

Kati Nivakoski & Marita Nurkkala

## **HAASTAVASTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN**

Koulutus Attendo Fregatin henkilökunnalle

# **HAASTAVASTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN**

Koulutus Attendo Fregatin henkilökunnalle

Kati Nivakoski  
Marita Nurkkala  
Opinnäytetyö  
Syksy 2019  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoitaja

---

Tekijät: Kati Nivakoski & Marita Nurkkala

Opinnäytetyön nimi: Haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaaminen, koulutus Attendo Fregatin henkilökunnalle

Työn ohjaajat: Kirsi Myllykangas & Sirpa Tölli

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: syksy 2019

Sivumäärä: 42 + 9

---

Opinnäytetyö kertoo haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamisesta. Opinnäytetyön projektina järjestimme koulutuksen Attendo Fregatin henkilökunnalle. Toimeksiantajana toimi Attendo Fregatin johtaja Hanna Siltakoski.

Aihe on ajankohtainen ja hyödyllinen muistisairaiden parissa työskenteleville. Muistisairauksiin sairastuu päivittäin 36 suomalaista, eli vuosittain 13 000 henkilöä. Muistisairauksiin sairastuneiden henkilöiden määrä kasvaa nopeasti. Vuonna 2020 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastaa arviolta 130 000 henkilöä.

Koulutuksen tarkoitus oli antaa uusia näkökulmia ja tietoa haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamiselle. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä tietoutta ja taitoja haastavasti käyttäytyvän asiakkaan yksilölliseen kohtaamiseen. Lisäksi pitemmän aikavälin tavoitteena oli, että Fregatin henkilökunta hyödyntäisi koulutuksessa opittuja toimintatapoja haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtamisessa.

Koulutuksessa käsitelimme yleisimpiä muistisairauksia, niiden kognitiivisia oireita sekä yleisimpien käytösoireiden taustoja ja hoitoa, sekä käytösoireisen muistisairaahan kohtaamista, Attendon arvoja ja hoitotyön keskeisiä käsitteitä. Opetusmenetelminä käytimme Kahoot-peliä, Powerpoint-esitystä ja Case-tapauksia. Tietoperustana käytimme alan oppikirjoja sekä muita painettuja teoksia, tutkimusartikkeleita, oppiportin julkaisuja sekä luotettavia verkkojulkaisuja ja tutkimusartikkeleita.

Keräsimme koulutuksesta palautetta oppimispäiväkirjan avulla, jota analysoimme Swot-analyysillä. Analyysin perusteella koulutus osoittautui hyödylliseksi ja opittuja taitoja voidaan hyödyntää työelämässä.

---

Asiasanat: muistisairaat, käytösoireet, asiakastyö, hoitotyö, käsitteet, koulutus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Healthcare, Option of Nursing

---

Authors: Marita Nurkkala & Kati Nivakoski

Title of thesis: Challengingly behaviors a person having a memory-related illness, education Attendo Fregatti's staff

Supervisors: Kirsi Myllykangas & Sirpa Tölli

Term and year when the thesis was submitted: autumn 2019      Number of pages: 42 + 9

---

This thesis describes challenging behaviors when dealing with a person having a memory-related illness. As a thesis project, we organized a training session for Attendo Fregatti's staff. The contractor was Hanna Siltakoski, Attendo Fregatti's director.

The subject is current and useful for people who work with elderly people with memory disorders. There are 36 Finns who get a memory-related illness from memory diseases each day, or 13,000 people a year. The number of people suffering from memory diseases is growing rapidly. By 2020, an estimated 130,000 people will have at least moderate memory-related illness.

The purpose of the training was to give new perspectives and information to meet a challenging customer. The aim of the training was to increase the knowledge and skills to meet a person who is behaving in a challenging manner. In addition, the longer-term goal was for Fregatti's staff utilize new ways of dealing with behavioral that are challenging.

In our training we discussed the most common memory disorders, their cognitive symptoms, and the background and treatment of the most common behavioral symptoms, as well as dealing with behavioral memory disorders, Attendo's values and key concepts in nursing. The teaching methods used were Kahoot, Power-point and Case-working. We used printed textbooks as well as other printed books, research articles, learning portal publications, and reliable online publications and research articles on nursing science.

We collected feedback after the training through a questionnaire, which we analyzed by swot analysis. Based on the analysis, the training proved to be useful and the acquired skills can be used in working life.

---

Keywords: memory disorders, behavioral symptoms, client work, nursing, concepts, education

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN.....	8
2.1	Muistisairaudet .....	8
2.1.1	Dementia.....	8
2.1.2	Alzheimerin tauti .....	8
2.1.3	Verisuoniperäinen muistisairaus .....	9
2.1.4	Lewyn kappale-tauti .....	10
2.1.5	Otsa-ohimolohkorapeumasta johtuvat muistisairaudet.....	10
2.2	Muistisairaahan kongnitiiviset oireet.....	11
2.2.1	Afasia.....	11
2.2.2	Apraksia .....	12
2.2.3	Agnosia.....	12
2.3	Muistisairaahan käytösoireet.....	13
2.3.1	Ahdistuneisuus.....	13
2.3.2	Levottomuus .....	14
2.3.3	Harhaisuus.....	14
2.3.4	Masennus .....	16
2.3.5	Uni- ja valverytmin häiriöt.....	16
2.3.6	Aggressiivisuus .....	17
2.3.7	Seksuaalinen käyttäytyminen.....	18
2.4	Asiakastyön keskeiset käsitteet.....	18
2.4.1	Attendon visio ja arvot.....	18
2.4.2	Vuorovaikutus .....	19
2.4.3	Kohtaaminen.....	21
2.4.4	Turvallisuus ja luottamus.....	21
2.4.5	Itsemääräämisoikeus .....	22
2.4.6	Elämänhistoriasta hoitosuunnitelmaan.....	22
3	KOULUTUS HENKILÖKUNNALLE.....	24
3.1	Kohderyhmät.....	24
3.2	Koulutusmenetelmä.....	24
3.3	Koulutuksen tärkeys .....	25

3.4	Koulutuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	26
3.5	Toteuttaminen .....	26
3.6	Riskien ja muutoksen hallinta.....	28
3.7	Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma.....	29
3.8	Projektiorganisaatio ja johtaminen.....	30
3.9	Viestintä .....	30
4	ARVIOINTI.....	32
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISIDEAT .....	34
6	POHDINTA.....	35
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET .....	43

# 1 JOHDANTO

Muistisairauksiin sairastuu päivittäin 36 suomalaista, eli vuosittain 13 000 henkilöä. Muistisairauksiin sairastuneiden henkilöiden määrä kasvaa nopeasti. Vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti arviolta reilu 95 000 ja lievää noin 30 000— 35 000 henkilöä. Vuonna 2020 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastaa arviolta 130 000 henkilöä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012, viitattu 29.8.2018). Muistisairaana henkilön kohtaaminen voi tuntua haasteelliselta, sillä sairaus vaikuttaa vuorovaikutukseen. Muutokset tunteiden ilmaisussa ja reaktioiden osoittamisessa johtuvat aivomuutoksista, mutta niihin voidaan vaikuttaa sillä, miten sairastunut ihminen kohdataan ja kuinka häntä kohdellaan. Moni käytösoireeksi tulkittu suuttumuksen tai turhautumisen ilmaisu voidaan ennakoida ja jopa estää, kun sairastuneet toiveita kuullaan herkällä korvalla ja hänen tarpeisiinsa vastataan. (Muistiliitto 2017, viitattu 29.8.2018).

Asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 2:4 §).

Opinnäytetyön projektina järjestimme koulutuksen Attendo Fregatin henkilökunnalle. Koulutuksen tarkoitus oli antaa uusia näkökulmia ja tietoa Fregatin hoitohenkilökunnalle, sekä taitoja haastavasti käyttäytyvän muistisairaana kohtaamisessa Attendon arvoja mukailien. Muistisairaana haasteellinen käyttäytyminen voi tehdä hoitajan työstä haastavaa. Sosiaalihuollon ammattihenkilön ammatillisen toiminnan päämääränä on sosiaalisen toimintakyvyn, yhdenvertaisuuden ja osallisuuden edistäminen sekä syrjäytymisen ehkäiseminen ja hyvinvoinnin lisääminen (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015 1:4 §). Sosiaalihuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015 1:5 §). Henkilöstön kouluttaminen ja tukeminen muistisairaana aidon yksilölliseen kohtaamiseen on osoittautunut yhä tärkeämmäksi lähestymistavaksi. (Koponen & Vataja 2015, viitattu 31.10.2018).

## **2 MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN**

### **2.1 Muistisairaudet**

Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja heikentävät toimintakykyä. Muistisairaudet ovat kansantauteja kuten sydän- ja verisuonisairaudet. Niitä esiintyy enemmän iäkkäillä ihmisillä, mutta voi ilmetä jo työikäisenä. Muistisairauden edetessä ilmenee dementiaoireyhtymää. Muistisairauden oireet vaikeuttavat fyysisiä suorituksia ja heikentävät opittuja taitoja, kuten pukeutumista tai syömistä ja itsenäinen selviytyminen arjesta muuttuu haastavaksi. (Muistiliitto 2017c, viitattu 22.10.2018; Virkola 2014, 19).

Muistisairaus on ikääntyneiden tärkein toimintakyvyn heikkenemiseen, avun ja palveluiden tarpeeseen sekä laitoshoitoon johtava tekijä. Toisaalta kuitenkin yhä useampi muistisairautta sairastava asuu omassa kodissaan esimerkiksi kotihoidon turvin. Muistisairaus vaikuttaa sosiaaliseen elämään ja liikkumiseen ja sen seuraukset näkyvät arjessa. (Virkola 2014, 13, 21, 278)

#### **2.1.1 Dementia**

Dementia tarkoittaa useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon verrattuna. Jokapäiväisissä toimissa, työssä ja sosiaalisissa suhteissa itsenäinen selviytyminen on heikentynyt. Dementia ei tarkoita erillistä sairautta, vaan se on oireyhtymä, jonka syynä on etenevä sairaus, pysyvä jälkitila tai hoidoilla parannettava sairaus kuten kilpirauhasen vajaatoiminta. Dementian keskeisin oire on muistihäiriö, jonka lisäksi dementiaoireyhtymään kuuluu ainakin yksi seuraavista: afasia eli kielellisten toimintojen häiriö, apraksia eli tuttujen liikesarjojen suorittamisen vaikeus, agnosia eli havaintotoiminnan häiriö tai toiminnan ohjauksen häiriöt. (Hallikainen, Paajanen & Erkinjuntti 2016; Virkola 2014, 20).

#### **2.1.2 Alzheimerin tauti**

Alzheimerin tauti on etenevä, aivoja rappeuttava muistisairaus. Tauti on harvinainen alle 65-vuotiailla, mutta yli 86-vuotiailla sitä esiintyy 15–20 prosentilla. Dementiaa aiheuttavista sairauksista



Alzheimerin tauti on yleisin. 70–80 prosentilla dementiasta kärsivistä on Alzheimerin tauti. (Juva, K. 2018, Viitattu 31.8.2018).

Alzheimerin taudin perimmäinen syy ei ole tiedossa. Aivoissa tapahtuu mikroskooppisia muutoksia, jotka vaurioittavat hermoratoja ja aivosoluja, jolloin muisti ja tiedonkäsittely heikentyy. Muutoksen alkavat aivojen ohimolohkojen sisäosista ja leviävät vuosien mittaan laajemmin aivokuorelle. Yleensä Alzheimerin tauti ei ole perinnöllinen. Alzheimerin syntyyn vaikuttavat erilaiset riskitekijät, jotka lisäävät sairastumisen todennäköisyyttä. Riskitekijöitä ovat mm. naissukupuoli ja sukurasite. Elämäntapoihin liittyvät tekijät lisäävät riskiä sairastua Alzheimeriin. Myös jotkin hyvin harvinaiset geenimutaatiot aiheuttavat Alzheimerin tautia. (Juva, K. 2018, Viitattu 31.8.2018).

### **2.1.3 Verisuoniperäinen muistisairaus**

Verisuoniperäinen (vaskulaarinen) muistisairaus liittyy aivojen verisuonten vaurioihin ja erityyppiisiin aivoverenkiertohäiriöihin. Verisuoniperäinen muistisairaus on toiseksi yleisin etenevä muistisairaus. Myös Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen muistisairauden sekamuoto on yleinen. Riskitekijät: Verisuoniperäisen muistisairauden riskiä lisäävät mm.: kohonnut verenpaine, koronaaritauti, sydäninfarkti, tupakointi, diabetes sekä aivohalvaukseen liittyvät aivoverenkiertohäiriöt. (Muistiliitto 2017e, viitattu 29.10.2018)

Verisuoniperäisen muistisairauden varhaisoireisiin kuuluvat usein: lievä muistihäiriö, puhehäiriöt, kömpelyys, kävelyvaikeudet niin sanotusti töpöttävä kävely ja hahmottamisvaikeudet. Sairastuneilla on usein myös tunneherkkyyttä ja mielialat vaihtelevat helposti itkusta nauruun. Oireet saattavat alkaa nopeastikin ja vaihtelevat päivittäin tai kausittain. Oireet riippuvat myös siitä, missä kohtaa aivoja vaurioita on syntynyt. Muisti on verisuoniperäisessä muistisairaudessa säilynyt paremmin kuin Alzheimerin taudissa ja sairastuneiden tilanne saattaa toimintakyvyn laskun jälkeen myös kohentua. Tärkeätä on huolehtia kohonneen verenpaineen, kolesterolin- ja veren sokerinpitoisuuden hoidosta sekä sydän ja verisuonitautien hoidosta. (Muistiliitto 2017e, viitattu 29.10.2018).

