

Muistisairaan asukkaan siirtymävaihe tehostettuun palveluasumiseen

Mirva Linnanen

Opinnäytetyö

Marraskuu 2020

Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (ylempi AMK), johtaminen ja kehittäminen

Tekijä(t) Linnanen, Mirva	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä marraskuu 2020
	Sivumäärä 62	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Muistisairaahan asukkaan siirtymävaihe tehostettuun palveluasumiseen		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysala, Sairaanhoidtaja (YAMK), johtaminen ja kehittäminen		
Työn ohjaaja(t) Riitta Räsänen, Irmeli Matilainen		
Toimeksiantaja(t) Yksityinen hoivakoti X		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Lähitulevaisuuden Suomessa iäkkäiden henkilöiden määrä kasvaa huomattavasti. Myös muistisairaita ihmisiä on entistä enemmän korkeamman eliniän ennusteen myötä ja myös hoitopaikkojen tarve kasvaa ikääntymisen ja muistisairaiden yleistymisen vuoksi. Ikääntyneen muistisairaahan ihmisen siirtyminen hoitokotiin on iso muutos hänen elämässään vaikuttaen moneen osa-alueeseen. Onnistuakseen siirtymävaihe tarvitsee laajaalaista huomiointia eri osa-alueilla. Nämä osa-alueet ovat siirtymävaiheen palveluketju, muistisairas asukas ja hänen läheisensä, hoitotyö sekä ympäristö. Siirtymävaiheella on suuri ja kokonaisvaltainen merkitys ihmisen elämänlaatuun ja hyvinvointiin.</p> <p>Opinnäytetyön toteutin laadullisena tutkimuksena yksityisen hoitokodin hoitohenkilöstölle. Opinnäytetyöllä selvitin hoitohenkilöstön näkemyksiä ikääntyneen muistisairaahan siirtymävaiheesta. Opinnäytetyön avulla tunnistettiin tuen ja kehittämisen tarpeita muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheen tukemisessa. Aineisto kerättiin asiantuntija haastatteluna sekä webropol-kyselynä ja analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Ikääntynyt muistisairaahan ihmisen siirtyminen hoitokotiin vaikuttaa kokonaisvaltaisesti koko hänen hyvinvointiinsa ja elämänlaatuunsa. Palveluketjussa korostuu yhteistyön merkitys. Muistisairaus heikentää ihmisen oikeudellista toimintakykyä sekä vaikuttaa siirtymävaiheeseen sitä hankaloittaen. Muistisairas asukas tarvitsee paljon sekä läheisten että hoitohenkilöstön tukea erityisesti siirtymävaiheessa. Läheiset tarvitsevat tietoa muistisairauksista ja hoitokodista sekä tukea muistisairaahan läheisensä hoidossa. Siirtymävaihe, niin kuin koko muistisairaiden hoitotyö tarvitsee ammattitaitoisen muistisairauksiin perehtyneen hoitohenkilöstön, jolta vaaditaan kokonaisvaltaista muistisairaahan asukkaan ja hänen läheisensä huomiointia siirtymävaiheessa. Hoitokoti ympäristöllä on vaikutusta ennakoasenteisiin, kokemuksiin, siirtymävaiheeseen ja muistisairaahan asukkaan hoitokotiin sopeutumiseen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Muistisairaus, ikääntyminen, siirtymävaihe, hoitotyö		
Muut tiedot		

Author(s) Linnanen, Mirva	Type of publication Master's thesis	Date November 2020 Language of publication: Finnish
	Number of pages 62	Permission for web publication: X
Title of publication Transition of a memory disorder resident to enhanced nursing housing		
Degree programme Master of Health care (Master's Degree Programme in Management and Development)		
Supervisor(s) Riitta Räsänen, Irmeli Matilainen		
Assigned by Private nursing home X		
Abstract <p>In the near future, the number of aging people in Finland will increase considerably. There are also more people with memory disorders with a higher life expectancy, and the need for treatment places is also increasing due to aging and the prevalence of memory disorders. The move of an aging person with a memory disorder to a nursing home is a big change in his or her life, affecting many parts area. To be successful, the transition phase needs wide-ranging attention in different areas. These areas are the transition service chain, the memory disorder resident and his or her relatives, nursing and the environment. The transition is of great and holistic importance to the quality of human life and well-being.</p> <p>I carried out the thesis as a qualitative research for the nurse of a private nursing home. The thesis examined the views of nursing on the transition phase of an aging person with a memory disorder. The thesis identified support and development needs in supporting the transition of a memory disorder resident. The material was collected as an expert interview and a Webropol-survey and analyzed by content analysis.</p> <p>The transfer of an aging person with a memory disorder to a nursing home has a holistic effect on his or her well-being and quality of life. The importance of cooperation is emphasized in the service chain. Memory disease impairs a person's legal capacity and affects the transition phase, making it more difficult. A resident with memory impairment needs a lot of support from both relatives and caregivers, especially during the transition phase. Relatives need information about memory disorders and a nursing home, as well as support for a relative in the care of a loved one. The transition phase, like all nursing work for people with memory disorders, requires professional care staff familiar with memory disorders, who are required to provide comprehensive attention to the resident with memory disorders and his or her relatives during the transition phase. The nursing home environment has an impact on prejudices, experiences, the transition phase and the adaptation of a resident with a memory disorder to a nursing home.</p>		
Keywords/tags (subjects) Memory disorder, aging, transition phase, nursing		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Muistisairaahan asukkaan siirtymävaihe tehostettuun palveluasumiseen	4
2.1	Muistisairaahan hyvän hoidon elementit	5
2.1.1	Muistisairaus	5
2.1.2	Käytösoireet	7
2.1.3	Oikeudellinen toimintakyky	8
2.1.4	Hoitoympäristö.....	9
2.1.5	Elämänlaatu	9
2.1.6	Muistisairaahan läheiset ja asioidenhoitaja.....	11
2.2	Siirtymävaiheen tehostettu palveluasuminen ja hoitotyö.....	13
2.2.1	Siirtymävaihe	13
2.2.2	Tehostettu palveluasuminen.....	16
2.2.3	Hoitotyö.....	18
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	22
4	Opinnäytetyön toteutus	22
4.1	Tutkimusmenetelmät	23
4.2	Aineistonkeruu haastattelun avulla	23
4.3	Aineiston analyysi.....	25
5	Tulokset	27
5.1	Palveluketju siirtymävaiheessa	28
5.2	Asukas ja siirtymävaihe	30
5.3	Siirtymävaihe ja läheinen	33
5.4	Hoitotyö siirtymävaiheessa	35
5.5	Hoitoympäristö siirtymävaiheessa	43
6	POHDINTA.....	44
6.1	Johtopäätökset	44
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	47
6.3	Jatkotutkimusaiheet	49

Lähteet	51
----------------------	-----------

Liitteet	55
-----------------------	-----------

Liite 1. Teemahaastattelu runko	55
---------------------------------------	----

Liite 2. Strukturoidun kyselyn vastaukset muistisairaana siirtymävaiheesta	57
--	----

Kuviot

Kuva 1. Esimerkki analyysin etenemisestä.	26
--	----

Kuva 2. Tuloksen ylä- sekä alaluokat.	27
--	----

1 Johdanto

Ihmisten eläessä yhä pidempään muistisairauksia sairastavien lukumäärä kasvaa voimakkaasti. Vuonna 2015 maailmassa arvioitiin olevan yli 46 miljoonaa muistisairautta sairastavaa ihmistä. Tämän määrän arvioidaan kasvavan 131.5 miljoonaan vuoteen 2050 mennessä. (ADI 2015; Muistisairauksien yleisyys 2019.) Suomessa kansanterveydellisenä ja taloudellisena haasteena ovat etenevät muistisairaudet. (Muistisairaudet 2019). Suomessa on tällä hetkellä arviolta yli 190 000 muistisairasta henkilöä ja vuosittain heidän määränsä kasvaa 14 500 henkilöllä. Se tekee noin 40 muistisairautteen sairastunutta päivässä. Suurin osa sairastuneista on yli 80-vuotiaita. Työikäisillä (35-65-vuotiailla) yli 7000 henkilöllä on todettu etenevä muistisairaus. Pitkäaikaishoidossa olevista ikääntyneistä kolme neljästä sairastaa muistisairautta. (Muistisairauksien yleisyys 2019; Kansallinen muistiohjelma 2012-2020, 7; Hörhammer, Koiruranta, Linna, Mikkola, Mikkola, Silander & Virta 2019, 3.) Muistisairaus on siis suurin pitkäaikaishoidon peruste ja ikääntyneiden palveluja tarvitaan lähivuosikymmeninä selvästi enemmän (Muuttuvat vanhuspalvelut 2020).

läkistä hoidetaan kotona mahdollisimman pitkään. Pitkäaikaishoitoa toteutetaan mahdollisimman kodinomaisessa ympäristössä silloin, jos intensiivinen kotihoito on riittämätön eikä kotona asuminen enää onnistu. Iäkkään ääni ja toiveet tulee olla kuuluvissa hänen elämänsä koskevista asioissa. Tärkeää on, että palvelut suunnitellaan yhdessä iäkkään kanssa, vuorovaikutus on hyvää ja arvostavaa sekä palvelukokoukset mukautuvat iäkkään tarpeiden ja toiveiden mukaan. Eri toimijoiden palvelu tulee olla saumaton kokonaisuus, josta vastaa yksi taho. (Muuttuvat vanhuspalvelut 2020.)

Yksi elämän kuormittavimmista tekijöistä ikääntyneellä on lopullinen luopuminen omasta kodista ja siirtyminen sen ulkopuoliseen hoitoon. Ikääntyneen toimintakyky saattaa heiketä äkistikin, ellei siirtymävaihetta ole valmisteltu hyvin. (Räsänen tulossa 2020.) Siirtymävaiheen kokemukset ovat yksilöllisiä. Ne voidaan kokea joko negatiivisena tai positiivisena. Tutut asiat ja entiset arvot muuttuvat ja ihminen joutuu siirtymävaiheessa pohtimaan niitä uudelleen. Muutoksen luonne ja laatu vaikuttavat siirtymävaiheen keston. (Klemola 2006, 34-35.) Mitä pidemmälle muistisairaus on

edennyt, sitä haasteellisempaa on muutoksiin sopeutuminen voimavarojen puutteellisuuden vuoksi. Muistisairauksiin erikoistuneella hoitokodilla on paremmat hoitotulokset sekä asukkaan elämänlaatu. (Hallikainen ja Mönkäre 2019.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia muistisairaahan asukkaan siirtymävaihetta tehostettuun palveluasumiseen muuttaessa hoitohenkilöstön näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa kohdata palveluasumiseen muuttava muistisairas asukas, sekä ymmärtää ja tukea hänen muutos- ja siirtymävaihettaan entistä paremmin. Hyvä siirtymävaiheen hallinta edistää asukkaan kotiutumista uuteen ympäristöön vaikuttaen myönteisesti myös hänen hyvinvointiinsa ja elämänlaatuunsa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena yksityiseen muistisairaiden hoitokotiin. Aineisto koostui asiantuntija haastattelusta sekä hoitohenkilöstölle kohdennetusta webropol-kyselystä.

2 Muistisairaahan asukkaan siirtymävaihe tehostettuun palveluasumiseen

Tutkimuksen tietoperusta koostuu tutkimustehtävän kannalta oleellisesta kirjallisuudesta, jonka lähtökohtana ovat aikaisemmat tutkimukset muodostaen kokonaiskuvan tutkimuksessa käytetyistä käsitteistä sekä teoriasta. Tutkimuksen tietoperusta osoittaa mikä yhteys tutkimuksella on jo olemassa oleviin teorioihin ja aikaisempiin tutkimuksiin. (Sarajärvi & Tuomi 2018.)

Tässä luvussa tarkastelen ikääntymistä käsitteenä. Tarkastelen luvussa lisäksi muistisairautta sekä siihen liittyviä käytösoireita, oikeudellista toimintakykyä, toimintaympäristöä ja elämänlaatua ja hyvinvointia. Ikääntyminen ja muistisairaus vaikuttavat siirtymävaiheeseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto on julkaissut laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023, jonka ta-

voitteena on turvata hyvä ikääntyminen ja vaikuttavat palvelut ikääntyneille henkilöille. Keskeinen sisältö laatusuosituksessa on iäkkäiden toimintakyvyn edistäminen, vapaaehtoistyön lisääminen, digitalisaation ja teknologioiden hyödyntäminen, asumisen ja asuinympäristöjen kehittäminen sekä palveluiden tuottaminen ja järjestäminen, asiakas- ja palveluohjaus, osaava ja hyvinvoiva henkilöstö sekä laadun varmistaminen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023 2020.)

2.1 Muistisairaahan hyvän hoidon elementit

Suomen lainsäädännön mukaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevalla väestöllä eli yli 65-vuotiailla tarkoitetaan ikääntyneitä väestöä. Iäkäs henkilö määritellään laissa sellaiseksi, jonka toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen takia. (L 980/2012, 3§.)

Vanhenemisoireet ja sairaudet tulisi erottaa toisistaan. Toiveena on, ettei tavanomaisia vanhenemisoireita pidettäisi sairauksina. Tällainen tulkinta voi johtaa ikääntyneen autonomian menetykseen, ylihoitoihin ja elämänlaadun heikkenemiseen. Tilvisin (2016b) mukaan ikääntymiseen liittyviä fysiologisia yleispiirteitä ovat, että ne ilmenevät kaikissa yksilöissä enemmän tai myöhemmin, eivät ole primääristi ulkoisten tekijöiden aiheuttamia, etenevät hitaasti, vähentävät elimistön toiminnan kapasiteettia ja ovat luonteeltaan palautumattomia. Ikääntymisen fysiologisia muutoksia ovat solu- ja kudostasolla kuivuminen, rasvoittuminen, hyytyminen, jäykistymistä ja solukatoa. (Tilvis 2016b.)

2.1.1 Muistisairaus

Suomessa arvioitiin vuonna 2019 olevan yli 190 000 muistisairasta henkilöä. Vuosittain arvioidaan muistisairauteen sairastuvan noin 14 500 henkilöä, joista suurin osa on yli 80-vuotiaita. Kolme neljästä pitkäaikaishoidossa olevista ikääntyneistä sairastaa muistisairautta. (Muistisairauksien yleisyys 2019.) Ikääntyvien määrän kasvaessa

myös muistisairaiden määrä kasvaa. Lääkitystä sairauteen ei ole keksitty, mutta etenevässä määrin muistisairauden ennaltaehkäisyyn on kiinnitetty huomiota. (Kulmala 2019, 13.)

lääkäiden tavallisena oireena pidetään muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikkenemistä (Sulkava 2016a). Kognitio tarkoittaa ihmisen tiedonkäsittelytoimintaa, tiedon hankkimista, käsittelyä ja kehittämistä. Ajattelu, ongelmanratkaisu ja oppiminen ovat tyypillisiä kognitiivisia prosesseja. (YSO.) Oireen syy pitää selvittää. Sen aiheuttajana voi olla jokin toiminnallinen tila tai vakava elimellinen aivosairaus. Eteneviin muistisairauksiin liittyy kognitiivisten kykyjen ja toimintakyvyn heikentyminen ja suoritusheikkeneminen. Muistisairauden edetessä potilas dementoituu. (Sulkava 2016a.) Dementia on usean kognitiivisen osa-alueen heikentymistä niin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toimissa (Rosenvall 2016). Laitoksessa olevilla potilailla pitäisi olla tarkennettu muistisairausdiagnosi, ei pelkästään tuntemattomasta syystä johtuva dementia (Sulkava 2016a).

Dementiaoireyhtymään ja muistisairauksiin liittyviä oireita ovat muistin, päättelyn ja toiminnan ohjauksen häiriöt sekä afasia eli puheen tuottamisen häiriö, agnosia eli hahmottamisen häiriö ja apraksia eli kätevyys häiriö. Kognitiiviset oireet voivat parantua osittain tai pysyä samana, mutta usein miten ne ovat eteneviä. (Sulkava 2016a.)

Muistisairaudet ovat kansantauteja, jotka heikentävät muistin lisäksi tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnan ohjausta. Nämä tiedonkäsittelyn osa-alueet heikentyvät etenevissä muistisairauksissa. Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn-kappale tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsaohimolohko rappeumat ovat yleisimpiä muistisairauksia. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015b.)

Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet, oikeudellinen toimintakyky, hoitoympäristö sekä elämänlaatu ja hyvinvointi ovat keskeisesti sidoksissa muistisairaana asukkaan siirtymävaiheen kokemuksessa. Näillä asioilla on myös vaikutusta siirtymävaiheen hoitotyöhön.

2.1.2 Käyttöoireet

Muistisairaahan käyttöoireesta puhutaan silloin, kun muistisairaahan ihmisen käytös muuttuu ja ilmaantuu psykologisia oireita (Räsänen 2019, 32). Muistisairauksiin liittyy erilaisia käyttöoireita, joita voidaan havainnoida, sekä psykologisia oireita, joista saadaan tietoa potilaalta tai läheiseltä. Näitä oireita ovat fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus, levottomuus ja vaeltelu, estoton käyttäytyminen, huutelu, pakko-oireet, katastrofireaktiot, levottomuuden lisääntyminen iltaa kohden (sundowning), pakkoitku ja pakkonauru, masennusoireet, ahdistuneisuus, unihäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot sekä virhetulkinnat. Käyttöoireet aiheuttavat stressiä ja ylimääräistä rasitetta läheisille, laitostumista ja potilaan omaa kärsimystä. Potilaan ennustetta saattaa heikentää käyttöoireiden liiallinen lääkkeellinen hoito. (Sulkava 2016b.)

Käyttöoireisiin vaikuttavat dementoituneen persoona sekä suuresti ympäristö, jossa dementoitunut elää. Muuttunutta käytöstä selittää eniten potilaan sairastama aivosairaus ja sen vaikeusaste. Dementiaa aiheuttavan sairauden kognitiivinen sekä yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen häiriöt voivat muuttaa muistisairaahan käytöstä. Usein käyttöoireet ovat tutussa ja turvallisessa ympäristössä vähäisempiä, vaikka tutukin ympäristö voi joskus muistisairaasta ihmisestä tuntua vieraalta. Muuttuneeseen käytökseen vaikuttaa ympäristön tunnelma ja kanssaihminen asenteet. Potilasta tulisi arvostaa, ymmärtää ja hoitaa pakottamatta. Alttiutta käyttöoireille lisää myös hoitopaikan kiire ja ihmissuhdeongelmat. Ärsykkeiden määrä, meluisuus ja jatkuvaan vaihtuvat ihmiset ympäristötekijöinä lisäävät käyttöoireita. Käyttöoireita lisää myös vuorokauden aika (alkuilta), potilaan kivut, huono olo, nälkä, vaikeus ilmaista itseään, turhautuminen sekä muut sairaudet. Käyttöoireiden hoidossa ensisijaisena toimivat lääkkeettömät hoidot ja sitten vasta lääkehoidot. (Sulkava 2016b.) Räsänen (2019, 32) toteaaakin kirjoituksessaan, että ensisijaisesti muutetaan asuin- ja elinympäristön haittatekijöitä, ei muistisairaahan toimintaa tai käytöstä.

