

Muistiasiakkaan laadukas hoito ja arvokas kohtaaminen hoitotyössä

Kirjallisuuskatsaus

Janika Ollikainen

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2020

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä(t) Ollikainen, Janika	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Maaliskuu 2020
	Sivumäärä 37	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Muistiasiakkaan laadukas hoito ja arvokas kohtaaminen hoitotyössä Kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitaja AMK		
Työn ohjaaja(t) Matilainen Irmeli, Räsänen Riitta		
Toimeksiantaja(t) -		
Tiivistelmä <p>Ihmiset elävät yhä pidempään ja eliniänodote kasvaa ja samalla myös muistisairauksien yleisyys kasvaa. Riskitekijät yleistyvät ja muistisairauksien diagnosointi kehittyy ja riskitekijöiden yleisyys kasvaa, jotka osaltaan selittävät muistisairauksien kasvun. Eurooppalaisten ennusteiden mukaan muistisairauksia sairastavien määrä tulee moninkertaistumaan vuoteen 2050 mennessä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, mitä on muistiasiakkaan laadukas hoito ja miten sairaanhoitaja kohtaa arvokkaasti muistiasiakkaita hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa muistihoitotyön kehittämiseksi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaussa käytettiin sähköisiä ja luotettavia tietokantoja Cinahl, Medic ja Doria. Manuaalisella haulla valikoitui mukaan kaksi tutkimusta. Opinnäytetyöhön valikoitui yhteensä kuusi tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja olivat sisäänottokriteerien mukaisia. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.</p> <p>Hoitohenkilökunnan läsnäolo, aika ja turvallisuuden luominen olivat tärkeitä asioita muistiasiakkaan laadukkaan hoidon ja arvokkaan kohtaamisen onnistumisessa. Laadukasta hoitoa hankaloitti muistiasiakkaan kaltoinkohtelu fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti sekä tietämättömyys muistiasiakkaan hoitotyöstä. Muistiasiakkaan kohtaamisessa olennaista oli ottaa huomioon hänen toiveensa ja tarpeensa. Arvostavaa kohtaamista vaikeutti muistiasiakkaan itsemääräämisoikeuden ja tarpeiden huomiotta jättäminen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Muistiasiakas, muistisairaus, hoito, kohtaaminen, hoitotyön näkökulma, kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot		

Author(s) Ollikainen, Janika	Type of publication Bachelor's thesis	Date March 2020
	Number of pages 37	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication A nursing perspective on high-quality care and dignified encounters with persons with memory defects Literature review		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Matilainen Irmeli, Räsänen Riitta		
Assigned by -		
<p>Abstract</p> <p>As people live longer than previously and as life expectancy grows, the prevalence of memory diseases increases. The related risk factors are becoming more common, and diagnostics have improved, which partially explains the increase in diagnosed memory illnesses. According to the European forecasts, the rate is only going to increase by 2050.</p> <p>The purpose of the thesis was to conduct a literature review on the characteristics of high-quality care of persons with memory defects and on how nurses should encounter such clients with appreciation. The aim was to provide research-based information for improving the care of those with memory diseases.</p> <p>The thesis was carried out as a descriptive literature review. Electronic and reliable databases were used to retrieve the required information, such as Cinahl, Medic and Doria. With manual search, two research articles were selected. Overall, a total of six studies were selected for the review. They answered the research questions and met the selection criteria. Data-driven content analysis was used as the analysis method.</p> <p>The presence of the nursing staff, time and the creation of a safe environment are important factors in the high-quality care and appreciative encounters with persons suffering from memory diseases. High-quality care can be hampered by the physical, mental and social abuse of the memory client and ignorance of a memory client's nursing care. When meeting memory clients, it is essential to consider their wishes and needs. An appreciative encounter can be made difficult by disregarding the memory clients' needs and their right for self-determination.</p>		
Keywords (subjects)		
A person with a memory defect, memory disease, care of, encountering of, perspective of nursing, literature review		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto.....	3
2	Muistisairaudet -ennaltaehkäisy, oireet ja diagnoosi	4
2.1	Alzheimerin tauti.....	4
2.2	Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin muistisairaus.....	5
2.3	Otsa-ohimolohkorappeumat	6
2.4	Verisuoniperäinen muistisairaus	8
3	Muistiasiakkaan laadukas hoito ja kuntoutus hoitoketjun eri vaiheissa	9
3.1	Lääkkeetön ja lääkkeellinen hoito	9
3.2	Muistiasiakkaan palvelut ja kuntoutus	11
4	Muistiasiakkaan arvokas kohtaaminen hoitotyössä	12
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	14
6	Opinnäytetyön toteutus	15
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	15
6.2	Aineiston haku	16
6.3	Aineiston analyysi	17
7	Tulokset.....	18
7.1	Muistiasiakkaan laadukas hoito.....	18
7.2	Muistiasiakkaan arvokas kohtaaminen.....	22
8	Pohdinta.....	27
8.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	27
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	29
8.3	Jatkotutkimusehdotus	30
	Lähteet.....	32
	Liitteet	35
	Liite 1 Tiedonhakuprosessi	35
	Liite 2 Tutkimukset taulukoituna.....	36
	Taulukko	
	Taulukko 1 Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	16

Kuvio

Kuvio 1 Muistiasiakkaan laadusta hoitoa edistävät tekijät	19
Kuvio 2 Muistiasiakkaan laadukasta hoitoa vaikeuttavat tekijät	21
Kuvio 3 Muistiasiakkaan arvokkaan kohtaamisen toteutuminen	23
Kuvio 4 Muistiasiakkaan arvokkaan kohtaamisen haasteet	26

1 Johdanto

Joka kolmas yli 65-vuotias sanoo kärsivänsä muistiongelmista, mutta suurimmalla osalla ei ole todettu etenevää muistisairautta. Arvioidaan, että Suomessa on noin 200 000 ihmistä, joilla tiedonkäsittely on heikentynyt. Lievää dementiaa esiintyy noin 100 000 ihmisellä ja noin 93 000 ihmistä kärsii vähintään keskivaikeasta dementiasta. Suomessa muistidiagnoosin saa vuosittain noin 14 500 henkilöä. Suurin osa pitkäaikaishoidossa olevista ikäihmisistä kärsii jonkin asteisesta muistisairaudesta. (Rosenvall 2017.)

Eliniän pidentyessä myös muistisairauksien yleisyys väestötasolla on kasvanut ja kasvaa jatkossakin. Muistisairauksia sairastavien määrä tulee moninkertaistumaan vuoteen 2050 mennessä eurooppalaisten ennusteiden mukaan. Muistisairauksien yleisyyteen vaikuttaa ikääntymisen lisäksi riskitekijöiden yleisyys, muistisairauksien diagnostiikka ja hoidon kehitys. (Muistisairauksien yleisyys 2018.)

Tämän opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa tarkastellaan, millaisia oireita eri muistisairauksissa on ja mitä hoito- sekä kuntoutusmahdollisuuksia on tarjolla. Lisäksi tuodaan esille näyttöön perustavaa tietoa muistiasiakkaiden laadukkaasta hoidosta ja arvokkaasta kohtaamisesta. Muistisairauksia sairastavia ihmisiä on koko ajan enemmän, ja siksi aihe on tärkeä sekä ajankohtainen tulevaisuuden palvelutarpeita ajatellen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, mitä on muistiasiakkaan laadukas hoito sekä millaista on muistiasiakkaan arvokas kohtaaminen hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa muistihoidotyön kehittämiseksi.

2 Muistisairaudet -ennaltaehkäisy, oireet ja diagnoosi

Dementia tarkoittaa useamman kuin yhden tiedonkäsittelytoiminnon heikentymistä verrattuna henkilön aikaisempaan tasoon. Henkilö ei kykene selviytymään itsenäisesti jokapäiväisissä toiminnoissa, työssä tai sosiaalisissa tilanteissa samalla tavalla kuin ennen. Dementia on oire eikä erillinen sairaus. Dementiassa tiedonkäsittelyn heikkous johtuu elimellisestä syystä. Dementian syy voi olla etenevä muistisairaus tai pysyvä jälkitila esimerkiksi aivovamman jälkeen tai hoidolla parannettavissa oleva sairaus. Dementiaan johtavat muistisairaudet ovat eteneviä muistisairauksia. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 19.)

2.1 Alzheimerin tauti

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti. (Muistisairaudet 2018). Alzheimerin tauti on vaiheittain etenevä aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. Sairaus alkaa yleensä muistioireilla ja muisti heikentyy sairauden edetessä. (Erkinjuntti yms. 2015, 19.) Epätavallisessa Alzheimerin taudissa voi varhaisena ja ensimmäisenä oireena olla näönvaraisen hahmottamisen, kielellisten toimintojen tai toiminnanohjauksen heikentyminen ennen kunnollista muistioiretta (Erkinjuntti ym. 2015, 119).

Muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen aiheuttaa omatoimisuuden heikentymistä. Käyttöoireet muuttuvat ja vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. Alzheimer-diagnoosi ei ole poissulkudiagnoosi, vaan se perustuu tyyppilliseen oirekuvaan sekä tautia tukeviin kliinisiin oireisiin, tiedonkäsittelyn heikentymiseen ja laboratoriolöydöksiin sekä kuvantamislöydöksiin. (Erkinjuntti ym. 2015, 19.) Alzheimerin taudin varhaiset oireet ovat mieleen painamisen ja mieleen palauttamisen vaikeudet. Käyttäytymiseen liittyvät haasteet lisääntyvät sairauden edetessä. Muistiasiakkaan omatoimisuus vähenee sairauden edetessä keskivaikeasta vaikeaan Alzheimerin tautiin. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.)

Oirekuvan ja biologisten merkkitekijöiden perusteella voidaan tehdä Alzheimer diagnosi, vaikka kunnollista arkikäyttäytymiseen vaikuttavaa tiedonkäsittelyn ongelmaa ei ole havaittavissa. Alzheimerin tauti voidaan todeta silloin, kun tapahtumamuistin heikentyminen todetaan neuropsykologisilla testeillä, selkäydinnesteessä todetaan biologiset merkkitekijät tai todetaan Alzheimerin taudille tyypilliset PET-muutokset kuvauksessa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.)

2.2 Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin muistisairaus

Patologisiin Lewyn kappale -muutoksiin liittyviä sairauksia ovat Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin taudin yhdistelmä. Lewyn kappale -tauti on etenevä muistisairaus, joka kattaa noin kymmenen prosenttia etenevistä muistisairauksista. Suurin osa siitä on Lewyn kappale -taudin ja Alzheimerin yhdistelmää. (Erkinjuntti ym. 2015, 20.)