#### **2.1.4 Lewyn kappale-tauti**

Lewyn kappale-tauti on toiseksi yleisin dementiaa aiheuttavista sairauksista. Dementiasta kärsivistä 15 % sairastaa Lewyn kappale-tautia. Tauti alkaa yleensä 60–65-vuotiaana, mutta voi alkaa myös sitä ennemmin tai myöhemmin. Taudin ennuste ja kesto vaihtelee alle viidestä vuodesta jopa yli 30 vuoteen. Taudin puhkeamisen syytä ei tiedetä. Lewyn kappale-taudin oireet johtuvat dopamiinin ja asetyylikoliinin määrän muuttumisesta, sekä niitä välittäjäaineena käyttävien hermosolujen muutoksista. Tautia sairastavien aivoissa on usein myös jonkin verran Alzheimerin taudille tyypillisiä muutoksia. (Atula 2015, viitattu 8.2.2019; Sulkava 2016a).

Lewyn kappale-taudin oireita ovat: älyllisen tason heikentyminen, lievä muistihäiriö, jäykkyys, hitaus, kävelyhäiriö, karkea lepovapina, kognitiivisten kykyjen ja tarkkaavuuden ja vireyden vaihtelu ja yksityiskohtaiset näköharhat. Kaikkia edellä mainittuja oireita ei esiinny kaikilla potilailla. Muistihäiriöitä ei välttämättä esiinny taudin alkuvaiheessa, tai muistihäiriöt voivat olla lieviä ja vaihdella potilaan vireystason mukaisesti. Virkeänä potilas saattaa vaikuttaa täysin normaalilta ja on orientoitunut aikaan ja paikkaan, mutta väsyneenä muistihäiriöt tulevat esille ja looginen ajattelu vaikeutuu. (Atula 2015, viitattu 8.2.2019; Sulkava 2016a).

#### **2.1.5 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuvat muistisairaudet**

Otsa-ohimolohkorappeuman (frontotemporal lobar degeneration, FTL) osuuden etenevistä muistisairauksista arvioidaan olevan 5–10 %. Tyypillisesti oireet alkavat myöhäisessä työiässä. Otsa-ohimolohkorappeumat jaotellaan alatyyppeihin: käytösoirein ilmenevään otsalohkodementiaan, pääasiassa kielellisin oirein ilmeneviin etenevään sujumattomaan afasiaan, semanttiseen dementiaan sekä logopeeniseen afasiaan. Näistä yleisin on otsalohkodementia. (Haanpää, Juntila, Remes, Suhonen & Solje 2018; Muistiliitto 2017d, viitattu 8.2.2019).

Otsalohkodementiassa ensioireina esiintyy käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset. Arviointikyky ja toiminnanohjaus heikkenevät, ja henkilö voi olla apaattinen tai vastaavasti levoton ja vauhdikas riippuen aivoatrofian sijainnista. Taudin alussa suurella osalla esiintyy myös mieliala- ja psykoosioireita. Varsinaisesti muistisairauteen liittyvät muistivaikkeudet ovat vähäisiä. Otsalohkodementian oireet alkavat yleensä 55–60 vuoden iässä, mutta voivat alkaa myös myöhemmässä tai

aikaisemmassa vaiheessa. Elinajanodote on 8 vuotta diagnoosista. (Haanpää ym 2018; Muistiliitto 2017d, viitattu 8.2.2019).

Otsalohkodementian taudinkulkuun vaikuttavaa lääkehoitoa ei ole löydetty. Käyttösoireisiin voidaan käyttää SSRI-lääkkeitä sekä Aripipratsolia, Olantsapiinia ja Risperidonia. Lääkkeetön hoito, kuten hyvä yleishoidosta huolehtiminen ja liikunta ovat tärkeä osa otsalohkodementian hoitoa. (Haanpää ym 2018; Muistiliitto 2017d, viitattu 8.2.2019).

## **2.2 Muistisairaahan kongnitiiviset oireet**

### **2.2.1 Afasia**

Afasia tarkoittaa kielellistä häiriötä, se on seuraus aivojen vauriosta. Afasiaa aiheuttavat yleisimmin aivoverenkiertohäiriöt eli aivoinfarkti tai aivoverenvuoto. Afasiaan liittyviä oireita ovat puheen tuottamisen, puheen ymmärtämisen, lukemisen ja kirjoittamisen häiriöt. Afasia esiintyy yksilöllisesti ja se voi olla lievä, keskivaikea tai vaikea. Afasia vaikeuttaa keskustelua ja ajatusten vaihtamista, jolloin vuorovaikutustilanteet muiden ihmisten kanssa voivat olla haastavia ja aiheuttaa turhautumista. Afasia aiheuttaa usein vaikeuksia arjessa selviytymisessä, sosiaalisissa tilanteissa ja oman elämän hallinnassa. Afasian tuottama haitta elämään riippuu afasian vaikeusasteesta. Afasian aiheuttamat kielelliset oireet ovat usein hyvin erilaisia, ne voivat vaihdella sanojen löytämisen hitaudesta täydelliseen puhumattomuuteen. (Aivoliitto 2019a, Viitattu 19.9.2018; Laaksonen, Rantala & Eloniemi–Sulkava 2016, 17).

Kielellisiä häiriöitä esiintyy tavallisesti Alzheimerin taudissa, verenkiertoperäisissä muistisairauksissa, otsa–ohimolohkorappeumasta johtuvissa muistisairauksissa ja Lewyn kappale–taudissa. Myös Parkinsonin taudin muistisairaudessa puheen tuottaminen vaikeutuu. Esimerkiksi Lewyn kappale–taudissa afasia näyttäytyy tyypillisesti sanojen löytämisen sekä puheen käynnistymisen hitautena. Puheen käynnistymisen hitaus tulee ottaa huomioon vuorovaikutuksessa antamalla aikaa löytää oikeat sanat. Alentava tai lapsenomainen kohtelu voi saada aikaan aggressiivista käyttäytymistä. (Laaksonen ym. 2016, 17).

## 2.2.2 Apraksia

Apraksialla tarkoitetaan liikkeiden ja liikesarjojen häiriintymistä. Häiriö voi ilmentyä kömpelytenä, väärinä liikkeinä tai liikkeiden suuntien virheinä, liikesarjan osien sekoittumisena ja väärässä järjestyksessä tekemisena tai saman liikkeen toistamisena tai esineiden väärin käyttämisenä. Kätevyyttä ja sorminäppäryyttä vaativat suoritukset sekä käsien yhteistoimintaa vaativat toiminnot heikenevät herkimmin. Esineillä työskentely voi olla helpompaa, vaikkakin arkipäivän tilanteissa esiintyy kömpelyyttä ja virhetoimintoja. (Aivoliitto 2019b, viitattu 8.2.2019; Terveyskylä, viitattu 20.9.2018).

Apraksian vaikeusaste määrittelee häiriön vaikuttavuuden elämään. Vaikeassa apraksiassa hankaluuksia esiintyy arkitoimissa. Henkilö ei välttämättä pysty kampaamaan tai pukemaan, hän saattaa yrittää syödä keittoa haarukalla. Lievemmissä häiriöissä arkiaskareet voivat sujua automaattisesti, mutta uusien liikkeiden oppiminen ja tietoinen kontrolli voi olla vaikeaa. Voi olla haastavaa esittää pantomiimina, esimerkiksi miten kaadetaan maitoa lasiin. (Aivoliitto 2019b, viitattu 8.2.2019; Terveyskylä, viitattu 20.9.2018).

Apraksia johtuu useimmiten vasemman aivopuoliskon aivoverenkiertohäiriöstä. Yleensä apraksiassa molempien käsien hallinta on vaikeutunut, mutta voi myös esiintyä vain toisen käden tahdonalaisten liikkeiden häiriintymisenä. Apraksiaa voi esiintyä myös kävelyssä, suun alueella ja pukeutumisessa sekä kirjoittamisessa. Suun alueella esiintyvässä apraksiassa puheen tuottaminen vaikeutuu. Pukeutumisapraksiassa henkilö ei tiedä, miten vaatekappaleet puetaan päälle. Tämä on yleisempää oikean aivopuoliskon vauriossa ja liittyy tavallisesti avaruudellisen hahmottamisen vaikeuksiin. Kirjoitusapraksia esiintyy kirjainten motorisen tuottamisen vaikeutumisena. (Terveyskylä, viitattu 20.9.2018).

## 2.2.3 Agnosia

Agnosia tarkoittaa tiedostamattomuutta, sairauden tai vamman aiheuttamasta aivojen vauriosta johtuva häiriö, jolle on ominaista kykenemättömyys tunnistaa tuttuja esineitä ja asioita. (Duodecim 2018, viitattu 29.10.2018).

Havaintotoiminnan häiriö: aivokuoren vaurioituessa sinne syntyvä kuva on rikkonainen. Tällöin näköaistin välittämä kuva on puutteellinen ja tunnistaminen saattaakin tapahtua esimerkiksi äänen perusteella. Sairastuneen voi olla vaikea tunnistaa aikaisemmin tuttuja asioita, esimerkiksi ystävien kasvoja. Sairastuneen voi olla vaikea arvioida, kuinka kaukana jokin esine on. Kellonaikoja voi olla vaikea tunnistaa. Tätä kutsutaan nimellä visuopatiaalinen häiriö. Sairastuneen voi olla vaikea tehdä erilaisia asioita. Hän ei ehkä osaa enää keittää kahvia tai pystyttää silityslautaa. Tätä kutsutaan nimellä visuokonstruktioivinen toiminta. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 69).

## **2.3 Muistisairaahan käytösoireet**

Muistisairauksiin liittyy usein monenlaisia käytösoireita ja psykologisia oireita. Käytösoireet ovat tärkein omaishoitajien kuormittavuutta lisäävä tekijä ja ne aiheuttavat myös muistisairaalle itselleen kärsimystä. Käytösoireiden arvaamattomuus aiheuttaa omaisille ja hoitajille stressiä ja rasitetta. Käytösoireiden liiallinen lääkitys voi heikentää potilaan ennustetta. (Sulkava 2016b, viitattu 21.9.2018).

Muistisairaahan tavallisia käytösoireita ovat fyysinen ja sanallinen aggressiivisuus, levottomuus, vaeltelu, estoton käyttäytyminen, huutelu, pakko-oireet, katastrofireaktiot, masennusoireet, ahdistuneisuus, unihäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot sekä virhetulkinnat. Seuraavissa kappaleissa käsitellään osaa näistä käyttäytymisoireista, kerromme niiden syistä, ennaltaehkäisystä sekä hoidosta. (Sulkava 2016b, viitattu 21.9.2018).

### **2.3.1 Ahdistuneisuus**

Ahdistuneisuus on yleinen oire dementoivissa muistisairauksissa ja se voi ilmetä sekä fyysisin että psyykkisin oirein. Ahdistuneisuuteen liittyy tavallisesti haasteellista käyttäytymistä, kuten levottomuutta (2.3.2 Levottomuus) sekä aggressiivisuutta (2.3.8 Aggressiivisuus). Ahdistuksen tunne on tavallista lievässä dementiassa, kun henkilö ymmärtää sairautensa tilan. Lievästi dementoituneella ahdistuksen taustalla on yleensä huoli tulevaisuudesta. Ennen mielihyvää tuottaneet tapahtumat ja harrastukset saattavat muuttua dementian edetessä ahdistaviksi. Myös pelko yksinäisyydestä voi aiheuttaa ahdistusta. Vaikeassa dementiassakin esiintyy ahdistuneisuutta, jolloin se ilmenee useimmiten poikkeava käyttäytymisenä. Lääkkeet voivat myös aiheuttaa ahdistusta. (Vataja 2017a, 65-66; Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 1999, 24-25).

Ahdistus voi ilmentyä jatkuvana kyselynä, yksinjäämisen pelkona sekä vihamielisenä käyttäytymisenä. Ahdistuneen dementiapotilaan käyttäytymiselle tavallista on myös lisääntynyt ärtyvyys sekä impulsiivinen ja arvaamaton toiminta. Hoitajan tulisi pysyä ahdistuneen henkilön seurassa rauhallisena, sillä hoitajan turhautuminen voi pahentaa dementoituneen ahdistuneisuutta. Ahdistuneisuus voi myös peittää alleen masennustilan. (Vataja 2017a, 65-66; Eloniemi-Sulkava ym. 1999).

### 2.3.2 Levottomuus

*”Ripeäotteinen hoitaja kulki nopein askelin hoitoyksikön käytävällä. Vastaan tuli pienikokoinen huolestusta murheissaan oleva vanhus, jolla oli suuri huoli vielä ulkona leikkivistä lapsistaan. Hän koki ahdistusta ja tuskaa hänelle ihan aidon totena, ja hän kertoi sitä toistamiseen hoitajalle. Hoitaja vähätteli tapahtunutta ja kehotti vain istumaan. Samalla hän jatkoi railakkaanoloisella tavallaan sekä työtään että jutteluaan toiselle henkilölle. Pian vanhus tuli uudelleen siihen, mutta hoitaja tyrmäsi hänet sanomalla: ”Eihän noin vanhalla ihmisellä mitään pieniä lapsia ole, ajatteles nyt ikääsi, höpöhöpö”. Alkoi kinastelu ja inttäminen puolin ja toisin. Oli helppo nähdä, miten hoitajan toiminta suorastaan lietsoi levottomuutta ja pelkoa tälle muistisairaalle saaden hänet entistä enemmän liikekannalle. Pian hänen seuraansa liittyi toinen vanhus ja sitten jo kolmas. Trio kulki pitkin hoitoyksikön käytäviä alkaen lopuksi nykiä ulko-ovea saamatta sitä kuitenkaan auki. Oven avaaminen ärsytti hoitajaa, joka komensi porukan oven edestä pois. Tilanne vain paheni pahenemistaan. Lopujen lopuksi hoitaja totesi, että ”levottomat mummot oli pakko lääkittää”.” (Räsänen 2018, 97).*

Levottomuus saattaa johtua tapahtumattomuudesta tai aikaisemman elämänvaiheen ahdistavista muistikuvista, jolloin konkreettinen tekeminen voi rauhoittaa muistisairasta. Pieni työtävä, kuten pyykin viikkaaminen voi tuottaa muistisairaalle suurta iloa ja ehkäistä levottomuuden tunnetta, koska tehtävän myötä muistisairas kokee itsensä tarpeelliseksi. (Räsänen 2018, 97-98).

