuoli ei voi olla varma työn onnistumisesta. Esimiehellä onkin vastuu luoda työpaikalle vahva toimintakulttuuri, joka ohjaa arjen toimintaa. (Juuti & Vuorela 2002, 18–21.)

Vuorovaikutteinen ja ammatillisuutta tukeva toiminta on olennainen osa työnohjausta, jolla lisätään työhyvinvointia. Sen keskeisiä tavoitteita on auttaa käsittelemään työssä ilmeneviä tunteita, haasteellisia työtilanteita, parantaa asiakaspalvelua ja työsuorituksiamme, auttaa arvioimaan omia voimavarojamme ja löytämään niitä sekä auttamaan säilyttämään työkykymme lisäten työhyvinvointiamme ja työstä koettua iloa. Työnohjaus voi tapahtua koko yhteisössä tai koskea vain yhtä yksilöä tai pienryhmää. Sillä on asetettu aina tavoite, jota tarkastellaan ohjauksen aikana sekä sen jälkeen. (Ratkaisukeskeinen työnohjaus.)

Terveystieteiden lainsäädäntö velvoittaa työnantajan ja ammattihenkilöt huolehtimaan tutkimus- kehittämis- ja koulutustoiminnasta. Jokaisella kuormittavassa hoitotyössä toimivalla on oikeus työnohjaukseen tarpeen niin vaatiessa jo työn henkisen raskaudenkin takia. Se tarjoaa innokkaimmille hoitotyön ammattilaisille mahdollisuu-

den osallistua oman työnsä kehittämiseen. Siitä saadaan apua myös arkityöstä selviytymiseen, kun voimavarat ovat vähissä joko henkilökohtaisista tai työyhteisöstä johtuvista syistä. Työnohjaus on todettu hyväksi keinoksi arvioida omaa ammattitaitoa ja parantaa oman henkilöstön toiminnan laatua; ammatillinen tietous lisääntyy, toimintataidot lisääntyvät ja hyvällä työnohjauksella tuetaan työntekijää oman työnsä ja itsensä tarkastelussa. Työnohjausta voidaan järjestää joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Hoitotyössä hoitotyön ammattilaisilta vaaditaan kykyä oman itsensä arviointiin ja omien voimavarojensa tunnistamiseen sekä taitoa soveltaa kokemuksellista tietoa. Nämä taidot helpottavat asiakkaan kohtaamisessa. Auttamistyössä hoitotyön ammattilainen kehittää omaa persoonallisuuttaan ja mielikuvitustaan auttaakseen asiakasta edistäen asiakkaan terveyttä ja parantaen hänen elämänlaatua; asiakas ja hänen perheenjäsenet saavat syvemmän ymmärryksen elämänsä tapahtumille ja selvyyden niiden merkityksistä. Ammatillinen kasvu työnohjauksessa ilmenee sairaanhoitajan työssä ammattitaidon syvenemisellä ja itseymmärryksen syvenemisellä. Nämä tekijät vaikuttavat työsuoritusten paranemiseen. Työryhmän tuki on ensiarvoisen tärkeää. Hoitotyön ammattilaisen on tärkeä oppia arvioimaan omaa toimintaansa ja oppimaan virheistään. Palaute omasta toiminnasta auttaa tunnistamaan tulevaisuudessa virheelliset toimintatavat, korjata niitä ja kehittyä ammatillisesti. Verkosto-osaaminen on myös tärkeä osa-alue ammatillisessa kehitymisessä; erilaisissa ammatillisissa sosiaalisissa verkostoissa toimiminen ja yhteistoiminta eri asiantuntijoiden kanssa vahvistavat sairaanhoitajan ammatillista kehitystä. Ammatillista työnohjausta tulee toteuttaa kaikilla hoitotyön osa-alueilla. Hoitotyön ammattilaisilta muistisairaiden hoitotyössä vaaditaan yhä enemmän henkistä jaksamista. Työnohjausta työpaikoilla lisäämällä voidaan tukea hoitotyön ammattilaisten jaksamista. (Duodecim; Holmberg, Inkinen, Kurki, Partanen A. & Salo-Chydenius 2015, 46–47; Jortikka & Jäppinen 2006; Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 300–303; Puosi & Tujunen 2013; Terveyskirjasto.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää tutkimuskyselyn avulla hoitotyön kuormittavuutta ja siihen vaikuttavat tekijöitä palveluasumisen yksiköissä, joissa hoidetaan

muistisairaita asiakkaita. Kysely tehdään sähköisenä ammattilaisille hoitotyön kuormittavuudesta sekä kunnan ylläpitämissä palveluasumisen yksiköissä että yksityisen palveluntarjoajan palveluasumisen yksiköissä Keski-Suomen alueella. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat: Mitkä tekijät hoitotyössä kuormittavat ammattilaisia heidän kokemanaan sekä miten kuormitustekijöitä voidaan ehkäistä ja vähentää julkisen ja yksityisen palveluasumisen yksiköissä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa, jonka avulla voidaan vähentää hoitotyön kuormittavuutta muistisairaita asiakkaita hoitavissa palveluasumisen yksiköissä. Tuloksien pohjalta saadaan selville muistisairaudesta aiheutuvia kuormittavia tekijöitä palveluasumisessa ja tukitoimia kuormituksen vähentämiseksi. Tuloksien pohjalta saadaan selville muistisairaudesta aiheutuvia kuormittavia tekijöitä, tukitoimia kuormituksen vähentämiseksi johtamisen avulla ja työhyvinvointia tukemalla sekä tuoden esille mahdollisia eroja yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Tutkittu tieto auttaa ammattialaa kehittämään muistisairaiden asiakkaiden hoitamista siten, että henkilöstöä kuormittavat tekijät voidaan tunnistaa ja niihin vaikuttaa.

6 Aineisto, sen hankinta ja analyysimenetelmä

Tutkimusote voi olla määrällinen eli kvantitatiivinen tai laadullinen eli kvalitatiivinen. Tutkimuksissa nämä kaksi tutkimusmenetelmää voivat täydentää toisiaan. Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa esitetään tuloksia, jotka liittyvät muun muassa prosenttiosuuksiin ja lukumääriin. Määrällisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä selvitettyä ja kartoitettua olemassa oleva tilanne lukuina. Määrällinen tutkimus ei kuitenkaan pysty riittävästi selittämään asioiden syitä ja seuraussuhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa autetaan ymmärtämään itse tutkimuskohdetta selittäen tutkittavan kohteen käyttäytymisen syitä tai päätöksiä. Laadullinen tutkimus sopii hyvin sosiaalisten ongelmien tutkimiseen, toiminnan kehittämiseen ja erilaisten vaihtoehtojen etsintään. (Heikkilä 2014, 15.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin sekä määrällistä että laadullista menetelmää. Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena palveluasumisen yksiköissä toimiville hoitotyön ammattilaisille, jotka työskentelevät muistisairaiden kanssa. Laadullinen aineisto kerättiin avoimina kysymyksinä.

6.1 Kohderyhmän kuvaus ja aineistonkeruumenetelmä

Kohderyhmäksi valittiin palveluasumisen yksiköissä työskentelevät lähihoitajat, perushoitajat ja sairaanhoitajat. Aineistoon sisältyi neljä julkisen sektorin asumispalveluyksikköä ja kolme yksityisen sektorin vastaavaa yksikköä. Nimiä ei tässä opinnäytetyössä mainita anonyymiyden säilyttämiseksi. Yksiköt on valittu siten, että ne ovat mahdollisimman vertailukelpoisia asiakaspaikkojen ja palveluyksikössä asuvien muistisairaiden asiakkaiden suhteen. Jokainen tämän opinnäytetyön tekijästä oli yhteydessä yhteen kaupungin tai kunnan ja yhteen yksityisen sektorin palveluasumisyksikköön. Yksi yksityisen sektorin yksikkö jäi pois tutkimuksesta, koska eivät halunneetkaan osallistua. Yksiköiden annettua suostumuksensa kyselyyn suunniteltiin kyselytutkimukseen tarkoituksenmukaiset kysymykset. Kanasen (2008, 68) mukaan perusedellytys kyselylomakkeen laatimiselle on se, että ilmiö tunnetaan. Silloin kysymykset voidaan laatia esiin tulevien ongelmien ratkaisemiseksi. Kyselylomakkeen laatimisen yhteydessä tutustuttiin hoitotyön kuormittavuudesta tehtyihin tutkimuksiin. Kyselylomakkeen suunnittelussa selvitettiin, mitä jo aiemmin aiheesta tiedettiin ja sovellettiin näitä havaintoja kyselylomakkeen kysymyksiin. Lomakkeen kysymykset laadittiin niin, että ne vastasivat hyvin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä. Tutkimuskyselyyn valittiin yhteensä 24 kysymystä, joista neljä oli avoimia kysymyksiä. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2004, 190) kirjoittavat, että avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden kertoa todellisen mielipiteensä. Vastaajien sallitaan esittää omin sanoin ajatuksiaan eikä vastaajille anneta valmiita vastauksia erilaisia vaihtoehtoja esittämällä. Tällöin voidaan todentaa, mikä on oleellista ja merkittävää vastaajien ajattelussa ja vastauksissa myös vastaajien tunteiden voimakkuus aiheeseen liittyen tulee esiin. Näitä asioita huomioitiin kyselylomaketta tehtäessä. Avoimissa kysymyksissä oli tarkoitus selvittää, mikä vastaajien mielestä on tärkeää muistihoidotyössä. Heille annettiin myös tilaisuus tuoda omia näkökulmiaan kuormittavuudesta esille, mikä ei välttämättä olisi tullut

esiin kaikkien tutkimuskysymysten ollessa monivalintakysymyksiä. Tutkimuskysely testattiin sairaanhoitajaopiskelijoilla, muutamalla sairaanhoitoalalla työskentelevällä ammattihenkilöllä sekä opinnäytetyön ohjaajat antoivat omat lisäykset. opinnäytetyön ohjaajilla. Heikkilän (2014, 60) mukaan kyselylomake tulisi esitestata vähintään 5–10 henkilöllä. Päämääränä on saada selvitettyä kysymysten ja ohjeiden selkeys sekä yksiselitteisyys. Lomakkeen toimivuutta, vastaamiseen kulunutta aikaa sekä vastaamisen rasittavuutta voidaan esitestauksessa myös selvittää. Esitestaajilta kerätään tietoa olennaisista kysymyksistä, niiden puuttumisesta tai epäolennaisista kysymyksistä tutkimusta ajatellen. Vastausten perusteella tehtiin muutoksia, jotka koskivat kysymysten järjestystä, rakennetta tai vastausvaihtoehtoja. Testauksen jälkeen tutkimuskysely toimitettiin osalle yksiköistä kommentoitavaksi. Yksiköiden esimiesten nähtyä lopullisen opinnäytetyösuunnitelman ja tutkimuskyselyn, kolme heistä ilmoitti tarvitsevansa tutkimuslupahakemuksen. Tutkimuslupahakemus toimitettiin palveluasumisyksiköihin lopullista hyväksyntää varten. Tutkimuskysely lähetettiin yksiköihin esimiesten sähköpostiin. Sähköposti sisälsi linkin Webropol -tutkimuskyselyyn. Yksiköiden esimiehillä oli mahdollisuus jakaa tutkimuskyselyn vastauslinkkiä myös työntekijöiden omiin sähköposteihin. Tutkimuskyselyn jakamiseen paperiversiona oli myös varauduttu. Saatekirje (LIITE 1) ja tutkimuskyselylomake (LIITE 2) ovat tämän opinnäytetyön liitteenä. Tutkimusyksiköille lähetettiin kyselytutkimuksen aukioloaikana kolme kertaa muistutusviestejä, jotta työntekijät aktivoituisivat vastaamaan kyselyyn. Kyselylomakkeen vastausaika oli aluksi kolme viikkoa. Lopulta kysely oli auki välillä 17.5.–1.7.2018. Kyselyyn vastasi 37 hoitotyön ammattilaista seitsemästä eri yksiköstä. Kyselyn oli avannut 107 henkilöä, joista 47 oli aloittanut vastaamisen ja 37 henkilöä oli vastannut kyselyn loppuun. Keskenjätettyjä lomakkeita ei voitu ottaa mukaan, koska ne eivät keskeneräisenä tallentuneet järjestelmään.

6.2 Aineiston analysointi

Analyysimenetelmät valittiin heti, kun kyselylomaketta aloitettiin suunnittelemaan ja työstämään. Vastausten analysoimiseen käytettiin laadullisia ja määrällisiä menetelmiä. Strukturoidut kysymykset analysoitiin kvantitatiivisella ja avoimet kysymykset

kvalitatiivisella tutkimusotteella. Kyselyn alussa olevien kysymysten 1–20 tulokset analysoitiin määrällisellä analyysillä. Kyselyn vastauksia esitetään tilastollisesti ja ymmärtävyyttä lisätään havainnollistamalla aineistoa graafisesti. Määrällinen aineisto analysoitiin Webropolin omilla työkaluilla. Tuloksia vertailtiin esimerkiksi julkisella ja yksityisellä sektorilla työskentelevien kesken. Webropolin omat työkalut mahdollistivat erilaisten kaavioiden käytön tulosten havainnollistamisessa sekä analysoinnissa muun muassa prosenttijakaumina. Tuloksia on havainnollistettu palkkikaavioina ja taulukoita apuna käyttäen. Kvantitatiivisessa analyysissä käytetään erilaisia laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä. On yleistä, että tutkimusaineistoa luonnehditaan tilastollisesti ja selkiytetään graafisesti. Tällä tavoin voidaan aineistosta tuoda esiin esimerkiksi ilmiöiden volyyymia, frekvenssiä, ilmiöiden haarautumista ja niiden erittelyä luokkiin. Webropolin antamien raporttien ansiosta kysymyksiin 1–20 saatiin yhteenvedettyä tulokset suoraan järjestelmästä. (Kurssi ja oppimateriaalipione Koppa n.d.)

Avoimilla kysymyksillä kartoitettiin ammattilaisten kokemuksia ja käsityksiä muistisairaiden ihmisten hoidosta ja muistisairauden vaikutusta työn kuormittavuuteen. Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysimenetelmää. Laadullisessa aineiston analyysimenetelmässä korostetaan tekstin laadullista ja sisällöllistä merkitystä. Aineistoa aloitetaan analysoimaan koko aineiston lukemisella. Analyysi on valmis siinä vaiheessa, kun uusia näkökulmia ei enää löydy. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään luomaan selonteko tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, jotta se voidaan käsitteellistää. Tärkeää on, että tarkasteltavasta materiaalista jaotellaan yhdenmukaisuudet ja eroavuudet. Analysointivaiheen prosessoinnissa voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon perehtyminen ja yksinkertaistaminen, aineiston lajittelu ja kuvaus sekä luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12; Seitamaa-Hakkarainen 2014.)

Avoimien kysymysten analysointia aloitettaessa hoitotyön ammattilaisten vastaukset tiettyyn kysymykseen laitettiin peräkkäin. Tällä menetelmällä nähtiin vastauksien kokonaisuus. Avoimiin kysymyksiin annettuja vastauksia luettiin yhä uudelleen, että nähtiin mitkä asiat toistuvat vastauksissa eniten ja löydettiin tutkimuskysymykseen liittyviä asioita. Vastauksia tarkasteltiin muistihoidotyön kuormittavuutta lisäävien tekijöiden

ja muistihoitotyön kuormittavuutta vähentävien tekijöiden kannalta. Vastauksissa huomattiin pian, että suurimmassa osassa vastauksia toistuivat tietyt asiat muistisairaiden hoitotyössä. Suurin osa avoimien kysymyksiä vastauksista koski muistihoitotyön kuormittavuutta lisääviä tekijöitä. Tarkoituksena oli tuoda esiin myös julkisen sekä yksityisen sektorin eroja. Vastauksia kävimme systemaattisesti ja tarkasti läpi niin, että tunnistimme vastauksista avoimiin kysymyksiin yhdistetyt seikat. Aineiston pelkistäminen eli redusointi oli aineistolähteen sisällönanalyysimme ensimmäinen vaihe. Pelkistämisen tarkoituksena oli pilkkoa ja tiivistää aineisto siten, että siitä erotettiin tutkimuksen kannalta asiaankuulumaton materiaali ja valikoitiin tutkimustehtävän kysymyksiin vastaavat lausunnot. Toinen vaihe sisällönanalyysissä oli aineiston ryhmittely eli klusterointi. Klusteroinnissa erotellut pelkistetyt ilmaisut läpikäytiin ja tutkittiin erilaisuudet ja yhtäläisyydet. Vastaukset lajiteltiin omiksi ryhmikseen muistihoitotyön kuormittavuutta lisääviin tekijöihin ja muistihoitotyön kuormittavuutta vähentäviin tekijöihin. Sitten vastaavat sanalliset ilmaisut tuotiin yhteen samaksi luokaksi tiivistämällä aineistoa. Lopuksi luokalle annettiin nimi sen sisältöä kuvaavalla termillä. Viimeisessä vaiheessa tapahtui abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen. Pääluokiksi yhdistettiin samansisältöiset alaluokat ja ne muutetaan teoreettisiksi käsitteiksi. Aineiston näkökulmasta riippuen, yhdistelyä voidaan jatkaa niin pitkälle kuin mahdollista, että lopuksi muodostuu yhdistävä käsite vastaten tutkimustehtävään. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 111–115.)