Lewyn kappale -tauti alkaa tavallisesti 50-80 vuoden iässä ja sairaus kestää keskimäärin 2-12 vuotta. Oireita ovat tarkkaavaisuuden, vireystilan ja tiedonkäsittelyyn liittyvien oireiden vaihtelut. Lewyn kappale -tautia sairastavalla henkilöllä oireina voi olla parkinsonismia, kävelyvaikeuksia, hidaslouheisuutta sekä lihasjäykkyyttä. Näköharhoja voi esiintyä. Sairauden alkuvaiheessa ei yleensä esiinny muistioireita, mutta sairauden edetessä muistioireet lisääntyvät. Etenevä tapahtumamuistin menetys voi olla merkki samanaikaisesta Alzheimerin taudista, etenkin jos aivojen magneettikuvissa havaitaan Hippokampuksen surkastumista. (Erkinjuntti yms. 2015, 165.) Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti ja puolella sitä muistisairautta sairastavista henkilöistä on lisäksi Alzheimerin taudin muutoksia aivoissa (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018).

Lewyn kappale -tautia sairastavat henkilöt ovat herkkiä psykoosilääkeille, jolloin jo pieni lääkemäärä voi aiheuttaa sekavuutta tai kävelykyvyn heikentymistä. Psykelaakkeita voidaan tarvita käytösoireisiin tai

sekavuuteen, mutta kyseiset lääkkeet ovat käytössä ongelmallisia. (Atula 2015b.)

Parkinsonin taudissa Lewyn kappaleita nähdään yleensä mustatumakkeissa, tyvitumakkeissa sekä aivokuorella. Parkinsonin taudin muistisairaudelle altistavia tekijöitä ovat korkea ikä, vaikea ja hidasliikkeinen parkinsonismi, pystyasennon epävarmuus, kävelyvaikeus sekä varhain ilmaantuvat muistioireet. (Erkinjuntti ym. 2015, 21.)

Parkinsonin taudin muistisairaudelle tyypilliset oireet ovat tarkkaavaisuuden sekä hahmottamisen heikentyminen. Neuropsykiatriset oireet kuten apatia ja impulssikontrollin muutokset ovat mahdollisia. (Erkinjuntti ym. 2015, 157.) Kaikista muistisairauksista Parkinsonin taudin muistisairauden osuus on noin 3–4 prosenttia. Parkinsonin taudin muistisairaus havaitaan keskimäärin 10 vuoden kuluttua Parkinsonin taudin oireiden alkamisesta, mutta vaihtelu on yksilöllistä. Muistisairaus saattaa kehittyä jo muutamassa vuodessa, kun taas osa saattaa sairastua vasta yli 20 vuoden jälkeen Parkinsonin taudin diagnoosista. (Suhonen & Martikainen 2012, 6.)

Parkinsonin muistisairauden diagnoosiin tarvitaan todettu Parkinsonin tauti ja aikaisintaan vuoden päästä kehittyvä muistisairaus. Tiedonkäsittelyn oireita ovat tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen, visuaalispataaalisien ja muistioireiden heikentyminen sekä aloitekyvyn heikentyminen, persoonallisuuden muutos, näköharhat, harhaluulot sekä pitkäaikainen liiallinen väsymys. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.)

2.3 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumat jaotellaan kliinisen oirekuvan perusteella neljään eri tyyppiin: Käyttösoirein ilmenevään otsalohkodementiaan, etenevään sujumattomaan afasiaan, semanttiseen dementiaan ja logopediseen afasiaan. Yleisin on otsalohkodementia, joka kattaa lähes 80 prosenttia otsa-ohimolohkorappeumista. (Remes, Haanpää, Suhonen, Junttila & Solje 2018, 37-43.)

Otsa-ohimolohkodementia alkaa yleensä 45-65 vuoden iässä. Otsalohkodementia pitää sisällään noin puolet otsa-ohimolohkorappeumista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.) Otsalohkojen toiminta voi heikentyä vaurioiden kuten verenkiertosairauksien, vammojen tai kasvaimien seurauksena. Sairauden taustalla voi olla muistisairaus, jolloin otsalohkojen toiminta alkaa heiketä hiljalleen. Otsalohkodementiassa oireina on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos. Sairaudesta kärsivällä esiintyy estottomuutta, tahdittomuutta, arvostelukyvyyttömyyttä sekä huolettomuutta. Aloitekyvyttömyys sekä apaattisuus ovat otsalohkodementian oireita. (Erkinjuntti ym. 2015, 173-174.) Otsalohkodementian piirteitä ovat vähittäinen eteneminen, käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset, toiminnanohjauksen vaikeudet, sosiaalisten taitojen heikentyminen, puheen tuoton vaikeutuminen, päättely- ja ongelmanratkaisukyvyntä heikkeneminen, heikentynyt sairauden tunto. EEG on yleensä normaali kyseisessä sairaudessa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.)

Puolet henkilöistä, jotka sairastuvat etenevään sujumattomaan afasiaan, ovat alle 65-vuotiaita (Muistisairaudet: Käypä hoito 2018). Etenevässä sujumattomassa afasiassa keskeinen oire on puheen tuoton häiriö. Spontaanin puhuminen ei suju, puhuminen voi olla vaivalloista tai hidasta ja saattaa sisältää paljon kielioppivirheitä. Muistiasiakkaan voi olla vaikeaa toistaa yksittäisiä sanoja. Nimeämis- ja sanojen löytämistä vaikeuksia sekä ongelmia kirjoittamisen ja lukemisen kanssa esiintyy sujumattomassa afasiassa. (Erkinjuntti ym. 2015, 176-177)

Semanttisessa dementiassa puhe on sujuvaa, mutta sisällöllä ei ole merkitystä. Sairastuneella on vaikeuksia nimetä asioita sekä ymmärtää toisten ihmisten puhetta. Puheen toistaminen, sanelusta kirjoittaminen sekä lukeminen säilyvät. Puheen ymmärtäminen katoaa sekä kielellisen ilmaisun merkitys katoaa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.)

Logopenisessä etenevässä afasiassa on vaikeuksia spontaanin puheen tuotossa sekä asioiden nimeämisessä. Sairaudessa ei pysty toistamaan

lauseita. Kielioppivirheitä ei esiinny ja yksittäisten sanojen sekä kasvojen ja esineiden tunnistamiskyky säilyy sairaudesta huolimatta. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.)

Otsa-ohimohkorappeuman oireet alkavat usein myöhäisessä työiässä. Kehittyneen diagnostiikan avulla on tehty havaintoja, että kyseinen sairaus on yleisempää kuin on ajateltu. Etenevistä muistisairauksista 5-10 prosenttia on otsa-ohimolohkorappeuman aiheuttamia. (Remes ym. 2018, 37-43.)

2.4 Verisuoniperäinen muistisairaus

Aivoverenkiertosaikauden muistisairaus käsittää tiedonkäsittelyn yhdellä tai useammalla osa-alueella ilmenevät rajalliset oireet, joita ovat havaintotoimintojen tai toiminnanohjauksen heikentyminen. (Rosenvall 2017.) Verisuoniperäisen demencian oireet poikkeavat Alzheimerin taudista, sillä muistioireet eivät ole aluksi vahvoja. Sairauden aluksi toiminnanohjaus heikentyy muistia nopeammin ja se huomataan aikaisemmin. Oireet eivät etene tasaisesti vaan välillä voi olla parempia kausia. Oireet alkavat nopeammin kuin Alzheimerin taudissa. Erilaisia neurologisia oireita kuten liikumisen vaikeuksia, halvausoireita tai puheen tuottamisen häiriöitä voi esiintyä riippuen vaurioituneesta aivojen alueesta. (Atula 2015.)

Verisuoniperäisen muistisairaaden alatyyppinä ovat pienten suonten tauti, suurten suonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat aivotapahtumat. Aivohalvauksen jälkeen muistissa ja tiedonkäsittelyssä voi esiintyä ongelmia. Etenevistä muistisairauksista 15-20 prosenttia on aivoverenkiertosaikauden aiheuttamia. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.)

3 Muistiasiakkaan laadukas hoito ja kuntoutus hoitoketjun eri vaiheissa

Muistiasiakkaan hoitoketjussa tulee huomioida, miten toiminta palvelee asiakasta ja toimii hänen kannaltaan tarkasteltuna. Muistiasiakkaat tarvitsevat ammattitaitoisen ja moniammatillisen hoitohenkilökunnan ympärilleen. Hoito tulee toteuttaa mahdollisimman lähellä muistiasiakasta. Hoito- ja palveluketju tulee luoda muistiasiakkaan tarpeiden mukaiseksi. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011.)

3.1 Lääkkeetön ja lääkkeellinen hoito

Lääkkeetön hoito on ensisijaisesti sitä, että muistiasiakkaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan tarkoituksenmukaisesti. Hoidossa kiinnitetään huomiota hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoihin. Rajoittamista ja avuttomuuden korostamista vältetään. Jäljellä olevaa toimintakykyä tuetaan hoidon ja hoitoympäristön avulla. Tavoitteena on ehkäistä mahdollisia käytösoireita. Laajemmin tarkasteltuna lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja, opastusta ja ohjausta sekä vuorovaikutukseen ja muistiasiakkaan ympäristöön vaikuttamista. (Erkinjuntti yms. 2015, 475.)

Ensisijaisena hoitomuotona muistiasiakkaiden käytösoireiden hoidossa on kokeilla lääkkeettämiä menetelmiä. Tutkimuksissa on vahvistettu musiikkiterapian, ryhmätoiminnan, omaisiin tai hoitohenkilökuntaan kohdistuvan, kommunikointia ja potilaskeskeistä hoitoa edistävien interventioiden tehokkuus muistiasiakkaiden käytösoireiden hoidossa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

Käytösoireiden hoidossa kiinnitetään huomiota vuorovaikutus- ja toimintatapojen muuttamiseen muistiasiakkaan tilanteeseen sopivaksi. Hoitohenkilökunnan samansuuntainen toiminta ja toimintatavan jatkuvuus vähentää käytösoireiden laukeamista. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017,

56, 58.) Muistiasiakkaan kanssa hankalia tilanteita voi helpottaa asianmukaisella kohtelulla, vuorovaikutustaidoilla sekä ohjaamistavalla. Muistiasiakkaan kuunteleminen sekä kärsivällinen työote voi helpottaa ja auttaa löytämään sopiva toimintamalli kyseiselle muistiasiakkaalle. (Hallikainen yms. 2017, 58-59.)

Muistiasiakkaan lääkkeellisessä hoidossa on tavoitteena kognitiivisten taitojen ja omatoimisuuden kohentuminen. Pyrkien pitämään sairausvakaassa vaiheessa, sekä hyvän elämänlaadun turvaaminen. Lääkehoidon toteuttamisessa tärkeää on ajantasainen lääkehoitosuunnitelma, jossa on kuvattu lääkehoidon toteutus, arviointi ja seuranta. Vastuuhenkilön tulee muuttaa lääkehoitosuunnitelmaa, jos se ei ole muistiasiakkaalle toimiva. Muutokset lääkehoitoon ja päätökset lääkehoidon lopettamisesta sekä aloittamisesta tekee lääkäri. (Hallikainen yms. 2017, 132.)