### 2.3.3 Harhaisuus

Harhat eli deluusiot ja aistiharhat eli hallusinaatioit liittyvät usein muistisairauksiin. Hallusinaatioita ja harha-ajatuksia esiintyy noin 25–50 %:lla muistisairaista, ja ne liittyvät usein sairauden keskivaikeaan tai vaikeaan vaiheeseen. Harhaluulot voivat olla sairauden ensimmäinen oire, jolloin oiretta

on vaikea yhdistää tiettyyn sairauteen, tai se voi ilmaantua myöhäisemmässä vaiheessa, kun muistisairaus on jo todettu. Tavanomaisia harhaluuloja ovat omaan terveydentilaan, puolison pettämiseen tai varasteluun liittyvät harhaluulot. Harhaluuloista kärsivä voi esimerkiksi luulla, että hoitaja varastaa hänen tavaroitaan. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 18.10.2019; Mönkäre & Vataja 2017, 66-67).

Aistiharhoja ovat näkö-, kuulo-, haju- sekä kosketusharhat. Näköharhat ovat tyypillisesti hyvin konkreettisia ja ilmaantuvat usein hämärässä. Näköharhoja voi nähdä esimerkiksi ihmisistä, eläimistä tai maisemista. Lewyn kappale-taudissa näköharhat ovat tavallisia ja kuuluvat sairauteen. Kuuloharhat ovat harvinaisempia kuin näköharhat. Ne ovat yleensä ei-sanallisia ääniä, kuten seinän takaa kuuluva rapina ja voivat liittyä harhaluuloihin, kuten uskomukseen siitä, että seinänaapuri juonittelee seinän takana tai huutelee uhkauksia. Kosketusaistiin liittyvät harhat ovat iholla tuntuvia aistimuksia, joille ei ole olemassa näkyvää syytä. (Mönkäre & Vataja 2017, 66-67).

Muita harhoja ovat reduplikatiiviset paramnesiat eli kahdentuneet muistiharhat ja väärintunnistaminen. Kahdentuneet muistiharhat ovat harhoja, jotka liittyvät selkeästi muistisairaahan kognitiivisiin oireisiin, kuten muistihäiriöihin ja aistivääristymiin. Muistisairas voi kokea, että puoliso on vaihtunut toiseksi, vaikka hän onkin ulkonäöllisesti ja käytökseltään samanlainen kuin "oikea" puoliso, olemus on muuttunut erilaiseksi. Väärintunnistaminen tarkoittaa sitä, että ei tunnisteta esim. omaa peilikuvaa tai tuolia luullaan koiraksi. (Mönkäre & Vataja 2017, 66-67).

Harhaisuuteen tulisi suhtautua levollisesti ja rauhoittavasti sekä turvallisuudentunnetta vahvistamalla. Väittely tai kinastelu harhan todenmukaisuudesta johtaa helposti epäluottamukseen ja riitaantumiseen. Harhaista kokemusta ei tule kuitenkaan vahvistaa, vaan keskustellaan ja ohjataan hienotunteisesti huomiota muihin asioihin. Ympäristön tulisi olla turvallinen. Turvallisuuden tunnetta voidaan luoda tutuilla esineillä ja valokuvilla. Mikäli harhaisuusoireet ilmaantuvat äkillisesti, on aiheellista selvittää potilaan fyysistä terveydentilaa ja mahdollisia ympäristömuutoksia, kuten lääke- muutoksia. (Käypä hoito -suositus 2016, viitattu 18.10.2019; Mönkäre & Vataja 2017, 67-68).

### 2.3.4 Masennus

Etenevissä muistisairauksissa masennuksen esiintyminen vaihtelee. Vaikeaa masennusta esiintyy keskimäärin 5–15 %:lla ja lievää noin 25 %:lla muistipotilaista, minkä lisäksi yksittäisiä masennusoireita tavataan noin puolella potilaista jossain muistisairauden vaiheessa. Masennusta tavataan useimmiten muistisairauden alkuvaiheessa tiedonkäsittelyyn liittyvien oireiden ollessa vielä lieviä tai keskivaikeita. Muistipotilaan masennus voi olla reaktio siihen, että hän kokee tiedonkäsittelynsä ja päivittäisten kykyjensä heikkenevän. (Koponen & Vataja 2015, viitattu 16.10.2019).

Masennusoireet ovat naisilla yleisimpiä kuin miehillä. Masennukseen liittyy usein myös muita oireita, kuten ahdistuneisuutta, syömättömyyttä ja univaikeuksia sekä psyykkisiä käytösoireita, kuten harhaluuloja, ahdistusta tai aistiharhoja. Vakava masennus lisää riskiä sairastua myös tulehdussairauksiin, sydäninfarktiin, aivoverenkierron häiriöihin sekä saattaa johtaa alkoholin runsaaseen käyttöön. Masennus heikentää elämänlaatua, koska se heikentää mahdollisuuksia ja jaksamista selviytyä arjesta. (Vataja 2017b, 62-63; Räsänen 2018, 95).

Masentuneisuuteen voi liittyä itsetuhoinen käyttäytyminen. Lievimmillään se ilmenee haluttomuutena syödä tai osallistua hoitoihin sekä itsensä laiminlyöntinä. Vaikeimmillaan voi esiintyä itsemurhapuheita ja -yrityksiä. Muistisairauksiin liittyy yleensä heikentynyt kyky harkita ennen kuin siirtyy ajatuksista tekoihin (heikentynyt impulssikontrolli). Masentuneen muistisairaahan hoidossa tärkeää on arvokas ja kunnioittava kohtaaminen, kuuntelu ja luottamuksen saavuttaminen. Lääkehoidosta voi olla apua masennukseen. (Vataja 2017b, 63).

### 2.3.5 Uni- ja valverytmin häiriöt

Uni- ja valverytmin häiriöt voivat ilmetä päiväaikaisena väsymyksenä, liiallisena nukkumisena, iltaa kohden lisääntyvänä tai yöllä ilmenevänä sekavuutena, heräilynä, touhuamisena ja levottomuutena öisin, pelokkuutena tai toiminnallisena unettomuutena. Häiriöt vaikuttavat paitsi toimintakykyä heikentävästi, myös läheisten ja hoitajien jaksamiseen. Tärkeää on, että selvitetään uni- ja valverytmin häiriön syyt. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017a, 70-71).

Kun muistisairas herää ja alkaa touhuamaan yöllä, hän saattaa luulla, että on jo aamu ja on aika tehdä aamutoimia. Tämä saattaa aiheuttaa päiväaikaista väsymystä ja liiallista nukkumista, mikä



taas lisää yöllistä valvomista, jolloin kierre jatkuu. Lisäksi hän saattaa yöllä häiritä muiden nukkumista. Uni-valverytmiä selkeyttää esimerkiksi yön ja päivän selkeä valoisuuden vaihtelu, mutta esimerkiksi kaamosaikaan tai keskikesällä voi olla vaikea tunnistaa vuorokaudenaikaa. Yöaikainen levottomuus, pelokkuus tai sekavuus voi johtua pimeydestä tai hiljaisuudesta. Sekavuutta voi esiintyä öisin, vaikka sitä ei ilmenisi päivällä lainkaan. (Hallikainen ym. 2017a, 71-72; Partonen 2015, viitattu 18.10.2019).

Uni- ja valverytmin tilannekartoitus on tärkeää tehdä, jotta tiedetään kuinka paljon unta kertyy vuorokauden aikana. Unen kestoa arvioitaessa lasketaan yhteen päivällä ja yöllä nukuttu aika. Uni- ja valverytmin häiriöitä voidaan hoitaa jokapäiväisen elämän hyvillä toimintatavoilla. Säännöllinen vuorokausirytmä ja rutiinit tuovat turvaa ja helpottavat vuorokausirytmien ylläpitämistä. Nukahtamiseen voidaan käyttää joitakin mieltä ja ajatuksia rauhoittavia keinoja, kuten iltarukous, tuttu laulu, lempimusiikki, äänikirja tai hyräily. Makuuhuoneen viileys, valaistuksen säätäminen sopivaksi sekä iltapäiväkävely ulkona voivat auttaa myös nukahtamista. Ohjataan yöllä herännyt rauhallisesti vuoteeseen takaisin. (Hallikainen ym. 2017a, 72; Partonen 2015, viitattu 18.10.2019).

### **2.3.6 Aggressiivisuus**

Aggressiivinen käytös ilmenee tavallisesti huutamisenä, kiroiluna, potkimisenä, tönimisenä, sylkemisenä ja esineiden särkemisenä. Tällaisen potilaan hoitaminen on hyvin haasteellista. Aggressiivinen käytös voi ahdistaa hoitajien ja läheisten lisäksi muistisairasta itseäänkin. Muistisairas voi reagoida lyömällä tilanteessa, joka aiemmin olisi saanut aikaan korkeintaan lievää ärtymystä. Vaikeimmillaan pelkkä puhuttelu tai toisen ihmisen näkeminen, koska hän muistuttaa jotain aiemmin kohdattua epämiellyttäväksi koettua henkilöä, voi aiheuttaa aggressiivista käytöstä. Lewyn kappale-tautiin liittyy tavallisesti aggressiivisuutta. Pienikin vastoinkäyminen saattaa johtaa suuttumiseen. Esimerkiksi suihkuun mennessä veto voi aiheuttaa potilaalle palelua, josta potilas saattaa hermostua. Tällaisia tilanteita tulisi mahdollisuuksien mukaan välttää. (Vataja 2017a, 68-69; Sulkava 2016a).

Aggressiivisuuden hoitona ja ehkäisynä toimii kuunteleminen, eläytyminen siihen, mitä muistisairas tarkoittaa ja haluaa. Aggressiiviseen muistisairaaseen tulisi suhtautua rauhallisesti ja asianmukaisesti kohdellen. Turvallisuuden tunteen luominen, laukaiseviin tekijöihin vaikuttaminen, sekä sopi-

van, mielekkään toiminnan tarjoaminen voivat myös ehkäistä aggressiivista käyttäytymistä. Lääkehoito ei ole kovin tehokas keino kaavamaiseen aggressiivisuuskäyttäytymiseen, vaikkakin aggressiivisuutta hoidetaan usein epätyypillisillä antipsykooteilla, serotoniiniin vaikuttavilla depressiolääkkeillä ja Alzheimerin taudin lääkkeillä. Joissakin tilanteissa kipulääkkeistä tai verenpainetta nostavista lääkkeistä voi olla apua (Vataja 2017, 69; Sulkava 2016a).

### **2.3.7 Seksuaalinen käyttäytyminen**

Häiritsevä, seksuaalinen käyttäytyminen johtuu muistisairaudesta aiheuttamasta käyttäytymisen muutoksista. Sitä esiintyy 5–20 prosentilla muistisairaista ja se on miehillä yleisempää kuin naisilla. Ilmenemismuotoja ovat yleisten normien vastainen seksuaalinen puhe ja ehdottelu, toisten intiimi-alueiden luvaton koskeminen, itsetyydytys julkisesti tai raiskaukset ja raiskausyritykset. Aggressiiviset seksuaalisen käyttäytymisen oireet ovat vaativia ja hankalia, mutta niitä esiintyy vain harvoin. Kohteena saattaa olla puoliso, omat lapset, hoitohenkilökunta tai vieras ihminen. Häiritsevä seksuaalinen käyttäytyminen hämmentää usein muistisairaahan läheisiä, varsinkin jos henkilö on aiemmin ollut hyvin pidättyväinen. Seksuaalisen aktiivisuuden lisääntyminen voidaan kokea myös positiivisena asiana. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017b, 69-70).

Seksuaalista käyttäytymistä tulisi ymmärtää muistisairaahan näkökulmasta. Lääkehoidolla ei useinkaan ole vaikutusta seksuaaliseen käyttäytymiseen. Muistisairaahan inhimillisyyden ja seksuaalisuuden kunnioittaminen on tärkeää. Sukupuolisen identiteetin tukeminen ehkäisee usein häiritsevää seksuaalista käyttäytymistä ja parantaa muistisairaahan elämänlaatua. Identiteettiä tuetaan kohtelemalla ja puhuttelemalla muistisairasta hänen identiteettinsä mukaisesti sekä huolehditaan identiteetin mukaisesta pukeutumisesta ja muista ulkoiseen olemukseen vaikuttavista asioista. (Hallikainen ym. 2017b, 70).

## **2.4 Asiakastyön keskeiset käsitteet**

### **2.4.1 Attendon visio ja arvot**

Attendon visiot ja arvot ohjaavat kaikkea tekemistä, sitä miten suhtaudutaan toinen toiseen, asiakaisiin ja potilaisiin. Ne tekevät Attendon. Attendon visio on olemassaolon ja toiminnan tarkoitus. Heille ”Vahvistamassa ihmistä” tarkoittaa sitä, että jokainen ihminen tuntee, että häntä on kuunneltu

ja osallistettu, kohdeltu kunnioituksella ja lämmöllä, kannustettu itsenäisyyteen, olonsa on turvallinen ja elämänlaatunsa on parantunut. Attendon kolme arvoa osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen ohjaavat kaikkea tekemistä, miten suhtaudutaan toinen toisiimme sekä asiakkaisiimme ja potilaisiimme. (Attendo, viitattu 29.10.2018).