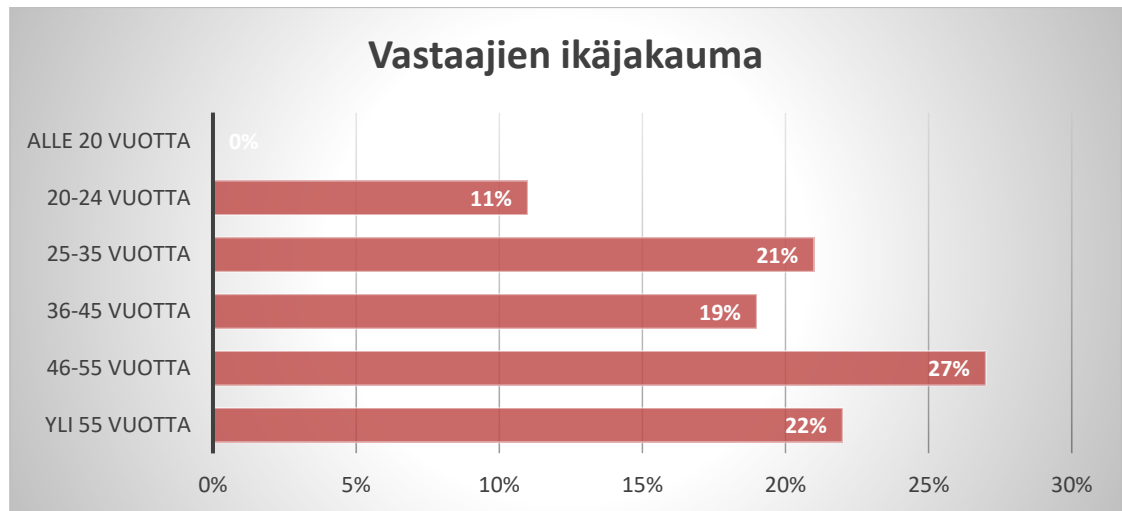
7 Tulokset

Tulokset jaoteltiin tutkimuskysymysten mukaan. Alkuun käsiteltiin hoitotyön ammattilaisten taustatiedot, jonka jälkeen muistihoitotyön kuormittavuutta lisäävät tekijät ja lopuksi muistihoitotyön kuormittavuutta vähentävät tekijät. Määrälliset ja laadulliset kysymykset käsiteltiin kunkin tutkimuskysymyksen yhteydessä.

7.1 Taustatiedot

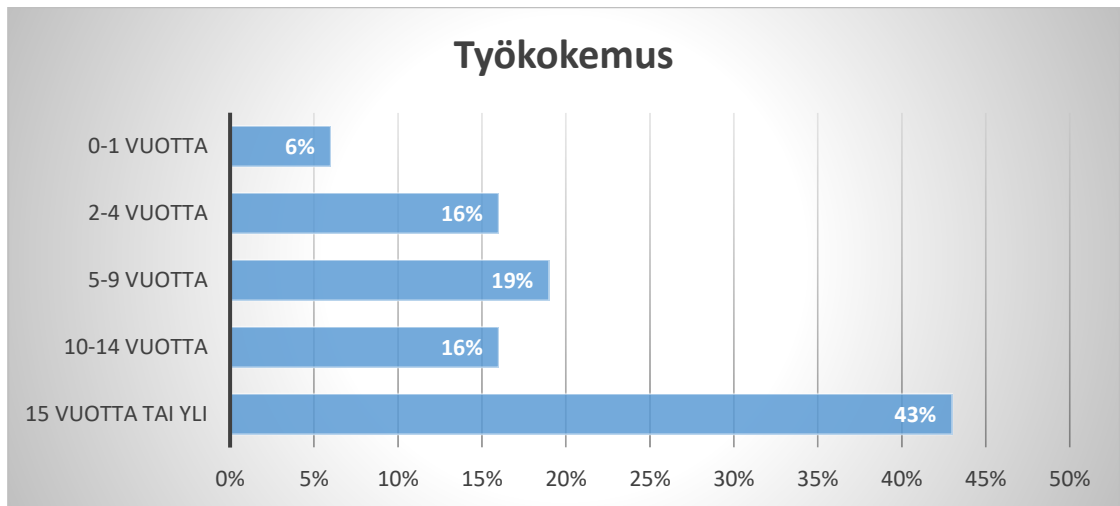
Kyselyyn vastanneiden ikä jakautui melko tasaisesti 20 ja yli 55 vuoden väliin. Eniten vastaajia eli 27 % sijoittui ikävälille 46–55 vuotta. 20–24 vuotiaita vastaajista oli 11 %,

25–35 vuotiaita 21 %, 36–45 vuotiaita 19 % ja yli 55 vuotiaita oli 22 %. Suurin osa vastaajista oli naisia (97 %). Vastaajista enemmistö eli 62 % oli lähihoitajia, 27 % sairaanhoitajia ja 11 % perushoitajia. Kuviossa 1 näkyy vastaajien ikäjakauma.



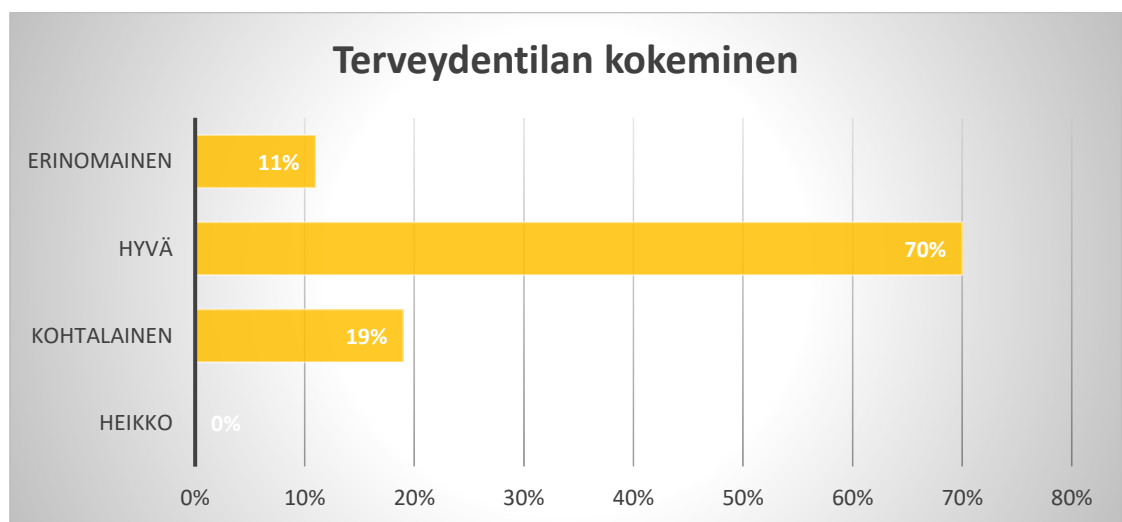
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma.

Vastaajista 81 % oli vakituksessa työsuhteessa ja loput vastaajista oli määräaikaisessa työsuhteessa. Yksityisellä sektorilla määräaikaisia työsuhteita oli 28 % ja vakituksia 72 %. Julkisella sektorilla määräaikaisia työsuhteita oli 11 % ja vakituksia 89 %. Vastaajista 51 % työskenteli julkisella sektorilla ja loput 49 % yksityisellä sektorilla. Kuviossa 2 esitetään vastaajien työkokemus. Suurimmalla osalla vastaajista (43 %) oli työkokemusta yli 15 vuotta, 16 %:lla 10–14 vuotta, 19 %:lla 5–9 vuotta ja 6 %:lla 0–1 vuotta.



Kuvio 2. Vastaajien työkokemus.

Kuviossa 3 esitetään vastaajien kokemus omasta terveydentilasta. Heistä 70 % koki oman terveydentilansa hyväksi, 11 % erinomaiseksi ja 19 % kohtalaiseksi. Sairaanhoidajista 20 % koki terveydentilansa erinomaiseksi, 70 % hyväksi ja 10 % kohtalaiseksi, kun taas lähi- ja perushoitajien terveydentila oli omien kokemusten mukaan 8 %:lla erinomainen, 70 %:lla hyvä ja 22 %:lla kohtalainen. 46-vuotiaista tai sitä vanhemmista vastaajista kokemukset omasta terveydentilastaan olivat 61 %:lla hyvä, 11 %:lla erinomainen ja 28 %:lla kohtalainen. Vastaajista 45-vuotiaista ja sitä nuoremista 79 % kokivat terveydentilansa hyväksi, 11 % erinomaiseksi ja 10 % kohtalaiseksi.



Kuvio 3. Vastaajien kokemus omasta terveydentilasta.

Viimeisen vuoden aikana työpaikkaa oli ajatellut vaihtaa joskus 41 %, melko usein 13 % ja erittäin usein 11 % vastaajista. Heistä 35 % ei ollut ajatellut vaihtaa työpaikkaa ollenkaan. Alla oleva kuvio 4 esittää vastaukset prosentteina.



Kuvio 4. Viimeisen vuoden aikana työpaikan vaihtoa ajatelleet vastaajat.

Sairaanhoidtajina työskentelevistä yhteensä puolet oli ajatellut vaihtaa työpaikkaa joko joskus tai ei ollenkaan ja puolet joko erittäin usein tai melko usein. Lähi- ja perushoitajista 77 % ei ollut ajatellut vaihtaa työpaikkaa ollenkaan tai korkeintaan joskus ja lähes viidesosa oli miettinyt työpaikan vaihdosta joskus tai melko usein.

7.2 Muistihoitotyön kuormittavuutta lisäävät tekijät

Muistihoitotyön kuormittavuutta lisääviä tekijöitä tarkasteltaessa nousivat esiin väkivallan kokeminen, käytössä oleva työaika, henkinen kuormittavuus ja muistisairauksien käytösoireisiin liittyvät tekijät.

7.2.1 Väkivallan kokeminen

Valtaosa vastaajista (92 %) oli kokenut työpaikallaan asiakkaiden puolelta henkistä tai fyysistä väkivaltaa. Kysyttäessä tarkentavana kysymyksenä, minkälaista väkivaltaa he

olivat kokeneet, vastaukset olivat hyvin samankaltaisia. Fyysistä väkivaltaa kokeneet kertoivat väkivallan olleen puremista, lyömistä, potkimista, puristamista ja sylkemistä. Henkinen väkivalta oli ilmentynyt nimittelyä, haukkumisena sekä uhkailuna.

” Sanallista; haukkumista, nimittelyä. Fyysistä, lyömistä, potkimista, kädestä ja ranteesta puristamista.”

” Syyttely asioista, joihin ei ole osaa eikä arpaa ja niiden levittäminen. Pilkka ja iva. Sekä suoraan että selän takana. Teetättäminen puolesta, vaikka asiakkaan toimintakyvyn kannalta olisi hyvä itse tehdä arkipäivän asioita. Hoitohenkilöstöä kokeminen ”palvelijoina” ja yleensäkin negatiivinen suhtautuminen hoitajiin.”

”Haukkumista, lyömistä, potkimista, sylkemistä, puremista, tönimistä, sanallista uhkausta.”

Hoitotyön ammattilaiset olivat kokeneet myös seksuaalista ahdistelua, tavaroilla heittelemistä sekä hiuksista tukistelua.

7.2.2 Muistisairaiden hoitotyöhön käytössä oleva työaika

Vastaajista 68 % koki, ettei heillä ollut riittävästi aikaa muistisairaiden hoitotyöhön ja puolestaan 32 %:n mielestä aikaa oli riittävästi. Vastaajilta kysyttiin myös, miten ajan riittämättömyys vaikuttaa henkiseen jaksamiseen muistisairaiden hoitotyössä. Hyvin monessa vastauksessa toistuivat samat asiat; väsymys, stressi ja riittämättömyyden tunne.

” Jatkuva yliväsymys, työmotivaation laskeminen.”

” Läsnaolo muistisairaana kanssa vaatii aikaa. Itselle tulee riittämättömyyden tunne, tunne ettei hoida niin hyvin kuin haluaisi.”

” Kiireellinen ilmapiiri vaikuttaa myös muistisairaisiin ja tekee niistä levottomia. Silloin itselläkin stressi nousee.”

Vastaajista 86 % koki olevansa oikeassa työtehtävässä muistisairaiden parissa. Loput kokivat, että työtehtävän sopivuutta itselle heikensi ajanpuute ja kiire.

”Aikaa ei riitä niin paljon kuin haluaisin ja se uuvuttaa sekä muistisairaiden arvaamattomuus tuo painetta työtehtäviin ja haluaisin kokeilla jotain muuta.”

”Ei ole aikaa asukkaille, liian kiire, muistisairas tarvitsee aikaa, kiireessä ei jaksakaan toistaa samoja asioita tunnista toiseen.”

Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, etteivät saaneet keskittyä nimenomaan sairaanhoitajan työtehtäviin. Myös iän koettiin vaikuttaneen kärsivällisyyteen ja lyhentäneen pinnaa hoitotyössä.

7.2.3 Henkinen kuormittavuus

Vastaajista 68 % oli sitä mieltä, että työyhteisön jäsenet olivat henkisesti kuormittuneita. Jos kysymykseen vastasi ”kyllä”, kysyttiin tarkentava kysymys siitä, miten kuormittavuus näkyi heidän mielestään työpaikalla. Yleisimpinä vastauksina nousivat esille väsymys, kiireen tuntu, äksyily ja riidat työyhteisössä sekä sairaslomien lisääntyminen.

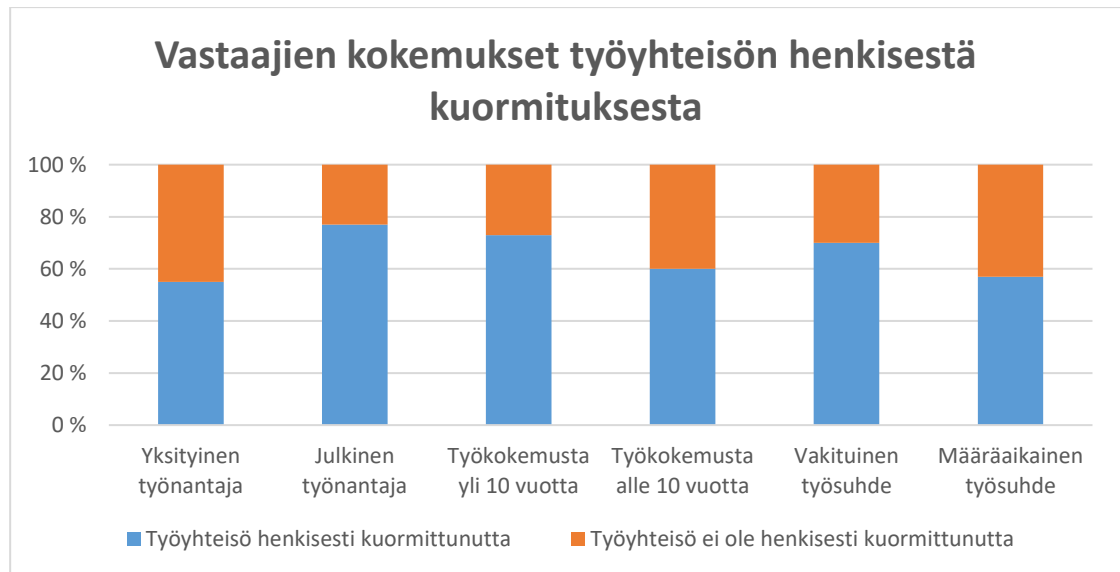
” Väsymyksenä, kiukkuiluna, naama nurinpäin olona. Osa hoitajista on todella loppu eivätkä jaksaa.”

” Äkkipikaisia/töykeitä vastauksia niin työkavereille kuin asiakkaille, sairaslomien määrä lisääntyy ja sairaslomat pitkiä.”

” Kaikki on yliväsyneitä, asenne on "olen vaan täällä töissä." ”

Yksityisen sektorin työnantajan palveluksessa olevista 55 % koki työyhteisönsä olevan henkisesti kuormittunutta ja loput vastanneista kokivat, ettei työyhteisö ole kuormittunutta. Julkisella sektorilla työskentelevistä 77 % koki työyhteisön olevan henkisesti kuormittunutta. Työyhteisön koki henkisesti kuormittuneeksi 73 % heistä, joilla oli työkokemusta yli 10 vuotta. Kun työkokemusta oli alle 10 vuotta, työyhteisössä henkistä

kuormittuneisuutta koki 60 % vastaajista. Vakituudessa työsuhteessa olevista 70 % koki työyhteisönsä olevan henkisesti kuormittunutta ja määräaikaisessa työsuhteessa olevista 57 % koki samoin.



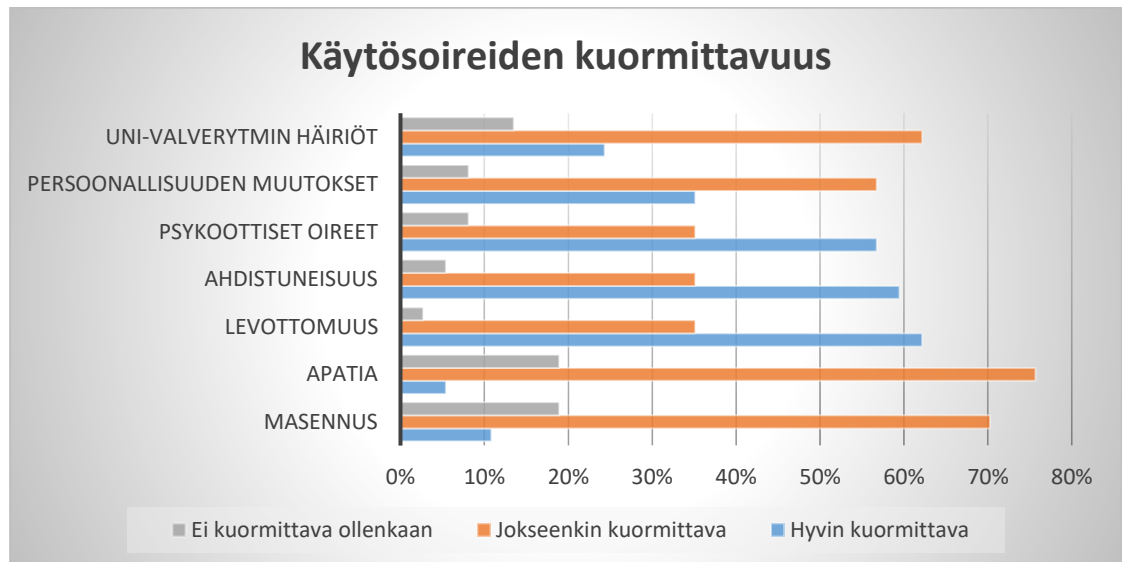
Kuvio 5. Vastaajien kokemukset työyhteisön henkisestä kuormituksesta.

Joka kymmenes vastaaja oli jäänyt sairauslomalle viimeksi kuluneen vuoden aikana hoitotyön kuormittavuudesta johtuvan uupumuksen, stressioireiden tai burn outin vuoksi. Yksityisellä sektorilla kukaan ei ollut jäänyt sairauslomalle ja julkisella sektorilla 21 % vastaajista oli jäänyt sairauslomalle viimeisen vuoden sisällä kyseisten tekijöiden takia. Kaikki sairauslomalle jääneet olivat vakituudessa työsuhteessa.

7.2.4 Muistisairauksien käytösoireiden kuormittavuus

Kyselyssä kartoitettiin myös käytösoireiden kuormittavuutta hoitotyössä. Kyselymme kohdistui yleisimpiin muistisairausten aiheuttamiin käytösoireisiin kuten masennukseen, apatiaan, levottomuuteen, ahdistuneisuuteen, psykoottisiin oireisiin, persoonallisuuden muutoksiin ja uni-valverytmin häiriöihin. Masennusta, apatiaa, persoonallisuuden muutoksia sekä uni-valverytmin häiriöitä suurin osa vastaajista (57–76 %) piti jokseenkin kuormittavana, kun taas levottomuus, ahdistuneisuus ja psykoottiset oi-

reet (57–62 % vastaajista) koettiin hyvin kuormittavina. Kuviossa 6 on esitetty graafisesti eri käytösoireiden kuormittavuus vastaajien kokemana ja taulukossa 1 on esitetty tulokset tarkemmin kaikista vastaajista prosentteina.



Kuvio 6. Muistisairauksien käytösoireiden kuormittavuus vastaajien kokemana.

Taulukko 1. Muistisairaiden käytösoireiden kuormittavuuden kokeminen (kaikki vastaajat).

Käytösoire	Hyvin kuormittava (%)	Jokseenkin kuormittava (%)	Ei kuormittava ollenkaan (%)
Masennus	11	70	19
Apatia	5	76	19
Levottomuus	62	35	3
Ahdistuneisuus	60	35	5
Psykoottiset oireet	57	35	8
Persoonallisuuden muutokset	35	57	8
Uni-valverytmien häiriöt	24	62	14

Sairaanhoidajista masennusta piti hyvin kuormittavana 70 %. Lähes kolmasosa ei kokenut työtään lainkaan kuormittavana. Vastaajista apatian koki jokseenkin kuormittavana 80 % ja loput ei kuormittavana ollenkaan. Levottomuutta hyvin kuormittavana

piti 50 % vastaajista ja loput 50 % jokseenkin kuormittavana. Ahdistuneisuutta piti hyvin kuormittavana 60 %, jokseenkin kuormittavana 30 % ja loput ei kuormittavana ollenkaan. Psykoottisia oireita 40 % vastaajista piti hyvin kuormittavana, 40 % jokseenkin kuormittavana ja loput 20 % ei kuormittavana ollenkaan. Persoonallisuuden muutoksia 30 % piti hyvin kuormittavana ja 70 % jokseenkin kuormittavana. Uni-valverytmin häiriöissä 20 % vastanneista piti hyvin kuormittavana ja 80 % jokseenkin kuormittavana.

Taulukko 2. Sairaanhoidajien kokemus muistisairaiden käytösoireiden kuormittavuudesta (julkinen ja yksityinen).

Käytösoire	Hyvin kuormittava (%)	Jokseenkin kuormittava (%)	Ei kuormittava ollenkaan (%)
Masennus	10	60	30
Apatia	0	80	20
Levottomuus	50	50	0
Ahdistuneisuus	60	30	10
Psykoottiset oireet	40	40	20
Persoonallisuuden muutokset	30	70	0
Uni-valverytmin häiriöt	20	80	0

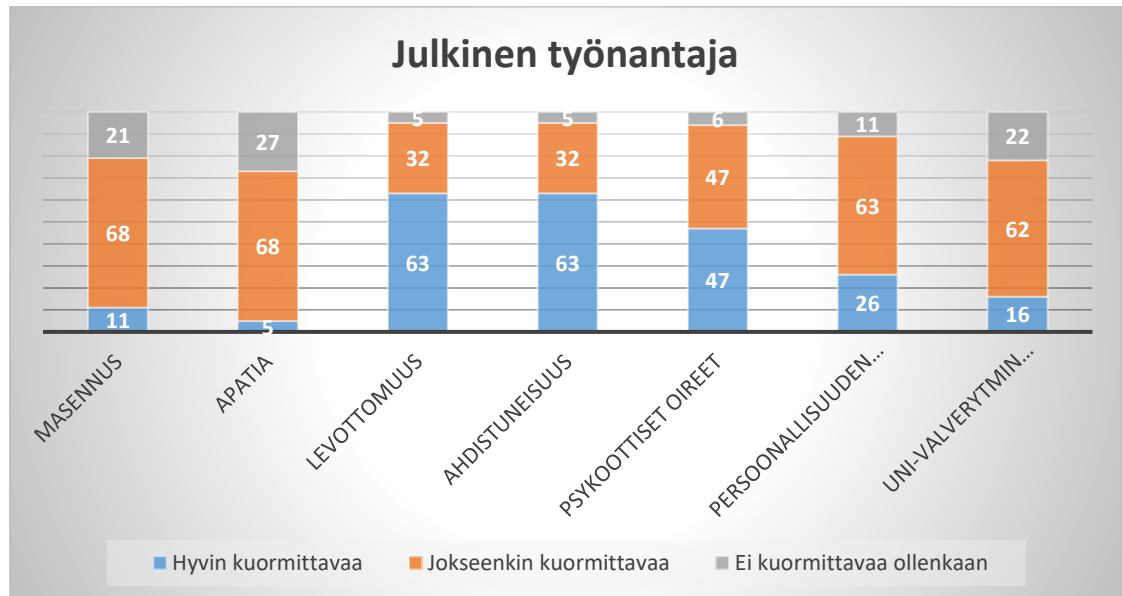
Lähi- ja perushoitajista masennusta piti hyvin kuormittavana 11 %, jokseenkin kuormittavana 74 % ja ei kuormittavana ollenkaan 15 %. Apatian koki 7 % hyvin kuormittavana, 74 % jokseenkin kuormittavana ja 19 % ei kuormittavana ollenkaan. Levottomuuden koki 67 % hyvin kuormittavana, 30 % jokseenkin kuormittavana ja 3 % ei kokenut kuormittavana ollenkaan. Ahdistuneisuutta 59 % piti hyvin kuormittavana, 37 % jokseenkin kuormittavana ja 4 % ei kuormittavana ollenkaan. Psykoottisia oireita piti 40 % hyvin kuormittavana, 40 % jokseenkin kuormittavana ja 20 % ei pitänyt kuormittavana ollenkaan. Persoonallisuuden muutoksia 37 % vastanneista pitivät hyvin kuormittavana, 52 % jokseenkin kuormittavana ja 11 % ei pitänyt kuormittavana ollenkaan. Uni-valverytmin häiriöitä 26 % vastaajista piti hyvin kuormittavana, 56 % jokseenkin kuormittavana ja 18 % ei pitänyt kuormittavana ollenkaan.

Taulukko 3. Lähi- ja perushoitajien kokemukset muistisairauksien käytösoireiden kuormittavuudesta (julkinen ja yksityinen).

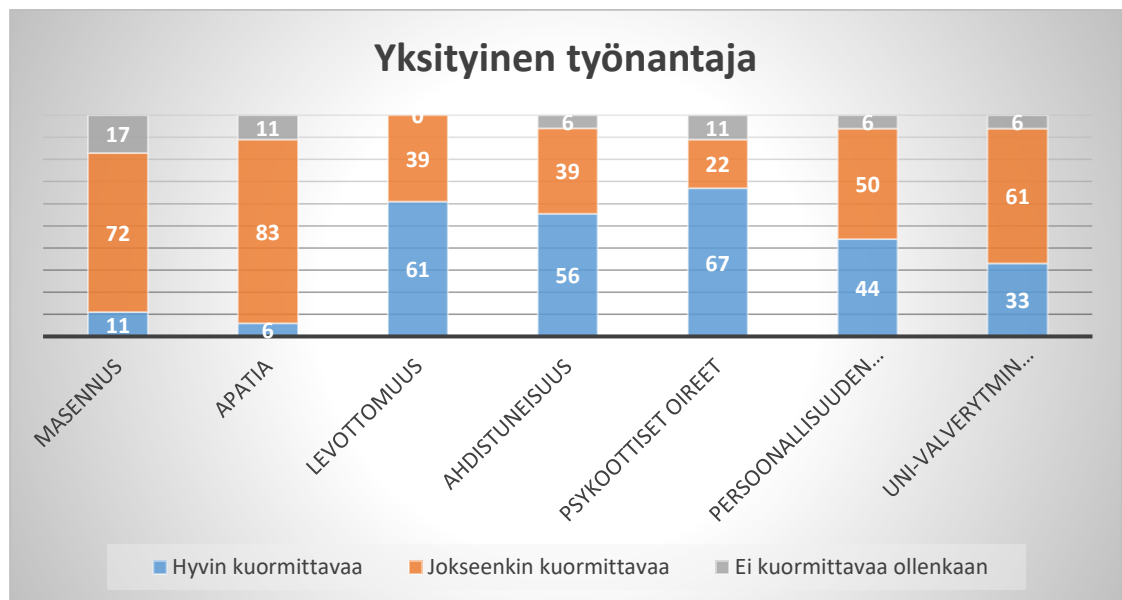
Käytösoire	Hyvin kuormittavaa (%)	Jokseenkin kuormittavaa (%)	Ei kuormittavaa ollenkaan (%)
Masennus	11	74	15
Apatia	7	74	19
Levottomuus	67	30	3
Ahdistuneisuus	59	37	4
Psykoottiset oireet	40	40	20
Persoonallisuuden muutokset	37	52	11
Uni-valverytmin häiriöt	26	56	18

Sekä julkisella että yksityisellä sektorilla 11 % vastanneista koki masennuksen hyvin kuormittavana. Julkisen sektorin vastaajista 68 % ja yksityisen sektorin vastaajista 72 % koki masennuksen jokseenkin kuormittavana ja 21 % julkisella sekä 17 % yksityisellä sektorilla työskentelevistä ei ollenkaan kuormittavana. Apatian koki julkisen sektorin vastaajista hyvin kuormittavana 5 % ja yksityisen sektorin vastaajista 6 %. Julkisen sektorin vastaajista 68 % ja yksityisen sektorin vastaajista 83 % koki apatian jokseenkin kuormittavana. Loput 27 % julkisen sektorin vastaajista ja 11 % yksityisen sektorin vastaajista eivät pitäneet apatiaa kuormittavana ollenkaan. Julkisella sektorilla 63 % koki levottomuuden ja ahdistuneisuuden hyvin kuormittavana, 32 % jokseenkin kuormittavana ja 5 % ei ollenkaan kuormittavana. Yksityisellä sektorilla 61 % koki levottomuuden hyvin kuormittavana ja 39 % jokseenkin kuormittavana. Ahdistuneisuuden koki hyvin kuormittavana 56 %, jokseenkin kuormittavana 39 % ja ei kuormittavana ollenkaan 6 %. Julkisella sektorilla psykoottisia oireita piti hyvin kuormittavana 47 % vastaajista, jokseenkin kuormittavana 47 % ja ei ollenkaan kuormittavana 6 %. Yksityisellä sektorilla 67 % piti psykoottisia oireita hyvin kuormittavana, 22 % jokseenkin kuormittavana ja 11 % ei kuormittavana ollenkaan. Julkisella sektorilla persoonallisuuden muutoksia piti hyvin kuormittavana 26 %, jokseenkin kuormittavana 63 % ja ei kuormittavana ollenkaan 11 %. Yksityisellä sektorilla 44 % piti persoonallisuuden muutoksia hyvin kuormittavana, 50 % jokseenkin kuormittavana ja 6 % ei kuormittavana ollenkaan. Julkisella sektorilla 16 % koki uni-valverytmin häiriöt hyvin kuormittavana, jokseenkin kuormittavana 62 % ja ei kuormittavana ollenkaan 22 %. Yksityisellä sektorilla 33 % koki uni-

valverytmin häiriöt hyvin kuormittavana, 61 % jokseenkin kuormittavana ja 6 % ei kuormittavana ollenkaan.



Kuvio 7. Julkisen sektorin työnantajan työntekijöiden kokemukset muistisairauksien käytösoireiden kuormittavuudesta.



Kuvio 8. Yksityisen sektorin työnantajan työntekijöiden kokemukset muistisairauksien käytösoireiden kuormittavuudesta.

7.2.5 Yhteenvetoa kuormittavuustekijöistä ammattilaisten kuvaamana

Muistisairaita hoitavien hoitotyön ammattilaisten kuormittavuustekijöissä suurimpana nousivat esille kiire, erilaiset käytöshäiriöt ja levottomuus sekä jatkuva asioiden toistamisen tarve.

“Levottomuus ja se, ettei välttämättä ymmärrä annettuja ohjeita.”

“Välillä väsy kuuntelemaan saman toistoa asiakkaan taholta. Samoin joskus tympäisee itse toistaa asiakkaalle samaa esim. Ruokaillessa hyvinkin useaan kertaan ohjata syömään, eikä sekoittamaan vain ruokaansa. Harhaluuloisuudet kuormittavat myös henkisesti. “

Esille nousi myös voimakkaasti henkisen ja fyysisen väkivallan kohteeksi joutuminen ja aggressiiviset asiakkaat, sekä riittämättömyyden tunne.

“Riittämättömyyden tunne, pelko kun aggressiivisiä vuorohoitolaisia tulee.”

“Tilanteet, joissa lääke, seura tai muutkaan keinot eivät auta. Pitkäaikainen haukkumisen ja hoitajaan kohdistuvan moittimisen kuunteleminen.”

“Samojen asioiden jatkuva toistaminen. Jatkuvasta pilkkaamisesta ja ivaamisesta huolimatta pitäisi jaksaa olla aina iloinen ja ystävällinen.”

“Levottoman ja ahdistuneen asukkaan rauhoitteluun ei ole tarpeeksi aikaa. Itselle tulee tunne, että työkaveri joutuu tekemään enemmän töitä, jos itse viipyy liian kauan yhden asukkaan luona.”

Kuormittavuustekijöissä jaksamiseen vaikuttaviin asioihin muistisairaita hoitaessa esille nousi oma väsymys ja turhautuminen.

“Kuormittavat tekijät joskus vaikuttavat, joskus eivät. Riippuu, kuinka on ehtinyt pitämään huolta hyvinvoinnistaan ravinnon, liikunnan, levon, ja sosiaalisen elämän parissa. Kuormittuneena ei ole intoa kuunnella

asiakkaiden toistuvia harhakuvitelmia tai ottaa vastaan aiheettomia syytöksiä. Sitä tekee vain työnsä rutiinilla ja odottaa kotiin pääsyä. Väsymys ja alakulo sen myötä vaikuttaa kaikkeen olemiseen. Myös ärtyisyytenä ja siinä, ettei saa toimeksi mitään. Paljon pitäisi, vähän kykenee.”

“Aina ei jaksakaan pysähtyä huomioimaan asukasta, vaan tekee töitä vähän laput silmillä ja korvilla.”

“Kärsimättömyyttä ilmenee omalta osaltani. Tulee tunne, ettei asiakas arvosta työtäni ja tuntuu, että tekeekö turhaa työtä.”

“Jos kiireisiä hetkiä ja päiviä on paljon, niin tuntee itsensä riittämättömäksi ja miettii, onko oikeassa työpaikassa.”

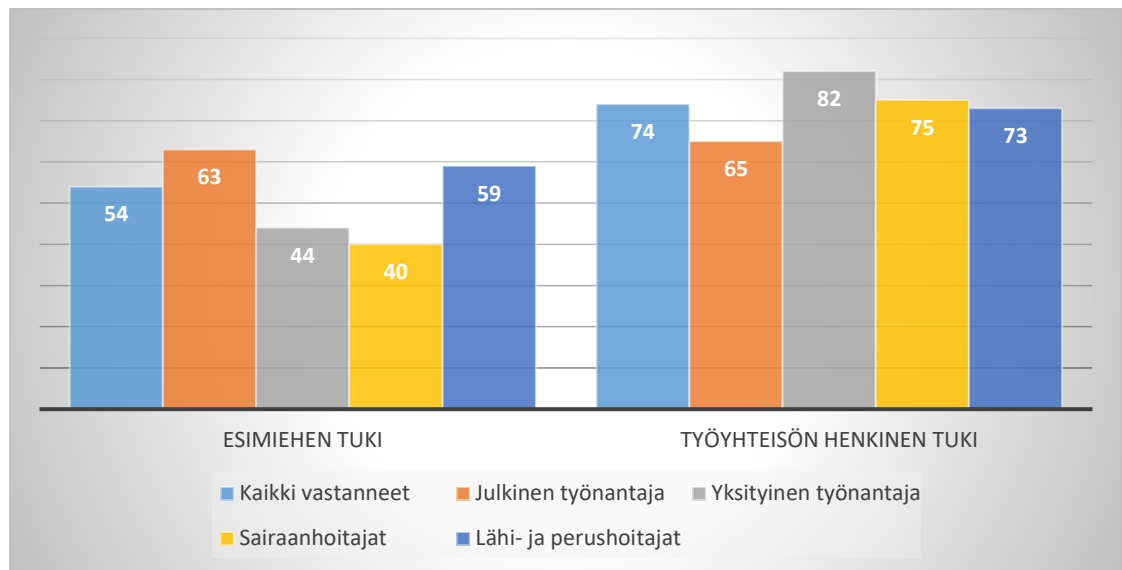
Osa vastaajista mietti työpaikan ja alan vaihtoa jatkuvan väsymyksen vuoksi. Joillakin työasiat seurasivat ajatuksissa myös kotiin ja uniin.

7.3 Muistihoidotyön kuormittavuutta vähentävät tekijät

Muistihoidotyön kuormittavuutta vähentäviä tekijöitä tarkasteltaessa nousivat esiin työyhteisön ja ammattitaitoisen henkilökunnan merkitys sekä henkinen hyvinvointi ja jaksaminen työyhteisössä.

7.3.1 Työyhteisön ja ammattitaitoisen henkilökunnan merkitys

Esimiehen tukea muistisairaiden hoitotyöhön liittyen oli kokenut saaneensa reilu puolet vastaajista ja loput 46 % olivat kokeneet jääneensä ilman tukea. Julkisen sektorin vastaajista 63 % ja yksityisen sektorin vastaajista 44 % kokivat saaneensa esimieheltä tukea. Henkisen tai fyysisen väkivallan kokemisen jälkeen 74 % oli kokenut saaneensa työyhteisöltä henkistä tukea ja 26 % ei vastaavasti saanut sitä. Julkisen sektorin vastaajista 65 % ja yksityisen sektorin vastaajista 82 % olivat saaneet työyhteisöltä henkistä tukea väkivallan kokemisen jälkeen. Sairaanhoidajista 75 % oli kokenut saavansa tukea henkisesti väkivaltilanteen jälkeen ja lähi- ja perushoitajilla vastaava prosentti oli 73 %.



Kuvio 9. Vastaajien kokemukset (%) esimiehen ja työyhteisön tuesta.

Riittävää henkilökunnan määrää pidettiin tärkeänä, jolloin työ voitiin toteuttaa sairau- den vaatimalla tavalla. Vastauksista nousi tärkeimpänä esille se, että hoitotyön am- mattilaisilla olisi riittävästi aikaa työskentelyyn ja asiakkaan kohtaamiseen. Työnteki- jöiden pysyvyys, koulutus sekä ammattitaitoinen henkilökunta koettiin hyvin tärkeänä tekijänä. Hoitoyksiköiden koko tuotiin myös kyselyssä esille. Hoitotyön ammattilaiset toivovat pieniä ja rauhallisia hoitoyksiköitä sekä enemmän virikkeitä asukkaille. Myös asiakkaiden tarpeiden yksilöllisyys nostettiin esille.

“Joustava työyhteisö, joka ei keskity marisemiseen ja työn kannalta tois- sijaisiin ja merkityksettömiin asioihin, vaan asiakkaiden aktivointiin ja elämänlaadun, sekä toimintakyvyn ylläpitoon, mutta myös persoonalli- sesti oman persoonansa mukaisesti. Jokaisella on omat haasteensa, niin asiakkaalla, kuin työntekijällä. “Ei kuulu minulle” asenne työntekijällä kuormittaa osaltaan toisia työntekijöitä, koska jonkun työt on tehtävä.”

“Enemmän koulutettua henkilökuntaa.”

“Riittävästi hoitajia työvuoroissa, riittävästi koulutusta muistisairaiden kanssa toimimiseen. Asiakkaiden käytösoireiden ottaminen todesta ja niiden hoitaminen.”

“Hoitajien vaihtuvuus pysyisi pienenä. Jatkuvasti hoitajien vaihtuvuus aiheuttaa levottomuutta muistisairaissa.”

“Enemmän ryhmäkoteja, joissa olisi hoitaja asukkaiden näkyvillä koko ajan.”

Myös mahdollisuutta rauhalliseen muistisairaahan ohjaamiseen ja kohtaamiseen pidettiin tärkeänä.

7.3.2 Henkinen hyvinvointi ja jaksaminen työyhteisössä

Henkinen hyvinvointi nousi selvästi esille kysyttäessä jaksamista parantavia keinoja työyhteisössä. Hyvä työyhteisö, positiivisuus, ilo ja huumori koettiin kantavana voimana ja tekijänä, joka antaa intoa työhön. Muistisairaahan henkinen hyvinvointi koettiin tärkeänä ja haluttiin enemmän resursseja heidän hyvinvointinsa tukemiseen. Toive yhteisistä tiimipalavereista nostettiin myös esille.

“Ilon ja huumorin kautta tekeminen ja meneminen antaa intoa työhön. Asumispalvelu ei ole teho yksikkö. Pelkästään sairaanhoitoon keskittyminen ei tue asumispalveluyksikön elämää ja toimintaa. Asukkaat asuvat siellä usein elämän viimeisessä kodissa. Kodinomainen asennoituminen, jota ei yritetä muuttaa asiakkaan sängyssä makaamiseksi ja vuodepotilaaksi hoitamiseksi tukee jaksamista työyhteisössä. Hyvät työkaverisuhteet ovat tärkeitä. Aina ei kemia natsaa jonkun työkaverin kanssa, mutta sitäpä se elämä on. Luovimista eteenpäin päivä kerrallaan.”

“Kun asukkaat ovat onnellisia”

“Hyvä henki omassa tiimissä, arvostava lähiesimies.”

“Yhteiset tiimipalaverit olisivat tärkeitä, jotta voisi miettiä asioita.”

Myös oma motivaatio ja ammattitaito koettiin tärkeänä henkistä jaksamista ylläpitävänä voimavarana.

7.4 Kehittämisenäkökulmia tai ehdotuksia hoitotyön ammattilaisten kuvaamana

Vastaajilta kysyttiin, mitä muuta he haluavat sanoa muistihoitotyön kuormittavuuteen liittyen. He kokivat, että muistisairaiden parissa työskentely oli todella raskasta henkisesti ja fyysisesti sekä epäilivät jopa omaa sopivuutta työskentelemään muistisairaiden parissa. Voimakkaasti esille nousi myös itsestä huolehtiminen vapaa-ajalla. Työkuormitus on niin kova, että työtä ei jaksakaan tehdä, jos ei aikaa jää omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Koulutus nostettiin esille myös tässä osiossa. Toivottiin, että työpaikat mahdollistavat koulutusta muistisairaiden hoitamisen tueksi. Toive oli myös se, että jokainen saisi työskennellä omana persoonanaan.

"Oma vastuu on pitää huolta jaksamisesta ja riittävästä tiedosta, jolla muistisairaiden parissa jaksaa työskennellä."

"Asenne ratkaisee! Hoida itseäsi vapaa-ajalla. Älä tule hoitamaan itseäsi työpaikalle. Keskity, innostu ja ajattele kohdallesi. Älä aina marise, vaan tartu hetken hyvyyteen. Asiat eivät ole yksinkertaisia, eikä mustavalkoisia, vaan kaikki vaikuttaa kaikkeen. Ja oman persoonan kautta innostutaan, sitä ei saa lannistaa."

"Maltaa oma mielensä sekä rauhallinen työote. Tehdä työtä kiireettömästi. Yksi asia kerrallaan tehdään, vaikka kuinka olisi kiire. Puhua itselleen selkeällä kielellä. Harrastaa itse jotain mielekästä."

"Olen huomannut sen itsestäni, että en ehkä sovi muistisairaana ihmisen hoitajaksi."

"Resursseja pitäisi saada lisää. Työtä ei päättäjien piirissä arvosteta riittävästi."

Kyselyn lopussa oli ”Mitä muuta haluat sanoa muistityön kuormittavuuteen liittyen” osio, johon hoitotyön ammattilaiset saivat vapaasti kirjoittaa omia mielipiteitään. Tähän osioon saatiin 20 vastausta. Vastauksissa esiintyi hyvin paljon samoja asioita, joita oli tullut jo esiin aiemmin esitetyissä kysymyksissä. Esille nousivat toistuvasti ajanpuute, väsymys, lisäresurssit ja toimiva työyhteisö. Myös oma hyvinvointi ja itsestä huolehtiminen nähtiin tärkeänä.

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön kuormittavuutta julkisen ja yksityisen palveluasumisen yksiköissä, kun asiakkaina on muistisairaita henkilöitä. Kyselytutkimuksen avulla kartoitettiin eri kuormitustekijöitä kuten muistisairauden aiheuttamia käytösoireita suhteessa hoitotyön ammattilaisten jaksamiseen sekä työyhteisön ja esimiesten tukea suhteessa työssä jaksamiseen. Lisäksi kysyttiin työkuormitusta vähentävistä tekijöistä ja muista työhyvinvointia tukevista asioista.

Sähköinen tutkimuskysely oli avoinna 17.6.2018 saakka. Vastausaikaa pidennettiin vielä kahdella viikolla, koska osa kyselyistä näytti olevan vielä kesken. Ennen kyselytutkimuksen toteuttamista pohdittiin yhdessä, onko hoitotyön ammattilaisilla aikaa vastata kyselyyn kiireisen hoitotyön ohessa ja nähtiinkö aihe sellaisena, että siihen voisi vaikuttaa. Kyselyn toteuttaminen osui myös kesälomakaudelle, joka varmasti oli osasyynä vastaajien vähyyteen. Yksi syy voi olla myös se, että kyselytutkimuksen linkki oli toimitettu yksikön esimiesten sähköpostiin, josta he jakoivat kyselyä eteenpäin omille työntekijöilleen. Olisi mahdollisesti ollut parempi, jos hoitotyön ammattilaiset olisivat saaneet linkin suoraan omiin sähköposteihinsa. Pohdittiin myös, olisiko joku palkitseva asia motivoinut useampaa hoitotyön ammattilaista vastaamaan kyselyymme. Suurin osa vastaajista oli vakituisessa työsuhteessa olevia, pitkän uran tehneitä hoitotyön ammattilaisia, jotka vapaaehtoisesti vastasivat kyselyymme. Avoimissa kysymyksissä saatiin kattavia hyvin perusteltuja vastauksia. Koska kyselyyn vastanneiden osuus jäi alhaiseksi tulosten luotettavuutta pitää arvioida tuloksia tarkasteltaessa.

Kyselyssä nousi selkeästi esille kuormittavina tekijöinä hoitotyön ammattilaisten kiire, väsymys ja lisäresurssien puute. Hyvä työyhteisö ja tuki koettiin kuormitusta vähentävinä tekijöinä. Hoitotyön ammattilaiset kokivat myös, että on aikaa hoitaa vain sairaanhoidollisia tehtäviä. Toive oli, että ikäihmisille olisi mahdollista luoda kokonaisvaltaista hyvinvointia tukien henkistä ja fyysistä toimintakykyä sekä yksilöllisiä toiveita ja tarpeita. Usein asumispalveluyksikkö on ikäihmisen viimeinen koti. Hoitotyön ammattilaiset haluavat tarjota sairaanhoidon lisäksi onnellisen kodin, missä on aikaa huomioida myös jokainen ihminen persoonana. Muistisairaahan ihmisen hoitaminen on haasteellista. On tärkeää ymmärtää oireiden tuomia muutoksia käytökseen ja niiden vaikutuksia muistisairaahan ihmisen elämään.

Miespuolisten vastaajien vähyyden takia ei päästy vertailemaan tasapuolisesti mies- ja naisvastaajia. Lähihoitajien suuri enemmistö ei yllättänyt meitä, koska palveluasumisessa suoritettavat hoitotyön tehtävät eivät vaadi työntekijöiltä sairaanhoitajan koulutusta ja lähihoitajia työskentelee siellä paljon. Vastaajien ikäjakaumassa oli yllättävää se, että noin puolet vastaajista oli yli 46-vuotiaita. Tämä lisää tulevaisuudessa haastetta saada eläköityvien hoitotyön ammattilaisten tilalle uusia työntekijöitä, kun jo nyt on nähtävissä vallitseva työvoimapula.

Yllättävää oli, että yli 80 % vastaajien työsuhteista oli vakituisia. Hoitoalalla puhutaan yleisesti, että työsuhteet ovat määräaikaista ja lyhyitä. Samoin työntekijöiden vaihtuvuus on ollut ongelmana. Kyselyn perusteella myös palveluasumisen yksiköissä työskentelevät hoitotyön ammattilaiset ovat olleet alalla pitkään. Lähes puolet oli työskennellyt yli 15 vuotta. Mielestämme tällöin voidaan puhua todellisista ammattilaisista, joilla on selkeä käsitys työstään ja sen vaativuudesta. Heidän toiveisiin lisäkoulutuksesta muistisairaiden parissa tulee vastata. Hoitotyön ammattilaisilla pitää olla myös motivaatiota kehittää omaa osaamistaan ja koulutusten pitää tukea gerontologisen hoitotyön tärkeyttä muuttuvassa maailmassa.

Suurin osa hoitotyön ammattilaisista koki terveydentilan hyväksi, mikä oli positiivista. Myös sairauslomalle viimeksi kuluneen vuoden aikana hoitotyön kuormittavuudesta johtuvan uupumuksen, stressioireiden tai burn outin vuoksi jääneiden prosenttiosuus

oli yllättävän pieni. Nämä yksittäiset tapaukset olivat jakautuneet tasaisesti molempien työnantajapuolien kesken. Vastauksia vertailemalla julkisen sektorin vastaajien vastaukset muistisairaiden hoitotyön ajan vähyydestä painottuivat kiireeseen ja työn tekemisen laadun huonouteen, mistä seuraa väsymystä ja työyhteisön kuormittumista. Yksityisen sektorin vastaukset taas painottuivat stressin kokemiseen muistisairaiden hoidossa ja työssä jaksamiseen.

Julkisen sektorin vastaajista 63 % ja yksityisen sektorin vastaajista 44 % kokivat saaneensa esimieheltä tukea muistisairaiden hoitotyöhön. Varsinkin yksityisen sektorin tuen saanti oli yllättävän alhainen, sillä mielestämme jokaisella pitäisi olla esimiehen tuki työssään. Mietimme, onko yksityisen sektorin esimiehet huonommin tavoitettavissa kuin julkisen sektorin eli onko heidän työkuormansa tai alaisten määrä liian suuri suhteessa käytössä olevaan työaikaan. Vai onko työntekijöillä niin kiire, ettei tuen pyytämiseen ole aikaa. Myös henkilökemiat vaikuttavat esimiesten ja alaisten suhteisiin. Osan hoitotyön ammattilaisista on helpompi tukeutua esimieheen kuin toisten. Myös esimiehen omat sosiaaliset ja ammatilliset taidot vaikuttavat siihen, kuinka helppoa työntekijöiden on lähestyä häntä ongelmatilanteissa. Esimiehen oma jaksaminen vaikuttaa siihen, kuinka paljon hänellä on voimavaroja kiinnostua alaistensa hyvinvoinnista ja jaksamisesta.

Julkisella sektorilla työskentelevistä 77 % ja yksityisellä sektorilla työskentelevistä 55 % koki työyhteisönsä olevan henkisesti kuormittunutta. Ero sai meidät miettimään, miksi julkisella sektorilla työskentelevät hoitotyön ammattilaiset kokivat työyhteisönsä selvästi kuormittuneemmaksi kuin yksityisellä sektorilla. Tähän voisi olla syynä, että osaavaa henkilökuntaa ei ole tarpeeksi ja uusia sijaisia on paljon määräaikaisilla työsuhteilla. Useasti vaihtuva henkilökunta ja uusien henkilöiden perehdytys tuo myös omat haasteensa vakinaiselle henkilöstölle. Jatkuva perehdytys käy raskaaksi ja moni hoitotyön ammattilainen voi tuntea joutuvansa tekemään kahden ihmisen työt. On mahdollista, että yksityisellä sektorilla panostetaan enemmän työnohjaukseen ja työhyvinvointiin, mikä selittäisi näitä lukemia.

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettiset kysymykset nousivat tutkimustyössä tärkeään asemaan, ja erityisesti silloin, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa. Tutkimusta ei voida aloittaa ennen kuin sille oli myönnetty tarkoituksenmukaiset luvat. Palveluasumisessa tehtävä kysely tarvitsi luvan organisaation tietosuojavaltuutetulta tai johtavalta ohjaajalta. Tutkimuskysely ei saa missään vaiheessa aiheuttaa tutkittaville minkäänlaista harmia tai vaivaa. Tämä asia on huomioitava aineistoa hankittaessa ja siitä raportoitaessa. Osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja prosessi tulee voida keskeyttää milloin tahansa. Vapaaehtoisuus perustuu siihen, että osallistujalla on kesken tutkimuksenkin oikeus päättää siitä, jatkaako vai ei. Tutkijoiden tulee taata, että yksittäisen osallistujan antamat tiedot pysyvät luottamuksellisina, eikä häntä voida tunnistaa. Kyselyyn osallistujien on voitava luottaa siihen, että aineistoa käytetään sen alkuperäiseen käyttötarkoitukseen. (Kuula 2006, 87–89; Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 176.)

Tutkimusongelma muovaa valittavan tutkimusmenetelmän. Tutkittavasta ilmiöstä on tarve saada tarpeellinen tieto ja siinä pyritään aina totuuteen, vaikka tutkimuksen tekijät ja toimeksiantaja eivät olisikaan välttämättä tyytyväisiä lopputulokseen. Lähtökohta on, että tutkimustuloksia ei vääristellä. (Kananen 2008, 134.) Kyseisessä kyselyssä valittiin tutkimusmenetelmäksi sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivisella menetelmällä kartoitettiin perustilanne. Kvalitatiivista tutkimusta käytettiin avoimiin kysymyksiin, jossa hoitotyön ammattilaiset kuvasivat rehellisesti, omin sanoin hoitotyön kuormittavuutta omissa yksiköissään.

Eettisyyden kannalta anonyyminen on tutkimuksissa tärkeää. Kaikessa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä tulee se ottaa myös huomioon. Anonyyminen on sitä, että tutkimustuloksista ei voida tunnistaa tutkittavaa henkilöä. Tämän opinnäytetyön aineisto on koottu, eritelty ja tulokset kerrottu siten, että vastanneiden tunnistamattomuus säilyy. Tutkimusaineistoa ei luovuteta millekään taholle ja käsittelyn jälkeen tutkimusaineisto hävitetään. Tutkimusaineisto eritellään sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti ja asiat tuodaan esiin sellaisenaan kuin ne ovat rehellisesti esitetty vastauslomakkeissa. Anonyyminen tässä tutkimuskyselyssä säilyi koko ajan. Hoitotyön ammattilaiset

vastasivat sähköiseen kyselyyn nimettömänä eikä palveluasumisen yksikön nimeä tarvinnut mainita. Tutkimusaineiston säilyttäminen huolellisesti on myös eettisesti tärkeää anonyymiyden lisäksi. Koska kysely toteutettiin sähköisenä, ovat tulokset helposti hävitettävissä analysoinnin jälkeen. (Hirsjärvi & ym. 2004, 27).

Ennen opinnäytetyön aloittamista hankittiin tarvittavat luvat jokaiselta yksiköltä. Henkilökunta vastasi nimettömänä ja vapaaehtoisesti yksiköihin sähköpostilla lähetettyihin kyselyihin. Katsoimme niin, että täytettynä palautettu lomake on jokaisen henkilökohtainen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Joten henkilökunnalta ei pyydetty erikseen kirjallista lupaa tutkimukseen suostumisesta. Esimiehet lähettivät kyselykaavakkeet henkilökunnalle sähköpostina. Saatekirjeeseen lisättiin opinnäytetyömme tekijöiden yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten, mutta yhtäkään yhteydenottoa ei tullut. Kyselykaavake toteutettiin kotimaisella ja turvalliseksi todetulla kysely- ja raportointi työkalulla, joka kattaa lain mukaiset tietoturvat ja tietosuojat, joten ulkopuolisilla ei ollut mahdollisuutta päästä käsiksi vastauslomakkeisiin.

8.2 Tulosten tarkastelu

8.2.1 Muistihoitotyössä kuormittavuutta lisäävät tekijät

Jaksaminen hoitotyössä on tärkeää, koska emotionaalisesti latautuneet suhteet vaikuttavat hoitotyön ammattilaisten työhön. Hoitohenkilökunnalla voi esiintyä uupumusta, jossa sopeutuminen stressiä aiheuttavaan tilanteeseen ei onnistu ja se voi jatkua ja pitkittyä. Myös asiakkailta, omaisilta, esimiehiltä ja työyhteisöltä tulee ulkoisia paineita. Jos näitä ei pysty säätelemään, työ voi muuttua rasittavaksi. Olisi hyvä, jos välillä pystyisi tauottamaan tunnemaailmaa rasittava työ. (Antikainen, Hänninen, Saarto & Vainio 2015, 299–301.)

Avoimien kysymyksien vastauksissa nousi usein esille riittämättömyyden tunne, kiire, väsymys ja stressi. Suurin osa vastaajista koki, ettei heillä ole riittävästi aikaa muistisairaiden hoitotyöhön. Kiire vaikutti hoitotyön ammattilaisten henkiseen jaksamiseen ja oli myös osasyynä siihen, etteivät kaikki koe olevansa oikeassa työssä muistisairai-

den parissa. Se vaikutti myös siihen, etteivät hoitotyön ammattilaiset pystyneet tekemään työtään niin hyvin kuin haluaisivat. Heillä ei ollut tarpeeksi aikaa asiakkaille, josta seurasi turhautumista ja riittämättömyyden tunteita. Tämä aiheutti stressiä ja huonoa omaatuntoa hoitotyön ammattilaisille ja asiakkaan jäämistä vähemmälle huomiolle.

Työn edellyttämä jaksaminen voi muuttua monien erilaisten seikkojen takia. Niin yksittäisen kuin koko työyhteisön ongelmat voivat alkaa joko työntekijästä tai koko työyhteisöä koskevista ongelmista. Uhkaavat ja jatkuvat muutokset työssä sekä epävarmuus kuluttavat runsaasti koko työyhteisön voimavaroja. Työn organisoinnissa voi esiintyä ongelmia henkilöstön vähyyden vuoksi, puutteellisista työjärjestelyistä, epäselvistä ohjeista työn tekemiseen ja erilaiset johtamisen ongelmat. Jaksamiseen heijastuvia tekijöitä työntekijöissä aiheuttavat työn runsaus, kiireisyys, rasitus, ajanpuute työn ja itsensä kehittämiseksi sekä pelko jäädä työssään kehityksestä jälkeen. Nämä seikat nousivatkin vastauksissa usein esille. Työyhteisön ilmapiirin heikentyminen vaikuttaa myös jaksamiseen. Se ilmenee kireytenä, työyhteisön yhteisen ajan vähyytenä, kanssakäymisen vähentymisenä keskittyen vain olennaisten tehtävien hoitamiseen, tehtävien väärinymmärtämisenä, riski työpaikan menettämisestä ja työntekijöiden keskinäisenä taisteluna ja kaunana. Osassa vastauksissa nousi esille väsymyksen aiheuttamat kiristyneet välit hoitotyön ammattilaisten kesken. Työntekijällä itsellään tulee olla motivaatio oma työtänsä kohtaan, riittävä ammattitaito sekä psyykkiset sosiaaliset kyvyt suoriutuakseen työstään, kykyä järjestellä omat työtehtävänsä itseohjautuen ja halua kehittyä työssään terveys ja stressin hallinta huomioiden. Ikääntyminen tuo työhön omia haasteita voimien vähenemisen ja elämän rajallisuuden ymmärtämisen myötä. Työn aiheuttama rasitus työntekijässä ilmenee stressinä. Elimistö ajautuu hälytystilaan, jossa työntekijä tuntee ympäristön edellytykset pelottavaksi. Ongelmaksi tämä tulee silloin, kun olotilasta tulee pysyvä eikä henkilö itse kykene enää hõl lentämään stressin kohdatessa. Työntekijät reagoivat stressin eri tavoin. Osalle se aiheuttaa psyykkisiä ja osalle fyysisiä oireita. Uupumus ottaa vallan, kun stressi muodosta ulospääsemättömän kehän. Tällöin kyseinen työntekijä ei enää näe omaa uupumustaan eikä osaa hakea täten apua tilanteeseen. Loppuun palanut henkilö ei jaksakaan enää nousta sängystä ja kaikki asiat maailmassa on merkityksettömiä. Tällöin on tärkeää, että ympäristö huomaa tilanteen ja reagoi. (Salomäki 2002, 63–79.)

Hoitotyön ammattilaisen on pidettävä myös itse huolta omasta jaksamisesta. Henkilökohtaisesti omassa jaksamisessa, työyhteisön ja työnohjauksen lisäksi, koetaan tärkeänä perheen tuki sekä omien harrastusten ylläpitäminen. Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden mukaan työntekijöissä erotetaan neljä erilaista luonteenlaatua, jotka altistavat uupumukselle. Näitä ovat työntekijät, jotka omistautuvat työlleen. Myös työntekijät, jotka ottavat oma-aloitteisesti kaikki työt ja haasteet vastaan uupuvat usein. Uudistuksia hakevien idealistien petyttyä muutosten vähyyteen työelämässä, he menettävät mielenkiintonsa työntekoon ja kadottavat työn tekemisestä saadun ilon. Kriisiä läpikäyvien ihmisten on vaikea hyväksyä sitä asiaa, että kriisin työstäminen vie aikaa ja jaksamista työtehon kustannuksella. Näiden lisäksi tunnettu joukko ovat korvaamattomat, joka voidaan lisätä Työterveyslaitoksen listan jatkeeksi. (Salomäki 2002, 63–79.)

Vastauksissa nousi esille, miten tärkeää on huolehtia myös itsestään ja omasta fysiikastaan sekä henkisestä jaksamisesta. Fyysinen väsymys, tuki- ja liikuntaelimestön rasittuminen ja palautumisen puute koettiin kuormittavana. Liian pitkät työpäivät väsyttivät ja koettiin, ettei aina jaksaa antaa parastaan asiakkaan kohtaamisessa. Väsyneenä kerrottiin olevan tunne, että tekee töitä vähän ”laput silmillä”, jonka myötä ei aina jaksaa pysähtyä huomioimaan asiakasta. Esille nostettiin myös työvuoron jälkeinen väsymys sekä hermostuneisuus ja uupumuksen tunne. Ennen seuraavaa työvuoroa harvoin ehdittiin palautua. Mainittiin myös mielenkiinnon hiipuvan työtä kohtaan, koska työt täytyy hoitaa väsyneenä ja kiireessä.

Tutkimuksen vastaajista noin puolet työskenteli julkisella sektorilla ja puolet yksityisellä sektorilla. Henkistä kuormittumista koettiin enemmän julkisella sektorilla kuin yksityisellä. Hoitotyön kuormittavuudesta johtuvan uupumuksen vuoksi sairauslomalle oli jäänyt julkisella sektorilla joka viides hoitotyön ammattilaisista, kun taas yksityisellä sektorilla viimeisen vuoden aikana kukaan vastaajista ei ollut jäänyt sairauslomalle. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sekä julkisen että yksityisen sektorin työntekijät kokivat käytösoireista kuormittavimpina levottomuuden, ahdistuneisuuden sekä psyykkiset oireet. Nämä ovatkin tavallisimpia käytösoireita muistisairauksien eri vaiheissa. Suurin osa vastaajista oli kohdannut aggressiivista käytöstä, mikä usein johtuu

juuri edellä mainituista käytösoireista. Muistisairaiden arvaamaton käytös toi painetta, stressiä ja pelkoa työtehtäviin, joka taas heijastui työhyvinvointiin ja jaksamiseen.

8.2.2 Muistihoidotyössä jaksamista edistävät tekijät

Esimiehen tuki on mielestämme tärkeää jokaisessa työyhteisössä. Muistisairaiden parissa työskenneltäessä haasteita riittää ja tällöin esimiestyön tärkeys korostuu työyhteisön tukijana ja voimavarana. Varsinkin väkivalta- ja uhkatilanteissa tuen saaminen on tärkeää. Kyselymme vastanneista vain 54 % oli kokenut saaneensa esimieheltään tukea muistisairaiden hoitotyössä eli noin puolet oli jäänyt ilman tukea. Kyselystä ei selviä miksi ilman tukea jääneiden osuus on niin korkea, mutta tulos kuulostaa huoletuttavalta. Omakohtainen kokemuksemme hyvästä työyhteisöstä on se, että joukosamme on hyvä tiiminvetäjä. Hän kantaa vastuun jokaisesta työntekijästä ja on yksi työryhmän jäsen.

Avoimia kysymyksiä purettaessa nousi esille hyvän työyhteisön ja tiimityön tärkeys työssä jaksamisessa muistihoidotyöskentelöissä. Vastauksissa nousi esiin useassa kohdassa hyvän työyhteisön merkitys ja sen tärkeys muistihoidotyössä jaksamiseen. Ammattitaitoiset työkaverit ja heidän tuki sekä positiivinen ja luotettava ilmapiiri koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Työhön toivottiin työkavereiden myötä positiivisuutta, tekemisen iloa ja avuliasta ilmapiiriä, mikä auttaa jaksamaan muistihoidotyössä muistisairaiden parissa. Yhtenä suurena voimavarana mainittiin myös huumori, mikä piristää taukoja ja auttaa jokapäiväisessä jaksamisessa. Työyhteisössä pidettävät vertaiskeskustelut ja esimiehen ja alaisten väliset keskustelut sekä kannustus tukevat muistihoidotyössä jaksamista. Oikealla työnohjauksella paneudutaan hoitohenkilökunnan työn tutkimiseen, tukemiseen ja ymmärtämiseen; se voimistaa valmiutta ja kykyä tutkia ja havainnoida sekä omaa että kuolevan käyttäytymistä ja mielentiloja. Työnohjaus sisältää myös mahdollisuuden vastaanottaa ja ymmärtää sellaisia tunteita, kokemuksia ja mielikuvia, joita hoidettavan omaisten kanssa koetaan. Tiimityön tavoitteena on kannattava työyhteisö, jossa korostetaan sitä, ettei yksin tekemällä töistä selviä ja yhdessä tekemällä saadaan parempia tuloksia. Sen toteutumista arvioidaan sen aikaansaamien hyötyjen

perusteella. Työtehtävät jaetaan tarkoituksenmukaisesti niin, että jokaisella osoitetaan sellainen työtehtävä, joka palvelee yhteistä päämäärää. Hyvin toimivassa tiimissä jokaisen henkilökohtaiset ominaisuudet ja persoonallisuudet hyödynnetään niin, että tiimistä tulee monipuolinen ja pätevä vastaamaan työn asettamiin haasteisiin. Työssä edellytetään, että myös yhteisiä yhteistyötaitoja kehitetään viihtyvyyden ja työtyytyväisyyden lisäämiseksi. Tiimityön avulla vahvistetaan työyhteisön motivaatiota, sitoutumista, itseohjautumista ja yhteenkuuluvuutta. Lisäksi se voi antaa ja saada tukea työyhteisössä, vapauttaa työyhteisön luovuutta hyödyntäen työyhteisön jäsenten erilaisuutta. Tiimipalavereita toivottiin järjestettävän useammin työyhteisöissä hyödyntäen hoitotyön ammattilaisten henkilökohtaista osaamista. (Salomäki 2002, 16–19.)

Toive toimivasta tiimityöstä nousi kyselyssä myös esille monessa kohtaa. Toimivan tiimityön koettiin edistävän työssä jaksamista sekä parantavan työyhteisön ilmapiiriä ja luottamusta. Vaikutusmahdollisuuksilla omaan työhön koettiin olevan muistihoidotyössä suuri merkitys. Mielestämme on tärkeää, että työyhteisön jäsenillä on oikea määrä vuorovaikutustaitoja, strategista ajattelukykyä ja teknistä osaamista. Koulutuksen merkitys nousee esille myös työskentelytaidoissa. Tärkeää on, että jokainen jäsen ymmärtää työyhteisön vaatimukset ja kokonaisuuden tavoitteet. Tämä laajentaa vastuuta ja lisää henkilökunnan moniosaamista. Työyhteisössä työskennellessä jokaisen tulee kantaa vastuun ihmissuhteista ja hyvästä työilmapiiristä. Jokainen hoitotyön ammattilainen luo hyvää henkeä omalla käyttäytymisellään ihmissuhteiden ylläpitämiseksi. Se, että pystyy ja pääsee kehittämään omaa työtään, on innostuksen ja kehityksen kannalta tärkeää. Haastava, monipuolinen ja mielenkiintoinen työ, missä pääsee jakamaan vastuun, lisää työhyvinvointia ja työn mielekkyyttä.

Tiimityössä on tavoitteena päästä eroon auktoriteetteihin perustuvasta johtajuudesta sekä yleensä siihen kuuluvasta suunnattomasta byrokratiasta. Työntekijät ja työryhmät voivat työskennellä omatoimisesti, jolloin päätöksenteko nopeutuu ja kustannukset laskevat. Tiimityön käyttöönotto ja itseohjautuvuuden kasvattaminen työyhteisössä velvoittaa työntekijöiden omaksumaan johtajuutta itselleen samassa määrin kuin sitä pienennetään esimiehiltä. Palveluasumisen yksiköt voivat olla usein hyvinkin pieniä työyhteisöjä. Omien kokemustemme perusteella olisikin hyvä, jos esimies olisi

yksi tiimin osa joukossamme, ei vain ylhäältä sanelevana esimiehenä. (Salomäki 2002, 10–13.)

Ihmissuhteet työyhteisössä ovat hyvin merkityksellisiä. Jokainen yksilö voi pilata ihmishuhtetta tai vaikuttaa sen parantamiseen. Esimiehen ja alaisen suhteessa on kyse sellaisesta suhteesta, johon kumpikin voi vaikuttaa. Esimiehiltä odotetaan yleensä läsnäoloa, kannustusta ja tukea sekä palautetta. Toisinaan ei tulla ajatelleeksi sitä, että myös alainen voi vaikuttaa siihen, että esimiehellä on mahdollisuus olla hyvä esimies. Työntekijä voi antaa palautetta esimiehelle sekä pyytää tukea olalle työlleen ja palautetta omasta työstään. Yhteisvastuu korostuu tiimityössä; asiapuolen lisäksi korostuu ihmishuhteden toimiminen. Tällöin jokainen tiimiläinen kantaa vastuuta toiseltaan sekä on valmiina tukemaan muita jäseniä huonon päivän tai työn kuormittavuuden takia ahdistusta viestittäen. Yhteisvastuun korostaminen henkisesti kuormittavassa hoitotyössä on tärkeää sisäisen ilmapiirin kannalta. Mikäli kaikki hoitotyön ammattilaiset tulevat huomioiduksi omassa työssään sekä saavat olla vaikuttamassa työskentelyynsä, voi työyhteisö parantaa työnsä laatua. (Salomäki 2002, 25–28.)

Johtaminen voi toteutua hyvin eri tavoin. Johtamistapa riippuu sen vetäjän persoonallisuudesta, jonka kautta hän toimii. Mitä enemmän johtaja luottaa kykyihinsä, sitä luontaisempaa on hänen johtamisensa. Hyvin edistynyt työyhteisö voi toimia ilman johtajaansa, mutta tehtävien on oltava selviä osallisille ja työtehtävien jako sovittua. Kyvykäs tiiminjohtaja osaa huomioida alaistensa kyvyt ja hyödyntää niitä. Erilaisia tiiminvetäjien johtamistyyliä on neljä. Hierarkkisessa johtamistavassa vetäjä loppujen lopuksi päättää kaikista tärkeistä asioista. Koordinoiva johtaja hyödyntää osallisten kykynsä tiimissä. Tiimin jäsenenä toimiva johtaja jakaa vastuun koko tiimille ja he yhdessä kantava toiminnasta vastuun. Tällöin vetäjän tehtäväksi jää toiminnan edistäminen oikeanlaisilla kysymyksillä koskien ryhmän toimintaa. Viimeisessä johtamistyyliässä johtaja toimii konsulttina analysoiden ryhmän sanelemia strategisia toimintoja sekä sen yhteyksiä. Näiden neljän tavan lisäksi on myös mahdollista, että tiimi itsessään voi toimia johtajana ja silloin puhutaan tiimijohtamisesta. Johtaminen on tällöin monipuolisempaa ja vetäjän tuntema yksinäisyys johtamisessa voidaan välttää. Tiimin monipuolisia persoonallisuuksien kautta peilattavia kykyjä hyödynnetään ja johtamisessa nähdään

paremmin työhön liittyviä erilaisia puolia. Mielestämme näissä palveluasumisen yksiköissä osassa voitaisiinkin kokeilla koordinoivaa johtamista tai tiimijohtamista. Koko työyhteisön osallistamisella voitaisiin päästä siihen, että jokainen hoitotyön ammattilainen kokisi olevan tärkeä työssään ja nauttia työnantajan arvostusta. Lisäksi jokaisen erityisosaamisen hyödyntäminen voisi tuoda työyhteisöön sekä työhön erilaista sisältöä, joka palvelisi muistisairaiden tarpeita. (Salomäki 2002, 53–55.)

Koulutus nostettiin esille useassa kohdassa jaksamista edistävissä tekijöissä. Koulutusta pidettiin hyvin tärkeänä muistisairaahan hoitotyössä. Toive koulutuksesta nostettiin esille kysyttäessä, mitkä tekijät mielestänne vähentäisivät muistisairaiden hoitotyön kuormittavuutta. Ammattitaitoinen henkilökunta on tuki koko työyhteisölle. Työpaikkojen tulee mahdollistaa koulutuksia ja kannustaa työntekijöitä kouluttautumaan. Koettiin myös tärkeänä, että työyhteisössä on useampi muistihoitotyön ammattilainen, joiden kanssa voi jakaa ajatukset ja käydä läpi muistisairaahan hoitotyön haasteita ja onnistumisia. Työhyvinvoinnin perusedellytyksiä on riittävä osaaminen. Muistihoitotyössä tarvitaan vankkaa erityisosaamista ja työnohjausta. Muistisairaahan ihmisen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa on tärkeää huomioida yksilöllisyys ja ihmisen henkilökohtaiset toiveet. Ammattitaitoa tarvitaan myös kohtaamaan muistisairaahan ympärillä olevat ihmiset.

Ihmisten ammatillinen pätevyys kehittyy vaiheittain, mutta kehittymisen perustana toimii teoretiedon osaaminen. Ammatillinen osaaminen tarkoittaa tehtävistä suoriutumista tietyllä toiminta-alueella. Menetelmällinen osaaminen taas kertoo kyvystä reagoida ongelmiin ja ratkaista niitä työsuorituksen aikana sekä hyödyntää näitä kokemuksia tulevilla ongelmatilanteissa. Sosiaalinen osaaminen tarkoittaa ryhmätyöskentelytaitoja, sosiaalisen kyvykkyyden ja empatian osoittamista sekä kommunikaatio- ja yhteistyöaitoja. Oman työn ja työympäristön muokkaaminen, organisointi- ja päätöksentekokyky sekä vastuu omasta toiminnasta ovat osallistumista edistävää osaamista. (Tarhonen 2013, 9.) Sairaanhoidaja on hoitotyön asiantuntija, joka toteuttaa ja kehittää terveyttä edistävää ja ylläpitävää hoitotyötä sekä sairauksia ehkäisevää, parantavaa ja kuntouttavaa hoitotyötä. Hoitotyön ammattilainen hyödyntää työssään hoito-

tieteellistä tietoa ja toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Sairaanhoidajalta edellytetään monitieteistä tietoperustaa kuten lääketieteen ja farmakologian osaamista sekä käyttäytymistieteiden teoreettista osaamista. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 11.)

Esille nousivat avoimissa kysymyksissä myös kiire ja muistisairaiden hoidon laiminlyönti. Mielestämme oikeanlainen ohjaaminen on huomioitava muistisairaanhoidossa. Muistisairaanhoidossa on tärkeää ohjaajan toiminnan hyvä yhteistyösuhde sekä turvallinen ilmapiiri. Arjen sujuminen on tavoitteena ohjaamisessa ja kaikki ohjaaminen painottuu yleensä jokapäiväisiin toimintoihin. Toiminnot tehdään ohjaajan kanssa yhdessä ohjattuna niin, että asiat tai tilanteet saadaan tehdyksi kohtuullisessa ajassa ilman sen suurempia erityisiä vaikeuksia. Tilanteiden tulkinta on huomioitava niin, että se vaikuttaa merkittävästi muistisairaanhoidon käyttäytymiseen ja tilanteiden sujuvuuteen. Toiveisiin ja tarpeisiin vastaaminen ei aina tarkoita muistisairaanhoidon mielen mukaan menemistä. Se voi olla myös hetkeksi rauhoittumista, pysähtymistä rauhalliseen läsnäoloon tai jotain muuta hienovaraista toimintaa. Muistisairas aistii helposti häntä ohjaavan henkilön tunteet ja ilmapiirin. Arvostaminen, ajan antaminen, lempeys ja rauhallisuus vaikuttavat todella paljon muistisairaanhoidon toimintaan. Kykyyn toimia toivotulla tavalla heijastuvat negatiivisesti myös kiireisyys, hermostuneisuus ja kiukkuisuus. Asioiden toistaminen päivittäin monta kertaa voi uuvuttaa hoitavaa henkilöä. Silloin hoitavan henkilön oman jaksamisen tukeminen on tärkeää. Painopiste kaikessa tekemisessä on kuitenkin muistisairaanhoidon hyvinvoinnissa. (Forder ym. 2014, 90–91.)

Fernandez, Bronwyn & Fleming (2013) kirjoittavat uudenlaisten lääkkeettömien hoitomuotojen kokeilusta muistisairaiden ikäihmisten kanssa, joka voisi tukea hoitotyön ammattilaisia. Vuoteen 2050 mennessä arvioidaan olevan noin 115 miljoonaa ihmistä, jotka sairastavat dementiaa maailmanlaajuisesti. Tämä tarkoittaa terveen ihmisen käyttäytymisessä sitä, että aktiivinen ja terve ihminen siirtyy sellaiseen tilaan, jossa muistin menetys, toimintakyky ja itsenäisyyden menettäminen näyttelevät suurta osaa. Sairastuneita ihmisiä lääkitään erilaisilla antipsykoottisilla aineilla, mutta niiden

käyttöön liittyy laajasti erilaisia haittavaikutuksia kuten aivoverenkiertohäiriöitä, pyramidioireita, kävelyn häiriöitä ja putoamisia. Muistisairautena dementia ei ole vain ahdistava ikäihmiselle itselleen, vaan myös hoitotyön ammattilaisille. Lääkkeettöminä hoitomuotoina on kokeiltu esimerkiksi nukkehoitoa, liikuntaa, musiikkia, taidehoitoa, aromaterapiaa sekä hierontaa ja kosketusta. Nukkehoitoa on käytetty potilaille, jotka ovat sairastaneet dementiaa yli 20 vuotta. Dementiaa sairastavilla henkilöillä voidaan havaita kiintymistä ja halua hoitaa nukkea. Nuken on koettu tuovan turvallisuuden tunnetta sairastuneelle. Nukkehoidon on todettu vähentävän aggressiota, huolta herättävää käyttäytymistä sekä levottomuutta. Osa hoitotyön ammattilaisista ja omaisista ovat kuitenkin kommentoineet nukkehoitoa lapselliseksi ja nöyryyttäväksi. Tätä hoitomallia ei ole vielä määritetty siten, että lääkärit voisivat tehdä tästä perusteltuja hoitomalleja. Tässä tarkastelussa on ollut tarve todistaa nukkehoidon positiivinen merkitys dementiapotilaiden käyttäytymishäiriöiden hallinnassa.

8.2.3 Eettiset haasteet muistisairaiden hoitotyössä

Hoitotyön ammattilainen joutuu ammatissaan hyvinkin usein eettisten päätösten eteen ja hänen ammatillista osaamisena pidetään myös eettistä osaamista. Hänen tulee tunnistaa ja osata soveltaa oman alansa arvoja ja eettisiä periaatteita sekä toimia niiden mukaan. Hänellä on kyky ottaa vastuu työstään sairaanhoitajana ja hän noudattaa sovittuja ohjeistuksia ja hoitopolkuja. Hän osaa ottaa huomioon muut työssään ja toimia kestävän kehityksen periaatteiden mukaisesti. Sairaanhoitajan hoitotyön eettisyys nähdään keskeisenä osiona, jonka pitäisi olla keskeisenä teemana koulutuksen alkumetreiltä lähtien loppuun saakka. Sosiaali- ja terveysalalle eettiset suositukset on julkaissut sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Niiden avulla voi tarkastella, mikä on oikein ja mikä on hyvää silloin, kun ihminen on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana. Eettiset suositukset pyrkivät turvaamaan heikommassa asemassa olevan asiakas- tai potilasryhmän perusoikeuksia. Suositukseen on kirjattu seuraavat viisi kohtaa: 1. Sosiaali- ja terveysalan toimijat kunnioittavat asiakkaidensa ja potilaidensa ihmisarvoa ja perusoikeuksia. 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohdaksi on asiakkaan ja potilaan etu. 3. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on kysymys vuorovaikutuksesta. 4. Ammattihenkilö vastaa työnsä laadusta. 5. Hyvä hoito ja palvelu

edellyttävät vastuullisia päätöksiä ja toimintakulttuuria. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015; Holmberg, Inkinen, Kurki, Partanen & Salo-Chydenius 2015, 33.)

Suomen Sairaanhoidajaliitto on julkaissut vuonna 1996 henkilöstölleen tarkoitettut omat eettiset ohjeet, joiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajan eettistä päätöksentekoa päivittäisessä työssä. Ne sisältävät seuraavat kuusi ohjetta, jotka koskevat sairaanhoitajan tehtävää, sairaanhoitajaa ja potilasta, sairaanhoitajan työtä ja ammattitaitoa, sairaanhoitajaa ja työtovereita, sairaanhoitajaa ja yhteiskuntaa sekä sairaanhoitajaa ja ammattikuntaa. (Sairaanhoitajat 1996.)

Avoimien kysymysten osuudessa nousivat esiin myös hoitotyön ammattilaisten huoli siitä, että he eivät tunteneet asukkaita riittävästi. Myös omaisten apu koettiin tärkeänä. Osa hoitotyön ammattilaisista kokivat myös, etteivät olleet sopivia muistisairaiden asukkaiden hoitajiksi. Nämä molemmat huomiot voidaan nähdä eettisinä haasteina. Hoitotyön ammattilainen joutuu myös miettimään, hoitavatko he asiakasta eettisesti oikein. Tästä voi tulla eettinen ongelma valita mikä hoitovaihtoehto on se oikea. Kaikki ratkaisut ja toimintavaihtoehdot voivat jostain näkökulmasta näyttää huonolta, mutta hoitohenkilökunnassa päätöksentekijöiden on aina pystyttävä elämään tekemiensä ratkaisujen kanssa. Sairaanhoidoalalla puhutaan usein myös eettisestä dilemmasta, joka tarkoittaa ongelmaa, johon on olemassa mahdollisesti ainakin kaksi ratkaisua. Varsinkin näissä palveluasumisen yksiköissä hoitotyön ammattilainen joutuu miettimään omaa hoitotyön eettisyyttä muun muassa esimerkiksi siinä tapauksessa, jos hoitotyön ammattilainen ei jaksaa uudelleen ja uudelleen vastata muistisairaana esittämiin samoihin kysymyksiin. (Molander 2014, 31.)

Vastaajien kommentteissa nousi esiin myös pelko uhkaavista tilanteista ja koettu väkivalta. Tämä lisää stressiä siinäkin mielessä, että hoitotyön ammattilainen joutuu miettimään rauhoittavien lääkityksien antamista ennen hoitotoimenpiteitä. Omien kokemustemme mukaan hoitotyön ammattilaiset tuntevat huonoa omatuntoa rauhoittavien lääkkeiden antamisesta, vaikka siihen olisikin perusteltu syy esimerkiksi muistisairaana väkivaltaisuuden takia. Hoitotyössä muistisairaiden kanssa voi esiintyä muitakin eettisiä kysymyksiä, koskien esimerkiksi lääkitystä ja lääkejakoa. Hoitohenkilöstön

lääkkeiden peiteltyä antamista ikäihmisille on tutkittu eri puolilla. Journal of Law, Medicine & Ethics:ssä kesällä 2017 julkaistussa artikkelissa kerrottiin tutkimuksesta koskien potilaiden pakkolääkitystä ja sen lisääntymisestä. Lääkkeitä piilotellaan usein ruokaan tai juomaan, jotta potilaat saisivat lääkkeensä. Englannissa 2000-luvulla tehdyssä tutkimuksessa on todettu käytännön oleva jo laajalle levinnyt varsinkin ikäihmisten pitkäaikaishoidossa. NHS Foundation Trust onkin julkaissut asiakirjan, jossa annetaan ohjeita, miten antaa lääkkeitä niille asiakkaille, jotka eivät itse pysty antamaan tietoista suostumusta hoitoon tai kieltäytyä ottamasta lääkettä. Asiakirjassa on erityisesti korostettu sitä, ettei lääkkeiden salainen anto saa tapahtua niissä tilanteissa, joissa asiakas itse pystyy tekemään terveyttään koskevia päätöksiä. (Munden 2017.)

Hoitotoimenpiteissä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tuo omat haasteensa. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen Suomessa on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista vuonna 1992. Asia ei ole yksinkertainen ja lain soveltamisessa on haasteita. Ongelmia on taas kahdenlaisia: miten taata itsemääräämisoikeus, kun asiakas vielä itse pystyy tekemään päätöksensä tai mitä jos asiakkaan päätöksentekokyky on heikentynyt esimerkiksi psyykkisen sairauden takia? Rajanveto näissä ongelmissa ei ole selvää ja hoitotoimenpiteissä onkin pystyttävä puhumaan pikemminkin oikeudesta osallisuuteen ja myötämääräämiseen niissä kysymyksissä, jotka koskevat ihmisen omaa hoitoa ja elämäntilannetta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 140–141.)

Hoitotyön ammattilaiset kohtaavat myös erilaisia eettisiä haasteita ikääntyvien hoitettavien omaisten kanssa. Hoitotyön ammattilaisten ja omaisten yhteistyössä on tärkeää, että he pääsevät yhteisymmärrykseen. Hoitotyön ammattilaisten on kuitenkin pystyttävä perustelemaan hoitotoimenpiteensä omaisille. Omaisten pitäminen ajan tasalla ja ottamalla heidät mukaan päätöksentekoon lisää heidän luottamustaan ja vähentää pelkoa. Omaisten ymmärtävä suhtautuminen on tärkeää myös hoitohenkilökunnalle omantunnonstressin välttämiseksi. Omaisilla on todettu olevan kiistaton merkitys ikäihmisen hoitotyössä. Nursing Praxis in New Zealandin julkaisi kesällä 2017 artikkelin tutkimuksesta, joka koski pitkäaikaissukkaiden elämän laatua ja heidän perheenjäsenten tyytyväisyyttä hoitoon. Asukkaiden ja heidän perheenjäsenten antama

tieto ja käsitykset hoidon laadusta auttavat parantamaan hoitohenkilöstön hoitoketjua. Käytännön näkökohtien parantamisella parannetaan henkilöstön, asukkaan ja perheen suhteita. Tutkimus osoittaa, että henkilökunnan jäsenten mielekäs sitoutuminen ja viestintä perheen kanssa voisivat olla keskeisiä tekijöitä auttaakseen perheen sopeutumista uuteen tilanteeseen. Artikkelissa linjataan, että pitkäaikaishoidon asiakkaiden käsitys hoitotoimenpiteistä sekä heidän perheenjäsentensä käsitys tarpeiden tyydyttämisestä ovat tärkeä näkökulma terveydenhuollon ammattilaisten ja organisaatioiden laadukkaiden hoitomuotojen ymmärtämiseen. Sidosryhmien näkemykset ovat tärkeitä. Vaikka asukkaiden näkökulma saattaa olla tärkein ja tärkeä arvio elämänlaadusta, on tärkeä ymmärtää perheenjäsenten käsityksiä. Tällaisten tapauksien käsittely varsinkin muistisairaiden kanssa vaatii hoitotyön ammattilaiselta vankkaa neuvottelutaitoa hoidettavien ja heidän läheistensä välillä sekä stressin hallintaa. (Rodgers & Yeung 2017.)

8.2.4 Väkivallan kokeminen sekä menetelmiä muistisairaana ei toivotun käyttäytymisen ehkäisyyn

Valtaosa vastaajista (92 %) oli joutunut työssään henkisen tai fyysisen väkivallan kohteeksi. Fyysinen väkivalta oli puremista, lyömistä, sylkemistä tai potkimista ja henkinen väkivalta ilmentyi nimittelynä, haukkumisena sekä uhkailuna. Väkivallan uhka koettiin hyvin kuormittavana tai jopa pelottavana tekijänä hoitotyössä. Kuormittavuutta lisäsi myös usein toistuva henkinen väkivalta esimerkiksi pilkkaaminen, ivaaminen ja huuhtelu. Työyhteisöltä väkivaltatilanteiden jälkeen henkistä tukea olivat saaneet noin 74 % vastaajista, mutta yli neljäsosa oli jäänyt ilman tukea. Tuen tarve on mielestämme kuitenkin kiistaton tällaisissa tapauksissa, jolla on merkittävä vaikutus työssä jaksamiseen. Väkivaltatilanteiden jälkipuinti on tärkeää. Hoitotyön ammattilaiset voivat tuntea töihin tulon vaikeana ja väkivaltaa käyttäneen muistisairaana tapaaminen voi pelottaa ja aiheuttaa henkistä kuormitusta. Tällaisissa muistisairaiden hoitotyön yksiköissä on hyvä järjestää koulutusta väkivaltatilanteiden varalle.

Monet väkivaltatilanteet voidaan tutkimusten mukaan ehkäistä riittäväällä henkilökunnan määrällä eli antamalla enemmän aikaa muistisairaana hoitotyöhön. Vastauksien

perusteella yli puolet eli 68 % koki, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa muistisairaiden hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla henkilökunnan määrä on niin minimissään kuin mahdollista ja silloin kärsijänä ovat niin hoitoalan ammattilaiset kuin asiakkaatkin. Yövuoroissa on usein vain yksi hoitotyön ammattilainen ja silloin väkivaltaisen ja arvaamattoman muistisairaahan joutuu kohtaamaan yksin. Parityöskentelyn mahdollisuus ja sitä kautta turvallisuuden tunteen lisääntyminen pitäisi olla myös yövuoroissa mahdollista.

Muistisairaahan ymmärtämättömyys ja arvaamattomuus tuo omat haasteensa hoitotyöhön. Erityisen tärkeää tässä tapauksessa on ennakointi. Turvallinen työympäristö ja hyvinvoiva työyhteisö on hyvän hoidon perusta. Työturvallisuuden kannalta on tärkeää, että hallitsee työnsä kokonaisvaltaisesti ja pystyy toimimaan rauhallisesti ja vakuuttavasti myös vaikeissa tilanteissa. Työnantajan velvollisuus on kouluttaa työntekijänsä vaaratilanteiden varalle ja huolehtia työyhteisön hyvinvoinnista. Työturvallisuus suunnitelmasta tulee löytyä ohjeet myös väkivallan varalle. Näitä asioita olisi hyvä käydä työpaikalla tiimissä läpi säännöllisesti. Tuntuu, että joskus jopa väheksytään hoitotyössä kohdattuja väkivalta tilanteita tai niitä ei oteta vakavasti. Kenenkään ei tulisi joutua työskentelemään pelon tai väkivallan uhan alla.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän tutkimuksen mukaan suomalaiset ikäihmisten hoitotyön ammattilaiset kokevat työssään enemmän väkivaltaa kuin Pohjoismaiset kollegansa. Kotihoidossa väkivaltaa koetaan vähemmän kuin laitoshoidossa, sillä usein laitoshoidossa olevat asiakkaat ovat huonokuntoisempia kuin kotihoidon asiakkaat. Asiakkaiden heikko fyysinen kunto, kognitio ongelmat sekä häiriökäyttäytyminen olivat yhteydessä hoitotyön ammattilaisten kokemaan väkivaltaan. Väkivallan kokemiseen vaikuttavat myös työolosuhteisiin liittyvät tekijät. Kiire, rooliristiriidat ja työn itsenäisyys olivat näistä merkittävimpiä. Oikeudenmukainen johtajuus ja toimiva tiimityö olivat yhteydessä vähäisempään väkivallan kokemiseen. Henkilöstömäärä on merkittävä kiirettä selittävä tekijä ja sen suhteen tärkeä väkivaltaan vaikuttava tekijä. Olennaista kiireen lisäksi on työn organisointi. Työntekijöiden itsenäisyydellä voidaan

vaikuttaa kuormittumiseen, terveyteen ja hoidon laatuun, kun työntekijä voi suunnitella työtään ja hoitotoimenpiteiden ajoitusta asiakkaalle sopivimpaan hetkeen. (Josefsson, Sinervo & Vehko 2018.)

Väkivallan kokeminen heikentää työhyvinvointia ja siksi onkin tärkeää löytää keinoja väkivallan käsittelemiseen ja vähentämiseen. Väkivaltakokemukset olivat yhteydessä hoitotyön ammattilaisten korkeampaan stressiin, uniongelmiin ja heikompaan uskoon siitä, että jaksavat työssään eläkkeelle saakka. Väkivaltaan voidaan osittain vaikuttaa työntekijöiden toimin. THL:n tutkimuksessa hoitotyön ammattilaisten itse ehdottamia keinoja olivat parityöskentely, kiireetön ilmapiiri, joustava töiden aikataulutus, sopivan pienet toimintayksiköt sekä koulutusta muistisairaiden ja muiden haastavien asiakkaiden kanssa. (Josefsson, Sinervo & Vehko 2018.)

Muistisairaiden ongelmallista käyttäytymistä voidaan ehkäistä lisäämällä muistisairaana psykososiaalista hyvinvointia. Psykososiaalisten hoitomuotojen tavoitteena on parantaa heidän elämänlaatuaan ja auttaa muistisairaita käyttämään kykyjään sairautensa tuomien vaikeuksien keskellä. Psykososiaalisia hoitomenetelmiä ovat käyttäytymisen hallintaa parantavat menetelmät, emotionaalista tukea antavat menetelmät, psykomotoriset menetelmät, kognitiivisia virikkeitä tarjoavat menetelmät sekä ympäristön parantamiseen tähtäävä toiminta. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 20)

Psykososiaalinen tukiverkosto on todella tärkeä muistisairaalle. Useimmiten tukiverkosto muodostuu perheestä, sukulaisista ja muista läheisistä ihmisistä, kuten naapureista, ystävistä ja harrastustovereista. Siihen voi myös kuulua vapaaehtoistyöntekijöitä tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Toimiva psykososiaalinen tukiverkosto voi tukea merkittävästi muistisairaana elämää, helpottaa jaksamista ja selviytymistä niin, ettei elämäntilanne tunnu liian raskaalta. (Forder ym. 2014, 82.)

Käyttäytymisen hallintaa parantavissa menetelmissä pyritään vähentämään tai poistamaan ei-toivottua käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä. Myös ympäristön muutoksella voidaan vaikuttaa käyttäytymisen hallintaan esimerkiksi muokkaamalla ympäristön äänimaailmaa vähemmän ongelmallista käyttäytymistä provosoivaksi. Emotionaalista

tukea antavalla menetelmällä pyritään parantamaan muistisairaana ihmisen elämänlaatua tukemalla hänen tunne-elämäänsä ja sosiaalista toimintaa. Häntä myös autetaan sopeutumaan sairauden tuomiin kognitiivisiin, emotionaalisiin ja sosiaalisiin haasteisiin. Ongelmallisia hoitotilanteita pyritään ratkaisemaan ymmärtämällä ja huomioimalla asiakkaan negatiivisten tunteiden syntyhistoria. Laulamisella on tutkimusten mukaan todettu olevan monia myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden ihmisten käyttäytymiseen ja hyvinvointiin. Laulua on käytetty helpottamaan vaikeita hoitotilanteita kuten vastahakoista peseytymistä. Laulun avulla on voitu parantaa asiakkaan kokemusta tilanteesta sekä parantaa myös vuorovaikutusta hoitotyön ammattilaisen kanssa. Myös muistelun on todettu auttaneen säilyttämään kognitiivisia kykyjä ja lievittämään masennusta. Muistelu tukee myös muistisairaiden itsetuntoa ja ylläpitää vuorovaikutustaitoja. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 21)

Liikunnallisilla menetelmillä tuetaan muistisairaana ihmisen aktiivisuutta, fyysistä toimintakykyä sekä sosiaalisen kanssakäymisen säilymistä. Fysioterapia on osa kuntouttavaa hoitotyötä, jonka avulla tuetaan ja ohjataan muistisairaiden jokapäiväistä elämää ja arkiaskareita. Muutenkin kaikki mielekäs toiminta lisää muistisairaiden onnellisuutta, vireystasoa ja kiinnostusta ympäristöstä. Päivittäinen toimintakyky ja elämänlaatu paranevat, kun aktiviteetteja on tarjolla. Myös sosiaaliset kontaktit ja mukavasta tekemisestä syntyvät myönteiset tunteet saattavat vähentää ongelmallisena koettua käyttäytymistä. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 22)

9 Jatkokehitysajatuksia

Opinnäytetyön aihe on erittäin tärkeä muuttuvassa yhteiskunnassamme. Tulevan SOTE-esityksen myötä ollaan ikäihmisten hoitoa viemässä yhä enemmän omiin koteihin ja merkitystä. Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli saada tietoa hoitotyön ammattilaisilta niistä tekijöistä, jotka tukisivat heidän jaksamistaan muistisairaiden hoitotyössä. Yksi jatkotutkimusaihe on se, miten tämän opinnäytetyön tulosten ja hoitotyön ammattilaisten palautteiden perusteella on kehitetty hoitotyötä. Toisena jatkotutkimusaiheena nousee esiin työn fyysisen kuormittavuuden yhteys henkiseen kuormittavuuteen.

muksesta, joustavuudesta, turvallisuudesta, aidosta välittämisestä ja empaattisuudesta. Muistikoordinaattorin ohjaamana hoitotyön ammattilaiset voivat paneutua kokonaisvaltaisesti muistisairaahan tilanteeseen ja toimimalla hänen kanssaan ilman hoitotyön ammattilaisen roolia on yksi hoitotyön auttamismenetelmiä; kohtaamistilanteessa pyritään ymmärtämään muistisairaahan silmin, huomioimaan tilanteessa olevat tunteet ja hyväksymään ne sekä löytämään kommunikointi tunteiden tasolla. Tällaisen toimintatavan käyttäminen on tärkeää kuntouttavassa hoidossa. Hoitotyön ammattilaisten paneutuessa entistä syvällisemmin hoidettavien asemaan, auttaa se ammattilaista omien tunteiden ymmärtämisessä hoidettavaa kohtaan, tunteiden käsittelyssä, henkilökohtaisten tunteiden hallitsemisessa esimerkiksi turhautumisen kokemisessa. (Eloniemi-Sulkava, Laaksonen & Rantala 2004, 7; Viramo 2001, 34,52.)

Lähteet ja liitteet

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 2.9.2018. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66485/978-951-44-7740-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Allore, H., Drickamer, M., Leonard, R. & Tinetti, M. 2006. Potentially Modifiable Resident Characteristics That Are Associated With Physical or Verbal Aggression Among Nursing Home Residents With Dementia. 2006; 166(12): 1295-1300. Viitattu 8.3.2018. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410531#RESULTS>

Alzheimerinfo. N.d. Käyttösoireet lisääntyvät alzheimerin taudin edetessä. Viitattu 21.4.2018 <http://www.alzheimerinfo.fi/oireet/kaeytoesoireet-lisaeaentyvaet-alzheimerin-taudin-edetessae>

Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Atula, S. 2015. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 4.3 2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Bedard, M., Dubois, S., Lewis, D., Molloy, W., O'Donnel, M. & Standish, T. 2007. Behavioural and Psychological Symptoms in Community-Dwelling Elderly Persons with Cognitive Impairment and Dementia: Prevalence and Factor Analysis. Viitattu 20.4.2018. <https://janet.finna.fi/>, Cinhal

Duodecim. 2005. Työnohjaus päihdetyössä. Viitattu 19.6.2018. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00233

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki. Viitattu 21.7.2018. https://www.vtkl.fi/document/1/1519/d505fb7/Mielenmuutos_Raportti_3_Indd.pdf

Eloniemi-Sulkava, U., Sulkava, R. & Viramo P. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käyttösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Viitattu 8.3.2017. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf>

Eloniemi-Sulkava, U., Laaksonen, R. & Rantala, L. 2004. Ymmärrä – tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Helsinki: Suomen Dementiahoitoyhdistys.
 Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L., 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke.
<https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>. Viitattu 12.7.2018.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. Viitattu 22.4.2018. <http://www.oppiportti.fi/op/msa00054/do#s6>

Fernandez, R.; Bronwyn, A. & Fleming, R. 2013. Effect of doll therapy in managing challenging behaviours in people with dementia: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports 2013; 11(9): 120-132. (13p). Viitattu 03.09.2018. <https://janet.finna.fi/>, Cinhal

Forder, M., Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2014. Muistisairaankuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Fyysinen työnkuormitus. N.d. Työturvallisuus ja työsuojelu. Työturvallisuuskeskus. Viitattu 15.6.2018. https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyoturvallisuuden_perusteet/tyoymparisto/fyysinen_tyokuormitus

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy.

Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2018. Muistisairaankuntoutuksen ihmisen mielen hyvinvoinnin edellytykset – miten turvata oikeus niiden toteutumiseen? Gerontologia -lehti 32(1), 2018
<https://journal.fi/gerontologia/article/view/65390/30953>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. 10., osin uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M., Partanen, A. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma, Terveystieteidenlaitos, Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Oulun yliopisto. Viitattu 20.3.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311011841.pdf>

Huovinen, M. & Erkinjuntti, T. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: WSOY

Jaakkola, M-R. Keskivaikea ja vaikea muistisairaus. Viitattu 4.3.2018. <https://kotona-kokonainenelama.files.wordpress.com/2014/06/keskivaikea-ja-vaikea-muistisairaus-2.pdf>

Janhonen, S & Nikkonen, M 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Jortikka, K. & Jäppinen, L. 2006. Työnohjaus on ammatillisen kasvun avain. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 19.6.2018.

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/11758/2006-10-26-03.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Josefsson, K., Sinervo, T. & Vehko, T. 2018. Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa vanhustenhuollossa? Tutkimuksesta tiiviisti 9, huhtikuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 22.7.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136184/TUTI2018_9_Asiakkaiden%20väkivalta%20vanhustenhuollossa_WEBk.pdf?sequence=1

Juuti, P & Vuorela, A. 2002. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 4.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Kalakoski, V., Käpykangas, S., Valtonen, T., Selinheimo, S., Koivisto, T., Paajanen, T. & Louhimo, R. 2018. Kognitiivisen ergonomian parantaminen hoitotyössä. Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämishanke. Työterveyslaitos. Viitattu 19.9.2018.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136179/Kognitiivisen_ergonomian_parantaminen_hoitotyossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kananen, J 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja. Jyväskylän yliopistopaino.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert C. & Seuri, T. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

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

Kuntaliitto. 2017. Iäkkäiden palvelut. Asumispalvelut ja laitoshoido. Viitattu 8.3.2018 <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-huolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoido>

Kuntaliitto. N.d. Sosiaali- ja terveysasiat. Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen. Viitattu 19.3.2018. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/palveluiden-jarjestaminen-ja-tuottaminen>

Määrällinen analyysi. Jyväskylän yliopisto. Kurssi ja oppimateriaalipolku Koppa. n.d. Viitattu 03.07.2018 <https://koppa.iyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/tilastollisesti-kuvaava-analyysi>

Kyngäs, H & Vanhanen, L 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti 1:1999 Vol 11, 3-12. L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 14.6.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L4P19>

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 14.6.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P21>

Levänen, M. & Pasanen J, 2010. Henkinen kuormittavuus ja jaksaminen hoitotyössä. Opinnäytetyö, Mikkelin ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 20.3.2018. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7874/Henkinen%20kuormittavuus%20ja%20jaksaminen%20hoitotyossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lääkkeetön hoito. N.d. Alzheimerin tauti -tukea sairastuneen elämään- Käyttöoireita hallintaan lääkkeillä ja terapialla. Käyttöoireiden hoito. Viitattu 6.3.2018. <http://www.alzheimerinfo.fi/hoito/kaeytoesoireita-hallitaan-laeaekehoidoilla-ja-terapialla>

Molander, G. 2014. Hoidanko oikein? Jyväskylä: PS-kustannus.

Munden, L. M. The Covert Administration of Medications: Legal and Ethical Complexities for Health Care Professionals Covert. Journal of Law, Medicine & Ethics, Summer 2017; 45(2): 182-192. 11p. Viitattu 12.7.2018. <https://janet.finna.fi>, Ebsco.

Muistisairaudet (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 4.3.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Muistisairaudet. 2018. Kansantaudit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu. 2.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Muistisairauksien yleisyys. 2018. Kansantaudit. Muistisairaudet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu. 2.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Noren, A. 2016. Muistisairaahan haasteellinen käytös. Psykkiset oireet. Viitattu 21.4.2018 <https://muistisairaanhaasteellinenkaytos.wordpress.com/psykkiset-oireet/>

Ohje potilaille ja läheisille: Alzheimerin tauti (online) Käypä hoito -suositus. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 6.3.2018. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset) (online) Käypä hoito -suositus. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 8.3.2018. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale -tauti (online) Käypä hoito -suositus. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 5.3.2018. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, sujumaton afasia ja semanttinen dementia) (online) Käypä hoito -suositus. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 5.3.2018. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Polvikoski, T., Tanila, H. & Tienari, P. 2010. Muistisairaudet. Alzheimerin taudin patogeneesi. Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Potilassiirrot. N.d. Työkykyinen työntekijä. Tuki- ja liikuntaelinten terveys. Ergonomia. Työterveyslaitos. Viitattu 19.9.2018. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/ergonomia/potilassiirrot/>

Puosi, T. & Tujunen, M. 2013. Hoitajien jaksaminen mielenterveystyössä. Opinnäyte-työ. Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.6.2018. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21869/HOITAJIEN+JAKSAMINEN+MIELENTERVEYSTYOSSA+versio+3.pdf;jsessionid=D671A9131475965C61F5A90D62166273?sequence=1>

Psykososiaalinen kuormitus. N.d. Työturvallisuus ja työsuojelu. Työturvallisuuskeskus. Viitattu 15.6.2018. https://ttk.fi/tyoturvaluisuus_ja_tyosuojelu/tyoturvaluisuuden_perusteet/tyoyhteiso/psykososiaalinen_kuormitus

Ratkaisukeskeinen työnohjaus. Mitä työnohjaus on? Viitattu 19.6.2018. <http://tyonohjaus.net/tyonohjaus/>

Rodgers, V. & Yeung, P. Quality of long-term care for older people in residential settings – Perceptions of quality of life and care satisfaction from residents and their family members. Nursing Praxis in New Zealand (NURS PRAX NZ), Mar2017; 33(1): 28-43. (16p). Viitattu 12.7.2018. <https://janet.finna.fi>, Ebsco.

Sairaanhoitajat. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 12.7.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

- Salomäki, J. 2002. Tiimit ja työhyvinvointi. Forssa: Forssan kirjapaino Oy.
- Sarajärvi, A & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, A. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Seitamaa-Hakkarainen, P. 2014. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Metodix. Viitattu 3.3.2018. <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>
- Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet. Viitattu 18.3.2018 <http://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Viitattu 14.6.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf
- Sulkava, R. & Viramo, P. 2010. Muistisairaudet. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Ikääntyneiden sosiaalipalvelut. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2016. Viitattu 17.3.2018. <https://thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>
- Terveyskirjasto. 2013. Työnohjaus voi edistää hoitajien työhyvinvointia. Viitattu 19.6.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=16810&iprint=23&p_rss=
- Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Itäsuomen yliopisto. Viitattu 2.9.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf
- Tuominen, S. 2012. Työhyvinvoinnin johtaminen. Opinnäytetyö, Yrittäjyyden ja liiketoimintaosaamisen koulutusohjelma. Viitattu 14.6.2018. www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47905/Senja_Tuominen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Työhyvinvointi. N.d. Turva. Tieteentekijöiden liitto. Viitattu 15.5.2018.

<https://tieteentekijoidenliitto.fi/turva/tyohyvinvointi>

Työterveyslaitos. Henkinen hyvinvointi. Viitattu 03.03.2018. <https://www.ttl.fi/category/tyokykyinen-tyontekija/henkinen-hyvinvointi/>

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

Viramo, P. 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. Espoo: Novartis Finland.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.

LIITE 1 Kyselyn saatekirje

Tervetuloa mukaan tutkimukseen!

Olemme neljä sairaanhoitajaopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää tutkimuskyselyn avulla, mitä on muistisairaiden hoitotyön kuormittavuus palveluasumisen yksikössä. Tuloksista arvioidaan muistisairaudesta aiheutuvat kuormittavat tekijät sekä mahdolliset tukitoimet kuormituksen vähentämiseksi hoitotyössä. Tutkimuskyselystä saadut tiedot auttavat omaa ammattialaamme kehittämään muistisairaiden hoitamista siten, että sen henkilöstöä kuormittavat tekijät voidaan tunnistaa ja niihin vaikuttaa. Tutkimus toteutetaan kahdeksassa eri palveluasumisen yksikössä, joissa hoidetaan muistisairaita. Kyselyyn on varattu aikaa toukokuun 2018 loppuun. Kysymyksiin vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja siihen vastaaminen vie noin 10 minuuttia. Tiedot käsitellään luotamuksellisesti eikä yksittäisiä vastauksia pystytä erottamaan lopullisista vastausten analysoinnista. Toivomme, että mahdollisimman moni teistä ammattilaisista vastaisi kyselyyn. Kiitos osallistumisesta!

Keväisin terveisin,

Tiina Taipale, Tuire Janhunen, Jutta Jakobsson ja Eveliina Haveri-Heikkilä

Lisätietoja: Tiina Taipale

LIITE 2 Kyselylomake

1. Ikä

- alle 20 vuotta
- 20-24 vuotta
- 25-35 vuotta
- 36-45 vuotta
- 46-55 vuotta
- yli 55 vuotta

2. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

3. Koulutus

- Perushoitaja
- Lähihoitaja
- Sairaanhoidaja
- Muu, mikä?

4. Onko työsuhteesi

- Määräaikainen
- Vakituinen

5. Työnantajani

- Julkinen työnantaja
- Yksityinen työnantaja

6. Kuinka pitkä työkokemuksesi on?

- 0-1vuotta

- 2-4 vuotta
- 5-9 vuotta
- 10-14 vuotta
- 15 vuotta tai yli

7. Millaiseksi koet oman terveydentilasi?

- Erinomainen
- Hyvä
- Kohtalainen
- Heikko

8. Kuinka usein olet ajatellut vaihtaa työpaikkaasi viimeisen vuoden aikana?

- Erittäin usein
- Melko usein
- Joskus
- En ollenkaan

9. Tunnetko saavasi esimieheltäsi tukea muistisairaiden hoitotyöhön?

- Kyllä
- Ei

10. Koetko olevasi tällä hetkellä oikeassa työtehtävässä muistisairaiden hoidon parissa?

- Kyllä
- Ei

Jos vastasit kysymykseen 10. Ei, vastaa myös kysymykseen 11.

11. Miksi et?

12. Oletko kokenut työssäsi henkistä tai fyysistä väkivaltaa asiakkaiden puolelta?

- Kyllä
- Ei

Jos vastasit kysymykseen 12. Kyllä, vastaa myös kysymyksiin 13. ja 14.

13. Kerro minkälaista?

14. Oletko silloin saanut henkistä tukea työyhteisöltäsi?

- Kyllä
- Ei

15. Koetko, että sinulla on riittävästi aikaa muistisairaiden hoitotyöhön?

- Kyllä
- Ei

Jos vastasit kysymykseen 15. Ei, vastaa myös kysymykseen 16.

16. Kerro millä tavalla ajan vähyys vaikuttaa henkiseen jaksamiseesi muistisairaiden asiakkaiden hoidossa?

17. Koetko työyhteisösi olevan henkisesti kuormittunutta?

- Kyllä
- Ei

Jos vastasit kysymykseen 17. Kyllä, vastaa myös kysymykseen 18.

18. Kerro millä tavoin se näkyy työyhteisössäsi?

19. Oletko jäänyt sairauslomalle viimeksi kuluneen vuoden aikana hoitotyön kuormittavuudesta johtuvan uupumuksen, stressioireiden tai burn outin vuoksi?

- Kyllä
 Ei

20. Kuinka kuormittavana koet muistisairauksien käytösoireet?

	Hyvin kuormittava	Jokseenkin kuormittava	Ei kuormittava ollenkaan	Ei kokemusta
Masennus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levottomuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ahdistuneisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoottiset oireet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persoonallisuuden muutokset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uni-valverytmin häiriöt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Millaiset tekijät sinua kuormittavat muistisairaiden asiakkaiden hoitamisessa?

22. Millä tavoin kuormittavat tekijät vaikuttavat jaksamiseesi muistisairaiden asiakkaiden hoidossa?

23. Osaatko kertoa tekijöitä, jotka vähentäisivät muistisairaiden hoitotyön kuormittavuutta?

24. Mitkä asiat työyhteisössäsi tukevat sinua hoitotyössä ja jaksamisessasi?