Muistisairauslääkkeiden käytönaiheet ovat tavallisesti Alzheimerin tauti sekä Parkinsonin taudin muistisairaus, joihin käytetään asetyylikoliinies-teraasin estäjiä kuten donepetsiini, galantamiini ja rivastigmiini sekä memantiini. Paras vaste lääkehoidolle saadaan aloittamalla hoito varhain, mutta lääkkeiden käyttö on perusteltua myös edenneessä taudissa. Lääkkeiden hoitovastetta seurataan säännöllisesti. Tavallisesti hoitovaste on lievässä vaiheessa tilan vakiinnuttaminen sekä oireiden etenemisen hidastaminen. Keskivaikean muistisairauden lääkehoidossa pyritään muistiasiakkaan toimintakyvyn säilyttämiseen tai kohentamiseen. Vaikeassa vaiheessa lääkehoidolla pyritään käyttäytymisen muutosten helpottumiseen. (Hallikainen ym. 2017, 141-142.)

Levoton, aggressiivinen ja äänekäs muistiasiakas voi luulla olevansa vainottu, jolloin oireena voi silloin esiintyä harhaluuloisuutta. Oireet voivat liittyä pelkoon tai ahdistuneisuuteen ja silloin valitaan näihin sopiva lääkitys. Sopivan lääkityksen löytäminen voi olla vaikeaa ja oikean lääkityksen sekä annoskoon selvittämiseen voi mennä aikaa. Hoidossa yritetään löytää yksi mahdollisimman tehokas lääke, koska monen samanaikaisen

käyttämisen vaikuttavan lääkkeen käyttö lisää riskien ja haittavaikutusten mahdollisuutta. (Hallikainen ym. 2017, 147.) Rauhoittavia lääkkeitä käytetään vain tarvittaessa, kun tarvitaan nopeaa oireiden lievitystä. Rauhoittavia lääkkeitä voidaan määrätä, kun odotetaan psykoosilääkkeiden vaikutuksen alkamista. (Hallikainen ym. 2017, 149-150.)

3.2 Muistiasiakkaan palvelut ja kuntoutus

Muistiasiakkaille laaditaan henkilökohtainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota tarkistetaan vähintään 6-12 kuukauden välein sekä sairauden edetessä. Kotona asumista tuetaan niin pitkään kuin on mahdollista kuntouttavalla, selviytymistä ja omatoimisuutta tukevilla hoitotoimilla. Liikunnalliset ryhmät, fysioterapia tai toimintaterapia voivat auttaa kotona pärjäämisessä. Jokaiselle rakennetaan yksilölliset kuntoutustoimet ja ne toteutetaan yhdessä moniammatillisen hoitohenkilökunnan kanssa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -Suositus 2017.) Muistiasiakkaan on mahdollista jäädä omaan kotiinsa asumaan, mutta huomioon tulee ottaa turvallisuus sekä asuinympäristön toimivuus. Tutussa ympäristössä asuminen ylläpitää muistiasiakkaan omatoimisuutta. Muistiasiakkaan elämään voidaan tuoda turvallisuutta erilaisilla digitaalisilla laiteilla kuten hälytysrannekkeilla. Digitaaliset laitteet eivät riitä muistiasiakkaalle yksinään, vaan tarvitaan lisäksi ihmisen läsnäoloa. (Muistisairaan hyvä arki 2019.)

Muistiasiakkaan kuntoutuksen tarkoitus muuttuu sairauden eri vaiheissa. Virikkeellisestä toiminnasta voi olla hyötyä vielä keskivaikeassa muistisairaudessa. Liikunta auttaa sairauden eri vaiheissa. Se parantaa henkistä suorituskykyä, kommunikaatiokykyä, toimintakykyä sekä nostaa mielialaa. Muistiasiakkaan hoidon toteutuminen vaatii usean eri ammattiryhmän yhteistyötä. (Suhonen yms. 2011.)

Muistiasiakkaiden kuntoutuksessa haasteena saattaa olla kuntoutujan toiminnanohjauksen häiriöt tai neuropsykologiset oireet. Hahmottamisen häiriöt voivat vaikeuttaa liikkeiden suorittamista, jolloin kuntoutujan

harjoitteluun ei voida lisätä vaikeutta. Harhaluuloisuus ja keskittymisongelmat voivat heikentää terapian tehoa, koska kaikkia liikkeitä ei tehdä loppuun asti tai sarjat jäävät kesken. Aloitekyvyn heikkous vaikuttaa kuntoutumiseen ja sen takia on keksittävä keinoja siihen, miten kuntoutuja saadaan motivoitua kuntoutumiseen. Ohjeiden ymmärtämisessä saattaa olla vaikeuksia muistiasiakkaalle, jolloin kuntoutumisharjoitukset voivat olla haastavia. (Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg & Tilvis 2013, 86.)

4 Muistiasiakkaan arvokas kohtaaminen hoitotyössä

Muistiasiakkaan ja hoitohenkilökunnan suhde perustuu luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen. Suhde on erityinen, koska hoitohenkilökunta joutuu käsittelemään potilaiden vaikeita ja arkaluontoisia asioita sekä puuttumaan niihin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 14.) Muistiasiakkaan ja hoitohenkilökunnan välisessä suhteessa saattaa ilmetä eettisiä ongelmia. Laitos- ja kotihoidossa eettiset ongelmat ovat erilaisia. Laitoshoidossa ongelmat korostuvat, koska hoitohenkilökunnalla on vastuu hoidosta. Laitoshoidossa voi helposti ilmetä muistiasiakkaiden oikeuksien väheksymistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 281.)

Muistiasiakkaat tulevat sairauden edetessä enemmän riippuvaiseksi toisista ihmisistä ja heidän avustaan. Ikääntymis- ja sairausprosessissa fyysiset toiminnot sekä aistit heikkenevät. Muistiasiakas ei fyysisesti jaksakaan enää yhtä paljon kuin aikaisemmin. Kognitiiviset toiminnot kuten muisti, heikkenevät sairauden edetessä. Kognitiivisten toimintojen heikentyessä uusissa tilanteissa toimiminen tuottaa muistiasiakkaalle vaikeuksia. Sosiaaliset suhteet helposti vähentyvät ja muistiasiakkaat ovat usein yksinäisiä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 281.)

Asiakaslähtöisen muistiasiakkaan hoitotyön lähtökohdaksi on määritelty neljä erilaista peruselementtiä: Oleminen suhteessa toiseen ihmiseen, oleminen osana sosiaalista maailmaa, oleminen jossakin paikassa ja

oleminen oman itsensä kanssa. Hoitohenkilökunta huolehtii muistiasiak-
kaiden oikeuksista ja siitä, että niitä ei kavenneta luonnollisen tai sairau-
den tuomien rajoitteiden takia. Hoitotyöetiikan kannalta tärkeää on,
että hoitohenkilökunta on omalta osaltaan vastuussa potilaiden ja asuk-
kaiden hyvästä hoidosta ja kohtelusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 282.)

Validaatiossa muistiasiakasta ei kielletä ilmaisemasta tunteitaan, mutta
heitä ei myöskään pakoteta ilmaisemaan niitä. Hänen yksityisyyttään kun-
nioitetaan. Validaatio-menetelmän tarkoituksena on omanarvon tunteen
palauttaminen, selvittämättömien ristiriitojen ratkaisujen löytyminen,
sekä sanallisen ja sanattoman kommunikaation ja fyysisen hyvinvoinnin li-
sääntyminen. Tekniikoiden avulla on mahdollisuus auttaa muistiasiakkaita
palauttamaan arvokkuutensa ja tunteen oman olemassaolon oikeutuk-
sesta. (Feil 1998, 13-14,38-39, 50-51.)

Validaatio-menetelmässä muistihäiriöt luokitellaan neljään eri vaihee-
seen, joissa on eri psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet. Muistiasiakkaan
siirtyessä vaiheesta toiseen, vetäytyy hän todellisuudesta lisää. Vaiheiden
rajat ovat joustavia ja epätarkkoja. Vaiheina ovat malorientaatio, jossa
muistiasiakas on orientoitunut, mutta ei ole onnellinen. Toisessa vai-
heessa on ajan tajun hämärtyminen, älyllisen sekä loogisen ajattelukyvyyn
häviäminen. Kolmantena vaiheena toistuvat liikkeet, jossa liikkeet korvaa-
vat puheen. Neljäntenä sikiövaihe, jossa tapahtuu täydellinen vetäytymi-
nen sisäänpäin. (Feil 1998, 53.) Validaatio syntyi vastapainoksi siihen ai-
kaan vallassa olleelle hoitotavalle realiteettiorientaariolle, jonka tarkoi-
tuksena oli pitää muistiasiakas kaikin keinoin nykytodellisuudessa. (Pohja-
virta 2012, 26.)

Vanhustyön keskusliitto toi validaatio-menetelmän Suomeen 1980-luvun
lopulla. Tampereen kaupunkilähetystö ry kiinnostui validaatio-menetel-
mästä. Yhdistys toimi VTI:n kouluttajajäsenenä 1995-2005, jonka jälkeen
rekisteröi oman tavaramerkkinsä, Tunteva-toimintamallin. Tuntevan

avulla voitiin vapaasti kehittää validaatiota hoitohenkilökunnan ja muistiasiakkaiden tarpeisiin suomalaisessa hoitotyössä. (Pohjavirta 2012, 26.)

Muistiasiakkaan hoitoa tuetaan vahvistamalla identiteettiä ja omantunnonarvoa. Toimintamallia kutsutaan Tuntevaksi, joka on suomalainen vuorovaikutusmenetelmä. Muistiasiakas tarvitsee hoitohenkilökunnan tukea, jotta hän pystyy ilmaisemaan tunteitaan sekä tarpeitaan. Omanarvontunnon säilyttäminen antaa hänelle tunteen, että on sairaudesta huolimatta tärkeä ihminen. Vuorovaikutus liittyy identiteettiin, sillä identiteetti vahvistuu ja kehittyy sosiaalisissa suhteissa. Muistiasiakas tarvitsee tukea identiteetilleen. Tunteva-toimintamallin tarkoituksena on myötäelää muistiasiakkaan kanssa hänen tunteidensa tasolla sekä arvostaa hänen tunteitaan. Myötäelämisen lisäksi tarvitaan empatiakykyä eli kykyä asettua toisen ihmisen asemaan. (Pohjavirta 2012, 22.)