Osaaminen: Pyrimme aina ymmärtämään jokaisen ihmisen tarpeita ja toiveita, kuljemme ylpeinä alamme laatutyön eturintamassa ja jaamme työmme tulokset avoimesti, teemme oikeita asioita oikeaan aikaan, olemme perusteellisia ja kiinnitämme huomiota yksityiskohtiin, kehitymme ja kehitämme etsimällä ratkaisuja sieltä, missä muut näkevät ongelmia. (Attendo, viitattu 29.10.2018).

Sitoutuminen: Olemme ylpeitä siitä, mitä teemme ja siitä, että olemme osa Attendoa, olemme luotettavia ja pidämme lupauksemme, meillä on tekemisen meininki ja pyrimme aina ylittämään odotukset, saamme tyydytystä hyvin tehdystä työstä. (Attendo, viitattu 29.10.2018).

Välittäminen: Saamme ihmiset tuntemaan olonsa turvalliseksi, Autamme ihmisiä auttamaan itseään, Kohtelemme jokaista ihmistä kunnioittaen, Kuuntelemme ihmistä ja mukautamme toimintaamme, Työskentelemme tiiminä ja tuemme toisiamme. (Attendo, viitattu 29.10.2018).

## **2.4.2 Vuorovaikutus**

Jokaisella muistisairaalla on oikeus tulla kohdelluksi aikuisena ihmisenä sekä tulla kuulluksi, niin että hänen tunteitaan ja mielipidettään arvostetaan (Muistiliitto 2017f, viitattu 8.2.2019). Hoitohenkilökunnan ja muistisairaalan vuorovaikutuksen sujuvuus on olennaista arjen mielekkyyden kannalta. Vuorovaikutus on tärkeä hoitamisen ja ohjaamisen väline ja keino. Vuorovaikutusta on sanojen ja puheen lisäksi myös äännähdykset, eleet, ilmeet, katseet ja kosketus. Läheisten ja hoitavien henkilöiden taito ottaa huomioon ja paikata kognitiivisten muutosten tuomia puutteita vuorovaikutuksessa edistää muistisairaalan hyvinvointia. On tärkeää, että sairaudesta huolimatta muistisairaalle puhutaan kuten tasavertaiselle aikuiselle. Ymmärrystä auttavat lyhyet lauseet, tutut sanat ja selkeä puhetapa. (Mönkäre 2017, 45-48).

Katsekontakti auttaa muistisairasta ymmärtämään, kenen kanssa hän puhuu. Puhujan tulee asettua sopivalle etäisyydelle, jotta muistisairas näkee hänet, kuulee puheen ja ymmärtää että juuri

hänelle puhutaan. On hyvä huolehtia ympäristön rauhallisuudesta, jotta muistisairas pystyy keskittymään keskusteluun. Keskustelussa on tärkeää, että puhutaan yksi kerrallaan, käytetään yksinkertaisia ja lyhyitä lauseita. Hoitavien henkilöiden keskinäinen keskustelu hoito- tai ohjaustilanteessa voi häiritä muistisairaana asioiden hahmottamista, joten sitä tulisi välttää. Toimintatavoista tulee sopia etukäteen, kun tilanteessa on useita hoitavia henkilöitä, jotta vältetään keskenään keskustelemiselta. (Mönkäre 2017, 48).

Liikkeen aloittamista saattaa auttaa kevyt kosketus neutraalille alueelle, kuten olkaparteen. Kosketus voi ohjata liikettä oikeaan suuntaan. Hoitaja voi tarjota mahdollisuutta ottaa kädestä kiinni tai laittaa käden kainaloon. Työntäminen ja vetäminen johtaa yleensä liikkeen jarruttamiseen ja vaaratilanteisiin. (Mönkäre 2017, 48). Asiantuntevaa hoitohenkilökuntaa tarvitaan tulevaisuudessakin. Tulevaisuuden hoivarobotti tuskin korvaa ihmiskäsien tarjoamaa asiantuntevaa hoitoa. (Remes 2018, 2507-2508).

Aggressiivisen muistisairaana kanssa vuorovaikutuksessa rauhoittava ja levollinen käyttäytyminen on ensisijaisen tärkeää. Vihamielisyyden ja väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla saattaa olla esimerkiksi uhan kokeminen, pelko, epämukavuuden tunne tai kipu. Kiirehtiminen ja pakottaminen voivat laukaista aggressiivista käytöstä. Puhutaan rauhallisesti ja ääntä korottamatta, rajoitetaan lempeästi ja rauhallisesti. Siirtyminen toiseen tilaan tai sivummalle voi laukaista tilanteen. Vaihtoehdoisen tekemisen tarjoamisesta tai hoitavan henkilön vaihtamisesta voi myös olla apua. (Mönkäre 2017, 49-51).

Epäluuloisuus ilmenee tavallisesti varkaus- tai häirintäsyytöksinä, mustasukkaisuutena tai ajatuksena siitä, että joku pyrkii vahingoittamaan. Persoonallisuus ja aikaisemman elämän kokemukset saattavat vaikuttaa epäluuloisuuteen lisäävästi. Syytökset kohdistuvat yleensä läheisiin, mikä voi johtaa jopa välikkoihin. Taustalla saattaa olla huoli tai pelko, jota muistisairas ei osaa ilmaista. Vuorovaikutuksessa tulee pyrkiä ymmärtämään muistisairaana kokemusta, luoda turvallisuuden tunnetta ja luottamusta. Asian vältteleminen tai epäluuloisen muistisairaana kokemuksen vähätteleminen ei auta. Lääkehoidosta saattaa olla hyötyä epäluuloisuuden ollessa voimakasta tai muistisairaana itseään tai ympäristöä uhkaavaa. (Mönkäre 2017, 49).

### 2.4.3 Kohtaaminen

Etenevä muistisairaus muuttaa sitä tapaa, jolla ihminen viestii ja on yhteydessä ympäristöönsä. Osa ihmisen taidoista, todellisuudentajusta ja oppimiskyvystä voi muistikatkoista huolimatta säilyä pitkään. Muistisairaus ei etene suoraviivaisesti, vaan ihminen voi ”liikkua” vuosia sairauden eri vaiheiden rajamailla. Esimerkiksi aamuisin hän voi olla täysin orientoitunut, mutta elää iltaisin jo omassa todellisuudessaan. Se, millainen ihminen on sairauden eri vaiheissa, kertoo paitsi muistisairauden tyypistä, myös ihmisen muusta terveydentilasta, lääkityksen sopivuudesta, persoonallisuudesta, elämäkokemuksesta, mielialasta ja sairauden aikana tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Ihmisen luonteenpiirteet voivat muuttua päinvastaisiksi. Tunneihminen voi muuttua entistä herkemäksi ja nuuka yhä tarkemmaksi rahasta. Itsenäisestä voi tulla tarvitseva, lauhkeasta äksy ja pisteliäästä herttainen. Muistisairaana kohtaamisessa tulee tavoitella arvostavaa ja luottamuksellista suhdetta. (Hölttä & Pitkälä 2019, 242-247; Pohjavirta 2012, 46-50).

Muistisairaana ihmisen saattaa olla vaikea tuottaa ja ymmärtää puhetta. Näin ollen ilmapiirillä ja sanattomalla viestinnällä on suurempi painoarvo. Yksittäisten keinojen oikea-aikaista käyttöä tärkeämpää on antaa muistisairaalle kokemus siitä, että hoitaja on läsnä, ottaa hänet todesta ja hyväksyy hänet yksilönä kokonaisuudessaan, tunteineen ja tarpeineen. (Pohjavirta 2012, 46-50).

### 2.4.4 Turvallisuus ja luottamus

Eriyistä huomiota on kiinnitettävä fyysiseen ja emotionaaliseen turvallisuuteen. Tätä voidaan edistää mm. käyttämällä lukkoja, erilaisia hälyttimeitä tai kulunvalvontalaitteita. Turvallisuuden tunteen syntymisen kannalta on tärkeää, että henkilökuntaa on näkyvillä. Näin ne tilat, joissa henkilökunta ajoittain työskentelee, tulisi varustaa ikkunoilla tai suunnitella erilaisiksi avoimiksi tiloiksi. (Koponen & Vataja 2015, viitattu 31.10.2018).

Muistisairas voi ymmärtää ja pyrkiä tekemään asioita oikein, mutta muistisairauden aiheuttaman toiminnanohjauksen heikentymisen takia hän tekeekin asioita väärin. Tämä tuo muistisairaana hoitoon haasteita. (Ojala 2017, 35.) Muistisairas ihminen arvostaa kohteliaan kunnioittavaa suhtautumista, oman alueensa huomioimista ja suoraan tunteisiin vetoavien aiheiden välttämistä. Jos hän itse ilmaisee tunteita, niihin voi ottaa osaa. Hän tuntee olonsa turvalliseksi, kun hän saa luotettavan

kuuntelijan, joka ottaa hänen huolensa todesta. On tärkeää olla muistisairaansa kanssa niin kauan, että ahdistus on hellittänyt. (Pohjavirta 2012, 50).

#### **2.4.5 Itsemääräämisoikeus**

Muistisairaus ei poista automaattisesti itsemääräämisoikeutta. Muistisairaansa muistin ja muun toimintakyvyn heikentyminen johtaa kuitenkin jossain vaiheessa väistämättä siihen, että hän ei enää kykene itsenäisesti tekemään päätöksiä asioistaan. Hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa, jos hän on päätöksentekokykyisenä ilmaissut tahtonsa suullisesti tai kirjallisesti kyseisestä asiasta. Muistisairasta tulee kohdella kuten aikuista ihmistä, sekä arvostaa hänen tunteitaan ja mielipidettään. Muistisairaalla on oikeus päättää omista asioistaan niin kauan kuin hän on siihen kykeneväinen ja ymmärtää myös päätöstensä merkityksen ja seuraukset. Muistisairaansa itsemääräämisoikeutta voidaan siis vahvistaa varmistamalla, että hän ymmärtää päätöstensä ja tekojensa seuraukset. (Muistiliitto 2017b, viitattu 18.2.2019; Leino-Kilpi 2014, 287-289).

Joskus muistisairaansa liikkumista joudutaan kuitenkin rajoittamaan, jos potilas on liikkueensa vaarallinen itselleen, toisille potilaille, heidän läheisilleen tai henkilökunnalle tai jos potilas tuhoaa laitoksen omaisuutta. Hoitotyöntekijän päätöksenteko liikkumisen rajoittamisesta on hyvin vaikeaa, eikä sitä voi tehdä ilman painavia syitä. Rajoitteita ei tulisi suosia ensisijaisena ratkaisuvaihtoehtona tai käyttää rajoitteita rutiininomaisesti. Päätös tulee tehdä joka kerta erikseen ja harkitusti. Tutkimuksissa on osoitettu, että osastokohtaisilla koulutusohjelmilla on pystytty vähentämään fyysisten rajoitteiden käyttämistä. Rajoitteiden vähentämiseksi on laadittu myös näyttöön perustuva suositus. (Muistiliitto 2017a, Viitattu 29.8.2018; Muistiliitto 2017b, viitattu 23.10.2018; Leino-Kilpi 2014, 287-289).

#### **2.4.6 Elämänhistoriasta hoitosuunnitelmaan**

On tärkeää, että henkilökunta pystyy antamaan yksilöllistä hoitoa, jonka lähtökohdaksi on muistisairaansa ihmisen ja hänen elämänhistoriansa mahdollisimman hyvä tuntemus. Hoidolle asetetaan yksilölliset, selkeät ja konkreettiset tavoitteet, jotka tähtäävät toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseen tai ylläpitämiseen. Tilannetta arvioidaan säännöllisin väliajoin. Kaikki tämä edellyttää monipuolisen "täsmätiedon" keruuta ja dokumentointia. Tietoa kerätään potilaansa fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä tiedonkäsittelystä, ja hoito rakennetaan muistisairaansa

jäljellä olevien voimavarojen varaan. Laaja tiedonkeruu mahdollistaa myös sen, että toimintakyvyn heikkenemisen ja käytösoireiden syyt tunnistetaan ja niihin puututaan. Muistisairaalla tulee olla jatkuvasti ajantasainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, johon on kirjattu potilaan tarpeet ja voimavarat, hoidon tavoitteet ja hoitokeinot. Näin hoitoa voidaan antaa yksilöllisesti ihmisen elämänlaatua ja toimintakykyä tukien. Hoitosuunnitelma pitää säännöllisesti päivittää sekä keinojen että tavoitteiden saavuttamisen osalta. (Juva & Eloniemi- Sulkava, viitattu 31.10.2018).

## **3 KOULUTUS HENKILÖKUNNALLE**

### **3.1 Kohderyhmät**

Osallistujat tekevät koulutuksen. Kouluttaja luo puitteet, mutta varsinainen koulutuksen hyöty tai ilo syntyy osallistujista, jos on syntyäkseen. Jo tavoitteita laatiessa on huomioitava, keitä kouluttaa ja mitä osallistujat mahdollisesti jo tietävät asiasta entuudestaan ja miten he ovat motivoituneet. Koulutusryhmän osallistujat ovat erilaisia. Ryhmän sisällä osallistujat voi tietää paljon käsiteltävästä asiasta, oppia tietyllä tavalla, olla asiasta innostunut ja koulutukseen motivoitunut tai sitten ei. (Kupias & Koski, 2012. 25).

Attendo Fregatin henkilökunta koostuu Yksikön johtajasta, tiiminvetäjistä, sairaanhoitajista, sosionomeista, lähihoitajista ja hoiva-avustajista. Attendo Fregatti tarjoaa ympärivuorokautista asumis- ja kuntoutuspalvelua ikääntyneille viidessä 17-paikkaisessa palvelukodissa. Jokainen asukas kohdataan ainutlaatuisena ja tärkeänä yksilönä, joiden elämäntarinaa, tapoja ja tarpeita kunnioitetaan ja arvostetaan. Hoivaa ja kuntoutusta ohjaa asukkaille yksilöllisesti laaditut hoiva- ja kuntoutussuunnitelmat. Attendon arvopohjana ovat osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen. (Attendo, viitattu 29.10.2018).