Käyttöoiretta tulee hoitaa sen rasittaessa potilasta tai omaista. Potilaan kyky huolehtia itsestään on heikentynyt, jos se heikentää sosiaalista kanssakäymistä tai aiheuttaa vaaratilanteita. Usein käyttöoiretta ei kuitenkaan saa hoidetuksi kokonaan. Hoitoympäristön huomioinnilla käytöshäiriöiden estämiseksi tai parantamiseksi on vaikutusta.

Edesauttavia tekijöitä ovat ympäristön muuttaminen turvalliseksi, virikkeiden tarjoaminen yksilöllisesti, ilmapiirin positiivisuus, hoitohenkilöstön hyvä kommunikaatio-taito, käytösoireita aiheuttavien asioiden ennakointi ja toimenpiteet niille sekä muiden sairauksien hoito. Lääkehoidon aloittamista ennen on pois suljettava käytöshäiriöiden fyysiset, psyykkiset tai ympäristölliset tekijät. (Sulkava 2016b.)

Muistisairaath ihmiset haluaisivat asua kotona, ja silloin he tarvitsevat tuekseen muiden ihmisten apua. Usein puoliso haluaa hoitaa muistisairasta kotona kotihoidon turvin siihen saakka, kun se on riskitöntä. (Sulkava 2016c.) Muistisairaus on yleisin pitkäaikaishoitoon johtava oireyhtymä. (Sulkava 2016a.)

2.1.3 Oikeudellinen toimintakyky

Oikeudellinen toimintakyky on yksilön kykyä tehdä päätöksiä, joilla on oikeudellista merkitystä esimerkiksi hoitoa koskeva suostumus. Iäkkään oikeudellinen toimintakyky voi heikentyä ja se johtuu usein jostakin etenevästä muistisairaudesta. Ihminen ei menetä koko toimintakykyään vaan voi pystyä tekemään vielä yksinkertaisia päätöksiä. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2016.)

Itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen voi olla myös dementoituvalla henkilöllä vielä kykyä jäljellä, se tulee ottaa ensisijaisesti huomioon varsinkin sairauden alkuvaiheessa. Lopuksi kognitiivisten kykyjen heikentyminen johtaa siihen, että ihminen menettää itsemääräämisoikeutensa. Tällöin on kuitenkin kunnioitettava ihmisen päätöksentekokykyisenä kirjallisesti tai suullisesti ilmaisemia asioita. Itsemääräämisoikeuden kannalta muistisairauden diagnosoiminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa edesauttaa vaikutusmahdollisuuksia sairauden edetessä. Tässä vaiheessa on hyvä lääkärin tai hoitohenkilöstö tiedottaa potilasta tulevaisuuden suunnittelusta. Ohjausta ja tietoa on hyvä antaa hoitotahdosta, edunvalvojan määrittämisestä sekä edunvalvontavaltuutuksesta. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2016.)

Potilaslaki toimii perustana hoitotahdolle. Hoitotahto sisältää henkilön yksilöllisen tahdon siitä, miten häntä hoidetaan, jos hän ei enää itse ole siihen kykenevä. Usein

hoitotahto mielletään käsittämään elämän loppuvaihetta, mutta se voi käsittää yksilöllisempääkin tietoa hoidettavan tahdosta ja toiveista hoitoa koskien. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2016.)

2.1.4 Hoitoympäristö

Räsänen (2019, 29) kuvaa hoivaympäristön merkityksen kolmijakoiseksi. Ensimmäinen on ikääntyneen näkökulmasta lähtöisin mahdollistaen hänen oman toimintansa ja voimavarojen käytön sekä avun saannin. Toiseksi ympäristön luoma merkitys ja vaikutus ikääntyneeseen. Kolmantena näkökulmana on hoitotyön tuoma kulttuuri. (Räsänen 2019, 29.)

Hyödylliseksi on huomattu se, että ympäristö on muistisairaalle kannalta helposti nähtävissä ja hahmotettavissa. Asukkaan tilanteiden hallintaa ja selviytymistä lisää tarkoituksenmukainen ja ”helppokäyttöinen” hoitoympäristö. (Koponen & Vataja 2015.) Eloniemi-Sulkava ja Juva (2015) korostavat, että muistisairaalle erityispiirteet ja -tarpeet sekä eläytyminen hänen kokemusmaailmaansa, ovat fyysisen hoitoympäristön suunnittelun lähtökohtia. Ympäristöllä on suuri vaikutus muistisairaalle elämänlaatuun sekä toimintakykyyn (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.)

Hoitoympäristö ja -yhteisö ohjaavat muistisairaalle toimintaa vähentäen epäonnistumista ja osaamattomuudesta aiheutuvaa turhautumista. Kodinomaisissa laitospäristöissä muistisairaalle ovat motorisesti ja kielellisesti rauhallisempia. Ympäristön muuttuminen aiheuttaa usein ongelmia muistisairaalle ja tärkeää on esimerkiksi sisustaa oma huone omilla huonekaluilla sekä esineillä. Toistuvia huonejärjestelyjä hoitoympäristössä tulee välttää. Tärkeässä asemassa on huomioida ympäristön ja esineiden yksilöllinen merkitys asukkaalle. (Koponen & Vataja 2015.) Eloniemi-Sulkava ja Juva (2015) toteavat, että muistisairaiden yksiköissä tulisi olla myös useamman hengen huoneita, koska osa muistisairaista viihtyy paremmin asuintoverin kanssa.

2.1.5 Elämänlaatu

Elämänlaatu kattaa ihmisen oman kokemuksen elämästään suhteessa odotuksiin, toimintaan ja mahdollisuuksiin, kykyyn toteuttaa omaa elämäänsä. Eri yhteyksissä se

tarkoittaa erilaisia asioita, kuten tyytyväisyyttä, turvallisuutta, hyvinvointia, onnellisuutta ja elämän mielekkyyttä. (Räsänen 2011, 70-72.) Ikääntyneen elämänlaatu voi kärsiä helposti elämän loppuvaiheessa sekä kehon ja mielen raihaistuessa. Ikääntyneen elämänlaadun positiiviset asiat tapahtuvat arjessa. Tärkeää onkin omien vähien voimavarojen hyödyntäminen elämänlaadun parantamiseksi sekä arvokkaasti vanheneminen. (Räsänen 2019, 18.)

Elämänlaadun eri ulottuvuuksia voidaan tarkastella käyttämällä Powel Lawtonin (1991) tekemää omaa elämänlaadun mallia, jossa pohjana toimi WHO:n vuonna 1948 tekemä elämänlaadun malli. Vuonna 1998 WHO lisäsi määrittelyyn ympäristön. Elämänlaadun ulottuvuuksia on neljä, fyysinen-, psyykinen-, sosiaalinen- sekä ympäristöulottuvuus. Nämä eri ulottuvuudet ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa. (Räsänen 2011, 71, 74-78.)

Räsänen (2011) tutki työssään hoitokodissa asuvien ikääntyneiden, sekä ei muistisairaiden että muistisairaiden asukkaiden elämänlaatua. Muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua havainnoi hoitokodin hoitohenkikunta. Muistisairaiden ikääntyneiden elämänlaatu oli kohtalainen verrattuna toisiin vastaaviin tutkimuksiin. Myönteisiä mielialoja oli enemmän. Elämänlaatua heikentäviä tekijöitä olivat kivut ja hankala olotila. Masennusta esiintyi paljon Muistisairaana haavoittuvuus vaikuttaa hänen huolenpitoonsa ja hoivaan, mikä on tärkeä asia huomioida puhuttaessa myös siirtymävaiheesta. (Räsänen 2011, 170.)

Hyvään ikääntymiseen kuuluu terveyden ja toimintakyvyn huolehtimisen lisäksi oikeus, parhaaseen mahdolliseen hoitoon, kuntoutukseen sekä sairauksien ennaltaehkäisyyn. Liikunta on yksi tärkeimmistä ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäjistä. (Kulmala 2019, 12-13.)

Pitkäaikaishoidossa päämääränä tulee olla mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Elämänlaatu koostuu fyysisestä ja psyykkisestä hyvästä olostä, ihmissuhteista, turvallisuuden kokemuksesta, fyysisestä toimintakyvystä, itsearvostuksesta ja mahdollisuu-

desta osallistua päätöksen tekoon. Ihmiskeskeisyys ja tarvelähtöisyys sitoutuvat elämänlaatuun. Tässä tarkastellaan laaja-alaisesti muistisairasta yksilönä huomioiden hänen elämän historiansa. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.)

Eurooppalaisessa ikääntymiseen liittyvien sairauksia käsitelleessä asiantuntijakokouksessa 2008 esille tulivat seuraavat tärkeät asiat. Osallisuus, arvostuksen saaminen, toiminta ja yhteydenpito läheisiin on muistisairaiden kertoman mukaan heille erityisen tärkeää. Useissa tutkimuksissa on todettu huonon elämänlaadun johtavan käyttöhäiriöihin. Käyttösoireiden ennaltaehkäisyä pitkäaikasihoitopaikoissa toimii muistisairaiden ihmisten tarpeiden tunnistaminen. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.) Siirtymävaiheen hoitotyössä on tärkeää huomioida näiden useiden tutkimusten pohjalta nämä elämänlaatua parantavat osatekijät.

Kaikessa ikääntyneiden hoidossa ja kuntoutuksessa tulisi huomioida heidän yksilölliset uskomuksensa, asenteet, toiveet, odotukset ja pyrkimykset. Tärkeää terveyden ja toimintakyvyn kannalta on laaja-alainen arviointi ja kuntoutumista edistävä hoito, hyvä ravitsemus, fyysinen aktiivisuus ja vammojen ennalta ehkäisy. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.)

Kirjallisuudessa puhutaan myönteisestä ja kielteisestä yksinäisyydestä. Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista, rentouttavaa ja luovuuden edellytys. Kielteinen yksinäisyys on pakottavaa, ahdistavaa ja sitovaa. Ikääntyneiden yksinäisyys on yleensä kielteistä. Yksin koettu suuri elämän muutos, kuten vieraaseen asuinympäristöön muutto voidaan kokea pelottavana. Aikaisempien tutkimusten mukaan laitoshoidossa olevat ikääntyneet ovat hyvin yksinäisiä. Toisiinsa läheisesti liittyviä asioita ovat yksinäisyys, sosiaalinen eristäytyneisyys ja masentuneisuus. Jokainen näistä asioista tarvitsee kuitenkin erilaista työstämistä. (Routasalo 2016.)

2.1.6 Muistisairaana läheiset ja asioidenhoitaja

Muistisairauden tuomat muutokset koskevat monin tavoin myös läheistä ja ne ovatkin saattaneet vaikuttaa jo pidempään heijastuen myös sairastuneen ja läheisen väliseen suhteeseen. Hallikainen ja Mönkäre (2019) toteavatkin että läheisellä on myös

oikeus elää omaa elämäänsä ja heidän tulisi huolehtia hyvinvoinnistaan sekä jaksamisestaan muistisairaana vierellä elämisen, konkreettisen auttamisen sekä hoivan antamisen ohella. (Hallikainen & Mönkäre 2019.)

Muistisairauden edetessä läheisen ja muistisairaana suhde muuttuu. Muistisairas usein sekoittaa läheisensä toisiin ihmisiin tai unohtaa kokonaan kuka läheinen on. Tavallista on myös ajatus läheisellä luopua muistisairaasta läheisestään vähitellen. Suhteen muutos vaatii läheiselle sopeutumiseen aikaa. Läheisille toimii tukena tietous muistisairaudesta oireineen sekä sen etenemisestä. (Hallikainen & Mönkäre 2019.)

Muistisairaana hyvän elämän edellyttämiä ratkaisuja ja valmisteluja on tarpeen pohtia ja suunnitella jo muistisairauden varhaisessa vaiheessa, koska myöhäisemmässä vaiheessa läheisen osuus päätöksenteossa kasvaa. Muistisairaana siirtyminen pitkäaikaishoitoon on iso muutos sekä hänelle, että hänen läheiselleen. Läheisen hoitovastuu siirtyy hoitopaikkaan, joka usein aiheuttaa läheisessä surua. Tärkeää on huomioida läheisen tiedon ja tuen tarve. (Hallikainen & Mönkäre 2019.)

Läheiset ovat tärkeitä avustajia muistisairaana pitkäaikaishoidon hoitotyötä suunniteltaessa, arvioitaessa sekä toteutettaessa. Läheiset toimivat sairastuneen sanan saattajina ka heiltä saatavia tärkeitä tietoja ovat muun muassa elämänhistoria, sairastuneen persoona, elintavat, tottumukset, sairaus- ja hoitohistoria, lääkehoito sekä allergiat. Läheiset ovat tärkeä tuki muistisairaana pitkäaikaishoidon arjessa. He voivat tuoda muun muassa turvaa esimerkiksi ruokailu ja ulkoilu tilanteisiin. (Hallikainen & Mönkäre 2019.)

Läheinen on aina tervetullut hoitopaikkaan. Hoitopaikasta läheisen tulee saada riittävästi neuvoa ja apua sekä tietoa siitä, miten he voivat osallistua hoitoon. Keskustelua muistisairaana loppuvaiheen hoidosta ja tahdosta käydään läheisen kanssa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Hoitohenkilöstön läheisten kanssa keskustellessa on otettava hienotunteisesti huomioon se, mistä he itse haluavat keskustella. (Hallikainen & Mönkäre 2019.)

2.2 Siirtymävaiheen tehostettu palveluasuminen ja hoitotyö

2.2.1 Siirtymävaihe

Yksi elämän kuormittavimmista tekijöistä ikääntyneellä on lopullinen luopuminen omasta kodista ja siirtyminen sen ulkopuoliseen hoitoon. Ikääntyneen toimintakyky saattaa heiketä äkistikin, ellei siirtymävaihetta ole valmisteltu hyvin. (Räsänen tulossa 2020.)

Siirtymävaiheella tarkoitetaan kahden vakaan ajanjakson väliä. Tällaisia ovat esimerkiksi muuttaminen paikasta tai siirtyminen elämänvaiheesta toiseen. Siirtymävaihe saa aikaan muutosta joka tuo elämään epävakautta. Tällaisen tilanteen voi laukaista jokin sairaus. Siirtymävaiheen kokemukset ovat yksilöllisiä. Ne voidaan kokea joko negatiivisena tai positiivisena. Usein siirtymävaihe vaikuttaa ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Itsetunnon, mielialan, identiteetin, roolien ja ruumiinkuvan hahmottaminen voivat olla tästä seurausta. Tutut asiat ja entiset arvot muuttuvat ja ihminen joutuu siirtymävaiheessa pohtimaan niitä uudelleen. Muutoksen luonne ja laatu vaikuttavat siirtymävaiheen keston. (Klemola 2006, 34-35.) Lee (2013) tutki iäkkäiden siirtymävaiheen kokemuksia. Tutkimustuloksissaan Lee sai selville, että iäkkäiden ihmisten on hankala sisäistää siirtymävaihe elämänhistoriaan. Siirtymävaiheen aikana koettiin kontrollin puutetta, epävarmuutta, vallan menetyksen tunnetta ja identiteetin puutetta. Siirtymävaiheet eivät olleet tutkimuksessa aikasidonnaisia. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön tulee toteuttaa siirtymävaihetta iäkkäiden ihmisten oma elämänhistoria, sanattomien pelkoja ja ympäristön sekä suhteiden huomioiden, niin että asukkaat säilyttäisivät identiteettinsä ja oman elämän hallinnantunteen, vaiheittaisen kaavamaisen siirtymävaiheprosessin sijaan. (Lee 2013, 48)

Siirtymävaihetta hankaloittaa todellisuuden kokeminen muuttuneeksi, jolloin puuttuu jäsenyisyys, looginen toiminta sekä tilanteen ennustettavuus. Pysyvässä tilanteessa todellisuutta ei ole mahdollisuutta palauttaa ennalleen. Tästä seurausta on epävarmuus, joka hankaloittaa siirtymävaiheen onnistumista. Henkilön sitoutuminen

siirtymävaiheeseen sekä sen onnistuminen on riippuvaista siitä, että henkilö on tietoinen muutos prosessista. Siirtymävaiheen suunnittelu edesauttaa muutos prosessia. Tärkeää on hoitohenkilöstön miettiä, tuleeko siirtymävaihe asiakkaan vai hoitohenkilöstön tietoisuudesta. Onnistunutta siirtymävaihetta voidaan arvioida muun muassa henkilön oman kokemuksen, roolien hallinnan, ihmissuhteiden toimivuuden, oireiden esiintyvyyden, toimintakyvyn, elämäntilanteen sekä ihmisen eheyden tunteen kautta. (Klemola 2006, 35-36.) Ylä-Outinen (2012, 108) kertoo eri elämäntilanteissa olevan erilaisia tavoitteita. Esimerkiksi ikääntyvän muuttaessa palveluasumiseen voi olla vaikea kokemus ja luopuminen menneestä on hankalaa. Saavuttamattomiin tavoitteisiin sitoutuminen voi aiheuttaa ahdistusta, turhautumista ja avuttomuutta. (Ylä-Outinen 2012, 108.)

Ikääntynyt on usein ensimmäisen kerran hoitotyöhön yhteyksissä kohdatessaan jonkin elämän kriisin, kuten sairastuminen tai puolison kuolema. Tämä yhteys on usein siirtymävaiheen alku. Ikääntyneen siirtymävaiheeseen kuuluu yleisiä odotuksia, jotka saavat sen tuntumaan negatiiviselta. Tällaisia ovat esimerkiksi nuoruuden ja terveyden menetykseen, riippuvuuteen muista ihmisistä, viimeisiin elinvuosiiin ja lähestyvään kuolemaan. Ikääntyvän hyvinvoinnin ja sopeutumisen kannalta on tärkeää sosiaalinen ja kulttuurinen tuki. (Klemola 2006, 36-37.) Itsetunnon menetys, voimattomuus, surullisuus, masennus ja viha ovat ikääntyneiden kokemuksia henkisesti raskaan siirtymävaiheen tuomista menetyksistä ja muutoksista ja se saattaa olla elämän raskain päätös. Koetaan entisen tutun elämän olevan ohi ja elämän lopussa. Henkistä pahoinvointia siirtymävaiheessa lisää juuri tapahtunut elämän kriisi, kuten sairastuminen. Ikääntynyt saattaa kokea siirtymävaiheen myös positiivisena, koska se voi tuoda turvallisuuden tunnetta, vähentää yksinäisyyttä ja lisätä virikkeitä päivään. (Klemola 2006, 37-38.)

Tärkeää on myös hoitohenkilöstön tuki läheisille siirtymävaiheessa. Läheiset kokevat samanlaista stressiä kuin ikääntyneetkin. Usein he joutuvat tekemään kiireessä päätöksiä, jotka aiheuttavat monia tunteita kuten vihaa, syyllisyyttä, yksinäisyyttä, mutta myös usein helpotusta. (Klemola 2006, 38.)

Ikääntyneen omat vaikutusmahdollisuudet sekä suunnitelmallisuus siirtymävaiheessa vaikuttaa siihen, miten hyvin se onnistuu. Se edistää ikääntyneen uuteen sopeutumista, jos voi vaikuttaa päätöksen tekoon. Useissa tutkimuksissa on todettu kuitenkin ikääntyneen jäävän ulkopuoliseksi päätöksen teossa. (Klemola 2006, 38.)

Muistisairaiden hoidon päävastuu ja hoito- sekä palveluketjun kehittäminen kuuluu julkiselle sektorille. Palveluketjua tulee suunnitella, ohjeistaa, tehdä sopimuksia, päivittää, seurata ja taloudellisesti panostaa kunta tasolla. Tiedonkulku yksiköiden välillä tulisi olla saumatonta. Muistisairaahan hoitoketjun moniammatillinen tiimityö tulisi näkyä alueellisella tai paikallisella verkostoitumisella vuoropuhelulla sekä yhteistyöllä ja sitä tulisi jatkuvasti päivittää. Hoitoketjun toimivuus paljastuu usein hoidon siirtymävaiheissa ja siihen liittyvässä tiedonkulussa esimerkiksi avohoidosta tehostettuun palveluasumiseen. Toimiva hoidon kokonaisuuden organisointi sekä toimijoiden joustava yhteistyö muistisairaahan ja hänen läheisten parhaaksi ovat hyvin onnistuneen siirtymävaiheen lähtökohdat. Välttämättömän tiedon siirtyminen potilaan tai hänen läheisen valtuutuksellansa eri yksiköiden välillä tulisi olla itsestään selvää, välitöntä ja salassapitosäädökset huomioivaa. Riittämättömät palvelut, perheen tarpeita huonomasti vastaavat palvelut, epäonnistunut lyhytaikaishoito ja järjestelmän joustamattomat ja byrokraattiset toimintatavat ovat palveluketjun ennakoituja vaaratekijöitä (Erkinjuntti, Juva, Nikumaa & Suhonen 2015.)

Asuinpaikanvaihto on kaikille suuri asia, joka tarvitsee sopeutumista. Muutossa usein joutuu luopumaan tutuista esineistään sekä sosiaalisesta ympäristöstään. ikääntyneen muuton yhteydessä korostuu usein avun tarve. Tuolloin ikääntyneen itsemääräämisoikeus saattaa vaarantua, jollei siihen riittävästi varauduta. (Kulmala 2019, 14.)

Mitä pidemmälle muistisairaus on edennyt, sitä haasteellisempaa on muutoksiin sopeutuminen voimavarojen puutteellisuuden vuoksi. Asteittaisella tutustumisella pysyvän ympäristön muutokseen nähdään olevan helpottava vaikutus. Muistisairauksiin erikoistuneella hoitokodilla on paremmat hoitotulokset sekä asukkaan elämänlaatu. Uusi asumismuoto tulee valita niin, että muistisairas voi asua siellä lopun ikänsä. (Hallikainen ja Mönkäre 2019.)

2.2.2 Tehostettu palveluasuminen

Fyysinen tai kognitiivinen toiminnanvaja on peruste ikääntyneen pitkäaikaiselle huolenpidolle. Muistisairaus on yhä useammin pitkäaikaishoidon syy. Huolenpidolla tarkoitetaan sairauksien hoitoa, päivittäisissä toimissa avustamista tai kodin sekä ympäristön askareissa avustamista ja siihen voi sisältää asumispalvelut. Tilapäiseen tai pysyvään pitkäaikaishoitoon piiriin kuuluvat ne ikääntyneet, joiden toimintakyky on jonkin tapaturman tai sairauden vuoksi pysyvästi tai pitkäkestoisesti heikentynyt. (Finne-Soveri 2016.)

Vuonna 2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain (Finlex 980/2012 §14a) myötä iäkkäitä tulisi ensisijaisesti hoitaa kotona, mutta lääketieteellisin ja turvallisuuteen liittyvin perustein voidaan myös laitoshoidon järjestää. Laitoshoidon on vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla järjestetty hoito. Tämä pitkäaikaishoito on katoamassa. Palveluasuminen on avohoitoa huolenpidon määrästä riippumatta. Avohoito on lisääntymässä. Tehostettu palveluasumisessa huolenpitoa saa ympäri vuorokauden. Asukas itse tai kunta ollessaan taloudellisena tukena päättää oikeudesta muihin asumispalveluihin. Oikeus palveluihin useimmiten määräytyy päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen perusteella, mutta myös kognition, fyysisten, psyykkisten ja terveyden tilan perusteella voi saada pitkäaikaishoitoa. Eri kunnissa on palveluja tarjolla vaihtelevasti ja erot voivat olla suuriakin. Palvelutyypin sekä palvelujen tilaajan- ja tuottajan vaikutuksesta henkilöstörakenne vaihtelee. (Finne-Soveri 2016.) Eloniemi-Sulkava, Juva ja Mäkelä (2015) toteavat riittävän pitkälle edenneen muistisairauden ja kotihoidon riittämättömyyden olevan edellytyksiä ympärivuorokautiselle hoidolle, joka on kaikkien kannalta paras vaihtoehto.

Vanhuspalvelulaki säättää palveluntarpeen selvittämisen. Laissa ei ole erikseen määritetty palveluntarpeen arvioinnista vastaavan henkilön ammattia, vaan siinä painotetaan moniammatillista yhteistyötä sekä laaja-alaista arviointia. (Finlex 980/2012, § 15.) Palveluntarpeen arvioinnin selvitys on aloitettava viipymättä, jos henkilö itse on hakeutunut arviointiin, henkilö on tehnyt kunnalle sosiaalipalveluja koskevan hakeuksen saadakseen sosiaalipalveluja toimintakykynsä tukemiseksi arjesta suoriutakseen, hyvinvointia edistävien kartoitusten yhteydessä on todettu palveluntarpeen

arvioinnin tarve tai asiakkaan palvelutarpeesta on tehty ilmoitus. Syy palvelutarpeen ilmaantumiseen voi olla esimerkiksi sairaudet tai oireyhtymät ja niiden hoito. (Finne-Soveri 2016.)

Lääkärillä on oltava osaamista huolelliseen palvelutarpeen arviointiin, joka kattaa yksilön, perheen sekä kunnan kokonaistaloudenkin. Viime vuosina geriatrien asiantuntemusta on lisätty myös avohoidon piiriin, joka on tuonut merkittäviä säästöjä. Arvioinnin moniammatillinen tiimi koostuu lääkäristä, hoitohenkilöstön edustajasta, sosiaalityöntekijästä, fysio- tai toimintaterapeutista sekä yksilöllisen tarpeen mukaan muista ammattilaisista. Hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma laaditaan arvioinnin pohjalta. (Finne-Soveri 2016.) Geriatriksen arvioinnin tavoitteena on etsiä ongelman aiheuttaja ja pyrkiä korjaamaan sitä. Tämän pohjalta laaditaan kuntoutussuunnitelma, jolla on tarkoitus pysäyttää ongelman eteneminen tai palauttaa toimintakyky. (Tilvis 2016a.) On tärkeää keskustella hoidettavan ja hänen läheistensä kanssa toiveista, tuntemuksista, asenteista ja uskomuksista. (Finne-Soveri 2016). Hallikainen ja Mönkäre (2019) painottavat, että läheisen tulee olla mukana suunnitelmaa tehtäessä ja päivitettäessä sekä suunnitelmassa tulee ottaa myös huomioon läheisen tarvitsema tuki.

Negatiiviset tuntemukset, kuten ikävä tai yksinäisyys heijastuvat helposti omatoimisuuteen. Hoidettavalla on päätävävalta itseään koskevissa asioissa ja onkin tärkeää, että hän ymmärtää arvioinnin merkityksen. Arvioinnissa hyödynnetään aiemman hoitotahon, asiakaspapereiden, kliinisen tutkimuksen sekä tarvittaessa laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tietoa. Arvioita suoritetaan erilaisin kansainvälisesti validoitujen mittareiden avulla, jotka ovat koko geriatriksen moniammatillisen tiimin käytössä. Kognitiota ja psyykkistä tilaa mitataan standardoiduin muisti- ja masennustestein. Muita arvioon käytettyjä testejä ovat muun muassa ravitsemustilan vähimmäisarviointi, toimintakyvyn kartoittaminen, kivun ja sosiaalisen aktiivisuuden arviointi. (Finne-Soveri 2016.) Sairaaloissa ja laitoksissa käytettyjä mittareita ovat muun muassa ADL (activities of daily life), Barthelin ADL-indeksi, MMSE (minimal state examination), CDR (clinical dementia rating), RAI (resident assessment instrument), RAVA-testi, IDS (individual disease severity), GIC (geriatric index of comorbidity) ja

Raihnaisuuden arviointimittari (Edmonton frailty scale). (Tilvis, 2016a.) Finne-Soveri (2016) toteaa, että lääkärin tehtävä on tehdä diagnoosit ja arvioida ennuste.

Asukkaan palvelun tarve selvitetään SAS (Selvitä-Arvioi-Sijoita) työryhmässä. Jokaisella kunnalla on oma SAS työryhmä, joka koostuu moniammatillisesta erikoistyöryhmästä. Työryhmän tarkoituksena on arvioida asiakkaan sijoittaminen hänen toimintakykyään ja avuntarvettaan vastaavaan paikkaan, kun hänen sen hetkinen asuinpaikka ei vastaa palvelujen tarvettaan. (Ikäihmisen kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset 2017.)

Palveluasumisen kustannuksista vastaa iäkäs itse tulojensa mukaan. Iäkkään on mahdollisuus anoa tueksi eläkettä saavan hoitotukea ja asumistukea. Lääke ja muut elämiseen tarvittavat asiat iäkäs kustantaa itse. (Finne-Soveri 2016.)

Muistisairaalle paras vaihtoehto on saada asua lopun ikänsä samassa uudessa kodissaan tehostetussa palveluasumisessa avohoidosta muutettuaan. Tähän tuleekin kiinnittää huomiota jo suunnittelu vaiheessa. (Elo-Niemi & Juva 2015.)

2.2.3 Hoitotyö

Muistiliiton julkaisema hyvän hoidon kriteeristö työkirja on tarkoitettu työyhteisöille muistisairaiden hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Kirja käsittelee kuntoutusta, hoitoa ja hoivaa, oikeuksien edistämistä sekä henkilöstöä ja työhyvinvointia. Pääpaino uudistetussa neljännessä painoksessa on muistisairaana sekä hänen läheisensä äänen kuuleminen yksilöllisen elämän ja hyvän hoidon toteuttamiseksi. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016.)

Kulmala (2019, 11) toteaa tekstissään hyvän ja aktiivisen ikääntymisen tukemisen lähtevän siitä, että tiedetään mistä ihminen pitää, hänen elämänsä ja osataan hyödyntää tietoutta siitä mitkä asiat ovat tuottaneet hyvää oloa sekä mieltä. Näiden asioiden selvittäminen ja aito kohtaaminen ovat edellytys hyvän ikääntymisen ja aktiivisen arjen tukemiselle. Tulee myös muistaa, että kaikilla on oikeus vaihtaa

mielipiteitä, joten tärkeässä roolissa aktiivisen arjen luomisessa on nähdäksi tuleminen, kuunteleminen sekä sen hetkisten toiveiden kunnioittaminen. (Kulmala 2019, 11.) Edenneen muistisairauden loppuvaiheen hoito vaatii paljon voimavaroja. Palvelut on järjestettävä yhtenäiseksi kaikissa muistisairauden taudin vaiheissa, jossa korostetaan yksilöllisyyttä ja se pohjautuu muistisairaalan tarpeisiin. Muistisairauden etenemisestä huolimatta toimiva hoitoketju turvaa muistisairaalan hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden. Näin ollen se säästää vaivaa ja rahaa sekä parantaa hoidon laatua. (Erkinjuntti ym. 2015.)

Lääkärin tehtävä ikääntyneiden palveluiden asiantuntijana on diagnoosin tekeminen ja selvittää se ja sen ennustettavuus asianomaiselle sekä hänen läheisilleen ja hoitohenkilöstölle. Asiakaspapereista tulee selkeästi ja asiaankuuluvasti ilmetä diagnoosi. Lääkityksen kokonaisvaltainen kriittinen tarkastaminen kuuluu myös lääkärintehtäviin. (Finne-Soveri 2016.)

Lääkärin tehtävään kuuluu hoidon jatkuvuuden ja tiimin yhteistyön jatkuvuus. Selkeä ja oikean aikainen informointi lääkäriltä hoitohenkilöstölle sekä hoitohenkilöstöltä lääkärille on onnistuneen hoidon toteutuksen edellytys. Parasta hoitoa ja palvelua asiakas saa silloin kun lääkäri on erikoistunut iäkkäiden hoitamiseen, lääkäri tuntee asiakkaansa sekä heidän läheiset ja hoitohenkilöstön osaamisen ja lääkäri tuntee kunnan palvelurakenteen. (Finne-Soveri 2016.)

Lääkärin oikeus ja velvollisuus on oireiden lievitys lääketieteen ja muiden auttavien järjestelyjen avulla silloinkin, kun parantavaa hoitoa ei ole. Ristiriitoja ja jälkiselvittelyjä hoidosta voi syntyä hoidettavan ja lääkäri välille. Iäkkään ihmisen hoito usein epäonnistuu potilaskohtaisista syistä tai hoitojärjestelmästä johtuvista syistä. Potilaskohtaisia syitä ovat parantumaton vaikea tauti, muut sairaudet sekä raihnaisuus aste sekä omat asenteet ja odotukset. Hoitojärjestelmästä johtuvia syitä ovat hoidon viivästyminen sekä hoidonkohdentuminen ikääntyneen potilaan kannalta epäolennaiseen asiaan. (Tilvis 2016a.)

Muistisairaiden ihmisten mahdollisimman hyvä elämänlaatu edellyttää ihmiskeskeistä toimintakulttuuria sekä tarvelähtöistä hoitoa ja se tulee olla toiminnan päämääränä. Hyvän ympärivuorokautinen hoito edellyttää huomion kiinnittämistä henkilökunnan määrään, ammattitaitoon, fyysiseen ja sosiaaliseen ammattitaitoon, fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön ja turvallisuuteen sekä lääketieteellisten palvelujen saatavuuteen ja tasoon. Itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, yksilöllisyys, osallisuus, turvallisuus ja oikeudenmukaisuus ovat ympärivuorokautisessa hoidossa olevan henkilön eettiset periaatteet. Hyvässä hoidossa huomioidaan myös yksilölliset uskomukset, asenteet, toiveet, odotukset ja pyrkimykset. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.) Elämänlaadun arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita niin muistisairaalle, läheiselle kuin hoitohenkilöstöllekin. Havainnointimenetelmä toimii muistisairaana elämänlaadun tarkastelussa. Tällaisia mittareita ovat esimerkiksi Britanniassa kehitetty DCM- menetelmä sekä Suomessa kehitetty ELO-D-havainnointimenetelmä. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.) Näitä mittareita tulee hyödyntää enemmän siirtymävaiheen hoitotyössä.

Riittävä ammattitaitoinen henkilökunta on edellytyksenä hyvälle ympärivuorokautiselle hoidolle. Tutkimuksen mukaan erityisammattitaito muistisairaiden työstä on henkilökunnan määrää tärkeämpi hyvän hoidon laadun takaaja. Huonoon hoidon laatuun on yhdistetty henkilökunnan henkinen pahoinvointi ja johdon puutteelliset esimiestaidot. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.) Muistisairauksiin perehtynyt ammattihenkilöstö toimii alan asiantuntijoina. Sosiaali- ja terveysalan perusopinnoissa on hyvät perusteet muistisairauksien ja koko ikääntyneiden hoitoon. Usein kuitenkin tarvitaan syventäviä tai jatko-opintoja ja tietojen säännöllinen päivittäminen on tärkeää muistisairauksista (Erkinjuntti 2015.)

Muistisairaana hyvä hoito kattaa perustarpeista huolehtimisen, kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemisen, itsemääräämisoikeuden turvaamisen sekä toimijuuden tukemisen (Kulmala 2019, 15). Muistisairaana hoidossa yksilöllinen tavoitteellinen hoito ja elämänhistorian huomiointi on tärkeää. Tavoitteilla on pyrkimys toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseen tai ylläpitämiseen. Hoidettavalle laaditaan laaja hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota säännöllisesti arvioidaan ja päivitetään. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.)

Muistisairasta hoitavalta ammattilaiselta vaaditaan systemaattista, jatkuvaa opiskelua ja perehtymistä näyttöön perustuviin toimintaperiaatteisiin. Uteliaisuuden, kokeilemisen, oivallusten, muistisairaan ihmisen kunnioittamisen, vankan osaamisen lisäksi hoitohenkilöstön tulee olla motivoitunut ja pitää työtään merkityksellisenä. Kannustavan johtaminen ja osallistava työote ovat myös hoidon onnistumisen kulmakiviä. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.)

Muistisairaana ja hänen läheisensä tukeminen kuuluu kaikille muistityössä toimiville henkilöille kaikissa taudin vaiheissa. Tavoitteena on ylläpitää sairastuneen ja perheen elämänlaatua. Tukitoimiin kuuluvat lakisääteiset sosiaaliturvaetuudet, tiedollinen ja psykologinen tuki, sosiaalista hyvinvointia edistävä joustava ja ennakoiva sekä kotona asumista turvaava tuki. (Ekola, Hallikainen & Huhtamäki 2015.)

Vuorovaikutus on tärkeä osa hoitotyötä. Vuorovaikutus on kohtaamista, aitoa läsnäoloa. Kosketus on osa hyvää hoitotyötä. Se edistää ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Sen tiedetään laskeva stressihormonipitoisuuksia, alentavan verenpainetta, laskevan sykettä, lievittävän kipua ja vahvistavan immunitettia. Sillä voi olla vaikutusta jopa ikääntyneen siirtymävaiheeseen. (Räsänen 2019, 26-27)

Kuolevan muistisairaanhoidon useimmiten tapahtuu ympärivuorokautisessa hoidossa. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015). Henkilöstön ja asianomaisen itsensä tai hänen läheisensä kanssa hienovaraisesti saattohoidosta keskustelu on tärkeää. Saattohoidosta on hyvä keskustella myös riittävän varhaisessa vaiheessa. Suullinen tai kirjallinen hoitotahto tulee ottaa huomioon asiakasta hoidettaessa. (Finne-Soveri 2016.) Kuolemaa edeltää usein pitkä jakso, jolloin liikuntakyky sekä kommunikaatiokyky ovat lähes hävinneet. Tällöin korostuu elämänlaadun ylläpitäjänä hyvä perushoito eli huolehtiminen ruokailusta, ihon hoidosta ja puhtaudesta. Tutun äänen tunnistaminen ja kosketuksen tunteminen ovat tallella ja hoitohenkilöllisyydeltä odotetaan lempeyttä ja ystävällisyyttä. Ympäristön rauhallisuudesta, kivun sekä ahdistuksen lievityksestä tulee huolehtia. Onkin tärkeää onnistuneen hoidon kannalta selvittää muistisairaana omat ja läheisten toiveet ja linjaukset jo varhaisessa vaiheessa. Hoitotahto on tässä avainasemassa tai läheisiltä saatu tieto, sen puuttuessa hoidosta päättää hoitava lääkäri.

Elämän loppuvaiheessa siirtoja uuteen hoitopaikkaan tulisi välttää, koska se heikentää elämänlaatua altistamalla akuutille sekavuustilalle ja lisäämällä turvattomuutta ja ahdistusta, eivätkä ne pidennä elinikää. Näistäkin hoitopaikan siirto linjauksista on hyvä keskustella jo varhaisessa vaiheessa. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.)

Hoidettavan ja hänen elinolosuhteidensa mahdollisimman tarkka tuntemus on edellytyksenä hyvälle hoidolle. Uusimpien tutkimusten mukaan ikääntyneiden hoitojen tulokset ovat olleet hyviä ja paranevat jatkuvaan. Kehittynyt tekniikka on ollut tähän edesauttajana. Keskeisenä haasteena iäkkäiden hoidossa on lääkäriellä päättää, kuinka intensiivisesti hoidetaan ja mitkä hoidot ovat oleellisia iäkkäiden hoidossa. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia muistisairaana asukkaan siirtymävaihetta tehostettuun palveluasumiseen muuttaessa hoitohenkilöstön näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa kohdata palveluasumiseen muuttava muistisairas asukas, sekä ymmärtää ja tukea hänen muutos- ja siirtymävaihettaan entistä paremmin. Hyvä siirtymävaiheen hallinta edistää asukkaan kotiutumista uuteen ympäristöön vaikuttaen myönteisesti myös hänen hyvinvointiinsa ja elämänlaatuunsa.

Tutkimustehtävä:

Miten hoitohenkilöstö kokee muistisairaana asukkaan siirtymävaiheen tehostettuun palveluasumisen siirryttäessä?

4 Opinnäytetyön toteutus

Tämän opinnäytetyön toteutin laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen valitsin, jotta saisin mahdollisimman kokonaisvaltaista tietoa iäkkään muistisairaana

asukkaan siirtymävaiheesta. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena oli ymmärtää tutkimuskohteena olevia ilmiöitä tutkittavien näkökulmasta. Yleisimpiä laadullisen aineistonkeruu menetelmiä ovat esimerkiksi kysely sekä haastattelu ja näitä voidaan hyödyntää rinnan (Sarajärvi & Tuomi 2018; Alasuutari 2011, 35.) Laadullisella tutkimuksella saadaan syvällistä mutta huonosti yleistettävää tietoa (Alasuutari 2011, 289).

4.1 Tutkimusmenetelmät

Laadullisessa aineistossa pyrin yleisestä yksityiskohtaiseen, jossa pääkäsitteet määrittelin ennen tutkimuksen alkua (Hirsjärvi & Hurme 2008, 26). Kaikki laadullisessa tutkimuksessa esille tulleet ongelmat koetin selvittää tutkittuun tietoon nojautuen. Havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen olivat laadullisen analyysin kaksi vaihetta, joilla pyrin rakentamaan sääntöjä, jotka pätevät koko aineistoon. (Alasuutari 2011, 43- 45).

Tutkimuksen metodi oli yhteneväinen sen viitekehyksen kanssa. Metodi oli selkeä, sillä se koostui käytännöistä, joita on mahdollista hyödyntää havaintojen tulkinnessa ja muokkaamisessa. Metodit ja teoreettisen viitekehyksen määritteli teoreettinen pohja, millaista aineistoa kannatti ja millaista menetelmää sen analyysissä kannatti käyttää. Hankalaksi laadullisessa tutkimuksessa tarkan määrittämisen suhteen teki se, että työtä voitiin tarkastella monesta eri näkökulmasta. (Alasuutari 2011, 94.)

4.2 Aineistonkeruu haastattelun avulla

Tutkimuksen aineistonkeruuta varten haastattelin yhtä ikääntyneiden muistisairaiden hoivakodin sairaanhoitajaa ja toteutin lomakekyselyn koko ikääntyneiden muistisairaiden hoivakodin hoitotyötä tekeväälle henkilökunnalle. Haastattelun tein teema-haastatteluna ja lomakekyselyssä oli sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Lomakekysely lähetettiin 29 henkilölle, joista kyselyyn vastasi 9 henkilöä (31%). Aineistonkeruumenetelmän tavoite oli tuottaa mahdollisimman tarkka ja laaja kuva muistisairaana asukkaan siirtymävaiheesta hoitohenkilöstön näkökulmasta.

Otin yhteyttä haasteltavaan sairaanhoitajaan sekä lomakekyselyyn vastaajiin sähköpostilla sekä lisäksi haastateltavaan puhelimitse. Lomakekyselystä muistutin sähköpostitse viikoittain. Lomakekyselyyn oli liitetty saateteksti, joka toimi informaationa tutkittaville. Lisäksi tein lomakekyselyn puolivälissä tutkittaville lisäinformaatiota tuomaan diasarja äänellä selventämään lisää tutkimuksen aihetta, tarkoitusta ja tavoitetta. Lomakekyselyn toteutin helmikuun 2020 aikana.

Haastattelun toteutin puolistrukturoituna haastatteluna (teemahaastattelu). Alasuutari (2011) kirjoittaa, että on harvoin järkevää tai edes ajan puitteissa mahdollista tehdä paljon henkilöhaastatteluja ja että niiden väliset erot ovat tilastollisesti merkittäviä. Näin ollen valitsin haastatteluun henkilön hoitokodista, jolla on mahdollisimman paljon tietoa muistisairaana asukkaan siirtymävaiheesta. Haastattelun suunnitteluvaiheessa kiinnitin erityistä huomiota sen päälinjauksiin sekä keskeisiin ratkaisuihin. Haastattelulla pyrin keräämään luotettavaa aineistoa, josta voidaan päätellä tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi & Hurme, 65-66.) Ensin kokosin tutkimukseen tietoperustaa, jonka pohjalta laadin tukikysymykset teemahaastatteluun haastateltavan kokemusten selvittämiseksi sekä lomakekyselyn, jossa kysytään tutkimuksen kannalta tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä (Liite 1). (Hirsjärvi ja Hurme 2008 48-49; Tuomi 2008). Nauhoitin haastattelun myöhempää litterointia ja tulosten auki kirjoittamista vasten.

Dokumentointi oli aineiston keruun kannalta olennaista. Kuitenkin vaan pieni osa dokumentoidusta tiedosta tuli hyödynnetyksi. Olennaista oli, että aineisto oli yhä rikkasta ja lähes särkymätöntä siihen nähden, kuinka paljon siitä enää on jäljellä lopullisessa työssä. (Alasuutari 2011, 98.) Puolistrukturoidulla haastattelulla sain paljon selvaista tietoa mitä ei voinut tai tarvinnut tutkimuksessa hyödyntää (Hirsjärvi & Hurme 2008, 37).

Erilaisten vuorovaikutustilanteiden avulla sain erilaista tutkimusaineistoa. Yksilökeskustelu tuotti yksilöllistä tietoa, omakohtaiset kokemuksia ja tuntemuksia tilanteesta. Keskustelu jäi tutkijan ja haastateltavan väliseksi vuorovaikutukseksi (Alasuutari 2011, 176.) Henkilöhaastattelun rakenteita tutkimalla etsin vastauksia tutkimustehtävään (Alasuutari 2011, 248). Teemahaastattelulla sekä lomakekyselyillä halusin saada

mahdollisimman tarkkaa ja omakohtaista kokemusta hoitohenkilöstöltä muistisairaiden asukkaiden siirtymävaiheesta.

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto muodostui hoitokodin henkilökunnan asiantuntija haastattelusta sekä lomakekyselyllä hoitotyöntekijöiltä kerätyistä tiedoista.

Aloitin haastattelun aineiston käsittelyn litteroimalla eli nauhoitetun puhemuotoisen aineiston puhtaaksi kirjoittamisella (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Litteroitua tekstiä tuli 17:sta sivuaCalibri fontilla koko 11. Litteroinnin jälkeen kokosin aineiston yhtenäisemmiksi aiheiksi, tarkastelin ja muokkasin teoriaa opinnäytetyöhöni saatujen tulosten perustella. Teemahaastattelua analysoin sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysistä etsin aineistoista eroja ja samankaltaisuuksia sekä kiinnitin huomiota myös poikkeustapauksiin. Siinä tarkastelin myös mikä on puheen tehtävä. Piekin aineisto voi tuottaa merkittäviä tuloksia, joten sisällönanalysoitavan aineiston ei tarvinnut olla runsas. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 156.)

Haastatellessa aineistoa kertyi runsaasti ja se oli elämänläheistä. Se teki aineiston analyysistä haastavaa ja aikaa vievää. Analysoin aineiston heti sen keruun jälkeen, jotta se oli tuoretta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 137.) Perehdyin litteroituun aineistoon huolella ja tein merkinnät niistä asioista, jotka vastasivat tutkimustehtävään. Kokosin merkinnät ja pelkistin keräämäni ilmaisut. Sen jälkeen tein luokittelun, eli kokosin samaa asiaa kuvaavat pelkistykset yhteen ja nimesin luokan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 141, 144.) Analyysin tuloksena syntyi viisi yläluokkaa. Ne ovat: muistisairaana asukkaana siirtymävaiheen palveluketju, muistisairas asukas, läheinen, hoitotyö sekä hoitoympäristö.

Havaintoja pelkistin ensinnäkin sen mukaan, mistä teoreettisesta näkökulmasta tutkittavaa kohdetta tarkastelin. Toiseksi pelkistettyjä havaintoja karsin yhdistämällä niitä asia kokonaisuudeksi tai kokonaisuudeksi. Tutkimuksen yhteinen piirre, nimittäjä tai muotoiltu sääntö ovat keinoja, joilla havaintoja pyrin yhtenäistämään. Laadul-

lisessa aineistossa en kuitenkaan pyrkinyt pelkistämiseen vaan yksikin poikkeus määrittä työn suuntaa ja teoria pohjaa uudelleen. Näiden pohjalta yritin päätellä jotain sellaista, jota ei tiedetä tai jo ”nähdä” aiheesta. (Alasuutari 2011, 45, 47, 87.) Teoriaan ja tutkimukseen perehtymällä hahmottui kehittämiskohteen ilmiöt ja niitä kuvaavat peruskäsitteet (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66).

Seuraavassa taulukossa (Kuvio 1) on esimerkki analyysin etenemisen eri vaiheista. Esimerkit haastattelun alkuperäisestä ilmauksesta pelkistettyyn ilmaukseen, josta jako alaluokkien kautta yläluokkiin.

<i>”palveluketju: kaks ihan eri asiaa se miten se pitäs mennä tai sit se, miten se menee käytännössä”</i>	ohjeistus ja teot eri palveluketjussa	palveluketju	Palveluketju
<i>”kyllä sitten se, jos on yksin asuva vanhus, joka kaipaa sosiaalisia kontakteja ja sitten se täällä sitä saa niin sekin piristää.”</i>	Hoitokodin sosiaaliset kontaktit piristävät asukkaita	sosiaalisuus, asukkaat, hyvinvointi ja elämänlaatu	Asukas
<i>”jos kotihoidosta siirtyy tänne ni sehän on hirveen iso kynnyks koska sitten meilläkin on semmonen maine, että täältä ei niinkun sitten pois lähdetä enää niin tota, jos läheinen kokee sen, että tulee kuulluksi ja ymmärretyksi ja pystyy osallistumaan hoitoon ja on turvallisin mielin niin kun jättää läheinen tänne niin kyllähän se on varmasti vaikuttaa jatkossakin siihen yhteistyöhön aika paljon”</i>	Läheisten muuttotilanteen kokemuksesta on suuri vaikutus. Läheinen voi olla turvallisin mielin, jos kokee että tulee kuulluksi ja ymmärretyksi sekä pääsee osallistumaan läheisensä hoitoon.	siirtymävaiheen kokemuksen läheinen	läheinen
<i>”hoitajien käytös pitäs olla koko ajan ammatillista, että siinä ei oo mitään eroa siihen onko siinä läheinen paikalla vai ei.”</i>	Hoitajien jatkuva ammatillisuus on tärkeää, eikä siinä tulisi olla eroa läheisen läsnä- tai poissa ollessa	ammatillisuus, hoitotyö	hoitotyö
<i>”sitä että jos he on saanut hyvää palautetta muilta tuttaviltaan tai sukulaisilta tai onko aikaisempia kokemuksia, niin niin tuota toki se on helpompaa silloin siirtymävaihe, jos on saanut negatiivista palautetta ja siinä kuitenkin joutuu läheisensä tänne tuomaan”</i>	Siirtymävaiheen onnistumista edesauttaa hoitokodin ja hoitoympäristön saama hyvä palaute/maine muilta ihmisiltä	hoitoympäristö, hyvä palaute/maine	Ympäristö

Kuva 1. Esimerkki analyysin etenemisestä.

Tässä tutkimuksessa alkuperäisilmaukset koodasin eri värein. Alkuperäisen lauseen pelkistin. Pelkistetyt lauseet listasin ja yhdistin ja näiden lopputuloksena päädyin muodostamaan alaluokat. Sen jälkeen sain muodostettua yläluokat, joista muodostui pääluokka.

5 Tulokset

Käsittelen tulokset aineistoista saamieni ylä- ja alaluokkien mukaan (Kuva 2). Yläluokat ovat muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheen palveluketju, muistisairas asukas, läheinen, hoitotyö sekä hoitoympäristö.

MUISTISAIRAAN ASUKKAAN SIIRTYMÄVAIHE					
Yläluokka	Palveluketju	Muistisairas asukas	Läheinen	Hoitotyö	Ympäristö
Alaluokka	SAS-arviointi, hoitokoti, ennakkotieto asukkaasta, yhteistyö eri tahojen välillä,	vaikutus elämänlaatuun ja hyvinvointiin, (luopuminen, kokeminen, sopeutuminen), oikeudellinen toimintakyky, elämänhistoria, terveys, perhe, muistisairauden vaikutukset siirtymävaiheeseen, Psyykkinen pahoinvointi ja käytösoireet	kokeminen, yhteistyö hoitohenkilöstön kanssa, tiedon saanti, läheinen muistisairaahan tukijana ja sanansaattajana, tuki aktiviteeteissa	ammattipätevyys ja tietous muistisairauksista, hoitotyö sekä omahoitajuus, esitiedot ja kohtaaminen ennen muuttoa, tulopaperit, hoitajan läsnäolo muuttotilanteessa-asukkaan esittäytyminen ja perhedytys, elämänhistorian huomiointi ja oma tahto, siirtymävaiheen ja sen jälkeisen ajan tukeminen, avoin keskustelu ja asukkaan yksilöllinen huomiointi, käytösoireiden hoitotyö, oikeudellisen toimintakyvyn huomioiminen, lääkäri, laatu, hoitohenkilöstön yhteistyö sekä jakama tieto ja tuki läheisille, kokemukset siirtymävaiheesta, muistisairaahan asukkaan tukeminen ja kohtaaminen,	asukas huoneen sisustaminen, hoitoympäristön kokeminen, sopeutuminen hoitokotiin, asukkaiden yksilöllisen hoidon suunnittelu sekä toteuttaminen

Kuva 2. Tuloksen ylä- sekä alaluokat.

Haastattelun- sekä lomakekyselyn vastauksia tarkastelin opinnäytetyössäni kokonaisuutena. Lisäksi selvitin lomakekyselyssä hoitohenkilöstön näkemystä siitä mikä on heidän näkemyksensä tämän hetken ikääntyneen muistisairaahan siirtymävaiheesta palvelukotiin.

5.1 Palveluketju siirtymävaiheessa

Tutkimuksessa ilmeni, että ohjeistus ja teot siirtymävaiheen palveluketjussa poikkeavat toisistaan. Muistisairas asukas sekä hänen läheisensä pystyvät jonkin verran vaikuttamaan siirtymävaiheeseen. Asioita, joihin he voivat vaikuttaa, ovat esimerkiksi muutonajankohta sekä hoitopaikan valinta.

Perehtyminen asukkaaseen

Muistisairauden edetessä muistisairas asukas ei ole itse kykeneväinen tekemään päätöksiä, vaan usein läheiset ja hoitava taho päättävät asiakkaan puolesta ja hänen parhaakseen muutosta hoitokotiin. Muuttopäätöstä tehdessä usein joudutaan toimimaan muistisairaahan omantahdon vastaisesti. Hoitokodin edustaja voi perehtyä asukkaaseen osallistumalla kunnan järjestämään SAS-kokoukseen, jossa asiantuntijatyöryhmä toteuttaa palveluohjausta. Usein asukkaan sijoitukset hoitokotiin tapahtuvat nopeasti, niin ettei SAS-työryhmään ennätä osallistua tai asiakasta tavata hänen kotonaan tai aikaisemmassa hoitopaikassa ennen muuttoa. hoitohenkilöstön kokemus on, että muuton esivalmisteluun jää liian vähän aikaa, koskien muuttopäätöksen ja muuttopäivän välistä aikaa. Usein SAS:n osallistuja hoitokodista on sairaanhoitaja. Hoitokodin edustaja osallistuu SAS:n vain sen ajan mikä koskee hoitokotiin ehdotetun muuttavan asukkaan asioita. Hoitokoti on erikoistunut hoitamaan muistisairaita asukkaita, joten kunta usein myös sijoittaa vaikeammin muistisairaaita asukkaat hoitokotiin automaattisesti. Kunnan taloustilanteen vuoksi asukkaiden sijoittamisessa on eroja eri aikoina.

Hoitokoti osana siirtymävaiheen palveluketjua

Hoitokodin toimiessa jo pitempään pystytään antamaan enemmän aikaa siirtymävaiheen hoitamiselle sekä muuttavalle asukkaalle, kuin esimerkiksi silloin, jos perustetaan uusi hoitokoti, jolloin asukkaita voi tulla useampikin pienen ajan sisällä. Hoitokodin hoitohenkilöstön siirtymävaiheen palveluketjun tuntemus on eritasoista. Esimerkiksi kaikilla hoitohenkilöstössä ei ole tietoa siitä mihin läheisiä voi ohjata kunnan puolelle keskustelemaan asukkaan siirtymävaiheen asioista. Hoitokodissa on kuitenkin useita työntekijöitä saman aikaisesti, joten usein toinen auttaa toisiaan työyhteisössä.

Tiedot muuttavasta asukkaasta tulevat päättävältä taholta johtajalle, josta sitten ne vasta etenevät hoidosta vastaavalle. Kun hoidosta vastaavalle eli tiimivastaavalle tai sairaanhoitajalle tulee tieto uudesta asiakkaasta, niin asioiden hoitaminen tapahtuu jouhevasti. Päätetään omahoitajasta ja aletaan selvittää muuttavan asukkaan asioita. Ongelmalliseksi koetaan asukkaan siirtymävaiheen sijoitus ennen viikonloppua tai arkipäiviä, koska se hankaloittaa toimintaa hoitokodissa. Tieto muuttamisesta ja asioiden selvittäminen vie useita päiviä aikaa ennen varsinaista muuttoa. Hoitokodin puolelta joskus joudutaan muuttoa siirtämään hieman myöhemmäksi keskeneräisten asioiden vuoksi. Tarkoitus ei ole jättää hoitamatta työtä, vaan hoitaa muut asiat kuntoon ennen uuden asukkaan muuttoa.

Esitiedot asukkaasta ja yhteistyö siirtymävaiheen aikana

Siirtymävaiheessa **esitietoa asukkaasta** saadaan usein aiemmalta hoitavalta taholta. Tällaisia ovat esimerkiksi, sairaala, kotihoito ja vuodeosasto. Asukkaan onnistunut siirtyminen uuteen paikkaan edellyttää yhteistyötä hoitokodin ja lähettävän tahon välillä ennen muuttoa, sekä siirtymävaiheen aikana ja sen jälkeen. Esitietojen saamista hankaloittaa se, ettei hoitokodilla ja sairaanhoitopiirillä ole yhtenevät potilastietojärjestelmät. Siirtymävaiheeseen ja asukkaan asioihin vaikuttaa se, että tuleeko hän hoitokotiin omasta kodista vai jostain toisen palvelun piiristä. On koettu, että intervallipaikalle tulevista asukkaista saadaan esitietoja paremmin kuin pitkäaikaiseksi asukkaaksi tulevista.

Asukkaan elämänhistoria asioita kerätään suullisesti usein jo ennen asiakkaan muuttoa. Tiivistä **yhteistyötä** tehdään lähettävän tahon sekä läheisten kanssa esitietojen selvittämiseksi. Joskus tiedot saattavat poiketa siitä mitä asukkaan elämä hoitokodissa on. Esimerkiksi on kerrottu, että muuttava asukas on aggressiivisesti käyttäytyvä. Kuitenkin hoitokotiin muuttaessa asukas ei ole aggressiivinen. Kriittisyys esitietojen kanssa on tarpeen.

Siirtymävaiheeseen ja asukkaan asioihin vaikuttaa kotiolot ja suhteet, joista ei ole välttämättä tietoa tai niistä ei paljoa puhuta. Voi olla esimerkiksi taloudellista hyväksikäyttöä, läheisten väsymystä, muuta hyväksikäyttöä tai kaltoinkohtelua. Usein ne

kuitenkin tulevat esille hoitokotiin muuton jälkeen. Asukasta lähettävältä taholta saadaan jonkun verran esitietoja tällaisista vaikeista asioista.

5.2 Asukas ja siirtymävaihe

Siirtymävaiheen vaikutukset muistisairaahan elämänlaatuun ja hyvinvointiin

Muutto aikaisemmasta ”kodista” hoitokotiin on usein iso stressi. Siirtymävaiheen onnistumisella tai epäonnistumisella voi olla vaikutusta asukkaan sopeutumiseen sekä koko hoivakodissa asumisaikaan. Siirtymä- ja muuttovaiheen kontaktit, vaikutelmat ja mieliala vaikuttavat suoraan asiakkaaseen. Esimerkiksi asukkaan tunne ja kokemus siirtymävaihetilanteesta vaikuttaa pitkään siihen tunteeseen, että viihtyykö hoitokodissa ja onko siellä turvallista. Uuden muistisairaanasukkaan muuttaessa hoitokotiin pelkoa aiheuttaa uuden ympäristön useat asukkaat sekä käytöshäiriöiset asukkaat. Usein siirtymävaihe lisää sekavuutta, ahdistusta ja eroahdistusta. Positiivisina asioina hoitokotiin muuttaminen tuo muistisairaalle asukkaalle muun muassa ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon, turvaa, yhteisön, seuraa, sosiaalisuutta, virikkeitä, terveellisen ja säännöllisen ruokailun, päivärhythmin, rutiineja, sisältöä päiviin sekä turvallisen lääkehoidon. Asukkaan kotiutuessa hoitokotiin tunne turvallisuudesta vahvistuu. Pie-nilläkin asioilla on vaikutusta muistisairaahan elämänlaatuun ja hyvinvointiin.

Muistisairaahan asukkaan muuttaessa hoitokotiin koko hänen tuttu entinen elinympäristönsä sekä elämän piiri muuttuu ja hän joutuu **luopumaan** muun muassa aikaisemmasta omasta tutusta elinympäristöstään eli kodistaan, elinympäristöön liittyvistä läheisistä suhteistaan, kuten esimerkiksi läheisistä, naapurista tai lemmikistään. Muistisairas asukas voi hoitokodista sairaus huomioiden yöpyä myös kotona sekä läheiset voivat tulla halutessaan myös hoitokotiin yö vierailulle. Usein miten läheiset kokevat hoitokotiin muuttaneen muistisairaahan läheisensä elämänlaadun parantuneen. Kerrotaan että muistisairaahan läheinen on piristynyt ja virkistynyt. Palvelutaloon muuton yhteydessä usein joutuu osittain luopumaan myös yksityisyydestään sekä **oikeudellisesti toimintakyvystään** esimerkiksi itsemääräämisoikeudestaan. Esimerkiksi yksilöllisen päivärhythmin toteuttaminen ruokailujen ja pesujen suhteen ei välttämättä sujuu samaan tapaan kuin ennen ja ulospääsyä rajoitetaan ulko-ovien ollessa aina lukittuna.

Asukkaan elämänhistoria siirtymävaiheessa

Tutkimustulokset osoittavat, että muistisairaista asukkaista suurin osa ei itse halua palvelukotiin muuttaa, vaan halu jäädä omaan kotiin on voimakas. On joitakin asukkaita, jotka tiedostavat muistisairauden ja haluavat hoitokotiin muuttaa omasta tahdostaan. Aluksi hoitokotiin muuttaessa asukas tuntee olonsa oudoksi vieraassa ympäristössä. Myös hoitohenkilöstön käynti huoneessa voi tuntua oudolta. Muistisairaahan asukkaan eristäytyminen ja vetäytyminen ei aina ole hyvä asia.

Tutkimukseen osallistuneitten näkemys on, että lähtökohtaisesti asukkaille ja heidän läheisilleen on selvää, että palvelukotiin muuttaminen on usein asukkaan loppuelämän koti. Muistisairaahan asukkaan oman halun ilmaisemisella mitä elämältään ja elämänloppuvaiheelta haluaa, on vaikutusta palvelukotiin muuttaessa ja päätöksenteossa. Muistisairailta hoitotestamentteja näkee nykyään useammin. Hoitokotiin muuttaessa on hyvä olla asukkaalla jo hoidon rajaus tehtynä.

Tulosten mukaan muistisairaahan asukkaan **elämänhistoriaa** hyödynnetään siirtymävaiheessa laajasti. Asukkaan siirtymävaihetta helpottaa asioiden ja esineiden tuominen vanhasta kodista uuteen kotiin hoitokodissa. Siirtymävaihetta ja hoitoympäristöön sopeutumista voidaan parantaa antamalla asukkaalle omaa rauhaa, huomioimalla ja kunnioittamalla asukkaan omaa rytmiä, aikaisempien tapojen, tottumusten ja harrastusten jatkamisella myös hoitokoti ympäristössä, tutustumalla asukkaaseen mahdollisimman hyvin ja selvittämällä hänen toiveensa sekä yksilöllisellä huomioimisella. Asukkaan halutessa olla enemmän omassa rauhassaan huoneessaan korostuu hoitohenkilöstön läsnäolo asukas huoneessa. hoitohenkilöstön läsnäolon tarve asukkaan muuttotilanteessa ja sopeutumisvaiheessa on yksilöllistä. Esimerkiksi entuudestaan tutut asukastoverit saattavat helpottaa uuden asukkaan sopeutumista.

Siirtymävaiheen terveydelliset vaikutukset

Muistisairaahan asukkaan muutto hoitokotiin vaikuttaa **terveydellisesti** monin tavoin muistisairaahan elämään. Ravintoa hoitokodissa saa tarvittaessa vuorokauden ympäri ja se on monipuolista, riittävää sekä ikääntyneen erityistarpeet huomioivaa. Usein aluksi muuttavan asukkaan paino nousee, mutta tasaantuu kuitenkin ajan myötä.

Vaikutukset muistisairaahan unenlaatuun esimerkiksi parantavasti turvallisuuden tunteen myötä tai huonontavasti toisten asukkaiden ja hoitoympäristön rauhattomuuden vuoksi. Sairaanhoidollinen huomiointi lisääntyy ympärivuorokautisessa hoidossa. Hoitokodin sosiaaliset kontaktit piristävät asukkaita. Ulkoilu mahdollisuutta tarjotaan vuoden ympäri. Hoitokotiin muuttaessa muistisairaahan asukkaahan aktiviteetit ja sosiaalisuus lisääntyy. Hoitokodissa infektioiden vaara kasvaa.

Asukkaan muistisairaahan vaikutukset siirtymävaiheeseen

Muistisairaahan myötä asioiden ymmärtäminen, muistaminen sekä käytös muuttuu, jolloin se vaikeuttaa siirtymävaihetta. Muistisairaahan tuomia muutoksia ovat esimerkiksi kognition lasku, ajan käsite, sairaahan tunnottomuus ja muistamattomuus. Muistisairaahan asteella on vaikutusta siirtymävaiheeseen sekä siinä tehtävään yhteistyöhön. Esimerkiksi siihen, kuinka paljon asukas itse pystyy asioihin vaikuttamaan. Jo pitkälle edennyt muistisairaahan asukkaalla usein helpottaa sopeutumista hoitokotiin, mutta luo myös esimerkiksi hämmennystä asukkaissa. Muun muassa elinympäristön muuttuminen ja ympäristössä eksyy helpommin. Muistisairaalle siirtymävaiheen jokainen hetki on uusi ja ihmeellinen. Siirtymävaiheen vaikutuksen kokemiseen muistisairas tarvitsee aikaa ja tukea sekä asuinympäristöön, hoitohenkilöstöön ja asukastovereihin ajan kanssa tutustumista.

Muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheen aikainen psyykinen pahoinvointi ja käytösoireet

Siirtymävaihe lisää usein muistisairaahan **psyykkistä pahoinvointia sekä käytösoireita**. Käytösoireina ilmenee usein voimistunut kotiinlähden tarve, eksymistä, harhailua, ärtyisyyttä, konflikteja, yksinäisyyttä, surullisuutta, vangituksi tulemisen kokemusta, aggressiivisuutta, epäluuloisuutta, hätääntyneisyyttä, apatiaa levottomuutta sekä hoitovastaisuutta esimerkiksi peseytymisestä, vaipanvaihdesta, ulkovaatteiden riisumisesta tai tavaroiden antamisesta kieltäytymistä. Yksi yleisin käytösoire muistisairaalla asukkaalla siirtymävaiheessa on halu lähteä kotiin. " *ihan konkreettisesti roikutaan ulko-oven kahvassa ja odotetaan sitä tilaisuutta, että pääsisi lähtemään*". Kotiinlähden osalta käytösoireet usein miten helpottavat ajan myötä huomattavasti. Ne voivat kohdistua hoitohenkilöstöön, läheisiin ja toisiin asukkaisiin. Asukas voi esimerkiksi

syyttää läheisiä hoitokotiin joutumisesta. Käyttöoireita ilmenee usein muuton yhteydessä, kun tilanne, ihmiset ja ympäristö on uusi. Joskus siirtymävaihe ja hetki sen jälkeen on seesteistä aikaa muistisairaalla ja käyttöoireet tai psyykinen pahoinvointi näkyy vasta myöhemmin. Käyttöoireiden jatkuminen ja pois jääminen asukkaan kotiutuksessa hoitokotiin on tilanne riippuvaista. Jos asukkaalla on käyttöoireita, niin ne eivät kokonaan jää pois missään vaiheessa, mutta muuttuvat ajan myötä paremmaksi tai pahemmaksi.

5.3 Siirtymävaihe ja läheinen

Läheisten kokemus siirtymävaiheesta

Läheisen merkitys muistisairaahan siirtymävaiheessa koetaan tärkeäksi ja hyvin suureksi. Hoitohenkilöstön näkemyksen mukaan läheisillä on sekä hyviä että huonoja **kokemuksia** muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheesta ja muuttotilanteista. Läheisten siirtymävaiheen ja muuttotilanteen kokemuksilla on suuri vaikutus yhteistyön onnistumiselle tulevaisuudessakin. Läheinen voi olla turvallisin mielin, jos kokee että tulee hoitokodissa kuulluksi ja ymmärretyksi sekä pääsee osallistumaan läheisensä siirtymävaiheen hoitoon.

Läheisten ja hoitohenkilöstön yhteistyö

Hoitohenkilöstön mielestä läheisten ja hoitohenkilöstön tiivis **yhteistyö** on tärkeää, jossa asukkaan elämänlaadun ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja parantamiseksi pyritään pääsemään yhtenäisiin linjauksiin ja puhumaan vaikeistakin asioista. hoitohenkilöstön näkemys on, että läheiset kokevat tarvitsevansa enemmän yhteydenottoja ja tietoa hoitokodista, paljon tietoa siirtymävaiheesta sekä paljon hoitohenkilöstön aikaa asukkaan hoitokotiin tulovaiheessa. Siirtymävaiheen yhteistyön ja sen onnistumisen kannalta on vaikutusta sillä, kuinka läheiset osallistuvat ja ovat kiinnostuneita siitä. Jo alkuvaiheessa hoidon laadun varmistamiseksi on hoitohenkilöstön hyvä selvittää heti siirtymävaiheessa läheisten toiveet, milloin, miten ja kehen ollaan yhteydessä ja painottaa, että hoitokotiin voi olla yhteydessä, milloin vain. Läheisten toiveet yhteydenpidosta ovat erilaisia. hoitohenkilöstön ja läheisten keskinäisessä toimeen tulossa on eroavaisuuksia, joita kannattaa hyödyntää. Läheisten puolelta on tullut

toivetta omahoitajasta. Esimerkiksi on toivottu, ettei omahoitaja ole samalta paikkakunnalta kuin asukas. Hoitokodin tervetuloa- pakettista hyötyy läheiset sekä asukas ja siitä saa tietoa moneen kysymykseen siirtymävaiheessa. Siitä selviää muun muassa kuka mistäkin hoitokodissa vastaa. Esimerkiksi hoitohenkilöstön ja johtajan roolit. Tietous siirtymävaiheen vaikutuksista muistisairaille, hoitokodin tarjoamista hoitovaihtoehtoista ja muistisairaudesta sekä siitä, että se on kuolemaan johtava sairaus, ei useimmilla läheisillä ole tiedossa. Tämä tuleekin sisällyttää läheisille jaettavaan tietoon suulliseen ja kirjalliseen tietoon jokaisen omaksumisen yksilöllisyys huomioiden.

Läheinen muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheen tukijana

Tulosten mukaan läheiset toimivat muistisairaahan asukkaan **tukijana ja sanansaattajana**. Heidän läsnäolonsa sekä yhteydenpito muistisairaalle on tärkeää. Siirtymävaiheen aikana ja sen jälkeenkin on tärkeää säilyttää yhteys asukkaan ja läheisten välillä. Läheisen tuki muistisairaahan asukkaan kohdalla siirtymävaiheessa on merkityksellisempää, kuin verrattuna ei muistisairaahan ihmisen ja läheisen välillä. Läheinen on paljon enemmän päättämässä muistisairaahan asukkaan puolesta. Läheisten ja asukkaan välisellä suhteella on vaikutusta asukkaan asioiden päätöksen tekoon.

Asukkaan tullessa on hyvä olla selvillä mahdollisimman pitkälle asukkaan oma mielipide hoidosta sekä mahdollisesta hoitotestamentista. Läheiset ovat tukena tässä. Jotkut läheisistä tietävät hyvin tarkkaan ja toiset taas ei juuri ollenkaan mitä läheinen muistisairas asukas haluaa. Läheiset voivat olla eri mieltä muistisairaahan läheisensä hoidosta, jolloin hoitotestamentista on hyötyä ja sen olemassaolo tukee muistisairaahan hoitoa. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma on hyvä tehdä jo alkuvaiheessa ja palata siihen myöhemmin hoitosuhteen edetessä. Siirtymävaiheessa läheisten on usein hankala pohtia asukkaan elämää saattohoitovaiheeseen asti.

Läheisten **tuki aktiviteeteissa** koetaan tärkeäksi. hoitohenkilöstön ja läheisten tulee tehdä tiivistä yhteistyötä suunnitellessa asukkaan aktiviteetteja hänen omaa mielipidettään kunnioittaen. Läheisten osallistaminen toiminnan järjestämiseen ja aktiviteetteihin muistisairaiden asiakkaiden kanssa, tulee olla osa hoitotyötä. Läheisten on hyvä olla enemmän päättämässä asukkaiden aktiviteeteista ja hoitokodin tuleekin

antaa esimerkiksi vaihtoehtoja aktiviteeteista läheisen päätettäväksi, mihin he haluaisivat yhdessä osallistua. Esimerkiksi läheiset voivat tulla hoitokodin asukkaiden ja läheisten yhteiselle iltapalalle. Tällöin läheiselle muistisairaana asukkaan elämä hoitokodissa konkretisoituu.

5.4 Hoitotyö siirtymävaiheessa

Hoitotyön kokeminen siirtymävaiheessa

Hoitohenkilöstö näkee, että **tietous muistisairauksista sekä ammattipätevyys** on tärkeää siirtymävaiheen hoitotyössä. Tärkeää on hoitohenkilöstön ammatillisuus läheisten tukemisessa, koska hekin tarvitsevat hyvin paljon tukea siirtymävaiheen aikana. Hoitohenkilöstö kokee, että siirtymävaiheen hoitamiseen tarvitaan lisää perehdytystä, ohjeistusta sekä koulutusta. Siirtymävaiheen hoito tarvitsee lisää panostusta hoivakodilta, jotta ymmärretään, kuinka tärkeä ja herkkä siirtymävaihe on muistisairaalle asukkaalle ja hänen läheisilleen. Hoitotyössä voi kohdata asukkaiden vaikeita perhesuhteita. Tällaisissa tilanteissa hoitohenkilöstön on hyvä muistaa ammatillisuus ja kuulopuheisiin ei ole luottamista. Hoitohenkilöstön on osattava nähdä mitkä asiat koskevat hoitotyötä ja oltava ammatillinen kaikissa tilanteissa.

Asukkaan tuloprosessista on kirjallinen kuvaus. Hoitohenkilöstö kokee kuitenkin hankalaksi löytää ne sähköisistä tietojärjestelmistä. Kaikista siirtymävaiheen asioista ei ole selkeää ohjetta mitä pitäisi selvittää ja kysyä.

Hoitotyö ennen muuttoa

Tutkimustulosten mukaan uuden asukkaan asioiden selvittely alkaa **omahoitajan** tai sairaanhoitajien toimesta ottamalla yhteyttä läheisiin ja lähettävään tahoon. Hoitohenkilöstö kokee asukkaan esitiedot hyväksi ja niitä on hyvä kerätä mahdollisimman paljon. Omahoitajan ja läheisen yhteistyö korostuu kaikessa muistisairaana asiakkaan hoidossa. Omahoitaja on ensisijainen kontakti hoivakodin ja läheisten välillä sekä asukkaan asioita hoitaessa sekä niistä tiedottaessa. Omahoitajan tehtäviin kuuluu päivittää asukaspaperit, kuten esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmat. Omahoitaja huolehtii, että asukkaalla on henkilökohtaisia tavaroita ja vaatteita riittävästi ja huo-

lehtii niiden hankinnasta yhdessä läheisten tai asioidenhoitajan kanssa. On hyvä huomioida omahoitajan mahdollisuuksien mukaan muutto tilanteeseen mukaan. Usein kuitenkin muutto tapahtuu nopeasti, jolloin uuden asukkaan vastaanottajana voi olla kuka tahansa hoitohenkilöstöstä. On hyvä sopia etukäteen kuka hoitohenkilöstöstä ottaa muuttavan asukkaan vastaan. Omahoitajuuteen perehdyttäminen ja tehtävien kertaaminen koetaan tärkeäksi.

Hoitotyön näkökulmasta usein koetaan, että asukkaan muutto tapahtuu äkkiä ja tulotiedot asukkaasta ovat puutteelliset sekä liian myöhäiset. Usean asukkaan muuttaessa samanaikaisesti on asioiden hoitaminen hankalampaa. Asukkaalla sekä hänen läheisillään on mahdollisuus käydä tutustumassa hoitoympäristöön sekä tuleviin asukastovereihin etukäteen. Myös asukkaan tapaaminen esimerkiksi hänen kotonaan tai edellisessä asuinpaikassa ennen muuttoa on mahdollista. Parhaiten onnistuneessa siirtymävaiheessa pystytään tutustumaan asiakkaaseen ja läheisiin etukäteen sekä pystytään hoitamaan paperiasioita etukäteen jo ennen, kun asiakas muuttaa hoitokotiin.

Tutkimukseen osallistunut hoitohenkilöstö kertoo, että asukkaan sisään kirjauksen voi tehdä jo viikkoja ennen, kun itse asukas muuttaa hoitokotiin. Sisään kirjaus sisältää perustiedot asukkaasta. Asukkaan sisään kirjauksen voi tehdä kuka tahansa hoitajista. Tietojen oikeellisuudessa on hyvä olla tarkkana. Esimerkiksi jos tieto ei kulje niin se voi aiheuttaa hoitohenkilöstössä epämukavuutta, turhautumista ja jopa hoitoverheidenkin. Uuden asukkaan **tulopaperit** on hyvä täyttää ennen siirtymävaihetta tai sen aikana. Siirtymävaiheen papereihin kuuluu muun muassa erilaisia lupa-asioita, tietoja asiakkaasta, yhteystietoja sekä perustietoja siirtymävaiheen edeltävältä ajalta. Täytettäviä papereita on muun muassa hoito- ja palvelusuunnitelma sekä RAI, jotka tehdään kuukauden sisällä palvelutaloon muuttamisesta. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään hoitohenkilöstön, asukkaan ja läheisen yhteistyönä. Asukkaan lisäksi läheinen on hyvä ottaa hoitajan kanssa tekemään myös RAI:ta. Asiakkaan vastaanottotilanteeseen on lääkehoidon selvitys lomake. Asukkaan vastaanottava hoitaja täyttää sen läheisten ja/tai asukkaan kanssa. Tämän tarkoitus on minimoida lääkevirheitä. Esimerkiksi asukkaalla saattaa tulovaiheessa olla kolmekin eri lääkelistaa, se mikä on epikriisissa, se minkä mukaan jaetaan lääkkeet sekä se minkä mukaan asukas ottaa

lääkkeensä. Jos asukkaan lääketiedoissa eriäväsyyksiä tai epäselvyyksiä, niin on hyvä mahdollisimman pian käydä asiakkaan lääkelista lääkärin kanssa läpi sen oikeellisuuden tarkastamiseksi.

Hoitotyö muuttotilanteessa

Asukkaan asioista ja hoidosta tulee vastaajien mielestä käydä avointa keskustelua asukkaan, läheisten ja hoitohenkilöstön kesken. Muuttotilanteen hoitaa edeltä sovittu hoitaja. hoitohenkilöstön tulee antaa paljon aikaa asukkaalle ja läheiselle eli **olla läsnä muuttotilanteessa** sekä kertoa hoitopaikan hoitokäytännöistä ja hoitokulttuurista siirtymävaiheen aikana. Asukkaiden yksilöllinen huomiointi hoidossa on tärkeää. Esimerkiksi yö kiertoja asukkaan huoneessa voidaan harventaa asukkaan ja läheisten luvalla ja heidän halutessaan. Turvalaitteita hyödynnetään hoitokodissa. hoitohenkilöstön eroavaisuuksilla on vaikutusta asukkaan muuttotilanteessa. Tämän vuoksi muuttotilanteen tasaisuuteen ei juurikaan pysty vaikuttamaan. hoitohenkilöstön käytös voi olla erilaista siirtymävaiheessa verrattuna myöhempään hoitotyöhön.

Siirtymävaiheen muutto tilannetta ja tunnetta parantaa tervetulokahvit sekä asukkaalta ja läheisiltä luvan saatua, **esittäytyminen** muulle hoitokodin väelle. Kahvitte-lun lomassa on hyvä tilaisuus jutella asiakkaasta sekä läheisten odotuksista ja toiveista. Hoitajan on hyvä kirjata tiedot sähköiseen järjestelmään, jotta tämä esitieto saavuttaa koko hoitohenkilöstön. Muutto tilanteessa asukas **perehdytetään** hoitokotiin sekä asukastovereihin ja esimerkiksi huoneen hahmottamiseksi hyödynnetään muistilappuja asukkaan kunnon mukaisesti.

Hoitohenkilöstön läsnäolon tarve asukkaan muuttotilanteessa on tulosten mukaan yksilöllistä. Asukkaan muuttaessa hoitokotiin hän saattaa tarvita enemmän huomiota hoitohenkilöstöltä. On hyvä lisätä hoitohenkilöstö resursseja uuden asukkaan saapessa muutamaksi päiväksi. Usein paperityöt ehditään tehdä muun hoitotyön lomassa ja lisäresurssit tulee kohdentaa uuden asukkaan vierellä oloon. Tärkeää hoitohenkilöstön ajan antaminen uudelle asukkaalle on etenkin silloin, kun asukas on hämmennyt ja kokee muuttamisen kriisinä. hoitohenkilöstön läsnäolo asukas huoneessa korostuu, jos asukas haluaa olla enemmän omassa rauhassa huoneessaan. Asukkaan

muuttaessa ensimmäiset päivät hoitohenkilöstö huomioi asukasta enemmän auttamalla, ohjaamalla toisten asukkaiden seuraan, pitämällä asukkaalle enemmän seuraa sekä olemalla läsnä. Pyrkimyksenä on, että omahoitaja mahdollisuuksien mukaan on asukkaan tukena ensimmäiset vuorokaudet. Joskus saatetaan tarvita läheisten kanssa muutaman päivän vierailutauko, jos asukkaalla on voimakas kotiinlähdön tarve. Hoitohenkilöstö edistää siirtymävaihetta tutustumalla asukkaaseen, kuuntelemalla asukkaan ja läheisten odotuksia ja yksilöllisiä hoitolinjauksia, läsnäolollaan, empatialla, ohjaamalla, antamalla uudelle asukkaalle enemmän huomiota sekä ohjaamalla asukastovereiden seuraan.

Muistisairaahan asukkaan perehdytysohjelmaa ei ole, mutta tutkimukseen osallistuvien mielestä se olisi tarpeen. Vastaajat kokevat, että muistisairauden takia ehkä aliarvioidaan perehdytysohjelman tarpeellisuutta. Ei muistisairaahan asukkaan perehdytyksessä korostuu vuorovaikutus ja useimmiten hän pystyy ilmaisemaan mielipiteensä selkeämmin muistisairaaseen verrattuna. Muistisairaahan asukkaan perehdytyksessä korostuu läheisten kanssa tehtävä yhteistyö sekä asiakkaan lukeminen.

Uuden asukkaan elettyä elämää eli elämänhistoriaa selvitetään suullisesti jo siirtymävaiheen alussa sekä kirjallisesti elämänhistoria kaavakkeella siirtymävaiheen aikana. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat pitävät asukkaan tausta- ja elämänhistoriatietoja tärkeinä hoitotyössä, jotta tiedetään ja voidaan hyödyntää jokaisen asukkaan yksilölliset tavat, tottumukset ja mielenkiinnon kohteet asukkaan arjessa. Muistisairaahan asukkaan elämänhistoriaa ei tule aina kirjaimellisesti noudattaa nykyhetkessä. Tulee huomioida asukkaan sen hetkiset omat toiveet ja tahto, mikä voi olla muuttunut aikaisempaan elämään verrattuna. Muistisairaahan asiakkaan elämänhistoria tietojen kerääminen ja sen hyödyntäminen hoitotyössä auttaa asiakkaan yksilöllisessä hoidossa lisäten asiakkaan viihtyvyyttä ja auttaa muistisairaahan asukkaan hoitotyössä. Muistisairaahan asukkaan kohdalla elämänhistoria tietojen kerääminen hoitotyön kannalta on tärkeää. Muistisairaahan asukkaan aikaisemman elinympäristön tuntemus auttaa muistisairaahan asukkaan hoitotyössä. Onnistunutta hoitotyötä edesauttaa asiakkaan hyvä tuntemus ja asiakkaan kokonaisvaltainen huomiointi.

Muistisairaahan asukkaan **siirtymävaihetta sekä sen jälkeistä** aikaa hoitohenkilöstö pyrkii **tukemaan** asukasta kiinnostavalla tekemisellä, auttamalla, huomioimisella, sosiaalisuudella asukastovereiden kanssa, läheisen ja asukkaan yhteyden ylläpidolla, hoivakodin hengellä ja rutiineilla (kulttuurilla), kannustamalla osallisuuteen, ottamalla mukaan kaikkeen toimintaan sekä tukemalla rauhoittumaan. Asukkaan sairaus ja tilanne huomioiden hoitohenkilöstö tarjoaa asukkaille aktiviteetteja. Esimerkiksi osallistamalla arjen askareisiin, kuten pöytienpyyhkimiseen, voileipien tekoon tai leivontaan. Hoitokotiin muuttaminen ei saa olla syy aktiviteettien loppumiseen. hoitohenkilöstön tehtävä on ylläpitää asukkaan mahdollisuutta yhteiskunnalliseen osallisuuteen hänen kuntonsa sekä vointinsa mukaan. Tällaisia ovat esimerkiksi kirkossa käynti, tapahtumat, konsertit, keskusteluillat tai vaikka muistikerhot. Hoitohenkilöstö auttaa muistisairasta asukasta pitämään yhteyttä asukkaan ystäviin. Esimerkiksi tarjoamalla asukkaalle ja ystävälle kahvit huoneeseen.

Muistisairaus ja siirtymävaihe voi tuoda tai lisätä jo olemassa olevia **käyttöoireita**. Hoitohenkilöstö lievittää käyttöoireita ensisijaisesti erilaisilla lääkkeettömillä hoitokeinoilla esimerkiksi läsnäololla, rauhallisella keskustelulla, mielenkiinnon ohjaamisella muualle, musiikilla ja kävelylenkillä. Vaihtoehtoisesti lääkärin määräyksestä on myös varalle hankaliin käyttöoireisiin tarvittavaa lääkitystä. Hoitohenkilöstön joustaminen hoitotoimissa muistisairasta asukasta kuunnellen on tärkeää käyttöoireiden lievittämiseksi. Käyttöoireisiin saadaan apua läheisten kanssa asiasta keskustelemalla sekä heidät hoitotoimiin mukaan ottamisella. Hoitotyössä on joskus tarpeen vaihtaa hoitajaa hoitotilanteissa muistisairaahan käyttöoireiden helpottamiseksi. Muistisairaahan käyttöoireita voi lievittää esimerkiksi viettämällä aikaa entuudestaan tutun asukastoverin kanssa, mutta sillä voi myös olla päinvastainen eli negatiivinenkin vaikutus. hoitohenkilöstön läsnäolo parhaimmillaan luo asukkaalle turvallisuuden tunnetta ja helpottaa käyttöoireita. Usein kaikki huomioiminen helpottaa käyttöoireita. Kaikkien asukkaiden huomiota ei kuitenkaan voi saada, eikä käyttöoireita lievittää huomioinnilla.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat arvioivat, että hoitokodissa asukkaan oikeudellinen toimintakyky ja yksilöllisen päivärytmin toteuttaminen tiettyyn rajaan asti onnistuu hyvin. Esimerkiksi lääkehoitoa on usein toteutettava tietyn rytmin mukaan. Myös

hygieniasta on huolehdittava asukkaan vastusteluista huolimatta. Ravinnon suhteen yö paasto ei saa olla lakien kanssa ristiriidassa. On kuitenkin asioita, joissa voidaan joustaa. Esimerkiksi ruokailuissa voidaan joustaa, vaikka ruoka ajat ovatkin ennalta määriteltynä. Jos asukas haluaa olla yö vaatteissaan koko päivän ja asia on sovittu myös läheisten kanssa, niin silloin myös hoitotyössä noudatetaan ja kunnioitetaan heidän päätöstään. Hoitotilanteissa asukkaan itsemääräämisoikeus ja arjen valintojen mahdollistaminen on ratkaisu moneen asiaan. Asukkaiden rajoittamisessa on paljon eettisiä kysymyksiä. Esimerkiksi milloin kyse asiakasturvallisuudesta, kun tehdään turvavyönkäyttö tai laidannosto päätöksiä.

Lääkärin merkitys siirtymävaiheessa

Lääkäri tekee asukkaalle tulotarkastuksen heti hoitokotiin siirtymisen jälkeen. Vastajat kertovat, että läheiselle, lääkärille ja hoitajalle on hyvä varata yhteistä aikaa hoitokodissa tai lääkärinvastaanotolla heti siirtymävaiheen alkuun. Hoitokoti ympäristö mahdollistaa muistisairaana asukkaan päivittäisen hoidon tarpeen arvioinnin sekä säännöllisiä mittauksia terveydentilan suhteen. Läheisten ja lääkärin yhteistyö usein vähenee asukkaan muuttaessa hoitokotiin. Läheisten ja lääkärin on tärkeää olla kontaktissa toisiinsa jossain välissä asukkaan hoitosuhdetta. Saattohoidosta sekä liitännäissairauksien saattohoidosta kerrotaan läheisille. Siirtymävaiheen aikana läheisten ja lääkärin yhteistyö korostuu etenkin palliatiivista ja saattohoitoa mietittäessä. Läheisten kanssa on hyvä ottaa puheeksi se, että muistisairaus on kuolemaan johtava sairaus. Lääkäri voi herätellä läheisiä pohtimaan DNR-päätöstä, hoitotahtoa sekä hoitotestamenttia. Hoitohenkilöstön ja lääkärin yhteistyö koetaan toimivaksi.

Muistisairaiden lääkehoitoa ei ole hyvä vastaajien kokemuksen mukaan muuttaa tai aloittaa juuri siirtymävaiheessa, vaan joko hyvissä ajoin ennen sitä tai vasta muuton ja kotiutumisen jälkeen. Hoitokodin etuna on sama pitkäaikainen lääkäri, joka tuntee useimmat asukkaat pitkältä ajalta ennen hoitokotiin muuttoa. Muistisairaana asukkaan lääkityksen kannalta usein ei ole hyvä tuntematon lääkäri esimerkiksi päivystysaikoina.

Siirtymävaiheen laadun arviointi

Vastaajat kokevat, että **laatua** tarkkaillaan säännöllisesti. Kunta ja hoitokoti tekee yhteistyötä hoidon tarkkailemiseksi, asiakasmaksujen määrittämiseksi sekä hoidon kehittämiseksi. Somekanavia tulee hyödyntää hoitotyössä ja siirtymävaiheen hoidossa.

Hoitotyössä tulee pitää tiiviisti yhteyttä läheisiin eri tietokanavia hyödyntäen. Siirtymävaiheeseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota selvittämällä, ottamalla puheeksi ja kirjaamalla läheisten toiveet sekä palautteet siirtymävaiheen hoidosta. Sairaanhoidajien on hyvä jututtaa läheisiä aina aika-ajoin siirtymävaiheen kokemuksista ja onnistumisesta palautteen saamiseksi sekä siirtymävaiheen kehittämiseksi.

Siirtymävaiheen hoitotyö ja läheinen

Tulosten mukaan hoitohenkilöstön ja läheisten tulee tehdä tiivistä **yhteistyötä** suunnitellessa asukkaan asioita kunnioittaen muistisairaana asukkaan omaa tahtoa ja mielihaluita. Hoitohenkilöstön on hyvä nähdä läheiset voimavarana, ei rasitteena hoitotyölle. Hoitohenkilöstön oma asenne vaikuttaa läheisten kanssa tehtävään yhteistyöhön. Esimerkiksi saatetaan kokea, että läheisen läsnäolo rajoittaa hoitohenkilöstön toimintaa. Hoitohenkilöstön jatkuva ammatillisuus on tärkeää, eikä hoitohenkilöstön toiminnassa tulisi olla eroa läheisen läsnä- tai poissa ollessa. Hoitohenkilöstön ja läheisten keskinäisessä toimeen tulossa on eroavaisuuksia, joita kannattaa hyödyntää hoitotyössä.

Hoitohenkilöstön tuki läheisille ja läheisten osallistaminen muistisairaiden asukkaiden elämään koetaan tärkeäksi. Esimerkiksi avoimien ovien päivä on hyvää toimintaa, jossa läheiset pääsisivät osallistumaan asukkaiden elämään. Läheisten ja asukkaan välisellä suhteella on vaikutusta asukkaan asioiden päätöksen tekoon. Läheisten tuki aktiviteeteissa on tärkeää. Tulee järjestää toimintaa, jossa osallistetaan läheisiä aktiviteetteihin muistisairaana asiakkaan kanssa. Läheisten on hyvä olla enemmän päättämässä asukkaiden aktiviteeteista ja hoitokodin tuleekin antaa esimerkiksi vaihtoehtoja aktiviteeteista läheisen päätettäväksi, mihin haluaisivat yhdessä osallistua. Läheisille on hyvä laittaa kirje kuvineen useamman kerran vuodessa.

Asukkaan kohtaaminen siirtymävaiheessa

Tuloksissa ilmenee, että hoitohenkilöstö **tukee** muistisairasta asukasta ja hänen läheistään siirtymävaiheen aikana kuuntelemalla heidän toiveitaan, avoimesti keskustelemalla, jakamalla tietoa muistisairauksista, vastaamalla kysymyksiin, olemalla tavoitettavissa, realistisen kuvan antaminen hoitokoti elämästä sekä kannustamalla läheisiä osallistumaan muistisairaahan asukkaan arkeen.

Hoitohenkilöstön **kokemukset** ja tuntemukset siirtymävaiheessa ovat yksilöllisiä. Esimerkiksi uuden asukkaan esitietojen mukaan hoitohenkilöstö voi kokea muistisairaahan asukkaan aggressiivisuuden vuoksi pelkoa ja epävarmuutta siirtymävaihe tilanteissa. Joskus asukkaasta kerrotut esitiedot kuitenkin poikkeavat siitä mitä asukkaan elämä on hoitokodissa. Esimerkiksi on kerrottu, että muuttava asukas on aggressiivisesti käyttäytyvä. Kuitenkin hoitokotiin muuttaessa asukas ei ole aggressiivinen. Hoitotyössä kriittisyys esitietojen kanssa on tarpeen. Kokemus työstä ja siirtymävaiheen hoitamisesta tuo hoitohenkilöstölle varmuutta kohdata muuttava muistisairas asukas. Siirtymävaiheen hoito tilanteessa työryhmä tukee toinen toisiaan, eikä kenenkään tarvitse selviytyä yksin.

Tulosten mukaan **muistisairaahan asukkaan** erilaisilla **kohtaamisilla** on merkitystä. Hoitohenkilöstön tulee suhtautua muistisairaaseen asukkaaseen huomioiden hänen sairautensa sekä kunnioittaen häntä. Muistisairas tai ikääntynyt voi kokea suruna ja menetyksenä sen, ettei kykene enää vointinsa takia tekemään asioita esimerkiksi leipomaan sämpylöitä. Hoitotyössä on tärkeää muistaa sairaus muistisairaahan asukkaan tekojen takana. Muistisairaalle asioiden sanoittamisella on suuri merkitys, miten asukas ne ymmärtävät. Hoitohenkilöstön on hyvä kuunnella tarkkaan ja tulkita parhaansa mukaan mitä muistisairas asukas itse haluaa. Hoitohenkilöstö voi tukea muistisairasta asukasta olemalla läsnä, tukemalla ajan ja paikan hahmottamista, ohjaamalla muistia tukeviin toimintoihin ja vahvistamalla turvallisuuden tunnetta.

5.5 Hoitoympäristö siirtymävaiheessa

Hoitokoti siirtymävaiheen ympäristönä

Hoitohenkilöstö kertoo siirtymävaiheen alkuvaiheessa hoitohenkilöstön ja läheisten tekevät tiivistä yhteistyötä **asukas huoneen sisustamiseksi**. Asukkaalle ja läheiselle kerrotaan jo siirtymävaiheen aikana, että heidän tuomat tavarat hoitokotiin ovat heidän omalla vastuullaan. Muistisairaiden hoitokodissa on hyvin yleistä, että tavarat vaihtavat haltijaansa hetkessä. Esimerkiksi sormuksia on tavattu asukkaiden suustakin.

Muuttavan asukaan ja läheisten siirtymävaiheen kokemukset hoitokodista ja hoitoympäristöstä ovat hoitohenkilöstön mukaan sekä negatiivisia että positiivisia. **Hoitoympäristön kokemiseen** vaikuttaa muun muassa toiset asukkaat, toimitilat, mistä tulee ruoka, hoitokäytännöt, hoitotyö ja hoitokodin toiminta, hoitokodin siisteys sekä ennakko kuulopuheet hoitokodista. Pienellä paikkakunnalla on näillä hoitoympäristön kokemuksilla suurempi merkitys kuin isommissa kaupungeissa.

Vastaajat kokevat, että hoitoympäristön olemus vaikuttaa siirtymävaiheeseen. Muistisairaahan siirtymävaiheeseen vaikuttaa myönteisesti hoitoympäristön viihtyisyys, siisteys, rauhallisuus, kodikkuus, oma huone, rauhallinen ja sujuva arki sekä tunteen luominen siitä että asukkaasta välitetään ja hänen mielipiteensä otetaan huomioon. Muistisairaahan siirtymävaiheeseen kielteisesti vaikuttaa hoitoympäristössä äänekkäät tai käytöshäiriöiset asukastoverit sekä kaoottinen ja sekava ympäristö.

Hoitokotiympäristöön sopeutuminen

Vastaajien mielestä muuttavan muistisairaahan asukaan kunnon mukaan on hyvä perehdyttää hänet hoitokotiin sekä hoitoympäristöön esimerkiksi kiertämällä hoitokotia, juttelemalla ja erilaisilla kirjallisilla ohjeilla. Muistisairaahan ja ei muistisairaahan asukaan perehdytysohjelma poikkeavat toisistaan. Siirtymävaihetta ja hoitoympäristöön **sopeutumista** voidaan parantaa antamalla asukkaalle omaa rauhaa, huomioimalla ja kunnioittamalla asukaan omaa rytmiä, aikaisempien tapojen, tottumusten ja harrastusten jatkamisella myös hoitokoti ympäristössä, tutustumalla asukkaaseen mahdollisimman hyvin ja selvittämällä hänen toiveensa, yksilöllisellä huomioimisella. Asukas

saa halutessaan omaa rauhaa omassa huoneessaan. Siirtymävaiheen onnistumista edesauttaa hoitokodin ja hoitoympäristön saama hyvä palaute muilta ihmisiltä.

Hoitokotiympäristö hoidon mahdollistajana

Hoitohenkilöstö kokee hoitokodin erillisten ryhmäkotien olevan rikkaus, joilla voidaan vaikuttaa ja niitä voidaan hyödyntää siirtymävaiheeseen, asumiseen hoitokodissa, siellä tehtävään hoitotyöhön sekä hoitokodin arkeen. Esimerkiksi asukkaat voivat viettää aikaa toisessa ryhmäkodissa, jos oman puolen ryhmäkoti on levottomampi. Mahdollisuuksien mukaan mietitään hoitokodissa asukkaan sijoittumista jo siirtymävaiheen alussa, jos vapaita huoneita on useampia sillä hetkellä tarjolla. Hoitokodin kahden samankaltaisen ryhmäkodin hahmottaminen muistisairaalle hankalaa, silloin kun hän voi liikkua molempien ryhmäkotien välillä vapaasti. Ajanvietto läheisten tai tuttujen kanssa eri ryhmäkodeissa mahdollistetaan. Myös asukkaan ruokailu mahdollistetaan toisessa ryhmäkodissa. Hoitohenkilöstön toiminnassa ryhmäkotien hyödyntämiseen on eroavaisuuksia. Esimerkiksi jotkut ajattelevat rajoittuneesti, että vain oman ryhmäkodin puolella vietetään asukkaat viettävät aikaa.

6 POHDINTA

6.1 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarve nousi esiin työelämästä muistisairaiden hoitokodista. Iäkkäiden siirtymävaihetta hoitokotiin on tutkittu jonkun verran. Sen sijaan muistisairaiden siirtymävaiheen tutkimuksia ei ole tehty. Haastattelun ja kyselyiden vastaukset olivat yhteneväisiä.

Yksi elämän kuormittavimmista tekijöistä ikääntyneellä on lopullinen luopuminen omasta kodista ja siirtyminen sen ulkopuoliseen hoitoon. Ikääntyneen toimintakyky saattaa heiketä äkistikin, ellei siirtymävaihetta ole valmisteltu hyvin. (Räsänen tu-
lossa 2020.) On tutkittu ikääntyneiden kokemuksia siirtymävaiheesta hoitokotiin

Kärntenissä Itävallassa. Tutkimuksen tulosten mukaan tulisi erityisesti kiinnittää siirtymävaiheessa huomiota hoitokotiin sekä asukkaan yksilölliseen tuen tarpeeseen. Hoitokodin tilat tulisi tehdä sopeutumista edistäviksi ja hoito kodin tulisi huomioida siirtymävaiheen prosessin edistämiseksi asukkaan tarpeet sekä elämänhistoria. (Holbura 2019.) Siirtymävaihe hoitokotiin on iso asia iäkkäiden elämässä vaikuttaen heidän elämänlaatuunsa sekä hyvinvointiinsa. Siirtymävaihe hoitokotiin on laaja käsite ja sisältää paljon huomioitavia asioita. Tietoperustan ja aineiston keruun pohjalta tutkimukseeni nousi viisi pääkäsitettä selventämään hoitohenkilöstön näkökulmaa muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheesta. Nämä pääkäsitteet ovat muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheen palveluketju, muistisairas asukas, läheinen, hoitotyö sekä hoitoympäristö.

Palvelut on järjestettävä yhtenäiseksi kaikissa muistisairauden taudin vaiheissa, jossa korostetaan yksilöllisyyttä ja se pohjautuu muistisairaahan tarpeisiin. Muistisairauden etenemisestä huolimatta toimiva hoitoketju turvaa muistisairaahan hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden. (Erkinjuntti ym. 2015.) Muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheen hoitotyö on monivaiheinen. Se alkaa jo suunniteltaessa asukkaan hoitokotiin muuttoa ja jatkuu, kunnes asukas on turvallisesti asettunut asumaan hoitokotiin.

Vanhuspalvelulaissa säädetään palveluntarpeen selvittämisestä. Laissa ei ole erikseen määritetty palveluntarpeen arvioinnista vastaavan henkilön ammattia, vaan siinä painotetaan moniammatillista yhteistyötä sekä laaja-alaista arviointia. (Finlex 980/2012, § 15.) Siirtymävaiheen palveluketju hoitokotiin siirtyessä alkaa kunnan päätöksestä ja osallistumisesta SAS-työryhmään. Yhteistyö hoitokodin ja asukasta sijoittavan tahon kanssa korostuu ja tulosten pohjalta tarvittaisiinkin enemmän yhteistyötä ja suunnittelua asukkaiden siirtymävaiheprosessiin.

lökkään oikeudellinen toimintakyky voi heikentyä ja se johtuu usein jostakin etenevästä muistisairaudesta. Ihminen ei menetä koko toimintakykyään vaan voi pystyä tekemään vielä yksinkertaisia päätöksiä. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2016.) Siirtymävaiheessa muistisairas asukas joutuu usein siirtymävaihetilanteeseen tahtomattaan. Hänen oikeudellista toimintakykyään joudutaan usein rajoittamaan muistisairauden takia.

lökkäiden tavallisena oireena pidetään muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikkenemistä. Nämä etenevät etenevän muistisairauden myötä siihen saakka, että ihminen ei itsenäisesti selviydy jokapäiväisissä toimissaan. (Sulkava 2016a; Rosenvall 2016.) Muistisairaus hankaloittaa siirtymävaihetta, koska sillä on paljon sekä negatiivisia että positiivisia vaikutuksia muistisairaahan asukkaan elämään. Muistisairas asukas tarvitsee huomattavasti enemmän apua ja tukea läheisiltä sekä hoitohenkilöstöltä ei muistisairaaseen asukkaaseen verrattuna.

Läheiset ovat tärkeitä avustajia muistisairaahan pitkäaikaishoidon hoitotyötä suunniteltaessa, arvioitaessa sekä toteutettaessa. Läheiset ovat tärkeä tuki muistisairaahan pitkäaikaishoidon arjessa. (Hallikainen & Mönkäre 2019). Muistisairaahan asukkaan läheisellä on suuri merkitys siirtymävaiheessa. Läheinen tulee ottaa aktiivisesti mukaan hoitokoti elämään. Hän toimii usein asukkaan sanan saattajana ja on asukasta koskevassa päätöksenteossa mukana. Tärkeää on huomioida läheisen tiedon ja tuen tarve. (Hallikainen & Mönkäre 2019). Läheinen tarvitsee paljon tietoa muistisairauksista ja hoitokodissa annettavasta hoidosta, joten tärkeää onkin läheisten ja hoitohenkilöstön tiivis yhteistyö asukkaan asioita hoidettaessa.

Muistisairaiden ihmisten mahdollisimman hyvä elämänlaatu edellyttää ihmiskeskeistä toimintakulttuuria sekä tarvelähtöistä hoitoa ja se tulee olla ympärivuorokautisen hoidon päämääränä, jonka takaa riittävän ammattitaitoinen ja muistisairauksiin perehtynyt henkilökunta. (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015; Erkinjuntti 2015). Hoitohenkilöstö kaipaa perehdytystä, koulutusta ja kertausta onnistuneeseen ja hyvään siirtymävaiheen hoitoon. Siirtymävaiheen hoitotyössä tulee kokonaisvaltaisesti huomioida muistisairaahan asukkaan lisäksi lähettävä taho, läheinen, hoitoympäristö sekä hoitoyhteisö.

Eloniemi-Sulkava ja Juva (2015) korostavat, että muistisairaahan erityispiirteet ja -tarpeet sekä eläytyminen hänen kokemusmaailmaansa, ovat fyysisen hoitoympäristön suunnittelun lähtökohtia. Ympäristöllä on suuri vaikutus muistisairaahan elämänlaatuun sekä toimintakykyyn (Eloniemi-Sulkava & Juva 2015.) Hoitoympäristöllä on suuri merkitys siirtymävaiheen kokemiseen. Ennakkotiedoilla ja kuulopuheilla saadaan jo vaikutelma hoitokodista. Asukashuoneen esivalmistelulla ja hoitokotiympäristöllä

voidaan vaikuttaa muistisairaahan asukkaan muuttotilanteeseen. Hoitokodin ilmapiiri, hoitohenkilöstö ja muut asukkaat vaikuttavat kokemukseen. Muistisairauden asteella on merkitystä siirtymävaiheen ympäristön kokemiseen.

Webropol-kyselyssä hoitohenkilöstölle oli avoimien kysymysten lisäksi strukturoituja kysymyksiä muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheen nykytilasta hoitokodissa (Liite 2). Tämä kysely voidaan toteuttaa opinnäytetyön julkaisemisen ja työpaikalla siirtymävaiheen kehittämisen jälkeen uudelleen. Tulokset on koottu kuvioiksi opinnäytetyön loppuun liitetiedostoksi. Tutkimukseen osallistuva hoitohenkilöstö kokee muistisairaahan ikääntyneen siirtymävaiheen kodista hoitokotiin onnistuvan varsin hyvin. Myös palveluketjun toimivuus arvioidaan toimivaksi. Muistisairas henkilö pystyy myös itse ainakin jossain määrin vaikuttamaan siirtymävaiheen suunnitteluun ja toteutumiseen. Myös hoitohenkilöstö kokee voivansa vaikuttaa omalla toiminnallaan siirtymävaiheen onnistumiseen kokonaisuutena. Kehittämisen tarvetta löytyy eniten omaisten mukaan ottamisessa siirtymävaiheeseen, sekä yhteistyöhön muiden palveluketjun toimijoiden kanssa.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus on tehty huolella ja rehellisesti noudattamalla eettisesti vastuullisia ja oikeita toimintatapoja (Sarajärvi & Tuomi 2018). Olen kerännyt aineiston eri lähteistä hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia muistisairaahan asukkaan siirtymävaihetta tehostettuun palveluasumiseen muuttaessa hoitohenkilöstön näkökulmasta sekä hoitohenkilöstön osaamista sen hoitamisessa. Tärkeää on tutkittavien henkilöiden ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus, jota kunnioitin tutkijana aiheuttamatta tutkittavalle riskejä, vahinkoa tai haittaa. TENKin laatimat ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä ovat pohjana kaikelle tieteelliselle tutkimukselle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Tutkijana tässä työssä minulla oli jo eräänlainen mielikuva tutkittavasta kohteesta, koska olen työskennellyt jo useamman vuoden kyseenomaisessa muistisairaiden hoitokodissa. Olen ollut tutkimuksen ajankohtana pois työstä perhevapaalla, joka asetti minut tutkimuksen aikana hieman kauemmaksi tutkittavasta kohteesta. Opinnäytetyön aineistonkeruussa ja tuloksien auki kirjoittamisessa kiinnitin erityisesti huomiota, etteivät omat ennakkokäsitykset sekä oma näkemys muokkaa opinnäytetyötä. Työ on tehty aidosti haastateltavia kuunnellen ja alkuperäisiä ilmauksia kunnioittaen.

Hain tutkimusluvan tutkimukselleni tutkimuslupahakemuksella hoitokodista X organisaation ohjeiden mukaan. Tutkimuksen saatekirjeessä osallistujille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, menetelmistä ja tulosten käyttötarkoituksesta. Vastaajien tunnistamattomuudella varmistin tutkimuksen luotettavuuden sekä tutkimukseen osallistuvien pysymisen anonyymeinä. Tutkimuskysymykset sekä tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen määrittelin selkeästi. Vastaaminen kyselyyn tapahtui vapaaehtoisesti ja sen pystyi keskeyttämään missä tutkimusvaiheessa tahansa. Tutkittavia ei voinut tunnistaa tutkimusraportista. Vastaukset käsittelin luottamuksellisesti ja anonyymisti. Vastaukset olivat ainoastaan tutkijan hallussa ja hävitettiin asianmukaisesti heti tulosten analysoinnin valmistuttua.

Tutkimusaineisto koostui hoitohenkilöstölle suunnatusta kyselystä ja yhdestä asiantuntijahaastattelusta. Aineiston käsittelin sisällönanalyysillä ja tuloksena ovat viisi yläluokkaa ja niillä alaluokat. Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi määrittelin otoksen koskemaan koko hoitohenkilöstöä. Näin ollen luotettavuutta lisäsi riittävän suuri otanta hoitokodista. Luotettavuutta voi heikentää vähäinen kyselyyn osallistujien määrä.

Opinnäytetyö on tehty luotettavasti, niin että sen sisältö on sitä mitä on luvattu sekä tutkimustulokset ovat siirrettävissä. Opinnäytetyössä luotettavuuden kannalta arvioin lisäksi sen varmuutta, riippuvuutta, vakiintuneisuutta sekä tutkimustilannetta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita ja tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena painottaen sisäitä johdonmukaisuutta. (Sarajärvi & Tuomi 2018). Tutkimuksen luotettavuutta pohdin myös tutkimuksen tekijän osalta. Tekijä on työskennellyt tutkimuksen kohteena olevassa hoitokodissa eikä näin ole

puhtaasti ulkopuolinen tutkija. Webropol-kysely mahdollisti anonyymien vastaamisen, joten tutkijan työskentelyllä hoitokodissa ei ole näin ollen suurta merkitystä. Olen myös ollut tutkimuksen tekoa ennen perhevapaalla reilu puolenvuoden ajan, enkä näin ollen ole voinut vaikuttaa tutkimus tuloksiin läsnäolollani.

Aineistoa työhön keräsin kuukauden ajan ja annoin aina väliajoin tutkittaville informaatiota asiasta. Uskottavuutta lisäsi myös se, että olen työskennellyt noin 12 vuotta hoivakodeissa, joissa muistisairaita asukkaita. Perehdyin opinnäytetyön tausta aineistoon hyvin. Annoin tutkittaville aikaa perehtyä aiheeseen sekä tutkimukselle aikaa sen työstämiseen. (Sarajärvi & Tuomi 2018.)

Muistisairaat asukkaat hoivakodissa ja muistisairauksiin erikoistuvat hoivakodit ovat kasvava ryhmä ikääntyvässä Suomessa. Näin ollen tulokset ovat helposti siirrettävissä ja sovellettavissa lähestulkoon mihin hoitokotiin tahansa, jossa muistisairaita hoidetaan. Haastateltu hoitohenkilöstö tässä tutkimuksessa kattoi sairaanhoitajia, lähihoitajia sekä hoitoapulaisia, joten tulokset soveltuvat myös siltä osin siirrettäväksi eri hoitokoteihin. Siirtymävaihe hoitokotiin itsessään sisältää samankaltaisia elementtejä paikkakunnasta tai paikasta riippumatta. Esimerkiksi muistisairaahan asukkaan oikeudelliseen toimintakykyyn, elämänlaatuun ja hyvinvointiin liittyen. (Sarajärvi & Tuomi 2018.)

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön pohjalta nousi useita jatkotutkimusaiheita. Siirtymävaiheeseen vaikuttavat palveluketju, asukkaan muistisairaus, läheinen, hoitotyö ja hoitoympäristö. Näissä kaikissa osa alueissa on paljon tutkittavaa sekä kehitettävää.

Palveluketjua voisi tutkia ja kehittää työn pohjalta paljonkin. Jatkotutkimuksena esimerkiksi oman kunnan palveluketjun tutkiminen ja kehittäminen on tarpeen, mutta myös esimerkiksi alueellisia tutkimuksia ja sitä kautta käytänteiden kehittäminen voisi olla hyvä idea.

Siirtymävaiheen kokemusta myös muistisairaahan asukkaan näkökulmasta voisi tutkia ja tutkimuksen pohjalta kehittää siirtymävaihetta paremmaksi ja enemmän asukasta palvelevaksi.

Läheisen näkökulmasta siirtymävaihe kaipaisi myös paljon kehittämistä. Ensinnäkin läheinen toimii usein muistisairaahan asiakkaan sanan saattajana. Tuolloin parempi tietämys palveluketjusta, muistisairauksista ja hoitotyöstä on oleellista. Tähänkin voi tutkimusta tehdä miten omaiset asian näkevät ja millaista tietoa he tarvitsevat, jotta muistisairaiden asukkaiden siirtymävaiheen tukeminen helpottuisi ja paranisi.

Hoitotyön osalta muistisairaiden asukkaiden siirtymävaihetta on tutkittu tällä työllä. Kehittämisideoita työyhteisöön saatiin paljon tämän työ pohjalta sekä tietoutta siitä mihin asioihin tarvitsee kiinnittää lisää huomiota. Hoitotyön jatkotutkimus aiheena onkin kehittää siirtymävaiheen hoitotyömalli ja sen jatkuva arviointi siirtymävaiheen parantamiseksi.

Siirtymävaiheen hoitoympäristöä voidaan jatkotutkia muun muassa juuri esimerkiksi sisustuksen ja hoitoympäristön vaikutuksella muistisairaahan asukkaan sopeutumiseen, mitä tulisi huomioida.

Lähteet

Alzheimer`s Disease International (ADI). 2015. Lontoo. Viitattu 2.10.2020.

<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Ekola, J., Hallikainen, M. & Huhtamäki-Kuoppala, M. 2015. Muistipotilaan ja omaisen tukeminen. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna>, Ellibs.

Eloniemi-Sulkava, U. & Juva, K. 2015. Muistisairaahan hyvä ympärivuorokautinen pitkäaikaishoito. Julkaisussa Muistisairaudet. Toim. T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna>, Ellibs.

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2015. Kotona asuvan muistisairaahan hoito ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen ehkäisy. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna>, Ellibs.

Erkinjuntti, T., Juva, K., Nikumaa, H. & Suhonen, J. 2015a. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna>, Ellibs.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015b. Muistisairaudet. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim Oppiportti. <https://janet.finna>, Ellibs.

Finne-Soveri, H. 2016. Ikääntyneiden pitkäaikaishoito. Teoksessa Geriatria. Toim. K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis & M. Viitanen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna>, Ellibs.

Hallikainen, M. & Mönkäre, R. 2019. Muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.9.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu : teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Holbura, D. 2019. Quality of life after moving into a nursing home. A qualitative longitudinal study focusing on the transit experience as well as on the coping strategies and resources of nursing home residents. Submitted in partial fulfilment of the requirements of the academic degree Master of Arts in Business(MA). Double degree programme: Jyväskylän ammattikorkeakoulu & Carinthia university of applied sciences. Feldkirchen.

Hyvän hoidon kriteeristö. 2016. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. 4. painos. Viitattu 8.10.2020. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/luettavaa-ja-tekemista/hyvan-hoidon-kriteeristo>

Hörhammer, I., Koivuranta, P., Linna, M., Mikkola, H., Mikkola, T., Silander, K. & Virta, L. 2019. Iäkkäiden muistisairaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja

kustannukset. Viitattu: 2.10.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1978-iakkaiden-muistisairaiden-sosiaali-ja-terveyspalvelujen-kaytto-ja-kustannukset>

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. TENK. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3. Viitattu 27.2.2020.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/EETTISET%20PERIAATTEET_TENKIN%20HYVÄKSYMÄ%20LUONNOS_7.5..pdf

Ikäihmisen kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset. 2017. Iki-hanke, Toimintaopas. Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus OY Vasso Ab. Viitattu 23.9.2020.

https://thl.fi/documents/920442/3225039/iki_toimintaopas.pdf/d63cc653-fcbf-4dac-88e1-d1316beb7d03

Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Helsinki. Viitattu 2.10.2020.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Klemola, A. 2006. Omasta kodista hoitokotiin : etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Väitöskirja. Kuopio : Kuopion yliopisto 2006. Viitattu 21.4.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0508-7/urn_isbn_951-27-0508-7.pdf

Koponen, H. & Vataja, R. 2015. Muistisairauksien hoito. Julkaisussa Muistisairaudet. Toim. T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna>, Ellibs.

Kulmala, J. 2019. Aktiivinen arki on onnistuneita kohtaamisia ja mielekästä tekemistä. Julkaisussa Hyvä vanhuus – menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen. Toim. J. Kulmala. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 25.8.2020.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Viitattu 8.10.2020.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lee, D.T.F 2013: A narrative exploration of older people's transitions into residential care. *Aging & Mental Health*, 17 (1), 48-56.

Muistisairaudet. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivulla. Viitattu 2.10.2020. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Muistisairauksien yleisyys. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivulla. Viitattu 7.9.2020.

<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Muuttuvat vanhuspalvelut. 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivulla. Viitattu 2.10.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut>

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2016. Vanhuksen oikeudellinen toimintakyky. Julkaisussa Geriatria. Toim. K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis, & M. Viitanen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna, Ellibs>.

Rosenvall, A. 2016. Muistisairauksiin liittyviä määritelmiä. Käypä Hoito. Duodecim. Viitattu 19.12.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix02415>.

Routasalo, P. 2016 Yksinäisyys ja eristäytyminen. 2016. Julkaisussa Geriatria. Toim. K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis, & M. Viitanen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna, Ellibs>.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampere. Juvenes. Print. Viitattu 21.9.2020. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/Räsänen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Räsänen, R. 2019. Elämänlaadun monipuolinen huomiointi ja tukeminen käytännön vanhustyössä. Julkaisussa Hyvä vanhuus – menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen. Toim. J. Kulmala. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Räsänen, R. Tulossa 2020. Vanhuksen siirtyminen laitoshoidosta avohoitoon: paraneeko elämänlaatu? Artikkelii

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 16.9.2020 https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. E-kirja. Helsinki: Tammi. Viitattu 6.5.2020. <https://janet.finna, Ellibs>.

Sulkava, R. 2016a. Muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentyminen. Julkaisussa Geriatria. Toim. K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis, & M. Viitanen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna, Ellibs>.

Sulkava, R. 2016b. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Julkaisussa Geriatria. Toim. K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis, & M. Viitanen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna, Ellibs>.

Sulkava, R. 2016c. Muistioireinen ihminen ja kotona asuminen. Julkaisussa Geriatria. Toim. K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis, & M. Viitanen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna, Ellibs>.

Tilvis, R. 2016a. Geriatrien arviointi. Teoksessa Geriatria. Toim. K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis, & M. Viitanen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna, Ellibs>.

Tilvis, R. 2016b. Vanhenemismuutokset. Julkaisussa Geriatria. Toim. K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis, & M. Viitanen. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://janet.finna>, Ellibs.

Ylä-Outinen, T. 2012. Ikäihmisten arki- Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 7.9.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0974-9/urn_isbn_978-952-61-0974-9.pdf

YSO. N.d. Yleinen suomalainen ontologia. FINTO. Viitattu 21.4.2020. <https://finto.fi/yso/fi/page/p642>.

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelu runko

Teema haastattelu

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Tarkoitus on tutkia hoitajien näkökulmasta ikääntyneen muistisairaana asukkaan siirtymävaihetta tehostettuun palveluasumiseen.

Tavoitteena on kehittää hoitajien osaamista kohdata palveluasumiseen muuttava muistisairas asukas, sekä ymmärtää ja tukea hänen muutos- ja siirtymävaihettaan paremmin. Hyvä siirtymävaiheen hallinta edistää asukkaan kotiutumista uuteen ympäristöön vaikuttaen myönteisesti myös hänen hyvinvointiinsa ja elämänlaatuunsa.

1. Kerro kokemuksia muistisairaana ikääntyneen tulosta palvelukotiin (siirtymävaihe)?

(APUKYSYMYKSET TARVITTAESSA:

- kerro palveluketjusta siirtymävaiheessa ja sen hoitamisesta? entä yhteistyö palveluketjussa?
- kerro siirtymävaiheen merkitykset asukkaalle, läheiselle ja hoitajalle?
- kerro siirtymävaiheen suunnittelusta ja muistisairaana ikääntyneen itsemääräämisoikeus?
- Kerro läheisten merkityksestä, vaikutuksista ja huomioimisesta siirtymävaiheessa?
- kerro muistisairaana elämän loppuvaiheen hoidon huomioinnista siirtymävaiheessa?

2. Kerro miten siirtymävaihe vaikuttaa hoitajien työhön?

(APUKYSYMYKSET TARVITTAESSA:

- Mitä hoitajat tekevät ennen siirtymävaihetta ja sen aikana?
- Miten hoitoympäristö vaikuttaa siirtymävaiheeseen?

3. Kerro miten siirtymävaihe vaikuttaa muistisairaana ikääntyneen elämään?

(APUKYSYMYKSET TARVITTAESSA:

- Mitkä ovat muistisairauden vaikutukset siirtymävaiheeseen?
- Mistä asioista ikääntynyt muistisairas joutuu luopumaan, mitä tulee tilalle?
- Miten näkyy psyykkisen tilanteen ja käytösoireiden vaikutus siirtymävaiheessa?
- kerro siirtymävaiheen vaikutuksesta muistisairaana ikääntyneen hyvinvointiin ja elämänlaatuun?

Sana vapaa.... Kehittämisasiideoita?

Muistisairaahan asukkaan siirtymävaihe -webropolkysely

Siirtymävaiheella tarkoitetaan muistisairaahan asukkaan muuttamista hoitokotiin. Siirtymävaihe kattaa ennakointi-, käynnistys-, odotus-, siirtymis- ja päättymisvaiheen. Siirtymävaihe saa aikaan muutosta ja vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa nykytilaa siirtymävaiheen hoitamisesta ennen tehostettuun palvelutaloon muuttamista sekä sen aikana.

Kysely on osa YAMK opinnäytetyön aineiston keruuta. Kysely tehdään hoitokoti X hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalle. Kyselyn vastaukset käsitellään nimettömästi.

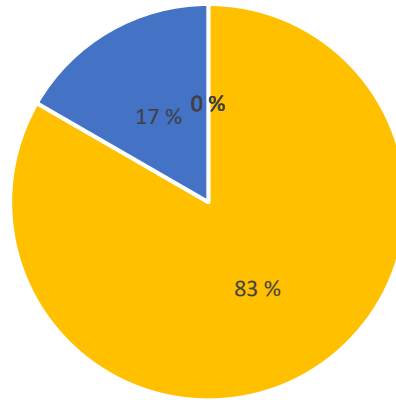
Vastaus aikaa on 29.2.2020 asti

1. Miten muistisairaahan asukkaan siirtymävaihetta hoidetaan ja tuetaan hoitajien toimesta ennen muuttoa? (omahoitajuus sekä muut hoitajat)
2. Mistä muistisairas joutuu luopumaan muuttaessaan palvelutaloon?
3. Mitä positiivisia asioita muuttaminen palvelutaloon tuo muistisairaalle asukkaalle?
4. Millaiseksi koet yhteistyön siirtymävaiheen aikana? (Yhteistyökumppanit, läheiset ja muistisairas, hoitajat)
5. Miten muistisairaahan asukkaan siirtymävaihe hoidetaan muuttovaiheessa? (muutto tilanne, paperi työt...)
6. Minkälainen perehdytysohjelma/ohjeistus on käytössä muistisairaalle asukkaalle muutto tilanteessa ja poikkeako se ei-muistisairaahan asukkaan vastaavasta?
7. Kuinka läheiset huomioidaan siirtymävaiheen aikana ja he saavat tarpeeksi tietoa siitä?
8. Millä tavoin muistisairaahan asiakkaan muutto tilannetta/tulovaihetta pyritään rauhoittamaan? (esimerkiksi omahoitaja, läheinen, ympäristö...)
9. Millainen merkitys läheisellä on muistisairaahan siirtymävaiheeseen?
10. Miten muistisairaahan asukkaan siirtymävaiheen jälkeistä aikaa eli kotiutumista tuetaan? (yhteisöllisyys, ympäristö, hoitajien läsnäolo, läheiset...)
11. Miten omahoitajuus näkyy ja mitä kuuluu omahoitajan tehtäviin siirtymävaiheen aikana?
12. Miten siirtymävaiheen onnistumista edistetään hoitajien toimesta?
13. Miten hoitoympäristö vaikuttaa siirtymävaiheeseen?
14. Millä tavoin hoitajat voivat tukea muistisairasta asukasta ja lisätä osaamistaan asukkaan siirtymävaiheessa/muuttaessa palveluasumiseen?
15. Koetko omahoitajana, että sinulla on riittävästi aikaa hoitaa asukkaan siirtymävaiheen hoitoon sekä hänen kotiutumisen tukemiseen?
16. Miten siirtymävaihe vaikuttaa muistisairaahan elämänlaatuun ja hyvinvointiin?
17. Miten muistisairaus vaikuttaa siirtymävaiheeseen?
18. Lisääkö siirtymävaihe muistisairaahan käytösoireita ja millaisia käytösoireita ilmenee? Millä tavoin lievitätte muistisairaahan käytösoireita?
19. Miten muistisairasta ja hänen läheisiään tuetaan siirtymävaiheen aikana? Pystyvätkö he itse vaikuttamaan siirtymävaiheeseen?
20. Miten muistisairaiden asukkaiden elämänlaatua voitaisiin parantaa tehostettuun palveluasumiseen muuttaessa siirtymävaiheen aikana?
21. Arviointia siirtymävaiheen nykytilasta (Valmiit vastausvaihtoehdot: Täysin erimieltä-osittain erimieltä-en osa sanoa- osittain samaa mieltä-täysin samaa mieltä)
 - a. Koen muistisairaahan ikäihmisen siirtymävaiheen useimmiten onnistuneeksi
 - b. Muistisairaahan ikääntyneen siirtymävaiheen palveluketju on onnistunut (Palveluketjulla tarkoitetaan siirtymä vaihetta jo ennen muuttoa sekä muuttamista hoitokotiin.)
 - c. Muistisairas asukas pystyy itse vaikuttamaan siirtymävaiheen suunnitteluun ja hoitamiseen?
 - d. Koen itse pystyväni vaikuttamaan siirtymävaiheen hoitamiseen
 - e. Koen pystyväni vaikuttamaan siirtymävaiheen onnistumisen kokemiseen
 - f. Läheiset saavat riittävästi tukea siirtymävaiheen aikana
 - g. Yhteistyö on hyvää ja luonnistuu siirtymävaiheen aikana

Liite 2. Strukturoidun kyselyn vastaukset muistisairaahan siirtymävaiheesta

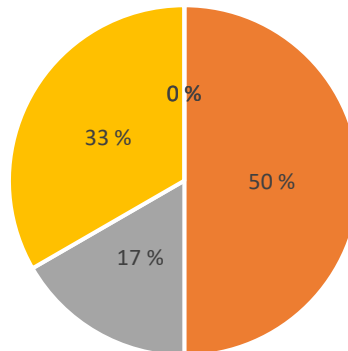
Arviointia siirtymävaiheen nykytilasta:

Koen muistisairaahan ikäihmisen siirtymävaiheen useimmiten onnistuneeksi



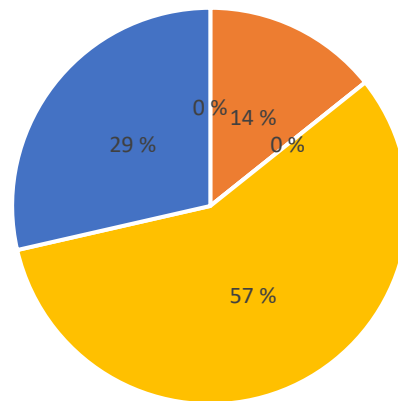
■ 1. Täysin eri mieltä ■ 2. Osittain erimieltä ■ 3. En osaa sanoa
■ 4. Osittain samaa mieltä ■ 5. Täysin samaa mieltä

Muistisairaahan ikääntyneen siirtymävaiheen palveluketju on onnistunut (Palveluketjulla tarkoitetaan siirtymä vaihetta jo ennen muuttoa sekä muuttamista)



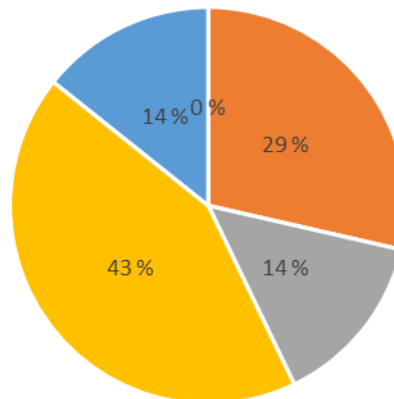
■ 1. Täysin eri mieltä ■ 2. Osittain erimieltä ■ 3. En osaa sanoa
■ 4. Osittain samaa mieltä ■ 5. Täysin samaa mieltä

Koen pystyväni vaikuttamaan siirtymävaiheen onnistumisen kokemiseen



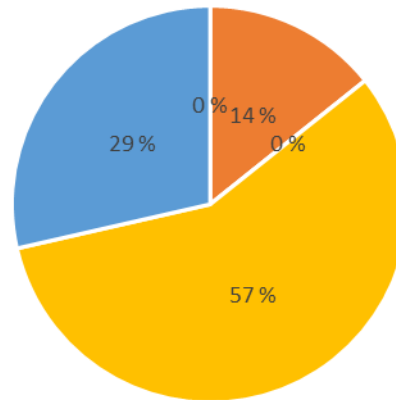
- 1. Täysin eri mieltä ■ 2. Osittain eri mieltä ■ 3. En osaa sanoa
- 4. Osittain samaa mieltä ■ 5. Täysin samaa mieltä

Muistisairas asukas pystyy itse vaikuttamaan siirtymävaiheen suunnitteluun ja hoitamiseen?



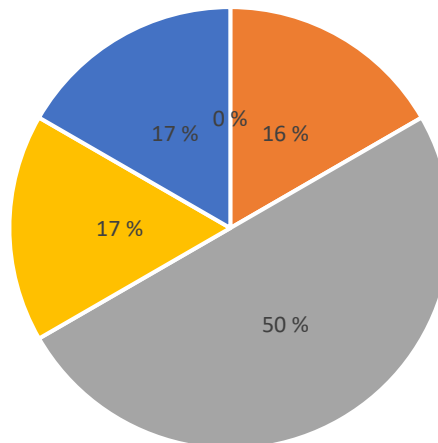
- 1. Täysin eri mieltä ■ 2. Osittain eri mieltä ■ 3. En osaa sanoa
- 4. Osittain samaa mieltä ■ 5. Täysin samaa mieltä

Koen pystyväni vaikuttamaan siirtymävaiheen onnistumisen kokemiseen



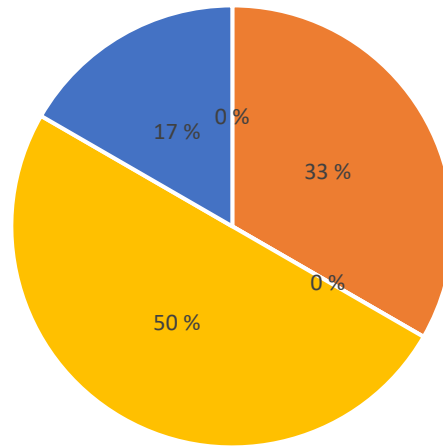
- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Osittain erimieltä
- 3. En osaa sanoa
- 4. Osittain samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

Läheiset saavat riittävästi tukea siirtymävaiheen aikana



- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Osittain erimieltä
- 3. En osaa sanoa
- 4. Osittain samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

Yhteistyö on hyvää ja luonnistuu siirtymävaiheen aikana



- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Osittain erimieltä
- 3. En osaa sanoa
- 4. Osittain samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

Koen muistisairaana ikäihmisen siirtymävaiheen useimmiten onnistuneeksi