Itävaltalainen neurologi ja psykiatri Viktor E Franklin on kehittänyt logoterapian eli käsityksen ihmisestä ja ihmisenä olemisesta maailmassa. Logoterapeuttisessa ajattelussa oleellista on ihmisarvo sekä elämän tarkoitus. Logoterapian ajatukset nostavat esille elämän ainutkertaisuuden ja hoitohenkilökunnan voimaantumisen merkityksen. Muistiasiakkaan hoidossa logoterapia on tapa tehdä työtä tarkoituksen ja elämän merkityksellisyyden korostamisen avulla. Logoterapeuttisen ajattelun lähtökohdat ja muistiasiakkaan hyvän hoidon perusta ovat yhteydessä toisiinsa. Logoterapiassa ihmiskäsitys näkee muistiasiakkaassa kolme ulottuvuutta, jotka ovat fyysinen, psykososiaalinen ja henkinen. Ulottuvuudet vaikuttavat aina toisiinsa. (Laine & Heimonen 2013, 14-15.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, mitä on muistiasiakkaan laadukas hoito sekä millaista on muistiasiakkaan arvokas kohtaaminen hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa muistihoitotyön kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä on muistiasiakkaan laadukas hoito?
2. Millaista on muistiasiakkaan arvokas kohtaaminen hoitotyössä?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on etsiä vastauksia kysymyksiin, mitä ilmiöstä tiedetään ja mitkä ovat keskeiset käsitteet sekä niiden väliset suhteet. Tarkoituksena voi olla tutkia, millaista keskustelua aiheesta on ollut. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla aiheeseen voi löytää uusia tai erilaisia näkökulmia. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää monenlaisiin tarkoituksiin, kuten käsitteellisen ja teoreettisen kehyksen rakentamiseen, teorian kehittämiseen, ongelmien tunnistamiseen, ja tietyn alueen teorian ja tutkimuksen historiallisen kehyksen tarkasteluun. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikainen 2013, 294.) Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, koska tarkoituksena on saada ymmärtämiseen tähtäävä kuvaus muistiasiakkaan laadukkaasta hoidosta ja arvokkaasta kohtaamisesta hoitotyön näkökulmasta.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on neljä vaihetta, tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen sekä tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen asia on tutkimuskysymys, joka on kysymyksen muodossa. Aineiston valinnan tarkoituksena on löytää sellaista materiaalia, jota voidaan hyödyntää kirjallisuuskatsauksessa. Tutkimuskysymys ohjaa aineistokeruussa. Katsaukseen valittava aineisto on haettu eri tietokannoista ja manuaalisella haulla tieteellisistä julkaisuista. Aineistona on käytetty viimeaikaista tutkimustietoa. Tutkittavan ilmiön kuvailun rakentamisen tavoitteena on tutkimuskysymykseen vastaaminen sekä uusien johtopäätösten

tekeminen. Kuvailussa on yhdistetty ja analysoitu tietoa kriittisesti. Viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu, joka sisältää sisällöllisen sekä menetelmällisen pohdinnan ja eettisyyden sekä luotettavuuden tarkastelun. Lopuksi on tiivistetty ja koottu kirjallisuuskatsauksen johtopäätökset. (Kangasniemi ym. 2013, 294-297.)

6.2 Aineiston haku

Aineistoa haettiin Janet.finna.fi-järjestelmän kautta menemällä eri tietokantoihin. Suurimmaksi osaksi käytettiin Medic-tietokantaa, sekä Käypä hoito -suosituksia ja terveyskirjastoa. Tutkimuksia haettiin Cinahlista, Medicistä, Doriasta ja manuaalisella haulla. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat taulukoituna. (Taulukko 1.) Tiedonhausta tehtiin taulukko (Liite 1.) ja tutkimukset taulukoitiin (Liite 2.).

Taulukko 1 Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Näyttöön perustuvaa tietoa, vähintään Pro-Gradu tasoinen	Ei täytä kriteerejä
Saatavilla koko teksti ilmaisena	Koko tekstiä ei saatavilla ilmaisena
Suomeksi tai Englanniksi	Ei suomeksi tai englanniksi
Vuodesta 2005 eteenpäin	Ennen vuotta 2005 tehty tutkimus
Tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen	Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen

Tietoa haettiin suomeksi ja englanniksi eri hakusanoilla, jotka ovat liitettyinä tiedonhakuprosessi taulukkoon (Liite 1). Aikahaarukka on vuodesta 2005 eteenpäin. Tietokantojen lisäksi tietoa etsittiin manuaalisesti kirjoista ja eri internetlähteistä. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi: muistisairaat ihmiset, muistisairaudet, muistiasiakas, etiikka, eettisyys, muistisairaahan ihmisen hoito, kohtaaminen, kuntoutus, lääkehoito, sairaanhoitaja, dementia, laadukas hoito ja arvokas kohtaaminen.

6.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkasteltiin useassa vaiheessa: Ensin aineisto eriteltiin, jonka jälkeen etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroja. Lopuksi aineisto tiivistettiin. Sisällönanalyysi on niin sanottua tekstianalyysia, jossa tarkastellaan tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tekstit, joita tutkitaan, voivat olla esimerkiksi kirjoja, haastatteluita tai artikkeleita. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006.)

Aineisto analysoitiin kolmivaiheisessa prosessissa. Ensimmäinen vaihe oli aineiston redusointi eli pelkistäminen ja toinen vaihe oli aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä kolmantena abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämässä karsittiin ylimääräinen tieto aineistosta pois. Pelkistäminen oli aineiston tiivistämistä ja pilkkomista osiin. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Aineistosta kerätyt samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokaksi, jotka nimetään sitä kuvaavalla käsiteellä. Käsitteellistämässä edettiin alkuperäisen aineiston käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saatiin vastaus tutkimuskysymykseen yhdistelemällä löydettyjä käsitteitä. Tuloksissa kuvattiin muodostuneet teemat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112-113.)

Sisällönanalyysissa muodostettiin tiivis kuvaus ilmiöstä ja se satoi tulokset aihetta käsitteleviin muihin tutkimustuloksiin. Sisällönanalyysista puhutaan, kun tarkoitetaan sanallista tekstin sisällön kuvailua. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006.) Laadullisessa sisällönanalyysissa aineisto ensin pilkottiin pieniin osiin, tulkittiin ja lopuksi järjestettiin uudeksi kokonaisuudeksi (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006).

7 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, mitä on muistiasiakkaan laadukas hoito ja millaista on arvokas kohtaaminen hoitotyössä. Opinnäytetyön pääluokiksi syntyi muistiasiakkaan laadukasta hoitoa edistävät tekijät, muistiasiakkaan hoitoa vaikeuttavat tekijät, muistiasiakkaan arvokkaan kohtaamisen toteutuminen sekä muistiasiakkaan arvokkaan kohtaamisen haasteet.

7.1 Muistiasiakkaan laadukas hoito

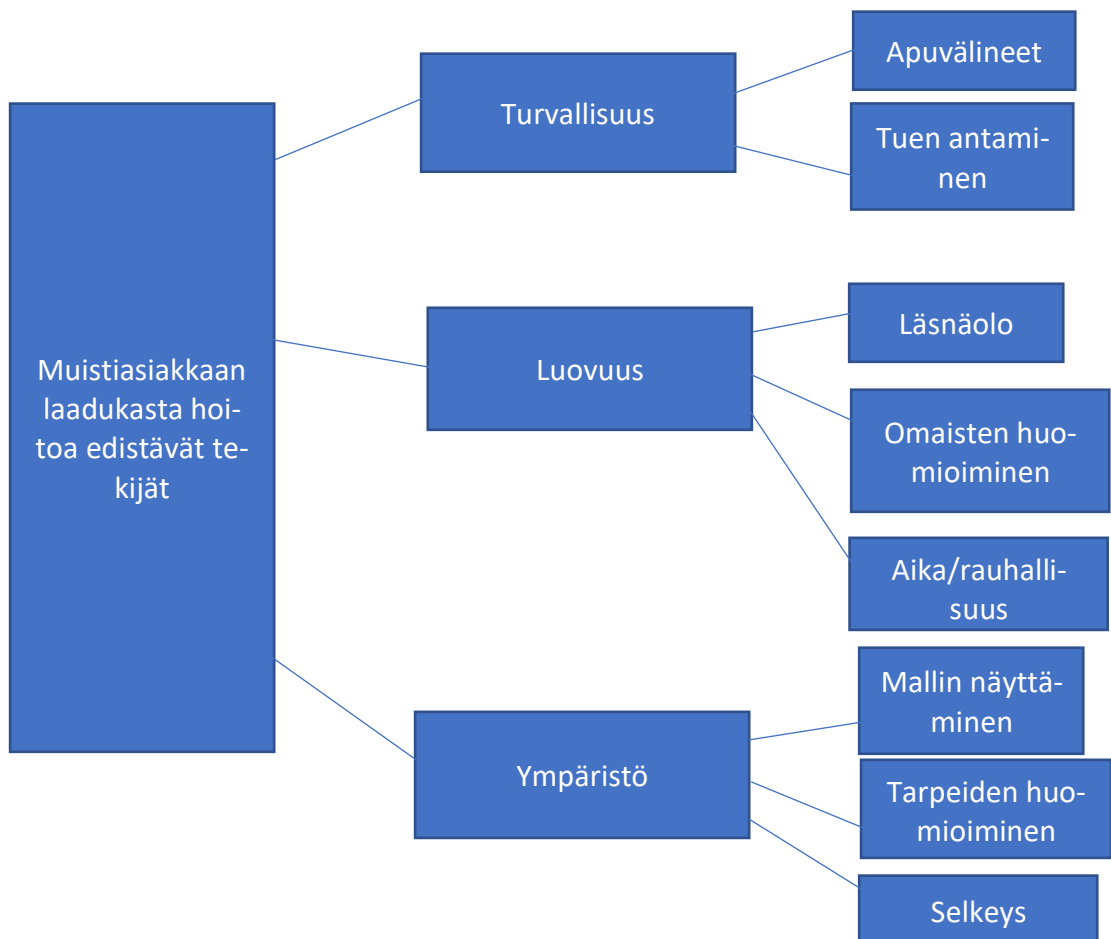
Laadukasta hoitoa edistävät tekijät

Hynnisen (2016, 48) tutkimuksessa muistiasiakkaan hoitoa edistävät tekijät on jaoteltu kuuteen kohtaan: Hoitomyönteisen ilmapiirin rakentamiseen, työparityöskentelyn käyttämiseen, hoitohenkilökunnan tukemiseen, ammatilliseen kohtamiseen, omaiseen muistiasiakkaan edunvalvojana sekä omaisen ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen. Hoitomyönteisen ilmapiirin rakentaminen oli osa muistiasiakkaan hoitotyötä. Hyvän ilmapiirin luomiseen käytettiin läsnäoloa ja koskettamista. Työparityöskentelyssä hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden välinen yhteistyö toi muistiasiakkaalle kokonaisvaltaisen hoidon. Hoitohenkilökuntaa tuettiin muistiasiakkaiden hoitotyössä jakamalla muistamattomat potilaat usealle hoitohenkilökunnan jäsenelle, jolloin kuormitus oli tasaisempaa. Ammatillisessa kohtamisessa jokainen muistiasiakas kohdattiin tasavertaisesti.

Muistiasiakkaan laadukasta hoitoa edistävä tekijä on muistiasiakkaan ja omaisten toiveiden huomiointi. (Hynninen 2016, 48-49.)

Hynnisen (2016, 57) tutkimuksessa käsiteltiin muistiasiakkaan hyvää hoitoa ja kuinka hoitohenkilökunta käytti luovuuttaan hoitotilanteissa, jolloin hoitotilanteet sujuivat paremmin (Kuvio 1.). Muistiasiakas rauhoittui, kun hoitohenkilökunnalla oli hänelle aikaa ja hän osallistui mukaan muistiasiakkaan kuvitelmiin. Omaisten läsnäolo usein rauhoitti tilannetta ja helpotti hoitohenkilökunnan työtä. Omaiset omalta osaltaan osallistuivat läheisensä hoitoon esimerkiksi syöttämällä. (Hynninen 2016, 57-58.)

Muistiasiakkaan avustustilanteissa tärkeää oli yhteisymmärrys. (Eloniemi-Sulkava 2011, 10.)



Kuvio 1 Muistiasiakkaan laadusta hoitoa edistävät tekijät

Tärkeänä osana muistiasiakkaan laadukasta hoitoa oli turvallisuus. Erilaiset apuvälineet kuten hälytysrannekkeet, tietokoneet, valvontakamerat ja paikannuslaitteet. Yleisimmin käytössä oli turvaranneke. Turvajärjestelmien opetteleminen oli hankalaa muistiasiakkaiden kanssa, koska he hukkasivat tavaroita ja uuden oppiminen oli haastavaa. (Ojala 2018, 58.)

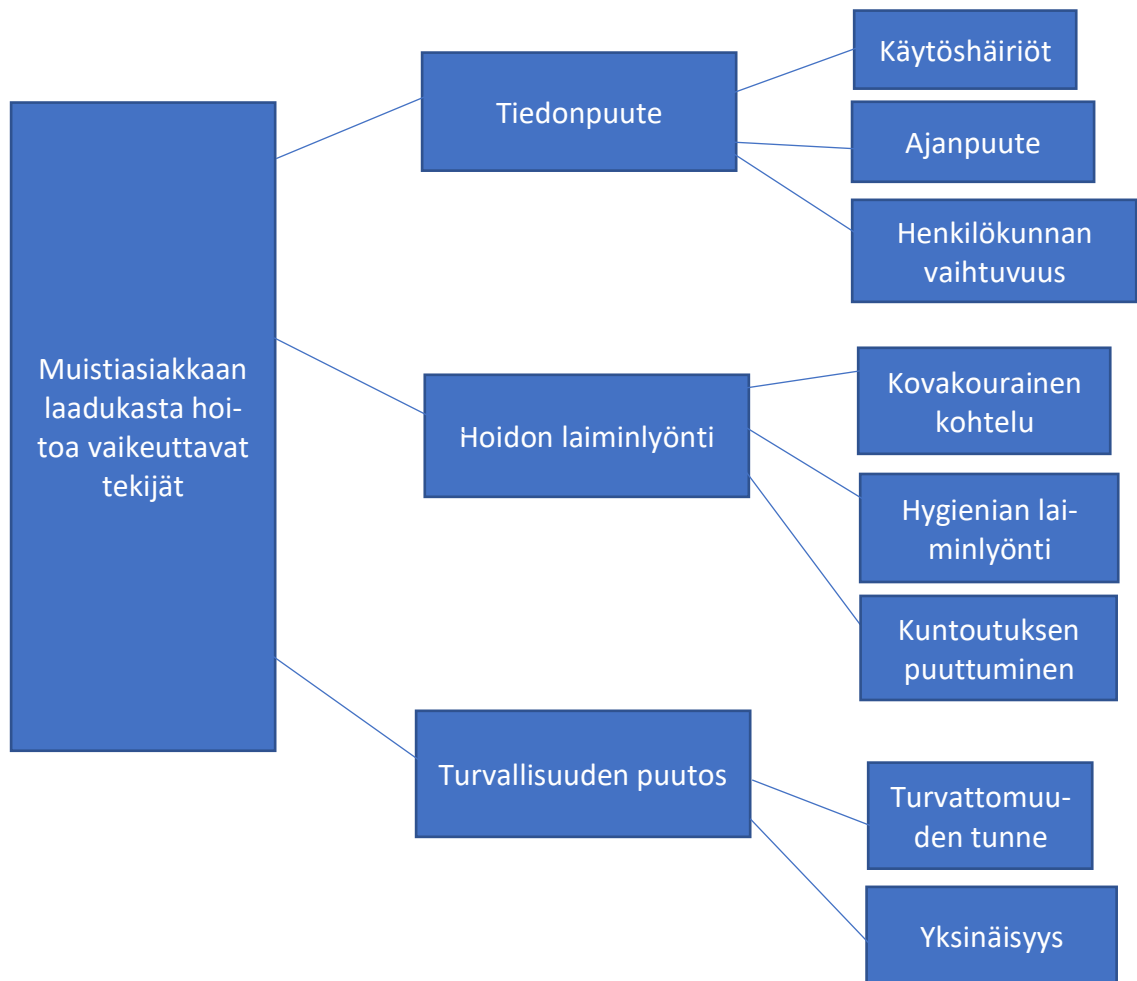
Muistiasiakkaille luotiin turvallinen ympäristö sijoittamalla sänky yhden hengen huoneeseen tai rauhalliseen tilaan. Osasto-oloissa ovi laitettiin yöksi lukkoon ja hoitohenkilökunnalle ilmoitettiin, kun muistiasiakas on osastolla. Silloin varauduttiin mahdolliseen karkaamiseen tai liikuskeluun käytävillä. (Hynninen 2016, 47.) Laadukkaan hoidon takaamiseksi oli tärkeää, että terveydenhuolto antaa tukea hoitokodeille muistiasiakkaiden hoidossa. (Harrison Dening & Hibberd 2016, 201).

Ympäristön selkeys, valon määrä ja värikontrastit helpottivat muistiasiakkaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Tavoitteellinen toiminta ei jokaisessa tilanteessa onnistunut. Muistiasiakkaan kohtaaminen, hänen tarpeidensa huomioiminen sekä arvostuksen saaminen voivat auttaa toiminnan onnistumisessa. Muistiasiakkaalle ympäristön tulee olla selkeä, mutta ei steriili. Ympäristössä tulee olla virikkeitä ja kohtia, joihin muistiasiakas voi pysähtyä. Mallin näyttäminen helpotti muistiasiakkaan suoriutumista erilaisista tehtävistä. (Eloniemi-Sulkava 2011, 10.)

Laadukasta hoitoa vaikeuttavat tekijät

Hoitohenkilökunnan tiedonpuute muistiasiakkaan hoitotyöstä vaikeutti hoitotilanteita. Usein suurimpina ongelmina koettiin muistiasiakkaan käytösoireiden lisääntyminen. Hoitohenkilökunta koki, että ei ole valmiuksia hoitaa ikääntyvää muistiasiakasta. Työtä pidettiin fyysisesti ja henkisesti raskaana. Ajanpuutteen takia hoitohenkilökunta ei voinut antaa muistiasiakkaille niin hyvää hoitoa kuin olisivat halunneet. (Hynninen 2016, 58-59.) Laadukkaan hoidon tarjoamisessa haasteina pidettiin hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden lisääntymistä ja lääkinnällisen tuen puutosta (Harrison Dening & Hibberd 2016, 201).

Hynnisen (2010, 49) tutkimuksessa muistiasiakkaan hoitoa vaikeuttavat tekijät jaettiin seitsemään kohtaan: Hoitohenkilökunnan uupumiseen johdettavaan osaamisvajeeseen, hajautettuun kokonaihoiton vastuuseen, potilaan ja omaisen ulkopuolisuuden tunteeseen, ristiriitaan rajoitteiden käytöstä, hoitohenkilökunnan kiireeseen, puutteelliseen kivun hoitoon sekä omaisen uupumiseen.



Kuvio 2 Muistiasiakkaan laadukasta hoitoa vaikeuttavat tekijät

Laadukasta hoitoa vaikeutti hoitohenkilökunnan kovakourainen kohtelu ja voimankäytön esiintyminen hoitotilanteissa (Sipiläinen 2016, 51). Laadukkaaseen hoitoon kuuluu hyvä intiimihygienia, joka Sipiläisen (2016, 53) tutkimuksessa tuli esille. Intiimihygienia ei toteudu kunnolla jätettäessä hampaiden harjaus ja parranajo tekemättä. Hoitohenkilökunnasta 80 prosenttia oli sitä mieltä, että suun hoidon laiminlyömistä oli ilmennyt

vuoden aikana. Tutkimuksen mukaan esiintyi sovitun hoidon laiminlyömistä tai tultiin hoitamaan liian myöhään. Hyvä lääkehoito oli osa muistiasiakkaan hoitoa ja tutkimuksessa oltiin huolissaan, kun lääkkeitä annettiin liikaa tai liian vähän. (Sipiläinen 2016, 53-54.)

Muistiasiakkaiden kaltoinkohtelua esiintyi myös kuntouttamisen laiminlyömisenä (Kuvio 2.). Muistiasiakasta ei viety välttämättä vessaan, vaikka sinne olisi ollut asiaa. Häntä saatettiin makuuttaa sängyssä, vaikka mahdollisuus olisi nostaa istumaan. (Sipiläinen 2016, 54.)

Muistiasiakkaan asumiseen liittyi turvallisuusriskejä, kun hän ei tiedä enää asuvansa kotona. Yksinäisyys voi ahdistaa ja laskea elämänlaatua. Yksinäisyys voi aiheuttaa turvattomuuden tunnetta ja sen takia muistiasiakas saattoi lähteä ulos kodistaan. Turvatekniikka ei korvaa ihmistä eikä pelkät kotihoidon käynnit muistiasiakkaan luona riitä. Hoitotilanteissa kiinnitettiin enemmän huomiota kirjaamiseen ja tekniikan käyttöön kuin itse muistiasiakkaaseen. (Ojala 2018, 37-38.)