Koulutus suunnattiin Attendo Fregatin henkilökunnalle. Ongelmia tarkasteltiin henkilökunnan tekemässä asukastyössä, joten kohderyhmänä toimi tuolloin hoitajat. Koulutus suunnattiin vain murto-osalle henkilöstöä, joten pitkällä ajanjaksolla hyödynsaajina voisi olla koko henkilöstö. Jokaisesta viidestä yksiköstä oli toivottu osallistuvan kaksi hoitajaa, yhteensä kymmenen hoitajaa. Toiveenamme oli kohdentaa koulutus ensisijaisesti kokemattomille hoitajille. Osallistujia koulutuksessa oli yhdeksän kokeneesta vastavalmistuneeseen hoitajaan. Osallistujat olivat eri sukupuolta edustavia ja eri ikäisiä.

### **3.2 Koulutusmenetelmä**

Koulutusmenetelmän avulla organisoidaan koulutusta ja oppimista. Kouluttaja käyttävät aina jotain menetelmää kouluttaessaan. Koulutusmenetelmien valinnassa tavoitteiden pitäminen kirkkana



mielessä tuo paremman lopputuloksen, kuin jonkun yksittäisen menetelmän yksityiskohtainen noudattaminen. Luovuus menetelmien käytössä on enemmän, kuin suotavaa. Koulutusmenetelmä voidaan jakaa aloitus- ja lopetusvaiheeseen. Tavoitteet on jaoteltu seuraavasti: virittäytyminen ja alkuunpääsy, inventointi ja asioiden tilan kartoittaminen, tiedon hankkiminen ja tietopohjan laajentaminen, tiedon soveltaminen ja harjoittelu, ideointi ja luovien ratkaisujen toteuttaminen, sekä yhteisen merkityksen luominen ja sitoutuminen. Kaikki tavoitteet tai vaiheet voivat olla sisällytettyinä yhteen koulutukseen. Toisinaan hyvään lopputulokseen pääsemiseen tarvitaan vain osa vaiheista. Aloituksen yhteydessä tulisi kuitenkin aina olla virittäytymistä aiheeseen. Sen jälkeen voidaan edetä jopa suoraan yhteisen merkityksen luomiseen ja sitoutumiseen ennen lopetusta. (Kupias & Koski 2012, 98-106).

Käytimme koulutuksen virittäytymiseen esittäytymistä yksi kerrallaan, jossa osallistujat esittelivät itsensä vuorotellen, kertoen nimensä ja työtehtävänsä. Samalla osallistujia pyydettiin kertomaan, jos oli aikaisempaa kokemusta haastavasti käyttäytyvien asiakkaiden kohtaamisesta. Osaamisen kartoittamiseen käytimme Kahoot-peliä, johon olimme laatineet kysymyksiä (liite 3). Pelin avulla osallistujat saivat tietoa omasta osaamisestaan. Ideointiin käytimme avointa tilaa. Nostimme asukastyön käsitteitä teemoiksi. Näiden kautta ohjattiin ensin pohtimaan omia kokemuksia ja ajatuksia. Tietopohjan laajentamiseen pidimme PowerPoint esityksen. Tiedon soveltamiseen ja ongelmanratkaisuun käytimme tapausopetusta eli Case-opetusta, jossa sovellettiin opittua käytäntöön. Case-tapaukset (liite 4) laadimme omien kokemusten pohjalta. Case-tapauksia, ratkottiin 2-3 osallistujan ryhmissä. Yhteisen merkityksen luomiseen käytimme opetuskeskustelua, jossa Case-tapaukset käytiin ryhmittäin läpi ja osallistujat toivat esille erilaisia ratkaisuja asukastyössä ilmenneisiin ongelmiin. (Kupias & Koski 2012, 191-201).

### **3.3 Koulutuksen tärkeys**

Henkilöstön kouluttaminen ja tukeminen muistisairaana aidon yksilölliseen kohtaamiseen on osoittautunut yhä tärkeämmäksi lähestymistavaksi. Kouluttamalla hoitohenkilöstöä ja ohjaamalla sen työtä yksilölliseen kohtaamiseen voidaan luoda vaihtoehto psykenlääkkeiden käytölle. (Koponen & Vataja 2015, viitattu 31.10.2018).

Kun tiedon soveltamista tehdään yhteisesti ryhmässä, luodaan samalla myös ryhmän yhteistä merkitystä. Tällä voi olla erittäin suuri painoarvo, kun tarkastellaan koulutuksen vaikuttavuutta. Mitä

selkeämpi yhteinen käsitys työryhmällä on siitä, miten koulutuksessa käsitellyt asiat näyttävät omassa työssä, sitä todennäköisemmin ne myös juurtuvat käytännön yhteiseen toimintaan. (Kupias & Koski 2012, 121).

### **3.4 Koulutuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Yleensä koulutuksella on tarkoitus saada aikaan muutosta koulutuksen osallistuvien toiminnassa. Kyse voi olla jostain yksittäisestä taidosta tai monimutkaisemmasta osaamisesta, jossa yhdistyvät tiedot, taidot ja asenteet. Toiminnan muuttumista voidaan hakea joko lyhyellä tähtäyksellä tai pidemmällä aikavälillä. Toiminnan muuttumiseen vaikuttaa koulutuksen onnistumisen lisäksi se, miten työympäristö tukee uuden toimintatavan käyttöönottoa. Kyse on siitä, voiko uusi opittu asia alkaa toimia myös konkreettisesti työssä. (Kupias & Koski 2012, 16).

Höltän & Pitkälän katsausartikkelissa todetaan, että muistisairaalle yksilöllisesti suunnitellut lääkkeettömät hoidot ovat tuloksellisia. Vahvin tutkimusnäyttö on eniten hoitavalle henkilölle annetun ohjauksen ja tuen vaikutuksesta neuropsykiatristen oireiden hoitoon. (Hölttä & Pitkälä 2019, 242-247).

Opinnäytetyön projektina suunnittelimme ja toteutimme koulutuksen Attendo Fregatin henkilökunnalle. Koulutuksen tarkoitus oli antaa uusia näkökulmia ja tietoa haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamiselle Attendon omia arvoja mukaillen. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä tietoutta ja taitoja haastavasti käyttäytyvän asiakkaan yksilölliseen kohtaamiseen. Lisäksi pitemmän aikavälin tavoitteena oli, että Fregatin henkilökunta hyödyntäisi koulutuksessa opittuja toimintatapoja haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamisessa. Kouluttautumalla ja opettelemalla erilaisia kohtaamistapoja voidaan keskittyä muistisairaahan ihmisen kuin hoitajankin hyvinvoinnin turvaamiseen.

### **3.5 Toteuttaminen**

Teimme koulutusprojektin aiesopimuksen toimeksiantajan kanssa elokuussa 2018, jossa sovimme roolit, tarkoitukset, tavoitteet projektissa ja kuinka viestitämme. Projektisuunnitelma valmistui helmikuussa 2019. Teimme koulutusprojektin yhteistyösopimuksen toimeksiantajan kanssa maaliskuussa 2019, jossa vielä rajasimme aiheen haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamiseen.

Sovimme koulutusajankohdan, sovimme tarjoilusta ja tilan käytöstä. Kevään aikana työstimme koulutuksen sisältöä tarkemmin tekemällä koulutusrunkoa PowerPointille, Kahoot-kysymyksiä (liite 3) palautelomake (liite 5), koulutuskutsu (liite 2) ja Case-tapaukset (liite 4). Koulutuksen ajankohdaksi sovittiin perjantai 3.5.2019 kello 13:00–15:00. Koulutuksen kestoksi varattiin aikaa 2,5 tuntia. Palautte analysoitiin syyskuussa 2019. Opinnäytetyö raportoitiin ja arvioitiin syksyllä 2019.

Koulutus alkoi kahvitarjoilulla ja virittäytymisellä, jonka aikana esittelimme itsemme ja pyysimme myös osallistujia esittäytymään. Tähän olimme varanneet aikaa noin 10 minuuttia. Orientaatiota ja oman osaamisen tunnistamista Kahoot-pelin avulla käytimme aikaa noin 20 minuuttia. Joten jokaisella koulutukseen osallistuneella sai olla mukana älypuhelin. Tämä tuotiin esille koulutuskutsussa (liite 2). Koulutuksen sisältö perustui teorian tietoon muistisairauksista, käytösoireista, asiakastyön keskeisistä käsitteistä ja Attendon arvoista PowerPoint-esityksen avulla. Tähän kokonaisuuteen olimme varanneet aikaa 30 minuuttia ja käytimme tuon ajan kokonaisuudessaan. Koulutuksen puolivälissä nostimme asiakastyön keskeisiä käsitteitä esille 2–3 hengen ryhmissä pohdittavaksi ja aikaa tähän oli varattu 15 minuuttia. Ja samaan aikaan oli myös mahdollisuus pitää tauko. Koska pohdintaa ei syntynyt ja tauon tarvetta ei ilmennyt jatkoimme asiakastyön keskeisten käsitteiden läpikäyntiä PowerPoint-esityksen avulla. Koulutuksen loppuun olimme valmistaneet Case-tapauksia, joita koulutukseen osallistuneet ratkoivat yhdessä pienryhmissä noin 15 minuutin ajan. Sen jälkeen kävimme läpi Case-tapauksia keskustellen. Tähän käytimme aikaa noin 10 minuuttia. Lopuksi keräsimme palautetta oppimispäiväkirjan menetelmin yksin tai kahden hengen ryhmissä. Tähän käytimme lopun ajasta. Kokonaisuudessaan koulutus kesti 2,5 tunnin sijasta 1,5 tuntia.

Koulutus järjestettiin Attendo Fregatin ruokasalin yhteydessä olevassa pientilassa. Käytössämme oli tilan pöydät ja tuolit, joiden järjestämisestä huolehdimme etukäteen. Lisäksi varasimme koulutukseen mustekyniä, kirjoituspaperia A4. Valkokangas, videotykki, tietokone saatiin käyttöön Fregatista ja niiden testaamisesta huolehdimme hyvissä ajoin ennen koulutusta. Käytöstä vastasimme itse koulutuksen aikana. Tarvittaessa oli mahdollisuus olla yhteydessä Attendo Fregatin johtajaan tai IT-tukeen.

Tarjoilu toimeksiantajan puolesta. Kahvi, tee, vesi ja leivokset tuotiin Attendo Fregatin keittiöltä, josta olimme sopineet etukäteen.

### 3.6 Riskien ja muutoksen hallinta

Projekteihin liittyy usein isoja taloudellisia, aikatauluun, laatuun ja muihin tekijöihin liittyviä riskejä, jotka on syytä tunnistaa, jotta niihin voidaan varautua. Huolellinen ennakointi vähentää merkittävästi projektin aikana ilmenevien ongelmien lukumäärää ja haitallisia vaikutuksia. On luonnollista, että projektit eivät läheskään aina toteutunut niin kuin suunniteltiin. Riskien tunnistaminen ja yksittäisiin riskeihin liittyvät ennalta suunnitellut varotoimet turvaavat projektin häiriöttömän jatkumisen, vaikka jotain odottamatonta tapahtuisikin. (Mäntyneva 2016a, 131- 132).

Aika ajoin tulee tarve muuttaa projektin tavoitteita ja päivittää projektisuunnitelmaa. Muutosten positiivinen tai negatiivinen vaikutus projektin tuotokseen, aikatauluun, laatuun tai kustannuksiin riippuu pitkälti siitä, kuinka hyvin projektiin liittyvää muutoksenhallinta pystytään käytännössä tekemään. On luonnollista, että projektin tavoitteisiin, aikatauluun ja tuotoksiin tulee muutoksia. Tunnistetut muutokset huomioidaan viiveellä. Palautimme projektisuunnitelman ohjausryhmälle ja palautteen perusteella muutimme suunnitelmaa lähinnä lähteiden osalta. Koulutusmateriaalin esittelimme tilaajalle suullisesti ja tarvittaessa olimme valmiita muuttamaan sisältöä. Mikäli projektisuunnitelmaan olisi jouduttu tekemään muutoksia, projektipäälliköiden tehtävä olisi hankkia tilaajan hyväksyntä muutoksille ja vastata muutoksista aiheutuvasta tiedottamisesta niille sidosryhmille, joita muutos koskee. (Mäntyneva 2016b, 105-108). Emme kuitenkaan joutuneet tekemään muutoksia.

Projektiin liittyi tiettyjä riskejä, joita pyrimme ennaltaehkäisemään. Työpaikalla työntekijöiden paikalle pääseminen voi viedä aikaa, joten oli tärkeää, että koulutuksen ajankohta sovittiin mahdollisimman sopivaan ajankohtaan iltapäivästä, jolloin on yleensä rauhallisempaa ja koulutukseen osallistuneilla oli aikaa siirtyä työstä koulutukseen ja koulutuksesta mahdollisesti vielä työhön. Sovimme koulutuspäivän aikaisessa vaiheessa työnantaja edustajan kanssa, jotta työvuorolistan suunnittelussa pystyttäisiin reagoimaan koulutuksen ajankohdan huomioon ottamiseen. Aikataulussa pysyminen saattaa olla riski, siksi pyrimme pysymään aikataulussa ja suunnittelimme etukäteen aikataulutuksen koulutuksen osa-alueille.