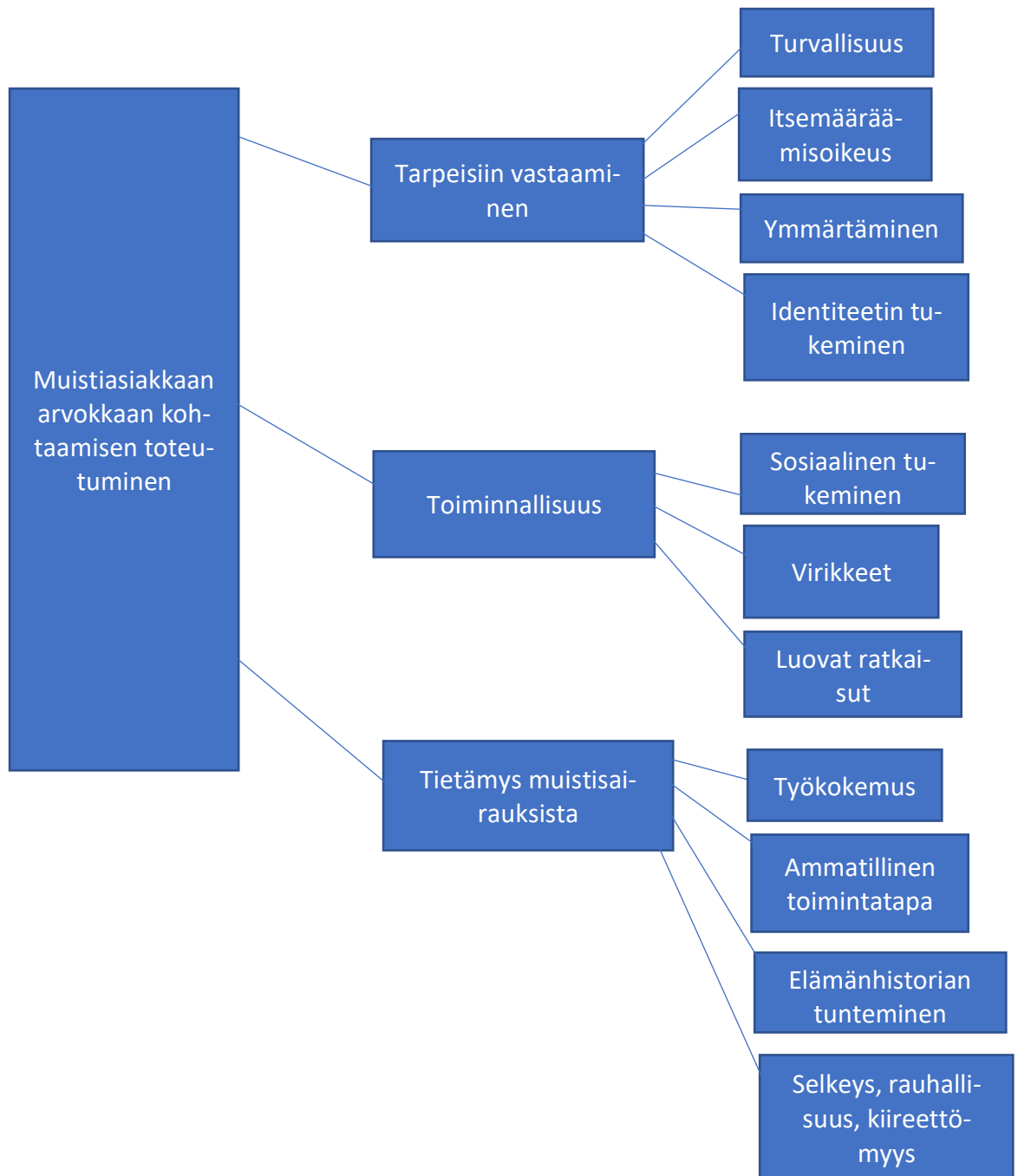
7.2 Muistiasiakkaan arvokas kohtaaminen

Muistiasiakkaan arvokkaan kohtaamisen toteutuminen

Muistiasiakkaan arvokkaassa kohtaamisessa vastattiin sen hetkisiin tarpeisiin. Muistiasiakkaalle se yleensä tarkoitti turvallisuuden ja identiteetin tukemista. Hänen puheeseensa heittäytyminen oli arvostavaa kohtaamista. Se antoi ymmärrystä muistiasiakkaan ajatuksenkulusta ja kokemuksista. Yhteistyö muistiasiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä voi helpotua, kun ymmärretään muistiasiakkaan sen hetkinen tarve. (Eloniemi-Sulkava 2011, 10.)

Myös Saarnion ja Istolan (2010, 329) tutkimuksessa hoitohenkilökunta meni mukaan muistiasiakkaan ajatusmaailmaan. Tilanteiden jälkeen vastaajien mielestä oli tärkeää tuoda muistiasiakas takaisin nykyhetkeen eikä

antaa elää menneessä. Hankalista tilanteista yritettiin johdatella pois joko puheen tai toiminnan avulla. (Saarnio & Istola 2010, 329.)



Kuvio 3 Muistiasiakkaan arvokkaan kohtaamisen toteutuminen

Hoitohenkilökunnan selkeys, rauhallisuus ja kiireettömyys auttoivat yhteisymmärryksen syntymisessä (Kuvio 3.). Sanaton viestintä ja vähäinen puhe olivat tärkeässä osassa sen luomisessa. Arvostava ja turvallinen ilmapiiri edesauttoivat yhteisymmärryksen syntymisessä. (Eloniemi-Sulkava

2011, 10.) Yhteistyö muistiasiakkaan kanssa toteutui paremmin, kun hoitohenkilökunta kuunteli muistiasiakkaan toiveita ja tarpeita. Kuunteleminen oli tärkeää, vaikka tarpeet ja toiveet tuntuivat vaikeasti ymmärrettäviltä tai järjettömiltä. (Eloniemi-Sulkava 2011, 9.)

Myös Saarnion ja Istolan (2010, 329) tutkimuksesta tuli esiin, että haasteellisista tilanteista selvittiin, kun annettiin muistiasiakkaalle oikeus tunteisiin ja hyväksyttiin hänen tarpeensa. Ihmisarvoa kunnioitettiin järjestämällä vapautuntune antamalla muistiasiakkaan kävellä aulassa. Itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin, jolloin muistiasiakas sai valita, miten asiat tehdään. Hänelle saatettiin antaa vaihtoehtoja ja näistä tuli valita mieluisin. (Saarnio & Istola 2010, 329.) Ammatillinen toimintatapa näkyi hoitohenkilökunnan toiminnallisuuden hyödyntämisessä, vuorovaikutustaidoissa, muistiasiakkaan perustarpeiden huolehtimisessa, validaatiomenetelmän käyttämisessä sekä ympäristön muokkaamisessa muistiasiakkaalle sopivaksi. Vuorovaikutustilanteissa puhuteltiin muistiasiakasta hänen nimellään. (Saarnio & Istola 2010, 329.)

Hoitohenkilökunta käytti toiminnallista tapaa muistiasiakkaiden kanssa hankalissa tilanteissa kuten laulua tai ulkoilua. Muistiasiakas otettiin mukaan tiskaamaan tai ruuanlaittoon. Sosiaaliseen tukeminen liittyi toiminnalliseen tapaan, viemällä muistiasiakas yhteiseen virikehetkeen, jossa oli muitakin. (Istola & Saarnio 2010, 329.)

Arvokkaan kohtaamisen edellytyksiä oli työntekijän tietämys muistisairauksista, työkokemus ja muistiasiakkaan elämänhistorian tunteminen. Hoitajien pysyvyys samalla osastolla edesauttoi muistiasiakkaan arvokkaassa kohtaamisessa. (Saarnio & Istola 2010, 330.)

Muistiasiakkaan käyttäytyessä haastavasti 59 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että osaisivat toimia tilanteissa ilman fyysisiä rajoitteita. Muistiasiakkaan huomion kiinnittämistä muuhun olisi kokeillut 57 prosenttia ja kipulääkkeen antamista olisi kokeillut 59 prosenttia vastaajista. Pitkään terveydenhuoltoalalla olleet kokivat pärjäävänsä muistiasiakkaan

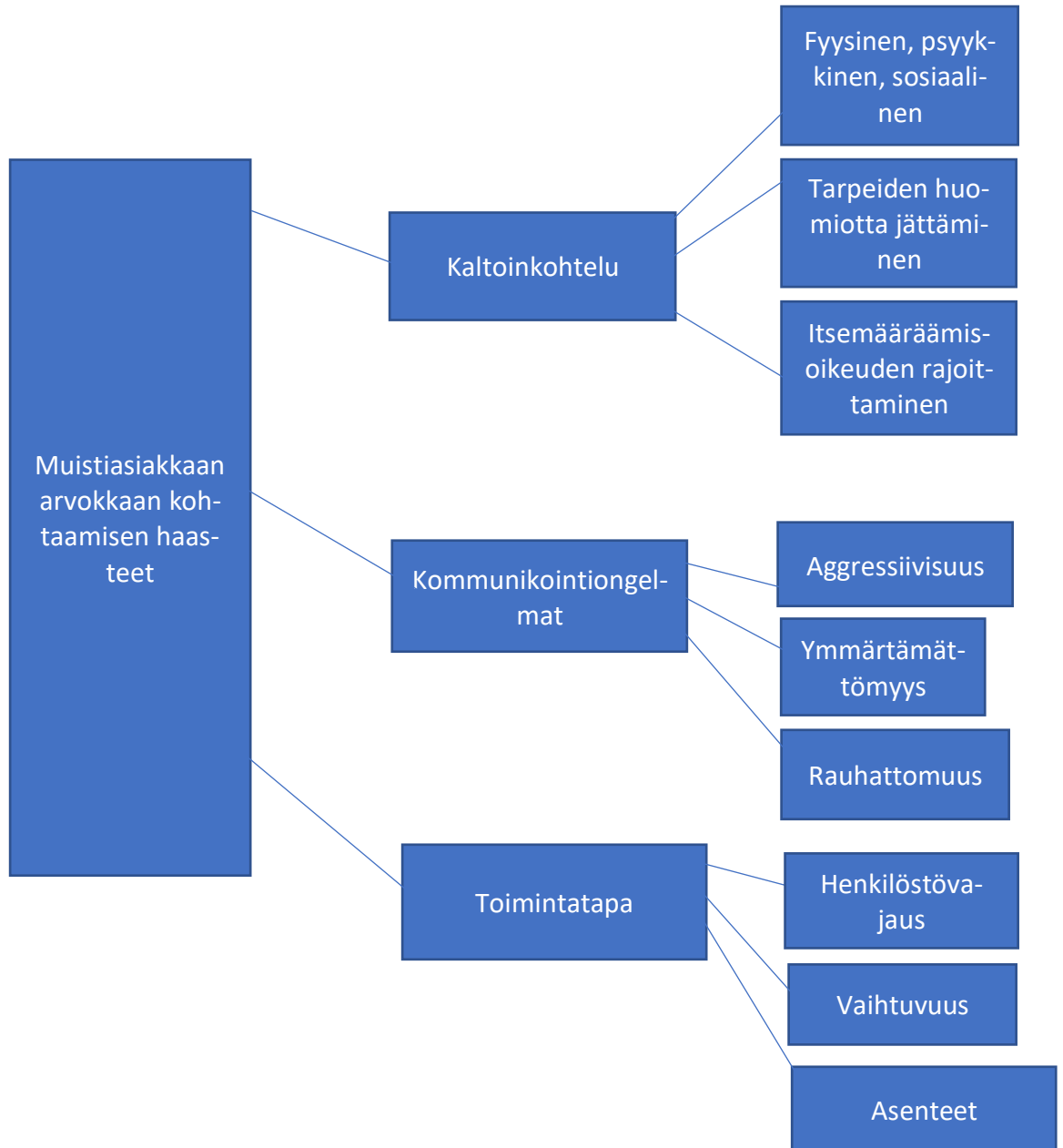
käyttöoireiden kanssa ilman rajoittamista kuuntelemalla sekä olemalla läsnä. (Hynninen 2016, 52.)

Muistiasiakkaan arvokkaan kohtaamisen haasteet

Sipiläinen (2016, 48) on tutkinut, että hoitohenkilökunta jätti yleisimmin potilaiden pyynnöt ja toiveet huomioimatta. Vastaajista 85 prosenttia oli huomannut tätä tapahtuvan viimeisen vuoden aikana. Kaltoinkohtelua oli niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalista. Laiminlyömistä tapahtui itsemääräämisoikeuden rajoittamisena, sanallisena kaltoinkohteluna, huomiotta jättämisenä sekä hoitohenkilökunnan loukkaavana käytöksenä. Epäkunnioittavaa puhetta oli havainnut yli 70 prosenttia vastanneista. (Sipiläinen 2016, 48-49.)

Hoitohenkilökunta teki päätöksiä muistiasiakkaan puolesta, jolloin itsemääräämisoikeutta ei kunnioitettu. Omaisten toiveita toteutettiin, vaikka se olisi ollut vastoin muistiasiakkaan omaa tahtoa ja hoitohenkilökunta oli ajatellut, ettei se ole hyväksi muistiasiakkaalle. Muistiasiakkaita saatettiin eristää muista eikä päästetty muiden kanssa yhteisiin tilaisuuksiin. (Sipiläinen 2016, 48-49.)

Muistiasiakkaan kommunikaatio-ongelmat voivat aiheuttaa vetäytymistä sosiaalisista suhteista. Muistiasiakkaan sairastuessa hänellä voi olla ongelmia kertoa hoitohenkilökunnalle vaivoistaan tai ongelmistaan. Hänen käytöksensä voi muuttua aggressiiviseksi tai rauhattomaksi, kun hoitohenkilökunta ei ymmärtänyt muistiasiakkaan hätää (Kuvio 4.). Hoitohenkilökunta osasi tunnistaa näitä oireita hyvin ja osasi omasta mielestään toimia tällaisissa tilanteissa. (Ojala 2018, 44.)



Kuvio 4 Muistiasiakkaan arvokkaan kohtaamisen haasteet

Hoitohenkilökunnan toimintatapa kuten kärsimättömyys tai muistiasiakkaan aliarvioiminen saattoivat aiheuttaa hankalia tilanteita. Hoitohenkilökunnan vähäinen määrä tai vaihtuvuus vaikeuttivat muistiasiakkaan käyttäytymistä. (Saarnio & Istola 2010, 331.) Muistiasiakkaan turhautuminen tai turvattomuuden tunne aiheutti haasteellista käyttäytymistä, mikä

osaltaan vaikutti siihen, että arvokas kohtaaminen ei toteudu (Saarnio & Istola 2010, 330).

Hoitohenkilökunnan asenteet näkyivät hoitotyössä. Asenteet olivat kaava-
maisista, liukuhihnamaisista tai rutiininomaisista hoitotyötä tehdessä. Hoito-
henkilökunta kaltoinkohteli muistiasiakkaita, sillä heidän arvonsa ja asen-
teensa olivat kielteisiä muistiasiakkaita ja muistihoitotyötä kohtaan. (Hyn-
ninen 2016, 70.)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä on muistiasiakkaan laadukas hoito ja miten sairaanhoitaja kohtaa arvok-
kaasti muistiasiakkaan hoitotyössä. Kirjallisuuskatsaus koostui viidestä
suomenkielisestä tutkimuksesta ja yhdestä englanninkielisestä. Suomen-
kielisten tutkimusten valintaan vaikutti halu keskittyä suomalaiseen toi-
mintamalliin muistiasiakkaan hoidossa ja kohtaamisessa. Tulokset olivat
pääosin ennako-oletusten mukaisia.

Tuloksista voitiin päätellä, että muistiasiakkaan laadukas hoito ja arvokas
kohtaaminen koostui osatekijöistä, jolloin osatekijät yhdessä luovat koko-
naisuuden. Muistihoitotyössä on toistaiseksi puutteita, vaikka osa asioista
on hyvinkin. Muistiasiakkaan laadukkaaseen hoitoon ja arvokkaaseen koh-
taamiseen tulee kiinnittää huomiota.

Muistiasiakkaan laadukkaaseen hoitoon vaikuttivat turvallisuus, hoitohen-
kilökunnan luovuus hoitotilanteissa sekä millaisessa ympäristössä muisti-
asiakas elää. Laadukkaassa hoidossa otetaan huomioon turvallisuus, luo-
vuus ja ympäristö. Jokainen teema oli osallisena laadukkaan hoidon toteu-
tumiseen. Laadukas hoito oli muistiasiakkaasta huolehtimista kokonaisval-
taisesti. Hynnisen (2016, 57) väitöskirjassa kerrotaan muistiasiakkaan hy-
västä hoidosta ja kuinka hoitajat käyttävät luovuuttaan hoitotilanteissa,

jolloin hoitotilanteet sujuvat paremmin. Toisaalta myös samat asiat saattoivat vaikeuttaa hoitoa. Hoitajien tiedonpuute muistisairauksista, hoidon laiminlyöminen ja turvallisuuden puutos vaikeuttivat laadukkaasti hoidon toteuttamista.

Muistiasiakkaan arvokkaaseen kohtaamiseen vaikutti tarpeisiin ja toiveisiin vastaaminen, toiminnallisuuden tukeminen ja tietämys muistisairauksista sekä työkokemuksen merkitys kohtaamisessa. Muistiasiakkaan arvokkaassa kohtaamisessa vastattiin sen hetkisiin tarpeisiin (Eloniemi-Sulkava 2011, 10). Muistiasiakkaan annettiin näyttää tunteet ja hänen tarpeitaan kuunneltiin. Ihmisarvon kunnioittaminen kuului arvokkaaseen kohtaamiseen. Hoitohenkilökunta toimi ammatillisesti ja vuorovaikutuksessa muistiasiakkaan kanssa, jolloin muistiasiakas sai arvokkaan kohtaamisen.

Laiminlyömistä tapahtui itsemääräämisoikeuden rajoittamisena, sanallisenä kaltoinkohteluna, huomiotta jättämisenä sekä hoitohenkilökunnan loukkaavana käytöksenä. Epäkunnioittavaa puhetta oli havainnut yli 70 prosenttia vastanneista. (Sipiläinen 2016, 48-49.) Vielä nykyaikana on järkyttävää lukea tutkimuksia muistiasiakkaiden kaltoinkohtelusta. Jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva on halunnut työllistyä sosiaali- ja terveysalalle. Voisi kuvitella hoitohenkilökunnan arvostavan jokaista ihmistä niin muistiasiakasta kuin pientä lasta. Opinnäytetyön tuloksista huomattiin, että kaltoinkohtelua eri muodoissa esiintyi edelleen, joka on järkyttävää muistiasiakkaiden hoidon sekä kohtaamisen kannalta. Laadukasta hoitoa vaikeutti hoitohenkilökunnan kovakourainen kohtelu ja voimankäytön esiintyminen hoitotilanteissa. (Sipiläinen 2016, 51). Tulevana sairaanhoitajana tuntuu pahalta ajatella, että voimankäyttöä esiintyy hoitotyössä. Jokainen ihminen iästä ja sairauksista riippumatta tulisi kohdata arvokkaana ja heillä kaikilla oikeus laadukkaaseen hoitoon ja arvokkaaseen kohtaamiseen. Opinnäytetyötä tehdessä tuli esiin epäkohtia muistiasiakkaan hoidossa sekä kohtaamisessa. Epäkohtiin puuttuminen lisää laadukasta hoitoa ja arvokasta kohtaamista.

Muistiasiakkaan hoitoon ja kohtaamiseen tarvitaan erikoisosaamista. Kauemmin työelämässä ollut hoitohenkilökunta koki osaavansa käsitellä muistiasiakkaita paremmin. Työkokemus ja tieto muistisairauksista auttaa toimimaan heidän kanssaan. Pitkään terveydenhuoltoalalla olleet kokivat pärjäävänsä muistiasiakkaan käytösoireiden kanssa ilman rajoittamista ja kuuntelivat sekä olivat läsnä. (Hynninen 2016, 52).

Muistiasiakkaan laadukas hoito ja arvokas kohtaaminen oli kokonaisvaltaista huomioimista. Hoito sekä kohtaaminen liittyivät toisiinsa. Hoidon ollessa huonoa voitiin olettaa kohtaamisessa olevan parantamisen varaa. Hoitohenkilökunta kohtaa muistiasiakkaan tasavertaisena ihmisenä ja aikuisena, jolla on itsemääräämisoikeus, tunteet ja toiveet sekä vastaa hänen tarpeisiinsa. Muistiasiakkaan arvostus ja kunnioitus saa aikaan laadukkaan hoidon ja arvokkaan kohtaamisen.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikka antaa käsityksen hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä. Se koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista. Etiikka ohjaa valintojen tekemisessä ja auttaa arvioimaan omaa sekä toisten tekemistä. Valmiita ratkaisuja se ei anna. Eettiset ohjeet terveydenhuollon ammattilaisille perustuvat yhteisiin arvoihin, joita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen sekä terveyden edistäminen. Lainsäädäntö perustuu eettisiin säädöksiin ja arvoihin. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001.)

Opinnäytetyön tein eettisesti hyväksyttävästi ja luotettavasti, kun sen tekovaiheessa noudatin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämiä tapoja. Opinnäytetyötä tehdessä noudatin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Käytetyt lähteet merkitsin työhön asianmukaisesti lähdeviittauksilla, jolloin alkuperäiset tutkijat saavat ansaitsemansa arvostuksen. Opinnäytetyön suunnittelin,

toteutin sekä raportoin eettisten periaatteiden mukaisesti. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6.)