Suunnitteluvaiheessa riskinä oli, että suunnitelmaa ei saada ajoissa valmiiksi, jolloin myös koulutuksen aikataulu olisi voinut viivästyä. Laadimme aikataulun projektille, näin pystyimme tarkastella projektin etenemistä. (Liite 1)

Varsinaisessa koulutustilanteessa tuli ottaa huomioon, että kaikki tarvittavat materiaalit ja välineet olivat käytettävissä. Koulutukseen osallistuneille materiaalit tuli olla valmiiksi tulostettuna. Välineiden hallinta olisi osaltaan saattanut tuoda vaikeuksia, jos yhteydet olisi katkenneet tai tiedostoja ei jostain syystä olisi saanut aukaistua. Tulostimme kaikki materiaalit kirjallisena koulutukseen. Testasimme yhteyksiä edeltävästi viikkoa aikaisemmin ja vielä ennen koulutuksen alkua. Myös henkilöstön motivaatio oli riski, osallistujat eivät innostuneet pohtimaan käsitteitä. Täytyi olla jotain keinoja, joilla saadaan lisättyä motivaatiota. Olimme varautuneet jatkamaan esitelmää käymällä käsitteet läpi PowerPoint esityksen avulla. Muutoin motivaatio säilyi. Olimme varautuneet siihen, ettei käytössä oleva aika riittäisi palautteiden keräämiseen ja silloin olisimme lähettäneet päiväkirjat sähköpostitse. Palautteiden keräämiseen aika kuitenkin riitti.

### 3.7 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma

Projektilla on aina tietyt taloudelliset tavoitteet. Kustannusten kertymistä voidaan tarkastella kokonaisuudessaan vasta projektin päätyttyä. Kustannuksia tulee arvioida projektin etenemistä ja saavutettuja tuloksia vastaan. Projektikustannusten hallinnointi kattaa projektiin liittyvien kustannusten arvioinnin, budjetoinnin ja seurannan. Pyrkimyksenä on varmistaa, että projekti toteutetaan kustannustehokkaasti ja kattavasti. Lähtökohtaisesti projektille ja sen osille kohdentuu suorita ja epäsuoria kustannuksia. Esimerkkejä suorista kustannuksista ovat: henkilöstön työaika, alihankkijoiden suorittama työ, matkakulut, raaka-aineet, materiaalit, koneet ja kalusto. Epäsuoria ovat kustannukset, jotka pitää kohdentaa projektille erikseen laskennallisesti. Esimerkkejä epäsuorista kustannuksista ovat: toimitilakustannukset, toimistotarvikkeet ja kalusteet, puhelin- ja tietoliikennekulut, vakuutukset, (Mäntyneva 2016c, 75-78).

Arvio kustannuksista. Työaika projektin suunnitelman laatimiseen:  $5 \text{ op} \times 27 \text{ h} = 135 \text{ h}$ . Suunnitelman toteutukselle:  $5 \text{ op} \times 27 \text{ h} = 135 \text{ h}$ . Suunnitelman arvioitiin ja raportointiin:  $5 \text{ op} \times 27 \text{ h} = 135 \text{ h}$ . Yhteensä:  $405 \text{ h} \times 13 \text{ €} = 5265 \text{ €}$  /henkilö. Jos olisimme saaneet palkkaa työstä, arvioimme sen olevan yhteensä 10 530 €. Matkakulut:  $0,43 \text{ €/km/henkilö}$ . Käyntejä tilaajan luona sopimusten allekirjoittamisia varten 2 kertaa, koulutuspäivä ja edeltävästi laitteiden testaaminen =  $0,43 \text{ €} \times 20 \text{ km} \times 4 = 34,40 \text{ €}$  /henkilö = 68,80 €. Puhelin- ja tietoliikennekulut  $20 \text{ €/henkilö} = 40 \text{ €}$ . Käytännössä meille olisi jäänyt maksettavaksi matkakulut ja puhelin- ja tietoliikennekulut = 108,80 €. Tarvitsimme projektin suunnitteluun lisäksi kirjoja, joita voitiin lainata kirjastoista ja tietokoneet, jotka olivat omia.

Toimeksiantaja kustansi tilan, tarjoilun ja tarvittavat laitteet ja materiaalit koulutuksen ajaksi. Näin opinnäytetyön kokonaiskustannukseksi olisi muodostunut 10 638, 80 €.

### **3.8 Projektioorganisaatio ja johtaminen**

Ohjausryhmä käy läpi ja hyväksyy projektisuunnitelman. Valvoo ja ohjaa projektin toteutumista. Hyväksyy projektin tulokset. Tukee projektipäälliköitä projektiin liittyvissä tehtävissä. (Mäntyneva 2016d, 21). Ohjausryhmänä toimi Kirsi Myllykangas, TtM ja Sirpa Tölli, TtM. Projektisuunnitelma ja raportti lähetettiin ohjausryhmälle arvioitavaksi ja teimme tarvittavat muutokset.

Projektioorganisaatio toteuttaa projektin. Projektin laajuus ja luonne vaikuttavat sen organisoitumiseen. Projektioorganisaation suorituskyky on pitkälti riippuvainen sen käytössä olevista henkilöresursseista ja osaamisesta. Projektissa työskentelevät muodostavat projektiryhmän. Se on projektin tavoitteisiin sitoutunut ryhmä, jonka jäsenet tukevat toisiaan projektiin liittyvissä tehtävissä. (Mäntyneva 2016e, 19,24).

Projektiryhmässä jaoimme projektipäällikön tehtävän. Laadimme projektisuunnitelman. Ohjasimme toistemme työskentelyä ja huolehdimme aikataulusta (liite 1). Seurasimme projektiin liittyvien tehtävien edistymistä. Viestittelimme ja raportoimme tehtävistä. Toteutimme projektin. Teimme projektin loppuarvioinnin ja päätimme projektin.

Toimeksiantajan toiveena oli, että koulutus olisi mahdollisimman käytännönläheinen ja että työntekijät saisivat koulutuksesta käytännöllisiä ja realistisia ohjeita ja neuvoja, miten kohdata käytösoireinen muistisairas.

### **3.9 Viestintä**

Projektiviestintä on projektihallinnan keskeinen osa-alue. Projektin eri sidosryhmät tulee pitää ajan tasalla projektiin liittyvistä suunnitelmista, tavoitteista, käytännöistä, päätöksistä, sopimuksista ja tuloksista. Projektiviestintä liittyy projektin eri sidosryhmien väliseen vuorovaikutukseen ja tiedon siirtoon. Projektiviestinnällä on suuri merkitys projektin onnistumisen kannalta, koska se tukee yhteistyötä. (Mäntyneva 2016f, 111-112).

Olimme sopineet viestittävämmä toimeksiantajan kanssa sähköpostitse tai tekstiviestillä. Olimme yhteydessä tilaajaan suunniteltaessa koulutuspäivän ajankohtaa ja tehtäessä sopimuksia. Viestiminen sujui ongelmitta. Koulutuskutsun lähetimme sähköpostilla toimeksiantajalle ja hän edelleen kutsun koulutukseen osallistuville.

Opetusmateriaali ja koonti palautteista lähetettiin koulutuksen jälkeen sähköpostilla toimeksiantajalle ja hän edelleen koulutukseen osallistuville.

Viestitimme keskenään projektin sisällä WhatsApp viestinnän kautta ja sovitusti tapaamissa. Työsitimme yhdessä opinnäytetyön projektia OneDriven kautta ja sovitusti tapaamisissa.

## 4 ARVIOINTI

Kun tavoitteena on muutos osallistujien tiedoissa, taidoissa tai asenteissa, keskiössä tulisi luonnollisesti olla osallistujat, heidän oppimisensa sekä koulutuksen vaikutukset heidän työskentelyssään. (Kupias & Koski, 175.) Kouluttaja voi helpoimmin kehittää koulutuksen arviointia kiinnittämällä huomiota osallistujapalautteen keräämiseen. Osallistumispalautteen keräämiseen voidaan käyttää esimerkiksi yhteistä oppimispäiväkirjaa, jota hyödynsimme koulutuksen lopussa (Kupias & Koski, 180,182).

Koulutuksen lopussa keräsimme palautetta oppimispäiväkirjan (liite 5) avulla. Tähän olimme varanneet 30 minuuttia aikaa koulutuksen lopusta, aikaa kului 5–10 minuuttia. Oppimispäiväkirja sisälsi avoimia kysymyksiä ”Mitä pidin koulutuksesta”, ”Mitä opin”, ”Miten koulutus tulee vaikuttamaan työssäni”, ”Millaisia laajempia vaikutuksia koulutuksella tulee olemaan”, ”Mitä haluaisin vielä kysyä” ja vapaamuotoinen palaute. Oppimispäiväkirjan sai täyttää yksin tai pareittain. Oppimispäiväkirjan vastaukset käytiin vielä läpi ja osallistujat saivat vielä mahdollisuuden suullisesti antaa palautteen. Muutama kertoi palautteen suullisesti. Oppimispäiväkirjan vastauksista tehtiin koonti ja lähetettiin Fregatin esimiehelle PowerPoint-esityksen liitteenä.

Palautteiden perusteella analysoimme koulutusta SWOT-analyysillä (Taulukko 1) kuuden palautteen perusteella. SWOT-analyysistä käy ilmi koulutuksen vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhat. SWOT-analyysin mukaan koulutuksen vahvuuksia olivat hyödyllisyys, koulutuksen selkeys ja monipuolisuus. Kahoot-peli osoittautui pidetyksi. Tieto lisääntyi ja uusia vinkkejä saatiin. Heikkouksia olivat osittain vanhan tiedon kertaus ja mitä enempi olisimme antaneet osallistujien tehdä, sitä paremmin olisivat he muistaneet. Mahdollisuudeksi osoittautui innostuksen, luottamuksen ja kärsivällisyyden lisääntyminen työhön. Tietoa aiotaan jakaa työyhteisössä. Case-tapauksia voidaan ja aiotaan hyödyntää käytännössä. Uhaksi osoittautui ajankohtaisen tiedon välittyminen.



TAULUKKO 1. Koulutuksen arviointi SWOT-analyysillä.

<b>Vahvuudet:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Koulutus oli hyvä, selkeä ja monipuolinen</li><li>- Kahoot-pelistä pidettiin</li><li>- Hyödyllinen koulutus</li><li>- Tiedon lisääntyminen</li><li>- Uusia käytännön vinkkejä</li></ul>	<b>Heikkoudet:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Koulutus oli osittain kertausta</li><li>- Mitä enempi saa tehdä itse, sitä paremmin muistaa</li></ul>
<b>Mahdollisuudet:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Case-tapauksia voidaan ja aiotaan hyödyntää käytännön työssä</li><li>- Tietoa jaetaan työyhteisössä</li><li>- Innostuksen ja luottamuksen lisääntyminen omassa työssä</li><li>- Kärsivällisyys lisääntyi</li></ul>	<b>Uhat:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ajankohtaisen tiedon välittyminen</li></ul>

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISIDEAT

SWOT-analyysin perusteella koulutuksen vahvuudeksi osoittautui osallistuneiden tiedon lisääntyminen ja uusien vinkkien saaminen työelämään. Heikkoudeksi osoittautui osittain vanhan tiedon kertaaminen. Mitä enempi olisimme antaneet osallistujien tehdä, sitä paremmin olisivat he muistaneet. Mahdollisuudeksi osoittautui, että koulutus antoi innostusta, luottamusta ja kärsivällisyyttä lisää työhön. Tietoa aiotaan jakaa myös työyhteisössä. Myös Case-tapauksia aiotaan ja voidaan hyödyntää käytännön työssä. Uhaksi osoittautui ajankohtaisen tiedon välittyminen.

Toimeksiantajan palautteiden perusteella koulutus osoittautui tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Työn tarkoitus ja tavoitteet toteutuivat kiitettävästi. Yhteistyö projektijohtajien kanssa sujui kiitettävästi. Koulutus oli työelämälähtöinen ja suoraan kohdentui henkilöstön osaamisen vahvistamiseen. Koulutusmateriaalia ja sisältöä voidaan, myös jatkossa hyödyntää henkilöstön kouluttamiseen haastavasti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa. Koulutuspaketti oli kattava ja sitä voi suoraan hyödyntää uusintakoulutuksissa saatujen palautteiden perusteella, myös muissa vastaavissa toimintaympäristöissä.

Näiden palautteiden ja oman kokemuksemme perusteella koulutus osoittautui käyttökelpoiseksi, hyödylliseksi ja myöhemmin päivitettäväksi ajankohtaisilla tiedoilla. Voidaan käyttää kouluttamiseen vastaavanlaisissa toimintaympäristöissä. Palvelee etenkin muistisairaiden parissa työskenteleviä tulevaisuudessakin. Koulutusta voidaan hyödyntää, myös omaisille suunnatuissa illoissa. Etenkin muistisairaiden parissa, mutta myös muissa työympäristöissä työskenteleville kouluttaminen ja tietotaidon lisääminen auttavat muistisairaiden yksilöllisessä kohtaamisessa ja käytösoireiden tunnistamisessa. Jokaisen hoitotyössä työskentelevän on myös itse huolehdittava, että ammattitaito pysyy yllä ajankohtaisella tiedolla.

Aiomme ja olemmekin käyttäneet koulutusta myöhemmin muissakin toimintaympäristöissä. Palaute on ollut positiivista. Jatkossa koulutusta voisi vielä kehittää haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan ohjaamisen toteuttamiseen käytännön hoitotyössä.

## 6 POHDINTA

Aloitimme koulutusprojektin suunnittelemisen syksyllä 2018. Meillä oli heti selkeä näkemys koulutuksen järjestämisestä, hieman vielä haeskellen aihetta. Olimme molemmat työskennelleet pitkään vanhuspuolella ja meillä oli kokemusta haastavasti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisesta. Löysimme oman työn kautta nopeasti toimeksiantajan. Ehdotettuamme koulutusta Attendolle, saimme heti myöntävän vastauksen ja pääsimme aloittamaan suunnitelman työstämisen. Toimeksiantajan kanssa teimme aluksi aiesopimuksen ja myöhemmin yhteistyösopimuksen. Toimeksiantajan toiveena oli, että koulutus lisäisi käytännön tietoa ja taitoa. Koulutusohjan suunnittelua työstimme pitkälle keväeseen 2019 teoritiedon pohjalta ja viimeiset muutokset teimme pari viikkoa ennen koulutusta. Halusimme koulutuksen olevan selkeä ja onnistuimme siinä. Harjoittelimme koulutuksen pitämistä sekä yhdessä että molemmat itsenäisesti. Koulutuksen arvioimme kestävän 2,5 tuntia. Pohdimme monesti, riittääkö aika koulutuksen pitämiseen, joten varauduimme siihen, että joutuisimme jättämään palautteen keräämisen koulutuksen jälkeiseen aikaan.