Tutkimusetiikkaa noudattaessa otin huomioon raportoinnin oikeudenmukaisuuden, tasavertaisuuden ja rehellisyyden. Työn luotettavuuden kannalta tärkeimmät asiat ovat aineiston valinta ja selkeästi esitelty tutkimuskysymys sekä teoreettinen perustelu. Aineiston perusteiden kuvaus on keskeistä luotettavuuden arvioinnin kannalta. Analysoidut tutkimukset liitin teoreettiseen taustaan, joka lisää luotettavuutta. (Kangasniemi yms. 2013, 297-298.)

Luotettavuuteen vaikuttavat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys, siirrettävyys. Uskottavuus on luotettavuutta, jonka tekijöitä on totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalisuus. Vahvistettavuudessa eri tekniikoiden avulla saadaan varmuus tutkimuksen totuusarvosta ja sovellettavuudesta. Siirrettävyydessä tulokset voidaan siirtää toiseen kontekstiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139.) Reflektiivisyydessä analysoidaan kriittisesti omaa toimintaa (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006).

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavat käytetyt lähteet. Lähteitä tarkastelin kriittisesti ja lähdeviittaukset merkitsin asianmukaisesti. Opinnäytetyössä käytin korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia, jotta luotettavuus säilyy. Yksi työhön valitun tutkimuksen ensimmäinen osa on tehty jo vuonna 2004, mutta tulokset ovat samanlaisia kuin muissakin lähteissä ja tutkimus on julkaistu vuonna 2010. Yhtenä tutkimuksena käytin englannin kielistä lähdettä ja sen kääntämisessä olin tarkka, jotta tieto ei muutu kääntövaiheessa.

8.3 Jatkotutkimusehdotus

Jatkotutkimusehdotuksena on muistiasiakkaan hoito ja kohtaaminen omaisten sekä lähipiirin näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä kiinnitin huomiota hoitohenkilökunnan rooliin, joten omaisten näkökulmasta

tarkasteltuna tehdystä tutkimuksesta saisi mukaan laajemman näkökulman. Tutkimuksessa voi vertailla, millaisena hoitohenkilökunta kokee laadukkaan hoidon ja arvokkaan kohtaamisen verrattuna omaisiin ja lähipiiriin.

Lähteet

- Atula, S. 2015a. Vaskulaarinen dementia. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.11.2018. (https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106) Janet.finna.fi
- Atula,S. 2015b. Lewyn kappale -tauti. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.12.2018. (https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105)
- Dening Harrison, K. & Hibberd, P. 2016. Exploring the community nurse role in family-centred care for patients with dementia. Exploring the community nurse role in family-centred care for patients with dementia, Vol 21, No 4.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2011. Muistisairaahan ihmisen tarvelähtöinen kokonaisuus. Memo 4/2011. Suomen muistiasiantuntijat.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen H. 2015. Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino.
- Feil, N. 1998. Validaatio menetelmä. Muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Duodecim. Tallinna: Printon.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21. painos. Helsinki: Tammi.
- Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 6.1.2020. (<http://julkika oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>)
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 5.1.2020 (http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.)
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 2013 25 (4). Janet.finna.fi: Medic
- Laine, M. & Heimonen, S. 2013. Mahdollisuuksien matka. Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaahan ihmisen hoidossa. 3. painos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Muistisairaahan hyvä arki. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen. Viitattu 4.9.2019. (<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/muistisairaahan-hyva-arki>)

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkirilehti Duodecim, 2017. (Viitattu 26.11.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi finna.janet.fi: Medic

Muistisairauksien yleisyys. 2018. Kansantaudit; muistisairaudet. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 11.12.2018 (<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>)

Ojala, T. 2017. Iäkkäiden ja muistisairaiden arjen turvallisuus. Suomen pelastusalan keskusjärjestö. Viitattu 6.1.2020. (<http://www.spek.fi/loader.aspx?id=9febe6fa-5b2e-432b-bcc1-8839cf82b188>)

Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveyden tutkimuksia. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 27.11.2018. (<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/39607/Tutkimuksia125.pdf?sequence>)

Pohjavirta, H. 2012. Onko tänään eilen. Tunteva-opas muistisairaita hoitaville. Tampereen kaupunkilähetystö. Tampere: Tammerprint.

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.1.2020. (<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>)

Remes, A., Haanpää, R., Suhonen, N., Junttila, A. & Solje, E. 2018. Otsalohkodementia - salakavala muistisairaus. Lääkirilehti. Viitattu 26.11.2018. (<https://www.laakarilehti.fi/ezproxy.jamk.fi:2443/tieteessa/katsausartikkeli/otsalohkodementia-ndash-salakavala-muistisairaus/>) Janet.finna.fi: Medic

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia 04/2010. Sipiläinen, H. 2016. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 6.1.2020. (https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2132-1/urn_isbn_978-952-61-2132-1.pdf)

Suhonen, J. & Martikainen, K. 2012. Parkinsonin taudin muistisairaus. Tietoa sairastuneille, läheisille, hoitohenkilökunnalle Parkinsonin tautiin liittyvistä tiedonkäsittelyongelmista. Novartis Finland. Viitattu 20.11.2018. (https://www.parkinson.fi/sites/default/files/Parkinsonin_taudin_%20muistisairaus_web12_0.pdf)

Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T. 2011; 127(11):1107-16 Muistipotilaan hoitoketju. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 4.9.2019 (<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/11/duo99577>)

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.12.2018. (<https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf.pdf>)

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

Liitteet

Liite 1 Tiedonhakuprosessi

Hakukone ja haun päivämäärä	MEDIC 6.1.2020	MEDIC 6.1.20120	Doria 6.1.2020	Cinahl 6.1.2020
Hakulauseke	Muistisairas and hoito	Muistisairaus	Dementia	Care for de- mentia pa- tients
Hakukriteerit	"Koko teksti", "2005-2020", "Kaikki kielet", "Kaikki julkai- sutyypit"	"Koko teksti", 2010-2020", "Suomeksi", "Kaikki Julkai- sutyypit"	"2000- 2020"	Apply equivalent subjects", "Full text", "2015- 2020", "Eng- lish", "Case study"
Hakutuloksia sisään- ottokriteerien jäl- keen	2	146	147	4
Otsikon perusteella valitut	1	7	2	2
Tiivistelmän perus- teella valitut	1	3	1	2
Koko tekstin perus- teella valitut	1	1	1	1
Yhteensä	1	1	1	1
Manuaalisella haulla lisätty 2 tutkimusta				
Yhteensä	6			

Liite 2 Tutkimukset taulukoituna

Tutkimuksen nimi	Tekijä(t), Vuosi, Paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Keskeiset tulokset
Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla	Hynninen Nina, 2016, Oulu.	Kuvata ja selittää muistisairaahan potilaan hoitotyötä kirurgisella vuodeosastolla hoitohenkilökunnan, lääkäreiden, omaisten ja potilaiden näkökulmasta.	Kahdessa vaiheessa toteutettu tutkimus: kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Muistisairaahan potilaat (n=7), Omaiset (n=5), Hoitohenkilökunta (n=19), Lääkäreitä (n=9).	Muistisairaahan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen avuntarpeen vastaamiseen tarvitaan enemmän aikaa ja henkilöstöresursseja.
Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisten hoidon yksiköissä	Sipiläinen Heidi, 2016, Kuopio.	Vanhusten kaltoinkohtelun ilmenemisen ympärivuorokautisessa hoidossa hoitohenkilökunnan arvioimana. Selvitää kaltoinkohtelun ilmenemisen tekijöitä.	Kyselytutkimus. Kyselyyn vastasi 697 ympärivuorokautisessa hoidossa työskentelevää, 50 eri yksiköstä. (Vastausprosentti 41).	Yleisimmät kaltoinkohtelun muodot olivat psyykkinen ja sosiaalinen. Muistisairaahan vanhukset alttiimpia kaltoinkohtelulle. Kaltoinkohtelun ilmenemiseen vaikutti työympäristö, suuri yksikkö, kaltoinkohteluun liittyvän ohjeistuksen puuttuminen.
Muistisairaahan ihmisen tarvelähtöinen kokonaisuus	Eloniemi-Sulkava Ulla, 2011, Helsingin yliopisto.	Kuvataan muistisairaahan ihmisen tarpeita ja toiveita.	Katsausartikkeli.	Hyvässä kohtamisessa vastataan muistisairaahan sen hetkisiin tarpeisiin.

<p>Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta</p>	<p>Saarnio Reetta, Is-tola Arja, 2011, Suomi.</p>	<p>Selvittää tilanne, jossa on onnistuneesti kohdattu dementoitunut potilas, hoitohenkilökunnan näkökulmasta.</p>	<p>Artikkeli, kyselytutkimus. 339 hoitajaa vuonna 2004 ja 114 hoitajaa vuonna 2009.</p>	<p>Hoitajat kokevat onnistuvansa hoitotilanteissa hyödyntämällä persoonallista, intuitiivista, eettistä ja ammatillista toimintatapa. Pysyvä työ samalla osastolla tukee mahdollisuutta onnistua dementoituneen potilaan vuoro-vaikutus-tilanteessa.</p>
<p>lääkäiden ja muistisairaiden arjen turvallisuus</p>	<p>Ojala Tarja, 2018, Suomi.</p>	<p>Tuottaa tietoa erityisryhmien asumisen turvallisuuden parantamiseksi. Tavoitteena oli kuvata muistisairaiden arjen ja kotona asumisen turvallisuuteen liittyvää ongelma-kenttää, turvallisuutta, turvallisuudentunnetta, riskejä sekä turvallisuuden parantamiseksi käytettävissä olevia työkaluja.</p>	<p>Laadullinen, kuvaileva analyysi. Hanke. Kahdeksan haastattelua, kaksi muistisairaiden ryhmähaastattelua. Kuusi ammattilaisten asiantuntijoiden haastattelua.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan muistisairailta ja ikäänntyneillä henkilöillä on mielenkiintoa ja halua, mutta vaihteleva kyky ja tahto toimia oman turvallisuutensa varmistamiseksi. Omaisilla on sama halu, mutta rajalliset voimavarat.</p>
<p>Exploring the community nurse role in family-centred care for patients with dementia</p>	<p>Karen Harrison Dening, Penny Hibberd, 2016, Englanti.</p>	<p>Sairaanhoitajan rooli muistisaira-an omaishoitajan tukemisessa.</p>	<p>Tarkkailututkimus. Osallistujat 3 muistisairasta ja heidän omais-tansa.</p>	<p>Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli muistisaira-an ja hänen omaishoitajansa tukena, hoidon suunnittelussa, omaishoitajan jaksamisen huomioimisessa ja ohjauksessa.</p>