Koulutus sujui melkein suunnitellusti. Paikalle piti tulla 10 työntekijää ja johtaja, mutta yksi työntekijä ja johtaja eivät päässeet paikalle selittämättömästä syystä. Paikalla oli 9 työntekijää. Koulutus kesti kokonaisuudessaan noin 1,5 tuntia, joten suunniteltu aika oli ylimitoitettu. Emme toisaalta kokeneet, että koulutus olisi edennyt liian nopeasti. Olimme varanneet aikaa reilusti, mikä on parempi, kuin se että aika olisi loppunut kesken. Emme myöskään pitäneet alustavan suunnitelman mukaan taukoa koulutuksen aikana, koska kysyttäessä kukaan ei kokenut sitä tarpeelliseksi. Koulutuksen alussa esittelimme itsemme ja pyysimme osallistujia myös esittelemään itsensä ja kertomaan, onko kokemusta haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamisesta. Suurimalla osalla koulutukseen osallistuvista kokemusta oli jossakin määrin vaihtelevista tilanteista.

Koulutukseen osallistuneet vaikuttivat hyvin innostuneilta. Kahoot-peli osoittautui pidetyksi ja herätti selkeästi myös innostusta aihetta kohtaan ja hieman myös kilpailuhenkeä. Käsitteiden nostaminen esille pohdittavaksi ei toteutunutkaan toivotulla tavalla, kun kukaan ei oikein halunnut pohtia käsitteitä. Onneksi olimme varautuneet ja pystyimme jatkamaan läpikäymistä esityksen avulla. Koulutuksen loppupuolella annoimme työstettäväksi Case-tapaukset. Koulutettavat innostuivat työskentelemään ja pohtimaan tapauksia yllättävän aktiivisesti. Case-tapauksissa ei ollut selkeää

oikeaa tai väärää vastausta, vaan tarkoituksena oli löytää uusia keinoja ja ratkaista erilaisia haastavia tilanteita opitun tiedon perusteella. Tapaukset herättivät aktiivista keskustelua ja ratkaisuihin oli hyödynnetty opittua tietoa.

Koulutuksen lopussa pyysimme osallistujia antamaan palautetta päiväkirjan muodossa ja siinä vaiheessa ei kovin innostusta tuntunut enää löytyvän. Kannustimme jokaista palautteen antamiseen, koska sillä oli merkitystä meidän työmme tulosten analysoinnissa. Osallistujat saivat antaa palautteen avoimiin kysymyksiin vastaten koulutuksesta joko pareittain tai yksin, osalla palaute tulikin tehtyä vierustoverin kanssa. Palautteita saimme tarpeeksi ja olimme tyytyväisiä palautteen sisällöstä, joka oli vain positiivista. Koimme onnistuvamme ja saimmekin kiitosta koulutuksesta.

Koulutuksen tarkoitus oli antaa uusia näkökulmia ja tietoa haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamiselle Attendon omia arvoja mukaillen. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä tietoutta ja taitoja haastavasti käyttäytyvän asiakkaan yksilölliseen kohtaamiseen. Lisäksi pitemmän aikavälin tavoitteena oli, että Fregatin henkilökunta hyödyntäisi koulutuksessa opittuja toimintatapoja haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamisessa. Case-tapaukset antoivat uusia näkökulmia kohtaamiselle. Osalle esimerkiksi muistisairaahan häiritsevä seksuaalinen käyttäytyminen oli vierasta, eikä omalle kohdalle ollut tällaista tapausta sattunut. Selkeästi ei löytynyt yhtä oikeaa tapaa toimia, vaan työntekijät huomasivat, että jokainen muistisairas on yksilö ja se, millainen käyttäytyminen voi jollain muistisairaahan kohdalla auttaa ja ratkaista tilanteen, ei välttämättä toimikaan jonakin toisena päivänä tai toisen muistisairaahan kohdalla. Hoitajan tiedoilla ja asennoitumisella on suuri merkitys kohtaamisessa.

Käsittelimme koulutuksessa muistisairaiden käytösoireita ja hoitotyön käsitteitä, kuinka ne ilmenevät asiakkaalla ja miten hoitaja kohtaa haastavasti käyttäytyvän asiakkaan. Tämä antoi lisää tietoa ja osalle kertausta, kuinka hoitaja voi pienillä asioilla vaikuttaa kohtaamiseen esimerkiksi asiakkaan elämänhistorian tuntemuksella, omalla asenteella ja vuorovaikutustaidoilla. Palautteiden perusteella koulutukselle asettamamme tavoitteet toteutuivat. Koulutus oli tarpeellinen ja siitä oli hyötyä. Koulutuksen sisältö koettiin selkeäksi ja monipuoliseksi ja se antoi uusia käytännön vinkkejä. Koulutus avasi myös tietoa muistisairauksista ja muistisairauksiin sairastuvien määrästä. Palautteiden perusteella Case-tapauksia ja muita opittuja asioita voi hyödyntää työssä. Koulutus herätti osallistujissa myös uutta intoa työhön. Jatkokoulutusmahdollisuuksia ajatellen uhkaksi muodostui ajankohtaisen tiedon välittyminen. Koulutusmateriaalia on mahdollisuus myöhemmin päivittää ja käyttää vastaavanlaisissa koulutuksissa myös muissa toimintaympäristöissä.

Toimeksiantajan toiveena oli, että koulutus olisi mahdollisimman käytännönläheinen ja työntekijät saisivat koulutuksesta käytännöllisiä ja realistisia ohjeita ja neuvoja, miten kohdata käytösoireinen muistisairas. Toimeksiantajan palautteen perusteella koulutus osoittautui tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Työn tarkoitus ja tavoitteet toteutuivat kiitettävästi. Yhteistyö projektijohtajien kanssa sujui kiitettävästi. Koulutus oli työelämälähtöinen ja kohdentui suoraan henkilöstön osaamisen vahvistamiseen. Koulutusmateriaalia ja sisältöä voidaan myös jatkossa hyödyntää henkilöstön kouluttamiseen haastavasti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa. Koulutuspaketti oli kattava ja sitä voi suoraan hyödyntää uusintakoulutuksissa saatujen palautteiden perusteella, myös muissa vastaavissa toimintaympäristöissä.

Koska muistisairaiden määrä tulee kasvamaan entisestään ja sen myötä käytösoireet. Yhä enemmän huomiota tulisi kiinnittää muistisairaahan hyvinvointia tukeviin tekijöihin. Helposti käytösoireita lähdetään lääkitsemään, mutta harvoin loppuen lopuksi lääkkeillä voidaan poistaa käytösoireen aiheuttava tekijä tai edes vaikuttaa kovin tehokkaasti käytösoireisiin, vaan juuri ympäristöllä ja ympärillä olevilla ihmisillä on merkitys käytösoireisiin. Työntekijät hyötyisivät vastavanlaisista koulutuksista, jossa käydään läpi sairauden tuomia oireita ja vuorovaikutustaitoja. Sairauden tuntemus ja vuorovaikutus on pitkälle niitä keinoja, millä pystymme työskentelemään arjen hoitotyössä. Koulutusta voidaan hyvinkin muokata vielä jatkettavan haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamisesta ohjaamiseen käytännön hoitotyössä.

Projekti oli kokonaisuudessaan mielenkiintoinen ja haastavuutta oli riittävästi. Pieniä parannuksia teimme loppuun asti. Olimme alussa jo sopineet selkeän työnjaon ja päätimme tehdä asian kerrallaan. Yhteistyömme säilyi loppuun asti. Olemme erittäin tyytyväisiä koulutuksen saavuttamista tuloksista ja tyytyväisiä koko koulutusprojektiin. Kokemuksena koulutusprojekti oli antoisa ja lisäksi varmuutta hoitotyössä toteutettaviin projekteihin.

## LÄHTEET

Aivoliitto 2019a. Afasia. Viitattu 19.9.2018, [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/perustietoa\\_avh\\_sta/afasia](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/afasia)

Aivoliitto 2019b. Apraksia. Viitattu 8.2.2019, (Aivoliitto 2017, viitattu 8.2.2019; Terveyskylä, Viitattu 20.9.2018).

Aivoliitto 2018. Neuropsykologiset häiriöt, viitattu 31.10.2018, [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/perustietoa\\_avh\\_sta/neuropsykologiset\\_hairiot](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/neuropsykologiset_hairiot)

Attendo. Attendon visio ja arvot. Viitattu 29.10.2018, <https://www.attendo.fi/tämä-on-attendo/attendon-visio-ja-arvot>

Atula, S. 2015. Lewyn kappale –tauti. Terveyskirjasto. Viitattu 8.2.2019, [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.kotip\\_artikkeli=dlk01105&p\\_hakusana=lewyn%20kappale-tauti](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.kotip_artikkeli=dlk01105&p_hakusana=lewyn%20kappale-tauti)

Duodecim 2018. Agnosia. Viitattu 29.10.2018, <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/sovelukset/sanakirjat/#/q//lte00350>

Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo (3)1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys. PDF-julkaisu. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf>

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. Kun muisti pettää. 2001. Helsinki: WSOY. 69.

Haanpää, R., Junttila, A., Remes, A., Suhonen, N.-M., & Solje, E. 2018. Otsalohkodementia – Salakavala muistisairaus. Lääkärilehti 73: 1-2, 37-43, <https://www-laakarilehti-fi.ezp.oamk.fi:2047/tieteessa/katsausartikkeli/otsalohkodementia-ndash-salakavala-muistisairaus/>

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017a. Uneen ja vuorokausirytmiiin liittyvät käyttäytymisen muutokset. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 70-74.

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017b. Ympäristöä häiritsevä seksuaalinen käyttäytyminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 66-70.

Hallikainen, M., Paajanen, T. & Erkinjuntti, T. 2016. Muistioireet, lievä tiedonkäsittelyn heikentyminen ja dementia. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 5.9.2018, [http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00879&p\\_haku=dementia](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00879&p_haku=dementia)

Hölttä, E. & Pitkälä, K. 2019. Lääkärilehti 74 (5) 242-247. viitattu 8.2.2019, <https://www-laakarilehti-fi.ezp.oamk.fi:2047/tieteessa/katsausartikkeli/muistisairauden-neuropsykiatristen-oireiden-hoito/>

Juva, K. & Eloniemi-Sulkava, U. 2015. Muistisairaahan hyvä ympärivuorokautinen pitkäaikaishoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Duodecim Oppiportti. Viitattu 31.10.2018, <http://www.oppiportti.fi/op/msa00364/do>

Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Terveyskirjasto. Viitattu 31.8.2018. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00699](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699)

Koponen, H & Vataja, R. 2015. Muistisairauksien lääkkeetön hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Duodecim Oppiportti. Viitattu 31.10.2018, <http://www.oppiportti.fi/op/msa00326/do>

Koponen, H & Vataja, R. 2015. Muistisairauksien lääkehoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Duodecim Oppiportti. Viitattu 16.10.2019, <https://www.oppiportti.fi/op/msa00328/do>

Kupias, P & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: SanomaPro, 98-106.

Käypä hoito -suositus 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Viitattu 18.10.2019, <https://www.kaypa-hoito.fi/nix01592>

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 3/2016. Ymmärrä - Tule ymmärretyksi, vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 26.6.2015/817, <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>

Leino-Kilpi, H. 2014. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa A. Stormi & H. Karjalainen (toim.) 287-289.

Muistiliitto 2017a. Erityiskysymyksiä, vaikeat tilanteet. Viitattu 29.8.2018, <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen/vaikeat-tilanteet>

Muistiliitto 2017b. Muistisairaahan ihmisen oikeudet. Viitattu 18.2.2019, <https://www.muistiliitto.fi/fi/etuudet-ja-oikeudet/muistisairaahan-ihmisen-oikeudet>

Muistiliitto 2017c. Muistisairaudet. Viitattu 22.10.2018, <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet>

Muistiliitto 2017d. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Viitattu 8.2.2019, <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus>

Muistiliitto 2017e. Verisuoniperäinen muistisairaus. Viitattu 29.10.2018, <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/verisuoniperainen-muistisairaus>

Muistiliitto 2017f. Materiaaleja ja linkkejä. Viitattu 8.2.2019, [https://www.muistiliitto.fi/application/files/2114/9642/5193/Muistisairaahan\\_oikeudet.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/2114/9642/5193/Muistisairaahan_oikeudet.pdf)

Mäntyneva, M. 2016a. Hallittu projekti. Viro: Printon, 131-132.

Mäntyneva, M. 2016b. Hallittu projekti. Viro: Printon, 105-108.



Mäntyneva, M. 2016c. Hallittu projekti. Viro: Printon, 75-78.

Mäntyneva, M. 2016d. Hallittu projekti. Viro: Printon, 21.

Mäntyneva, M. 2016e. Hallittu projekti. Viro: Printon, 19,24.

Mäntyneva, M. 2016f. Hallittu projekti. Viro: Printon, 111-112

Mönkäre, R. 2017. Vuorovaikutus ja ohjaaminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari (toim.) Muistisairaanhoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 38-51.

Ojala, T. 2017. Iäkkäiden ja muistisairaiden arjen turvallisuus. Helsinki: Suomen pelastusalan keskusjärjestö SPEK.

Partonen, T. 2015. Uni-valverytmin häiriöt. Käypä hoito -suositus. Viitattu 18.10.2019, <https://www.kaypahoito.fi/nix02238>

Pohjavirta, H. 2012. Onko tänään eilen. TunteVa®-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys. 45-40.

Remes, A. 2018. Muistipotilaan laadukas hoito tulevaisuudessa-mahdoton haaste yhteiskunnalle. Duodecim. 134 (24), 2507-2508. Viitattu 8.2.2019, <https://www-terveysportti-fi.ezp.oamk.fi:2047/xmedia/duo/duo14666.pdf>

Räsänen, R. 2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Käytännönläheistä tietoa vanhusten hoito- ja palvelutyöhön. Keuruu: Printek. 95, 97-98.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 29.8.2018, <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sulkava, R. 2016a. Lewyn kappale -tauti. Oppiportti. Viitattu 5.9.2018, [http://www.oppiportti.fi/op/ger00805/do?p\\_haku=Lewyn%20kappale#q=Lewyn%20kappale](http://www.oppiportti.fi/op/ger00805/do?p_haku=Lewyn%20kappale#q=Lewyn%20kappale)

Sulkava, R. 2016b. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Oppiportti. Viitattu 21.9.2018, [http://www.oppiportti.fi/op/ger00808/do?p\\_haku=aggressiivisuus#q=aggressiivisuus](http://www.oppiportti.fi/op/ger00808/do?p_haku=aggressiivisuus#q=aggressiivisuus)

Terveyskylä 2018. Tahdonalaiset liikkeet, Miten oire ilmenee? Viitattu 20.9.2018, <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/neuropsykologia/tahdonalaiset-liikkeet/miten-oire-ilmenee>

Vataja, R. & Mönkäre, T. 2017. Harhaisuus ja psykoottiset oireet muistisairaalla. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 66-68.

Vataja, R. 2017a. Ahdistuneisuus muistisairaalla. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 65-66.

Vataja, R. 2017b. Masennus muistisairaalla. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 62-63.

Virkola, E. 2014. Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja – muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa. 19-21. [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/42804/1/978-951-39-5568-7\\_vai-tos25012014.pdf](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/42804/1/978-951-39-5568-7_vai-tos25012014.pdf)

# AIKATAULU

# LIITE 1

AIKATAULU	8/2018-10/2018	11/2018 -2/2019	2/2019- 4/2019	5/2019 -7/2019	8/2019-10/2019	11/2019-12/2019
<b>Projektipäälliköt:</b> Marita & Kati	-Opinnäytetyön aloitus <b>8/2018</b>	-Projektisuunnitelma. Koulutuksen suunnittelua	-Koulutuksen sisäl- lön toteutus <b>3/2019-4/2019</b>  -Laitteiden toimivuuden testaus ja koulutustilan tarkastaminen <b>4/2019</b>	- <b>Koulutus 3.5 13-15:30</b> + <b>Palautekeskustelu</b>  - <b>Swot-analyysi 5/2019-7/2019</b>	-Raportointi	-Kypsyysnäyte ja Opinnäytetyön julkaiseminen
<b>Tilaaaja:</b> <b>Attendo</b> Hanna Siltakoski	-Yhteyden otto aiheen esittämiseksi  -Aihesopimus <b>8/2018</b>		-Yhteistyösopimus <b>2/2019</b>  -Koulutuskutusun lähettäminen <b>4/2019</b>	- <b>koulutusmateriaalin toimittaminen osallistujille</b>	-Palaute	
<b>Ohjausryhmä:</b> <b>opettajat:</b> Kirsi & Sirpa		-Projektisuunnitelman hyväksyminen <b>2/2019</b>				-Opinnäytetyön hyväksyminen

## TERVETULOA KOULUTUKSEEN



**Perjantaina 3.5.2019 klo 13:00-15:30**

**Koulutukseen Fregatin henkilökunnalle Messissä**

**Aiheena: Haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaaminen**

**Koulutuksen sisältöä:** muistisairaudet, käytösoireet, asiakastyön käsitteitä, Attendon arvot, Case-tapaukset

**Koulutus alkaa kahvitarjoilulla.**

**Pyydämme ottamaan mukaan älypuhelimien, jota tarvitsette koulutuksen alussa.**

Koulutuksen järjestää: Kati Petrelius & Marita Nurkkala OAMK, hoitotyön opiskelijat yhteistyössä Attendo Fregatin kanssa

Kahoot-kysymykset (oikeat vastaukset tummennettu)

- 1. Muistisairauksiin sairastuu päivittäin**
  - A. 12 suomalaista
  - B. 25 suomalaista
  - C. 36 suomalaista**
  - D. 43 suomalaista
  
- 2. Mikä on yleisin muistisairaus**
  - A. otsa- ohimolohkorappeuma
  - B. alzheimerin tauti**
  - C. verisuoniperäinen muistisairaus
  - D. Lewyn-kappaletauti
  
- 3. Muistisairauksien tyypillisimmät oireet ovat**
  - A. Laihtuminen, hiusten lähtö, ummetus
  - B. Muistamattomuus ja päivittäisten toimintojen vaikeutuminen**
  - C. Vapina, liikuntakyvyn heikentyminen, muistivaikeudet
  - D. Lihasjeikkous, ahdistus ja masennus
  
- 4. Mitkä seuraavista on muistisairaahan kongnitiivisia oireita**
  - A. afasia, apraksia, agnosia**
  - B. afasia, dysleksia, apraksia
  - C. dysleksia, dysfasia, afasia
  
- 5. Afasialla tarkoitetaan:**
  - A. Liikkeen tuottamisen vaikeutta
  - B. Muistivaikeuksia
  - C. Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeutta**

**6. Apraksialla tarkoitetaan**

- A. Muistivaikeutta
- B. Käytöshäiriöitä
- C. Liikkeen tuottamisen vaikeutta**

**7. Agnosia tarkoittaa**

- A. Muistiongelmien liittyvä aggressiivisuus ja ahdistuneisuus
- B. Havaintotoiminnan tai toiminnan ohjauksen häiriö**
- C. Muistihäiriöön liittyvä käytöshäiriö

**8. Mitä tarkoittaa hallusinaatio?**

- A. Aistiharha**
- B. Käytöshäiriö
- C. Muistiharha
- D. Alkoholin käytöstä johtuva sekavuustila

**9. Hoitajan tulee suhtautua harhoista kärsivään ikääntyneeseen**

- A. Vähätteleillä tai kieltämällä harhat
- B. Levollisesti, rauhoittavasti**
- C. Vahvistamalla harhaa
- D. Turvallisuudentunnetta vahvistamalla**

10. Kolmasosa muistisairaista kärsii masennuksesta

- A. Totta**
- B. Tarua

**11. Mitä ovat Attendon arvot**

- A. -Välittäminen, sitoutuminen, osaaminen**
- B. turvallisuus, hyvä olo, välittäminen
- C. sitoutuminen, turvallisuus, osaaminen

**12. Käyttösoire tuottaa kärsimystä**

- A. Muistisairaalle itselleen
- B. Hoitohenkilökunnalle
- C. Muistisairaahan läheisille

**13. Mikä on yleisin muistisairauden käyttösoire?**

- A. Aggressiivisuus
- B. Ahdistuneisuus
- C. Masentuneisuus
- D. Levottomuus

**14. Miten levottomuutta voidaan ehkäistä?**

- A. Antamalla levottomuudesta kärsivälle tekemistä
- B. Kieltämällä levoton käyttäytyminen, kuten vaeltelu
- C. Työtehtävän antaminen, joka lisää tarpeellisuudentunnetta
- D. Jättämällä levoton käyttäytyminen huomiotta

**15. Aggressiivinen käyttäytyminen voi korostua muistisairauden vuoksi**

- A. Totta
- B. Tarua

**16. Miten aggressiivisuutta voidaan hoitaa ja ehkäistä?**

- A. Kuuntelemalla ja eläytymällä muistisairaahan kokemukseen
- B. Kieltämällä aggressiivista käyttäytymistä
- C. Mielekkään toiminnan keksimisellä

**17. Häiristevää, seksuaalista käyttäytymistä esiintyy muistisairasta**

- A. 5-20 prosentilla
- B. 20-40 prosentilla

C. 40-60 prosentilla

D. 60-80 prosentilla



**Tapaus 1****Levoton muistisairas**

*”Ripeäotteinen hoitaja kulki nopein askelin hoitoyksikön käytävällä. Vastaa tuli pienikokoinen huoneesta turrana oleva vanhus, jolla oli suuri huoli vielä ulkona leikkivistä lapsistaan. Hän koki ahdistusta ja tuskaa hänelle ihan aidon totena, ja hän kertoi sitä toistamiseen hoitajalle. Hoitaja vähätteli tapahtunutta ja kehotti vain istumaan. Samalla hän jatkoi railakkaanoloisella tavallaan sekä työtään että jutteluun toiselle henkilölle. Pian vanhus tuli uudelleen siihen, mutta hoitaja tyrmäsi hänet sanomalla: ”Eihän noin vanhalla ihmisellä mitään pieniä lapsia ole, ajatteles nyt ikääsi, höpöhöpö”. Alkoi kinastelu ja inttäminen puolin ja toisin. Oli helppo nähdä, miten hoitajan toiminta suorastaan lietsoi levottomuutta ja pelkoa tälle muistisairaalle saaden hänet entistä enemmän liikekannalle. Pian hänen seuraansa liittyi toinen vanhus ja sitten jo kolmas. Trio kulki pitkin hoitoyksikön käytäviä alkaen lopuksi nykiä ulko-ovea saamatta sitä kuitenkaan auki. Oven avaaminen ärsytti hoitajaa, joka komensi porukan oven edestä pois. Tilanne vain paheni pahenemistaan. Loppujen lopuksi hoitaja totesi, että ”levottomat mummot oli pakko lääkittää.” (Räsänen 2018, 97).*

Miten itse olisit toiminut tässä tilanteessa?

**Tapaus 2****Hoidosta kieltäytyvä muistisairas**

*Hoitaja menee aamulla asiakkaan huoneeseen ja toivottaa hyvää huomenta. Asiakas lepää vuoteessa ja havahtuu hoitajan ääneen. Hoitaja tokaisee kovaan ääneen, että nyt lähdetään aamutoimille. Asiakas vastustelelee ja sanoo, ettei hänen tarvitse käydä wc:ssä, hän on juuri käynyt. Hoitaja huomaa, että vanhuksen vaatteet ovat kastuneet virtsasta. ”Nyt lähdetään, olet kastellut joka paikan”, Hoitaja käskee entistä kovemalla äänellä. Vanhus vastustelelee, ja lopulta hoitaja päätyy hakemaan avukseen toisen hoitajan, jonka kanssa he vievät vanhuksen vessaan vasten tämän omaa tahtoa ja perustelelee toimintansa sillä, että pakkohan kastuneet vaatteet on vaihtaa.*

Miten olisit itse toiminut tässä tilanteessa?

### **Tapaus 3**

#### **Harhainen muistisairas**

*Vanhus istuu päiväsalin sohvalla ja tekee huomion, että huoneen nurkassa on savua. Hän ilmoittaa asiasta hoitajalle, joka tokaisee, että ei siellä mitään savua ole ja jatkaa töitään. Vanhusta ärsyttää, kun hoitaja ei usko häntä ja tokaisee kovemmalla äänellä "On siellä, etkö sinä näe? Soittakaa palokunta". Hoitaja vastaa entistä varmemmin, ettei huoneen nurkassa mitään savua ole. Tästä vanhus hermostuu, alkaa huutamaan ja käyttäytyy uhkaavasti. Hoitaja hakee toisen hoitajan avuksi ja he yhdessä vievät vanhuksen pois yhteisistä tiloista, koska hän käyttäytyi aggressiivisesti. Hoitajat yrittävät antaa hänelle salaa rauhoittavaa lääkettä.*

Miten itse olisit toiminut?

### **Tapaus 4**

#### **Kotiin kaipaava muistisairas**

*Vanhus kiertää palvelukodin ulko-ovia ja etsii ulospääsyä. Hän kyselee hoitajilta, milloin linja-auto menee Karjasillalle päin. Osa hoitajista jättää kyselyt kokonaan huomiotta, koska eivät jaksavat jatkuvasti vastaila samoihin kysymyksiin ja ajattelevat, että ei vanhus kuitenkaan muista hetken päästä, osa hoitajista vastaa topakasti, että "sinä asut nyt täällä, ei nyt lähdetä minnekään". Iltaa kohden vanhuksen kiertely ja levottomuus vain jatkuu, hänellä on selkeästi tarve päästä kotiin. Vanhus alkaa jo hätäntyä, kun kotiin pitäisi päästä ja kukaan ei avaa hänelle ovea.*

Miten toimisit tällaisessa tilanteessa?

### **Tapaus 5**

#### **Seksuaalinen käyttäytyminen**

*Menet hakemaan miesasukasta syömään ja huomaat housut vuoteen äärellä. Kutsut asukasta ja etsit huoneesta. Asukasta ei kuulu ja näy. Muistat että asukas on viihtynyt viime aikoina paljon naapurin naisasukkaan seurassa. Menet naisasukkaan huoneeseen koputtamalla. Huomaat kuinka naisasukas makaa vuoteessa hämmentyneen oloisena ja mies seisoo alastomana naisen edessä. Mies huutaa poistumaan. Naisasukkaan huomattessaan hoitajan, hän pyytää tulemaan katsomaan tilannetta*

Miten toimisit tällaisessa tilanteessa?

**OPPIMISPÄIVÄKIRJA**

**Haastavasti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaaminen**

**Koulutus Fregatin henkilökunnalle 3.5. 2019**

**Vastaukset anonyymisti**

---

Mitä pidin koulutuksesta?

Mitä opin?

Miten koulutus tulee vaikuttamaan työssäni?

Millaisia laajempia vaikutuksia koulutuksella tulee olemaan?

Mitä haluaisin kysyä?

Vapaamuotoinen palaute: