



**Outi Korkeala**  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto  
Sairaanhoitaja, AMK  
Opinnäytetyö, 2021

# MUISTILIITON HYVÄN HOIDON KRITEERIT

**Toimintakyvyn tukeminen, terveyden edistäminen ja vuorovai-  
kutukset case-yrityksessä**

---

## TIIVISTELMÄ

Outi Korkeala

MUISTILIITON HYVÄN HOIDON KRITEERIT-Toimintakyvyn tukeminen, terveyden edistäminen ja vuorovaikutus case-yrityksessä

Sivut 29 ja liitteet 3

Syksy, 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitaja

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata hoidon toteutumista Muistiliiton muistisairaanhoidon hyvän hoidon kriteeristön kautta case-yrityksen päivittäisissä toiminnissa. Opinnäytetyön tarkoitus on auttaa case-yritystä kehittämään toimintaansa ja parantamaan muistisairaiden hoitoa. Yhdessä case-yrityksen kanssa valikoituivat tarkasteltaviksi osa-alueiksi Muistiliiton luoman hyvän hoidon kriteerit: toimintakyky, terveyden edistäminen ja vuorovaikutus.

Tutkimusmenetelmänä oli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, ja aineiston keruu tapahtui vakituiselle henkilökunnalle toteutetulla sähköisellä kyselylomakkeella touko-kesäkuun aikana 2021. Kyselyyn osallistui 77,8 % (N=9) case-yrityksen vakituisesta henkilökunnasta.

Tuloksissa ilmeni jokapäiväinen kiire työssä, jonka koettiin vaikuttavan negatiivisesti kaikkiin kyselyn osa-alueisiin. Tuloksista selvisi, ettei terveydenhuoltoalalla työskennellyillä työvuosilla ollut yhteyttä vastauksiin vaan jokainen tekee hoitotyötä omalla persoonallaan, johon vaikuttaa hoitajan ihmiskäsitys ja arvomaailma. Vastauksista voidaan huomioida myös, että koulutuksella on yhteyttä siihen, kuinka työ nähdään ja millaisiin työtehtäviin osaaminen keskittyy. Muistisairaanhoidon omaisista koettiin pääosin olevan apua muistisairaanhoidossa.

Tuloksista voikin vetää johtopäätöksen, että tämänhetkinen hoitajamitoitus saattaa olla liian alhainen. Case-yrityksessä hoitohenkilökunta kokee, ettei pysty tekemään työtään niin hyvin, kuin toivoisi. Myös lisäkoulutus hoitohenkilökunnalle voisi helpottaa muistisairaanhoidon kanssa yhdessä toimimista. Yhteistyötä muistisairaanhoidon omaisten kanssa kannattaa kehittää, sillä heiltä saa ensiarvoisen tärkeää tietoa muistisairaanhoidon elämästä ja tavoista.

Asiasanat: muistisairaat, hyvä elämä, hoitotyö, palveluasuminen

## ABSTRACT

Outi Korkeala

QUALITY OF LIFE AND CARE GUIDELINES OF PEOPLE WITH MEMORY-RELATED DISEASES BY THE ALZHEIMER SOCIETY OF FINLAND – Supporting the ability to function, health promotion and communication in a case company  
29 p., 3 appendices

Autumn, 2021

Diakonia University of Applied Sciences  
Bachelor's Degree in Health Care, Nursing  
Registered Nurse

The objective of this thesis was to describe the implementation of care in the case company's daily operations based on the criteria of Quality of Life and Care Guidelines of People with Memory-related Diseases published by the Alzheimer Society of Finland. The aim of the thesis was to help the case company to develop its operations and to improve the care of people with memory-related diseases. Together with the case-company, supporting the ability to function, health promotion and communication were chosen together as criteria for the thesis.

A qualitative research method was used, and the material collection was carried out in May-June, 2021 via an electronic questionnaire directed at the permanent staff. 77.8 % (N = 9) of the permanent staff took part in the survey.

An everyday rush at work became apparent in the results of the study, and this was seen to have a negative effect on all areas of the questionnaire. The results showed that the number of years worked in the field of health care did not have an effect on the answers, but care work is characterized by one's personality, in which one's own values and view of human beings makes a difference. It can also be pointed out in the results that education influences how the work is perceived and for what kind of tasks know-how is concentrated on. The friends and families of the people with memory-related diseases were seen to be helpful in the care.

A conclusion that can be drawn from the survey results is that the minimum staffing level might be too low. Nursing staff thinks that they are not able to do their work as well as they wish. Also, supplementary education for nursing staff might ease cooperating with people with memory-related diseases. Collaboration with relatives of people with memory-related diseases is worth developing onwards since they are primary sources of important information about the life and habits of people with memory-related diseases.

Keywords: memory disorders, good life, nursing, residential care

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 MUISTISAIRAAN HYVINVOINNIN TUKEMINEN JA VUOROVAIKUTUS ..	2
2.1 Muistisairaus ja muistisairaahan toimintakyky .....	2
2.2 Muistisairaahan terveyden edistämisen lähtökohdat palveluasumisessa.....	4
2.3 Vuorovaikutus hoitosuhteessa muistisairaahan kanssa .....	7
3 MUISTISAIRAAN HYVÄN HOIDON KRITTEERISTÖ .....	9
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	10
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	11
5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä.....	11
5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu .....	12
5.3 Tutkimusaineiston analyysi .....	14
6 TULOKSET .....	16
6.1 Taustatiedot.....	16
6.2 Toimintakyvyn tukeminen.....	18
6.3 Terveyden edistäminen .....	19
6.4 Vuorovaikutus.....	21
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	22
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	24
LÄHTEET .....	27
LIITE 1. Muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon kriteerit.....	30
LIITE 2. Case-yrityksen kyselykaavakerunko .....	31
LIITE 3. Power Point-diasarja esittelytilaisuuteen .....	34

## 1 JOHDANTO

Lääketieteen ja tutkimuksen kehittyessä monien sairauksien eteneminen ja paheneminen pystytään estämään. Kehityksestä huolimatta on myös elämänlaatua heikentäviä sairauksia, joiden etenemiselle lääketiede ei voi mitään. Tällaisia ovat muun muassa muistisairaudet. Suomessa on arviolta 193 000 muistisairaasta ihmistä. Heistä 93 000 sairastaa keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta ja 100 000 lievää muistisairautta. (Muistiliitto, 2017-a.) Joka vuosi sairastuu 14 500 ihmistä lisää, näistä 7000 alle 65-vuotiasta (Muistiliitto, 2017-b).

Lisääntyvä muistisairauksiin sairastuneiden ihmisten määrä luo paineita terveydenhuoltojärjestelmälle. Koko ajan tiukkenevassa taloudellisessa tilanteessa vastassa on kasvava joukko ihmisiä, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa. Vaikka hoitopaikkoja muistisairaille riittäisikin, pystytäänkö hoidon resurssit kohdistamaan niin, että muistisairaana ihmisen elämänlaatu sekä muistisairaana hoitotyö pysyvät hyvänä?

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan Muistiliiton vuonna 2016 päivitetyn Muistisairaana ihmisen hyvän hoidon kriteeristöstä (liite 1) valittujen kolmen kriteerin perusteella muistisairaiden hoitoa case-yrityksessä. Valitut kriteerit ovat muistisairaana toimintakyky, terveyden edistäminen sekä vuorovaikutus. Tavoitteena on selvittää case-yrityksen henkilökunnalta, miten valitut kriteerit toteutuvat yksikön päivittäisissä toiminnoissa ja saada näihin parannusehdotuksia.

Yhteistyötahona on Suomessa toimivan yksityisen hoivapalveluyrityksen Satakunnassa sijaitseva vanhusten tehostetun palveluasumisen yksikkö ja sen henkilökunta. Organisaation ohjeistuksen mukaan suojatakseen sekä henkilökunnan että asukkaiden yksityisyyttä, ei opinnäytetyössä voida julkaista yksikön virallista nimeä vaan käytetään nimitystä case-yritys. Yksikössä asuu 23 vanhusta, joista 11:llä on diagnosoitu muistisairaus.

## 2 MUISTISAIRAAN HYVINVOINNIN TUKEMINEN JA VUOROVAIKUTUS

### 2.1 Muistisairaus ja muistisairaahan toimintakyky

”Muisti on monimutkainen älyllinen toiminto, joka perustuu aivojen hermoverkkojen laaja-alaiseen yhteistoimintaan” (Muistisairaus, 2021). Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, jossa muisti, kyky käsitellä tietoa sekä ajatustoiminnot heikenevät. Usein puhutaan dementiasta, mutta dementia ei ole itsessään sairaus vaan muistisairaudesta johtuva tila, joka vaikuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2020-a.)

Muistisairaudet, jotka ovat yleisimpiä iäkkäillä ihmisillä, voidaan lukea kansantaudeiksi kuten sydän- ja verisuonitauditkin. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, näiden kahden yhdistelmä niin sanottu sekamuoto, Lewyn kappale-tauti sekä otsa-ohimolohkorapeumasta johtuva muistisairaus. (Muistiliitto, i.a.-c.)

Kun epäillään muistisairautta, pyritään se diagnosoimaan mahdollisimman varhain. Sairauden diagnostiikka perustuu lääkärin tekemään kliiniseen tutkimukseen ja haastatteluun, muistitesteihin, laboratoriotutkimuksiin sekä aivojen kuvantamiseen. Käypä hoito-suositus ohjaa keskittämään tutkimukset ja seurannan muistipoliklinikoille ja työikäisillä neurologian muistipoliklinikoille. Oleellinen osa seurantaa on myös käytöshäiriöiden kartoittaminen ja hoito. (Muistisairaus, 2017.)

Kun muistisairaudet etenevät, ne rappeuttavat aivoja sekä heikentävät toimintakykyä. Toimintakyky tarkoittaa yksilön kykyä selvitä arkipäivän toiminnoista hänen omassa ympäristössään. Toimintakyky voi olla fyysistä, psyykkistä, kognitiivista, sosiaalista tai oikeudellista. (Muistiliitto, 2016, s. 20.)

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa yksilön kykyä selviytyä henkilökohtaisista ja jokapäiväisistä toiminnoista ja askareista. Fyysinen toimintakyky näkyy kykyinä liikua. Psyykkinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kyvykkyyttä selviytyä

haastavista sekä kriisitilanteista arjessa. Siihen liittyy myös elämänhallinta, psyykinen hyvinvointi, mieliala, arvostus ja itseluottamus, mielenterveys sekä tunteminen ja ajatteleminen kuten esimerkiksi kyky suunnitella elämää ja kyky tuntea. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019-b.)

Kognitiiviseen toimintakykyyn kuuluvat muun muassa muisti, keskittyminen, tarkkaavaisuus, hahmottaminen, oppiminen, kielelliset toiminnot, orientaatio (Muistiliitto, 2016, s. 20). Kognitiivinen toimintakyky vaikuttaa ihmisen kykyyn suoriutua arjessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019-b). Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä olla sosiaalisessa kanssakäymisessä muiden kanssa sekä kykyä toimia ja ilmaista itseään. (Muistiliitto, 2016, s. 20). Sosiaalinen toimintakyky on kokonaisuus ihmisen, sosiaalisen verkoston, yhteisön ja ympäristön sekä yhteiskunnan välisissä aktiivisissa vuorovaikutussuhteissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019-b).

Oikeudellinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä tehdä päätöksiä, jotka ovat oikeudellisesti merkittäviä esimerkiksi kyky tehdä testamentti tai sopimus. Muistisairauden edetessä oikeudellinen toimintakyky laskee samalla lailla kuin muukin toimintakyky. Jossain muistisairauden vaiheessa, ihminen menettää oikeudellisen toimintakykynsä. (Mäki-Petäjä-Leinonen, 2015, s. 552–560.)

Toimintakyvyn ja päivittäisen selviytymisen arviointia tarvitaan Rosenvallin (2015, s. 386–391) mukaan ainakin neljään eri tarkoitukseen: muistisairauden diagnosointiin, muistisairauden vaikeusasteen määrittämiseen ja etenemisen seurantaan, hoidon vaikuttavuuden sekä tukitoimien tarpeen arviointiin. Arvioinnin tulee olla järjestelmällistä ja yhdenmukaista työtä, jota tulee toistaa alkuarvioinnin jälkeen sovituin aikavälein. Arvioinnin välineinä voidaan käyttää muun muassa CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) – tehtäväsarjaa tai MMSE (Mini-Mental State Examination) – testiä. Nämä ovat testejä, joita käytetään muistihäiriöiden ja alkavan dementian diagnosoinnissa. Muita toimintakykyä arvioivia testejä ovat muun muassa MNA (Mini Nutritional Assessment eli kysymyssarja iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksen arviointiin), RAI (Resident Assessment Instrument eli järjestelmä palveluntarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen), FRAT (Falls Risk

Assessment Tool eli lyhyt kaatumisvaaran arviointilomake) sekä GDS-15 (Geriatric Depression Screening Scale eli kysely myöhäisiän masennusoireiden arviointiin). (Rosenvall, 2015, s. 386–391; Tilvis ym., 2016.)

Kuntoutus voi olla muistisairauden eri vaiheissa toimintakykyä ylläpitävää, parantavaa tai heikkenemistä hidastavaa. Tavoitteena on parantaa yksilön kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä elämänhallintaa. Muistisairaahan läheisiltä saadaan paljon tärkeää tietoa esimerkiksi muistisairaahan toiveista ja tarpeista. Näiden avulla pystytään tukemaan muistisairaahan itsemääräämisoikeutta sekä kokonaisvaltaista hyvinvointia. Näin muistisairaahan kuntoutus kohdentuu kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin. (Pitkälä & muistisairauksien käypä hoito–työryhmä, 2010.)

## 2.2 Muistisairaahan terveyden edistämisen lähtökohdat palveluasumisessa

Sosiaalihuoltolaki (L 1301/2014) velvoittaa kuntia järjestämään asumispalveluita:

”Palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, aterian-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti.” (L 1301/2014.)

Ihmisellä, asuu hän kotona tai palveluasumisen yksikössä, on päivittäisiä toimintoja, jotka toteutuvat joka päivä. Tällaisia toimintoja ovat muun muassa wc:ssä käynti, henkilökohtainen hygienia, syöminen ja pukeutuminen. Kun päivittäisistä toiminnoista ei selviä omassa kodissa sinne tuodun avun turvin, mahdollisina vaihtoehtoina ovat palveluasuminen tai tehostettu palveluasuminen. Näissä vanhus asuu joko omassa huoneessa tai asunnossaan palvelutalossa, jossa on myös muita ikääntyneitä asukkaita. Palvelutalossa on kaikkien käytössä olevia yhteisiä tiloja, joissa voidaan järjestää esimerkiksi erilaisia aktiviteettejä.



Palveluasunnosta on tehty vuokrasopimus, ja palveluista peritään asiakasmaksuja. Asunnon voi sisustaa omilla tavaroilla ja huonekaluilla. (Ikätalo, 2019.)

Palveluasuminen on hoiva-asumisen muodoista vähiten hoivaa tarjoava palvelu. Tällöin asukas ei tarvitse ympärivuorokautista hoivaa, mutta tarvitsee kuitenkin toimintakykynsä sopivan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Ikäihminen, joka tarvitsee hoivaa ympärivuorokauden, tarvitsee asumismuodoksi tehostetun palveluasumisen. Tällöin asumisyksikössä on henkilökuntaa vuorokauden ympäri ja tarvittavaa apua saatavilla koko ajan. (Ikätalo, 2019.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että jokaisella ihmisellä on itsemääräämisoikeus, myös muistisairaalla. Muistisairaus ei automaattisesti tarkoita sitä, että ihminen ei pysty itse päättämään asioistaan kuten asumisestaan. Hän ei ehkä pysty hoitamaan raha-asioitaan mutta pystyy vielä tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. Niin pitkään kuin muistisairas pystyy itse päätöksiä tekemään, on ne asetettava etusijalle. (Valvira, 2018.)

Ympärivuorokautisen hoidon asukkaista kahdella kolmesta on vähintään keskivaikea muistisairaus. Tällöin korostuu ympärivuorokautisen hoidon laatu, koska suurin osa ympärivuorokautisen hoidon asukkaista tarvitsee muistisairauden aiheuttaman toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi hoitoa: vuonna 2016 tehostetun palveluasumisen muistisairaista asukkaista 71 %:lla muistisairauden aste oli keskivaikea. (Voutilainen & Löppönen, 2016.)

Voutilainen ja Löppönen kirjoittavat (2016) ihmisen hyvän elämänlaadun sekä arvokkaan kuoleman olevan laadultaan korkeatasoisen ympärivuorokautisen hoidon tavoitteena. Edellytykset laadultaan korkeatasoiselle hoidolle ovat hoitohenkilöstön määrä ja osaaminen sekä hoidon tuottamisen tavat. Hyvän hoidon keskiössä on muistisairaana voimavarojen ja tarpeiden arviointi. Näin voidaan taata muistisairaalle oikea tuki ja oikeat palvelut. Päivittäiset rutiinit ovat tärkeitä sekä mielekäs tekeminen tukee toimintakykyä ja kuntoutumista. Asukkaan voimavarat ja toimijuus ovat hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin pohjana.

Tehostetun palveluasumisen arjessa hyvä hoito näkyy tasa-arvona, kuuntelemisena ja pysähtymisenä muistisairaana lähelle sekä avoimena yhteistyönä muistisairaana läheisten kanssa. Hyvä hoito on myös ravitsemuksesta ja levosta huolehtimista, aktiivista ja mielekästä kokonaisvaltaista toimintakyvyn tukemista.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) määrittelee ihmisen oman kokemuksen terveydestä yhdeksi tärkeimmistä hyvinvoinnin osatekijöistä. Terveyteen liittyy objektiivinen eli mitattavissa oleva terveys sekä subjektiivinen eli ihmisen itse kokema terveyden aste sekä yhteiskunnallinen näkökulma. Terveyden edistämiseksi ETENE määrittelee toiminnan, joka antaa ihmiselle mahdollisuuden vaikuttaa omaan terveyteensä ja parantaa sitä. (ETENE, 2008, s.3.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2020-c) taas määrittää terveyden edistämisen omien vaikutusmahdollisuuksien lisäksi tavoitteelliseksi toiminnaksi, jolla saadaan aikaan hyvinvointia ja ehkäistään sairauksia. Terveyden edistämiseen sisältyy taloudellisia, sosiaalisia, yksilöllisiä ja ympäristöllisiä tekijöitä, jotka edistävät terveyttä.

Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) tarkoituksena on muun muassa edistää ja ylläpitää väestön terveyttä. Terveyden edistämällä laissa tarkoitetaan

”yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisen terveysterojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla.” (L1326/2010.)

Keskeisiä muistioireisiin yhdistäviä vaaratekijöitä ovat kohonnut verenpaine, tupakointi, ylipaino, vähäinen liikunta, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt sekä dyslipidemia eli veren poikkeavat rasva-arvot. Näin ollen terveelliset elämäntavat ja aivojen terveydestä huolehtiminen koko elämän ajan on paras tapa ehkäistä muistisairautta ja dementiaa. (Muistisairaus, 2021.)

Lähes tulkoon jokainen suomalainen tietää mikä edistää terveyttä ja mitkä ovat riskitekijöitä terveydelle. Hyvin monet vanhuksetkin ovat valveutuneita ja ymmärtävät, että ylipaino, liikkumattomuus, liiallinen päihteiden käyttö sekä stressi ja levon puute ovat haitallisia terveydelle. (Näslindh-Ylispangar, 2012, s. 125.)

Myös muistisairaalla ihmisellä on oikeus terveyden edistämiseen. Terveelliset elämäntavat voivat ehkäistä muiden sairauksien syntyä ja vaikuttaa muistisairauden etenemiseen ja näin myös toimintakykyyn. Liikunta, terveellinen ravinto, sosiaalinen aktiivisuus, aivojen sopiva haastaminen ja päihteettömyys suojaavat aivojen hyvinvointia ja ylläpitävät kognitiivisia kykyjä. (Muistiliitto, 2016, s. 29.)

Palveluasumisessa ja varsinkin tehotetussa palveluasumisessa hoitohenkilökunnalla on suuri rooli muistisairaana terveyden edistämässä. Tässä auttaa kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelma, johon voidaan yhdessä sairastuneen sekä hänen läheisten kanssa kirjata sairastuneen toiveita, opittuja toimintatapoja sekä toimintaohjeita, joiden avulla pystytään toteuttamaan arkea muistisairaana toivomalla tavalla. Muistisairas ei välttämättä itse ymmärrä muutoksia tilassaan ja onkin tärkeää, että hänen vointiaan seurataan erilaisilla mittauksilla esimerkiksi verenpaine, verensokeri, paino sekä seuraamalla liikuntakyvyn muuttumista kaatumistapaturman ehkäisemiseksi. (Muistiliitto, 2016, s. 29.)

### 2.3 Vuorovaikutus hoitosuhteessa muistisairaana kanssa

Vuorovaikutus on ihmisten välistä molemminpuolista kommunikointia. Vuorovaikutus voi tapahtua äänin, elein, ilmein, katseella tai ääntelyin. (Väestöliitto, 2018.) Kun ihminen sairastuu muistisairauteen, vääjäämättä on edessä kommunikointikyvyn heikkeneminen. Muistin heikkenemisen lisäksi muistisairaana kielen ja puheen tuottaminen sekä ymmärtäminen vaikeutuvat, ja muut viestintätaidot heikenevät. Muistisairaalle ihmiselle on kuitenkin yhtä tärkeä tulla kuulluksi ja ymmärretyksi kuin terveelläkin ihmisellä. (Laaksonen ym., 2018, s. 5–9.)

Hoitosuhteessa tapahtuva vuorovaikutus on monitasoista ja vastavuoroista. Muistisairaiden kanssa vuorovaikutuksessa olevan hoitajan on hyvä ymmärtää,

että muistisairaahan reagoinnissa näkyy sekä hänen omat sisäiset kokemuksensa kuin hoitajasta välittyvät kokemukset. (Laaksonen ym., 2018, s. 25.) Vuorovaikutuksen tulee olla kunnioittavaa ja arvostavaa sekä tasavertaista. Molemminpuolista luottamusta lisäävät kiireettömyys sekä aito kuunteleminen. (Muistiliitto, 2016, s. 46.)

Kun muistisairaus on edennyt niin pitkälle, että muistisairas ei pysty enää ilmaisemaan itseään tai ymmärrä mitä hänelle kerrotaan, korostuu vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitys. Maailma voi olla muistisairaalle pelottava paikka, jota hän ei pysty enää hallitsemaan. Pelko saattaa esiintyä käytöksenä, jota pidetään ”käytösoireena.” Hoitohenkilökunnan tiedostaessa tämän sekä pyrkimällä eläytymään muistisairaahan maailmaan, voi kohtaamisesta ja vuorovaikutustilanteesta saada molemmille osapuolille paremmin hallittavissa olevan ja miellyttävämmän tapahtuman. (Muistiliitto, 2016, s. 46.)

Niin kuin jokainen meistä, muistisairaskin haluaa tulla ymmärretyksi juuri siinä hetkessä ja tilanteessa, jossa kulloinkin on. Tilanteessa ei auta kiirehtiä eikä pakottaa, vaan tunnetilaa myötäilemällä ja sanoittamalla on yritettävä ymmärtää mistä tarpeesta tai tunteesta on kyse. Sairauden edetessä kommunikointi vaatii lyhyitä selkokieliisiä lauseita sekä yhden asian kerrallaan kertomista. (Muistiliitto, 2016, s. 49.) Myös mahdolliset apuvälineet vuorovaikutuksen tueksi esimerkiksi kuulokoje voivat helpottaa kommunikointia (Burakoff & Haapala, 2013.)

Aina ei kuitenkaan sanallinen vuorovaikutus riitä vaan on hyvä ymmärtää, että muistisairaahan kanssa vuorovaikutuksessa oltaessa myös kehon kielellä ja sanattomalla viestinnällä on suuri vaikutus: rauhallisuus, äänensävy, katsekontakti, kosketus ja kuunteleminen ovat olennainen osa vuorovaikutustilannetta ja luovat sairastuneelle turvallisen ilmapiirin ilmaista itseään. Erilaisista menetelmistä ja toimintamalleista voi olla apua muistisairaahan kohtaamiseen. Tällaisia ovat muun muassa TTAP-menetelmä (Therapeutic Thematic Arts Programming), logoterapia sekä helposti arkeen otettavat muistelun sekä taiteen ja kulttuurin menetelmät kuten laulaminen ja piirtäminen. (Muistiliitto, 2016, s. 49.)

### 3 MUISTISAIRAAN HYVÄN HOIDON KRITEERISTÖ

Muistiliitto on julkaissut ensimmäisen kerran Hyvän hoidon kriteeristö (liite 1) – työkirjan vuonna 1996. Työkirjaa on päivitetty sen jälkeen vastaamaan uudistuneita käsityksiä muistisairaahan ihmisen hyvästä hoidosta neljä kertaa, viimeisimmän kerran vuonna 2016. Työkirjan pohjana on käytetty kansallista muistiohjelmaa 2012–2020 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012), Käypä hoito–suosituksia sekä ajantasaista lainsäädäntöä. Työkirjaa on ollut kehittämässä useat muistityön asiantuntijat. (Muistiliitto, 2016.)

Hyvän hoidon kriteeristö on jaettu kahteen osaan: A-osa) kuntoutus, hoiva ja hoito sekä oikeuksien edistäminen ja B-osa) henkilöstö ja työhyvinvointi. A-osassa keskitytään muistisairaahan ihmisen hyvään hoitoon ja elämänlaatuun muistisairaahan näkökulmasta. Teemoina tässä osiossa ovat muun muassa aktiivinen arki, ravitsemus, lääkkeetön hoito sekä seksuaalisuus. Hyvän hoidon kriteeristö (liite 1) painottaa ajatusta, jossa muistisairautta sairastavalla sekä hänen läheisellään on oikeus tulla kuulluksi, päättää omista asioistaan, tuntea olonsa turvallisiksi sekä yhdenvertaisiksi. Muistisairaahan hoidossa tulisi huomioida yksilöllisyys, elämäntavat ja toiveet. Hyvässä hoidossa tuetaan ihmisen itsemääräämisoikeutta sekä ohjataan ja neuvotaan oikeudelliseen ennakkointiin. (Muistiliitto, 2016.)

B-osassa käsitellään muistisairaiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan työssä jaksamista ja työhyvinvointia muun muassa riskien hallinnan, asiakasturvallisuuden sekä työyhteisön toimintatapojen ja arvojen kautta. Hyvän hoidon kriteeristö ohjaa terveydenhoitohenkilöstöä pohtimaan huomioon otettavia seikkoja eri toimipaikoissa sekä auttaa kehittämään muistisairaahan ihmisen hoivaa ja hoitoa. Kriteeristön avulla pystytään kartoittamaan henkilöstön osaamista sekä kehittämään työtapoja. (Muistiliitto, 2016.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata hoidon toteutumista muistisairaahan hyvän hoidon kriteeristön kautta case-yrityksen päivittäisissä toiminnoissa. Opinnäytetyön tarkoitus on auttaa case-yritystä kehittämään toimintaansa ja parantamaan muistisairaiden hoitoa. Toteutuneen kyselyn (liite 2) kautta saadaan ensiarvoisen tärkeää tietoa henkilökunnalta yrityksen jokapäiväisestä toiminnasta ja mahdollisia toiminnan parannusehdotuksia:

Tutkimuskysymykset ovat

1. Miten päivittäisissä toiminnoissa huomioidaan muistisairaahan toimintakyky?
2. Miten päivittäisissä toiminnoissa edistetään muistisairaahan terveyttä?
3. Millaista on päivittäinen vuorovaikutus muistisairaahan ja henkilökunnan välillä?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin yksityisessä, valtakunnallisesti toimivan yrityksen vanhusten tehostetussa palveluasumisyksikössä Satakunnassa. Yritys pidetään nimettömänä, jotta yksikköä tai henkilökuntaa ei tunnisteta. Henkilökuntaan kuuluu kaksi sairaanhoitajaa sekä seitsemän vakituista lähihoitajaa sekä hoiva-apulainen. Lisäksi yksikössä työskentelee tarvittaessa lyhytaikaisia sijaisia. Yksikössä asuu 23 vanhusta, 13 naista ja 10 miestä. Keski-ikä on 82,6 vuotta, ja 11:llä asukkaalla on todettu muistisairaus. Kaikille asukkaille on tehty MMSE-muistitesti, keskiarvo MMSE-testeistä on 15 pistettä.

Jokaisella asukkaalla on oma huone ja sen lisäksi kaikille yhteinen päiväsalitila. Päiväsalissa tapahtuvat päivittäiset ruokailut sekä erilaiset aktiviteetit. Tällä hetkellä yksikössä toimii vielä oma keittiö, josta valmistetaan ruuat päivittäin kahteen eri yksikköön.

Yksiköllä on aidattu takapiha ja iso terassi, jonne asukkaat pääsevät ulkoilemaan. Takapihalla on nuotiopaikka ja pergola sekä kasvimaata, jossa asukkaat voivat kasvattaa ruokaa kesäisin yksikön takapihalla asuville kaneille. Kanit ovat lainassa paikalliselta kasvattajalta kesän ajan. Hoitajat ovat vastuussa eläinten hoidosta, mutta asukkaat voivat yhdessä hoitajien kanssa osallistua esimerkiksi ruokintaan tai vain seuraila pupujen elämää.

Päivää rytmittävät yhdessä tapahtuvat ruokailut: aamupala klo 8.00, lounas klo 11.30, päiväkahvit klo 14.00, päivällinen klo 16.15 ja iltapala klo 19.00 sekä päivittäin vaihtuvat aktiviteetit klo 10.30 sekä klo 14.15. Aktiviteetteinä voi olla esimerkiksi leipomista, musiikin kuuntelua, elokuvan katselua, ulkoilua, askartelua tai vanhojen muistelua. Kerran viikossa lämpiyttä sauna miehille ja naisille erikseen.

Lääkäripalvelut ostetaan Terveystalosta. Lääkäri on tavoitettavissa maanantaista perjantaihin klo 8–16 puhelimitse, asumisyksikössä hän käy kerran kuukaudessa. Puhelinkierro on kerran viikossa. Kerran viikossa yksikössä käy fysioterapeutti, joka pitää yhteisen jumppahetken päiväsalissa. Fysioterapeutti antaa myös yksilökuntoutusta ja selvittää apuvälineiden tarvetta sekä tuo tarvittavia apuvälineitä. Osalla asukkaista käy fysioterapeutti omakustanteisesti. Kaikilla asukkailla on mahdollisuus saada haluamiaan palveluita kuten esimerkiksi parturi, jalkahoitaja tai hieroja omakustanteisesti. Aukkaan toivomia palveluita voi hänelle järjestää henkilökunta, jos siihen on saatu lupa, tai aukkaan läheiset itse.

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi yhteistyökumppanin ajatuksesta. Case-yrityksen yksikönjohtaja toivoi tutkimusta muistisairaahan hoidon toteutumisesta yksikössä. Yhteistyösopimus sekä tutkimuslupa myönnettiin organisaatiosta keväällä 2021. Opinnäytetyön perustana käytettiin Muistiliiton muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon kriteeristöä. Yhteistyössä case-yrityksen yksikönjohtajan kanssa pohdittiin, mitkä kriteeristön osa-alueista haluttiin tutkimukseen mukaan. Kaikki A-osion osa-alueet käytiin läpi keskustellen ja pohtien niiden toteutumista yksikössä. Tutkittaviksi kriteereiksi valittiin toimintakyky, terveyden edistäminen ja vuorovaikutus koska näissä kriteereissä todettiin olevan eniten haasteita ja kehitettävää. Yhdessä case-yrityksen yksikönjohtajan kanssa päätettiin toteuttaa kyselytutkimus, jossa selvitetään henkilöstön ajatuksia toimintatavoista sekä heidän kokemukstaan omasta työstä. Opinnäytetyön tulokset on tarkoitus esittää case-yritykselle vuoden 2021 loppuun mennessä joko lähettämällä opinnäytetyö sähköisesti case-yrityksen yksikönjohtajalle tai pitämällä opinnäytetyön tulosten esittelytilaisuus henkilökunnalle. Läpi koko opinnäytetyöprosessin dialogi case-yrityksen kanssa on ollut aktiivista, tuottavaa ja positiivista.

## 5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus lisää ymmärrystä tutkimuskohteen käyttäytymisestä ja päätöksistä. Tätä tutkimusmenetelmää voi käyttää, jos tutkittavien määrä on pieni ja jos tarkoituksena on esimerkiksi toiminnan kehittäminen. (Heikkilä, 2014.) Valitsin tämän tutkimusmenetelmän, koska toivoin saavani



kyselylomakkeen vastauksiin tutkittavien omia mielipiteitä ja kokemuksia kysyttävistä teemoista.

Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, jossa aineistoa kerättiin kyselylomakkeella. Kokonaistutkimus on tutkimus, jossa tutkija on kiinnostunut koko tutkimuksen perusjoukosta tasaisesti ja yhtä paljon. Näin tutkimus kohdistuu koko perusjoukkoon kuten esimerkiksi koko henkilöstöön. Tätä menetelmää voi käyttää, kun perusjoukko on pieni. (Wivolin, 2019.) Kyselyyn vastaavan henkilökunnan määrä oli pieni, joten laajalla kysymysten asettelulla pyrittiin saamaan mahdollisimman paljon tietoa. Koko henkilökunta vastasi samoihin kysymyksiin.

Aineisto kerättiin henkilökunnalle suunnatulla puolistrukturoidulla Google Forms -sähköisellä kyselylomakkeella (liite 2). Jotta kyselytutkimuksella saadaan haluttu tieto, on kyselylomake suunniteltava tarkasti, jotta kysytään oikeita asioita järkevällä tavalla (Vehkalahti, 2019, s.20). Kyselylomaketta suunnitellessa on huomioitava lomakkeen sopiva pituus, rakenne ja selkeä ulkoasu, kattavuus yksikertaisilla ja helposti ymmärrettävillä kysymyksillä, kysymysten looginen järjestys sekä kysymystenasettelun tarkkuus (Borg, 2021). Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla avoimia tai suljettuja. Avoimeen osioon voi vastata vapaamuotoisesti omin sanoin. Suljetussa osiossa vastausvaihtoehdot on annettu valmiiksi. (Vehkalahti, 2019, s. 23–25.)

Kyselylomakkeen kysymykset jaoteltiin kolmeen osaan valittujen teemojen mukaan eli toimintakyky, terveyden edistäminen ja vuorovaikutus. Jokaisen osan alussa oli esittely aiheesta. Aluksi kyselylomakkeen kysymykset olivat suljettuja kysymyksiä, joita seurasivat avoimet kysymykset.

Toukokuun alussa 2021 ennen kyselyä pidettiin viisi 15–25 minuutin mittaista esittelytilaisuutta, jossa käytiin läpi kyselyn tarkoitus ja toteutustapa. Esittelytilaisuudet järjestettiin case-yrityksen tiloissa henkilökunnan työvuorojen mukaan. Power Point -diasarjan (liite 3) pohjalta käytiin läpi kyselyyn valikoituneet kriteerit ja perusteet niiden valinnalle. Lisäksi ohjattiin Google Forms -kyselylomakkeen täyttöön liittyviä asioita: kerrottiin kyselylomakkeen ensimmäisten kolmen kysymyksen olevan pakollisia sekä arvioitu kyselylomakkeen täyttöaika, noin 15–20

minuuttia. Esittelytilaisuuden oli tarkoitus helpottaa kyselylomakkeen täyttämistä ja siihen mahdollisesti liittyviä negatiivisia ajatuksia. Tässä onnistuttiin, koska kyselyn vastausprosentti oli 77,8 %.

Alun perin tarkoituksena oli pitää kaksi esittelytilaisuutta, mutta kolmivuorotyöstä johtuen esittelytilaisuuksia pidettiin useampi. Jokaiseen esittelytilaisuuteen osallistui 1–3 henkilökunnan jäsentä. Kun kaikki esittelytilaisuudet oli saatu järjestettyä, lähetettiin kyselylomakkeeseen linkki sähköpostitse osallistujien henkilökohtaisiin sähköpostiosoitteisiin. Case-yrityksen sähköpostiosoite on käytössä vain työntekijöillä, jotka ovat yhteydessä yksikön ulkopuolella oleviin tahoihin esimerkiksi työsuojelu- tai luottamusmiesasioissa. Näin ollen kaikilla kyselyyn osallistuvilla ei ollut case-yrityksen sähköpostiosoitetta ja tästä johtuen kyselylomake lähetettiin henkilökohtaiseen sähköpostiosoitteeseen.

Case-yrityksen henkilökunnalla oli touko-kesäkuun 2021 aikana kolme viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Ensimmäisen sekä toisen viikon lopussa lähetettiin muistutustekstiviesti kaikille osallistujille. Kyselylomakkeita lähetettiin yhdeksälle vakituiselle työntekijälle, kahdelle sairaanhoitajalle sekä seitsemälle lähihoitajalle. Yhteensä seitsemän henkilöä vastasi, kaksi sairaanhoitajaa ja viisi lähihoitajaa. Näin ollen vastausprosentti kohosi 77,8 %:iin, jolloin vastaukset kertovat varsin kattavasti kyseisen yksikön toiminnasta.

### 5.3 Tutkimusaineiston analyysi

Kuten Günther, Hasanen & Juhila (2021) toteavat, tutkimusaineiston analyysi on monivaiheinen prosessi. Ensin tutkija tutustuu aineistoon ja luo kokonaiskuvan siitä. Tämän jälkeen aineisto täytyy muokata tutkittavaan muotoon, jolloin sitä on helpompi käsitellä. Kun aineisto on muokattu, pääsee tutkija analysoimaan eli lukemaan, jäsentämään, erittelemään ja pohtimaan aineistoa valitsemansa menetelmän avulla. Tutkijan tehtävänä on löytää aineistosta keskeiset esiin nousevat asiat tutkimusongelman kannalta.

Laadullinen analyysi voidaan määritellä aineiston tiivistämiseksi ja jalostamiseksi. Yhtä oikeaa tapaa tehdä analyysia ei ole, vaan laadullista analyysia voidaan tehdä useilla eri menetelmillä. Perinteisiä analyysin välineitä ovat koodaaminen, teemoittelu ja tyypittely. (Günther ym., 2021.)

Kysymykset aseteltiin kyselylomakkeelle teemoittain. Analysointi aloitettiin luke-malla kaikki vastaukset läpi, jotta saatiin kokonaiskuva kyselyn vastauksista. Sen jälkeen keskityttiin aiheeseen teema kerrallaan. Suljettujen kysymysten vastaukset esitetään tutkimustuloksissa numeerisesti kaavioiden, taulukkojen tai pylväsdiagrammeina. Avoimien kysymysten vastaukset koottiin yhteen ja kirjoitettiin puhtaaksi. Tämän jälkeen vastaukset käytiin läpi ja tiivistettiin kirjalliseen muotoon tutkimustuloksiin.

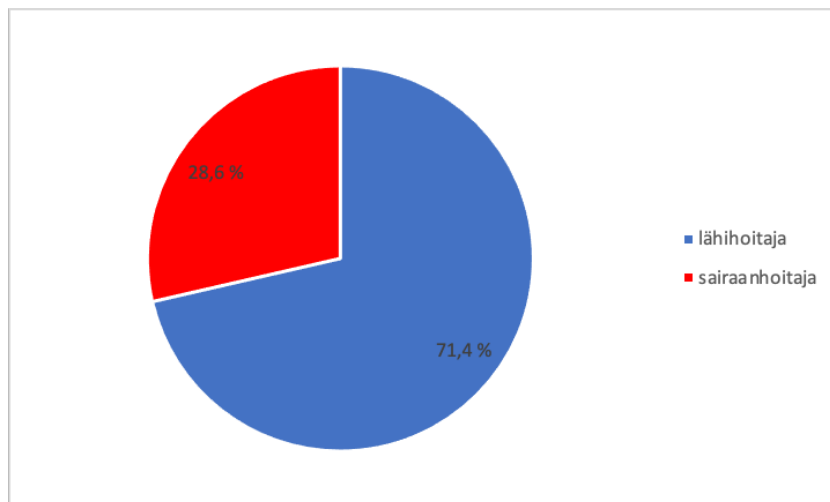
Avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin Word-tekstinkäsittelyohjelman avulla auki ja sen jälkeen värikoodattiin. Värikoodauksessa kyselyyn vastanneiden viiden lähihoitajien vastaukset olivat sinisiä. Kyselyyn vastanneiden kahden sairaanhoitajan vastaukset olivat punaisia. Tämä toimintatapa helpotti sekä erittele-mään kahden eri ammattiryhmän vastaukset että huomaamaan eroavaisuu-det eri ammattiryhmien vastauksissa. Koska työyhteisö, jolle kysely järjestettiin, on pieni, ei autenttisia lainauksia haluttu käyttää tulosten esittelyssä anonyymitee-tin suojaamiseksi.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Taustatiedot

Kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä olivat taustatietokysymyksiä, joissa kysyttiin vastaajan työtehtävät, työvuodet alalla sekä työvuodet case-yrityksen yhteisessä yksikössä.

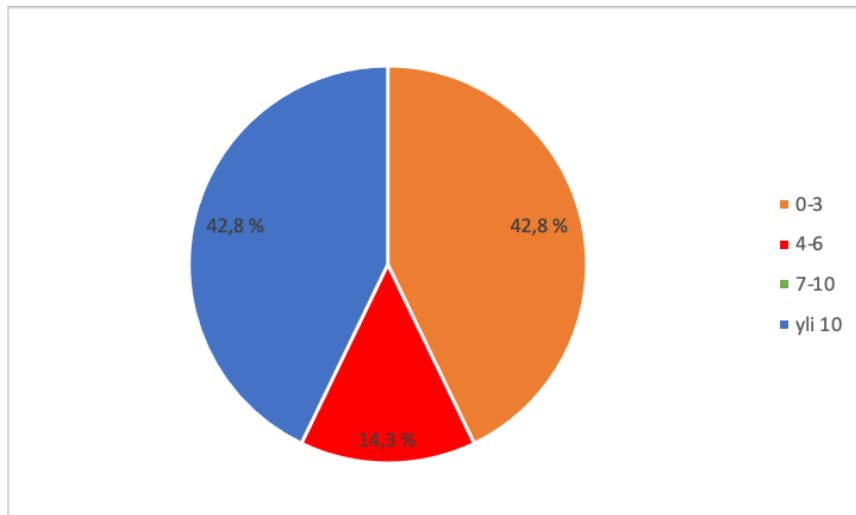
Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin vastaajan ammatti, sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Kuva 1 esittelee kyselyyn vastanneiden ammatillista jakaumaa.



KUVA 1: Kyselyyn osallistuneiden ammatillinen jakauma

Vastaajista kaksi olivat sairaanhoitajia ja viisi lähihoitajia. Tämä vastaa 100 % case-yrityksen sairaanhoitajista ja 71,5 % lähihoitajista.

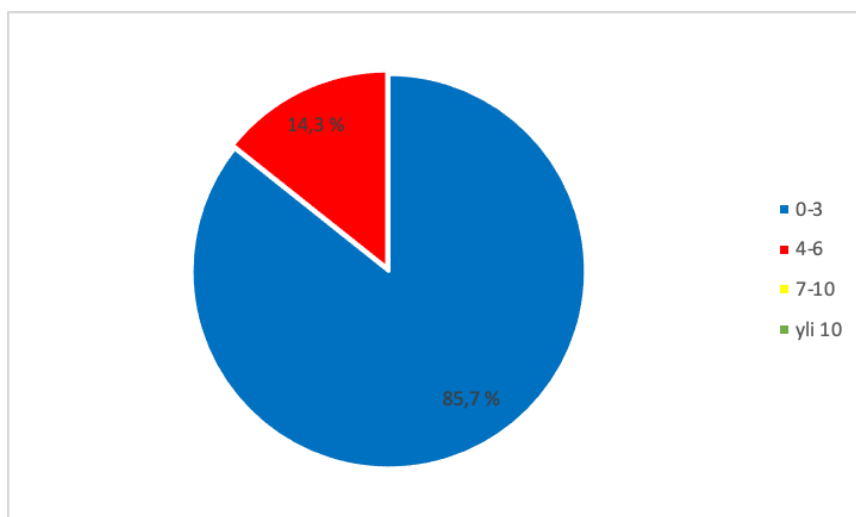
Toinen kysymys selvitti kyselyyn osallistuneiden työvuosia terveydenhuoltoalalla. Kuva 2 esittelee kyselyyn osallistuneiden työvuosijakaumaa.



KUVA 2: Kyselyyn vastanneiden työvuosijakauma

Sairaanhoitajat olivat työskennelleet terveydenhuoltoalalla 3–6 vuotta sekä yli 10 vuotta. Kyselyyn vastanneista lähihoitajista kolme oli työskennellyt terveydenhuoltoalalla 3–6 vuotta ja kaksi yli 10 vuotta.

Kolmas kysymys taustatiedoissa keskittyi selvittämään kyselyyn vastanneiden työvuosista yksikössä (KUVA 3).



KUVA 3: Kyselyyn osallistuneiden työvuodet yksikössä

Vastauksista kävi ilmi, että kyseisessä yksikössä lähihoitajista yksi oli työskennellyt 3–6 vuotta ja neljä alle kolme vuotta. Sairaanhoitajat kyseisessä yksikössä olivat työskennelleet alle kolme vuotta. Kukaan vastaajista ei ollut työskennellyt yksikössä 7–10 vuotta tai yli 10 vuotta.

## 6.2 Toimintakyvyn tukeminen

Kyselykaavakkeen ensimmäisessä osiossa käsiteltiin muistisairaahan toimintakyvyn tukemista. Kaikki vastaajat kokivat toimintakyvyn tarkoittavan ihmisen kokonaisvaltaista fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Lisäksi sairaanhoitajat toivat esiin myös arjessa selviytymisen sekä sosiaalisten suhteiden tärkeyden.

Sairaanhoitajat toivat enemmän esiin erilaisia toimintakyvyn mittareita kuin lähihoitajat. Molemmat ammattiryhmät nimesivät MMSE, RAVA, RAI, MNA, FRAT sekä CERAD-testit. Lähihoitajien vastauksissa oli enemmän hajontaa, esimerkiksi yksi lähihoitaja tiesi yhdeksän erilaista toimintakyvyn mittaria, kun taas yksi vastanneista lähihoitajista ei nimennyt yhtään mittaria nimeltä. Vastanneet sairaanhoitajat nimesivät 7 erilaista toimintakyvyn mittaria. Mittareista tällä hetkellä olivat käytössä lähihoitajilla MMSE sekä MNA, sairaanhoitajat olivat käyttäneet kyseisessä yksikössä RAVA, RAI, FRAT, GDS-15, MMSE sekä MNA-mittareita.

Molemmat ammattiryhmät kertoivat tukevansa muistisairaahan toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa kannustamalla omatoimisuuteen voimavarat huomioiden. Lisäksi lähihoitajat toivat esiin myös rauhallisuuden, turvallisen ympäristön, tutut ihmiset ja tavarat osaksi toimintakyvyn tukemista. Lähihoitajat näkivät myös aktiivisen arjen tukevan muistisairaahan toimintakykyä.

Kaikki vastanneet kokivat, että muistisairaiden omaisista on apua hoitohenkilökunnalle. Omaiset kertovat muistisairaahan elämänhistoriasta, ulkoilevat ja viettävät aikaa muistisairaahan kanssa. Lähihoitajat toivat esiin myös vaikeat hetket omaisten kanssa. Omaiset eivät aina ymmärrä muistisairauden etenemistä ja muutosta muistisairaassa, jolloin koettiin, että omaisista voi olla osittain myös haittaa.

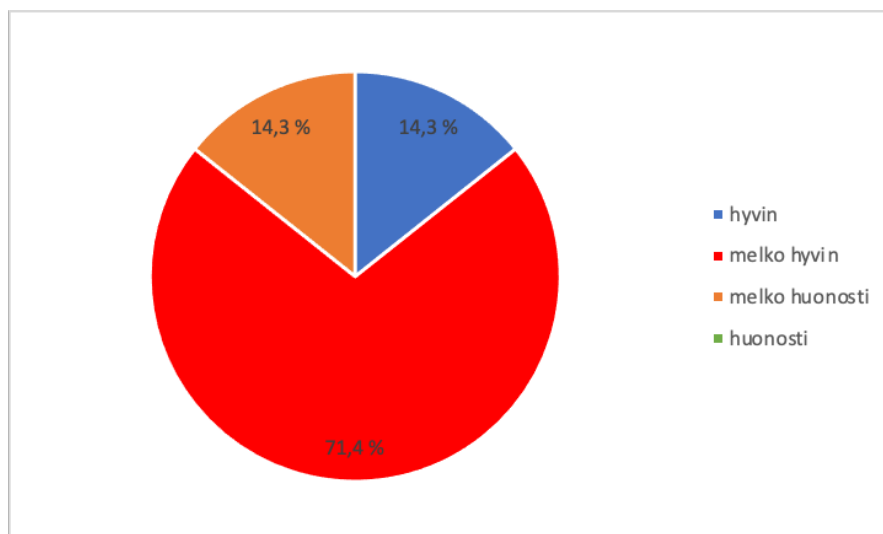
Kuusi vastaajaa oli sitä mieltä, että he eivät ehdi keskittymään riittävästi muistisairaahan toimintakyvyn tukemiseen ja seurantaan työpäivän aikana, vain yksi vastaajista koki ehtivänsä.

### 6.3 Terveyden edistäminen

Kysyttäessä mitä hyvä terveys on, toivat vastaajat esiin kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, jossa fyysinen ja psyykinen terveys on ”balanssissa”. Lisäksi huomioitiin myös sosiaalinen hyvinvointi osaksi terveyttä. Molemmat ammattiryhmät sisällyttivät hyvään terveyteen konkreettisia elämäntapoja kuten lepo, ravinto, painonhallinta sekä alkoholinkäyttö. Sairaanhoidajat toivat esiin myös terveyden ylläpitämisen lääkehoidolla. Lähihoitajat toivat esiin muistisairaana terveyden seurannan keinoina havainnoinnin ja keskustelun lisäksi erilaisia mittareita kuten verenpaine, lämpö sekä paino. Sairaanhoidajat kertoivat seuraavansa muistisairaana terveyttä nestelistoilla, peruselintoimintojen seurannalla, huomioimalla nielemisvaikeuksia sekä seuraamalla puhe- ja toimintakykyä. Sairaanhoidajat toivat seurannan välineenä esiin myös kivun sekä mielialan seurannan.

Viisi vastaajaa oli ehtinyt perehtymään case-yrityksen muistisairaiden kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Esteenä suunnitelmiin tutustumisessa nähtiin kiire. Kaikki vastanneet kokivat, että kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmasta on apua.

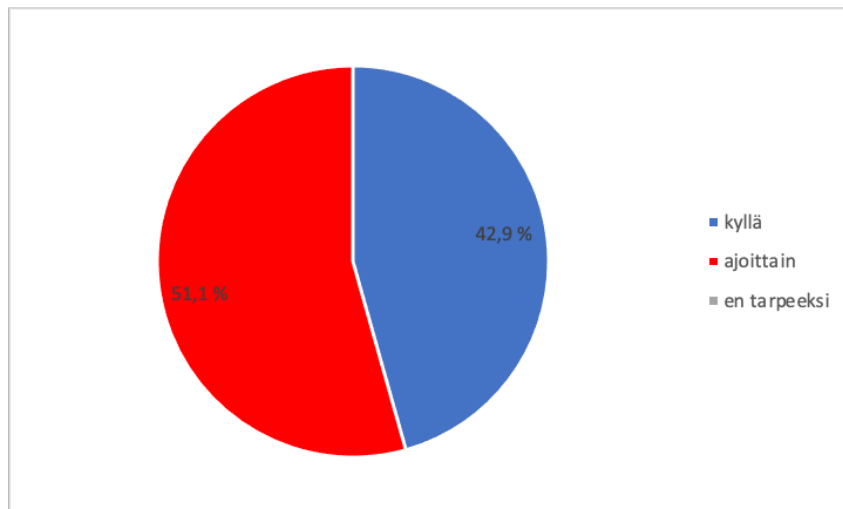
Muistisairaana kuntoutus päivittäisissä toiminnoissa toteutui vastaajien mielestä hyvin, melko hyvin tai melko huonosti (KUVA 4).



KUVA 4: Päivittäisissä toiminnoissa toteutuva muistisairaana kuntoutus

Sairaanhoitajat kokivat, että muistisairaankuntoutus toteutuu päivittäisissä toiminnoissa hyvin tai melko hyvin. Lähihoitajat kokivat kuntoutuksen toteutuvan melko hyvin tai melko huonosti.

Kysyttäessä, pystyykö vastaaja edistämään muistisairaankunnon terveyttä, vastaukset olivat ”kyllä” ja ”ajoittain” (KUVA 5).



KUVA 5: Muistisairaankunnon terveyden edistäminen työpäivän aikana

Kaksi lähihoitajaa koki, että he pystyvät edistämään muistisairaankunnon terveyttä työssään ja kolme vastanneista lähihoitajista kokivat pystyvänsä edistämään muistisairaankunnon terveyttä ajoittain. Sairaanhoitajat kokivat, että pystyvät edistämään muistisairaankunnon terveyttä ajoittain. Kukaan vastaajista ei vastannut ”en tarpeeksi”.

Lähihoitajista kaksi sekä sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että he eivät ehdi keskittymään riittävästi muistisairaankunnon terveyden edistämiseen työpäivän aikana ja kaksi vastaajaa olivat sitä mieltä, että ehtivät. Yksi ei vastannut tähän kysymykseen lainkaan. Vastajat, jotka ilmaisivat, etteivät ehtineet tarkkailemaan muistisairaankunnon terveyttä, kertoivat sen johtuvan kiireestä: asukkaita on paljon henkilökuntaan nähden ja ”muistisairaankunnon kanssa tarvitsisi olla enemmän aikaa, että hän voisi käyttää kaikkia omia resurssejaan, eikä asioita kiireen takia tule tehtyä hänen puolestaan”. Lisäksi vastajat toivat esiin työtehtävien päivän aikana (toiset päivät ovat kiireisempiä kuin toiset) sekä työtehtävien epätasa-arvoinen jakautuminen.



Lähihoitajista yksi kertoi järjestäneensä muistisairaalle terveyttä edistäviä palveluita, mutta ei kertonut millaisia. Sairaanhoitajat kertoivat järjestäneensä kotisairaalan palveluita, sairaanhoitaja- ja lääkäripalveluita sekä fysioterapiaa. Muistisairaana terveyttä hoitohenkilökunta haluaisi tukea toimintaterapialla sekä kosketushoidolla tutuissa äänimaailmoissa.

#### 6.4 Vuorovaikutus

Kaikki vastaajat kokivat hyvän vuorovaikutuksen olevan rauhallista, arvostavaa ja tasa-arvoista. Tärkeäksi koettiin silmiin katsominen sekä kiireettömyys. Vuorovaikutukseen katsottiin kuuluvan myös eleet, ilmeet sekä kosketus. Neljä vastaajaa koki muistisairaana kohtaamisen melko haastavana ja kolme vastaajaa melko helppona.

Kysymykseen ”Ehditkö mielestäsi riittävästi keskittymään työpäiväsi aikana vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen muistisairaana kanssa?” vastasi kuusi vastaajaa, neljä lähihoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa. Lähihoitajista kolme koki ehtivänsä keskittymään vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen hyvin tai jossain määrin ja yksi lähihoitaja koki, ettei ehdi kunnolla pysähtymään keskustelemaan muistisairaana kanssa. Sairaanhoitajat kokivat, etteivät ehdi tai ehtivät vain toisinaan riittävään vuorovaikutukseen muistisairaana kanssa työpäivänsä aikana. Syyksi riittämättömään vuorovaikutukseen kaikki vastaajat mainitsivat kiireen työpäivän aikana.

Vastaajista vain yksi lähihoitaja kertoi käyttäneensä taiteen ja kulttuurin menetelmiä muistisairaana kohtaamisessa. Vastaajat kokivat, että vuorovaikutusta muistisairaana kanssa voisi tukea kuulokojeilla, kommunikaattorilla, selkokielellä sekä antamalla tarpeeksi yksilöllistä aikaa muistisairaalle. Tähän kysymykseen vastasi yksi lähihoitaja ja yksi sairaanhoitaja

## 7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Riippumatta siitä kuinka tutkimuksen aineisto kerätään, tutkittaville on aina kerrottava, miten tutkimus toteutetaan, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tiedossa olevat tavoitteet. Vasta sen jälkeen, kun tutkittavat ovat saaneet tarvittavan informaation, he voivat tehdä vapaaehtoisen päätöksen osallistuvatko tutkimukseen vai eivätkö. (Kuula, 2011, s. 106–107.)

Heikkilän (2014) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa varmistamalla, että tutkimusongelma on selkeä ja hyvin rajattu. Lisäksi luotettavuutta lisää vielä muun muassa hyvä tutkimussuunnitelma ja kyselylomake, oikea otantamenetelmä, tarpeeksi suuri otos sekä sopiva tiedonkeräysmenetelmä ja korkea vastausprosentti sekä selkeä ja puolueeton raportti. Heikkilä (2014) nostaa esiin myös tutkimuksen validiteetin, joka voidaan varmistaa huolellisella suunnittelulla ja tarkasti harkitulla tiedonkeräysmenetelmällä sekä tutkimuksen reliabelin, jonka voi varmistaa tarpeeksi suurella ja edustavalla otoksella sekä huolellisella ja virheettömällä tiedonkeruulla ja tietojen käsittelyllä.

Pidettyjen esittelytilaisuuksien tavoitteena oli varmistaa tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus kertomalla kyselyyn osallistujille tutkimuksen tavoite eli parantaa muistisairaahan hoitoa case-yrityksessä sekä esittelemällä aineiston keräysmenetelmä eli kyselylomake. Esittelytilaisuuksien tarkoituksena oli myös ilmaista tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkimusajankohta (kevättalvi 2021), tutkimustulosten käsittelijät (vain tutkija) sekä tutkimustulosten säilyttäminen (kevättalvi 2021) sekä tuhoaminen (vuoden 2021 loppuun mennessä).

Case-yrityksen tehostetun palveluasumisen yksikkö on myös tämän opinnäytetyön tekijän työpaikka. Se, että opinnäytetyön tekijä työskentelee samassa työpaikassa, jossa tutkimus toteutettiin, on kaksijakoinen vaikuttaja. Negatiivinen vaikutus voi näyttäytyä siten, etteivät vastaajat ota tutkimusta vakavasti ja keskity vastauksiin, koska tutkija on tuttu, ”samaa porukkaa”. Vastaajat saattavat olettaa tutkijan tietävän kysytyistä asioista jo itsekkin, jolloin kysymyksiin vastataan lyhyesti ja ympärilyöreästi. Positiivinen vaikutus voi johtaa lisääntyneeseen

avoimuuteen ja ajatukseen, että tutkija ymmärtää mitä vastaaja tarkoittaa vastauksillaan, koska luottaa tutkijaan.

Kysymyslomaketta suunnitellessa kysymysten asettelulla oli myös pyrittävä turvaamaan sekä yrityksen että vastaajien anonymiteetti mutta silti saamaan tarvittava tieto. Tämä vaikutti kysymysten asetteluun kuten esimerkiksi kysymys omahoidettavista olisi voinut paljastaa opinnäytetyön tekijälle vastaajan henkilöllisyyden tai liian laaja taustatieto case-yrityksen tai yksikön sijainnin. Vaikka opinnäytetyön tekijällä on yksikön toiminnasta omat mielipiteet, on analysoinnissa pyritty tarkastelemaan kyselyn tuloksia objektiivisesti ja vain kyselyn vastaukset huomioiden. Näin on pyritty varmistamaan tutkimuksen luotettavuus.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Riippumatta koulutuksesta hoitohenkilökunta tunnisti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Varmuutta ei ole, onko tässä kyselyssä hoitohenkilökunta yhdistänyt kognitiivisen toimintakyvyn osaksi fyysistä toimintakykyä, koska vastauksissa mainitaan ihmisen kokonaisvaltainen toiminta. On kuitenkin erittäin tärkeää erottaa nämä kaksi osa-alueetta päivittäisissä toiminnoissa, koska osa-alueiden tukeminen tapahtuu eri menetelmin. Myös Tilvis ym. (2016) tuovat esiin kognitiivisen toimintakyvyn huomioinnin tärkeyden, koska sille osa-alueelle keskittyy muistisairauden aiheuttamat muutokset ihmisessä.

Case-yrityksen yksikön sairaanhoitajat tiesivät ja olivat käyttäneet erilaisia toimintakyvyn mittareita enemmän kuin lähihoitajat. Olisi kuitenkin tärkeää, että työnantaja kouluttaisi myös halukkaat lähihoitajat käyttämään toimintakyvyn mittareita, jotta jokainen pystyisi niitä tarvittaessa toteuttamaan. Kun toimintakyvyn mittarit ovat tuttuja, pystyy niitä hyödyntämään päivittäisessä toiminnassa paremmin esimerkiksi havainnoinnin pohjalla.

Muistisairaana toimintakyvyn tukemiseen, terveyden edistämiseen sekä vuorovaikutukseen vaikuttaa kyselyssä vahvasti esiin noussut kiire. Henkilökunta kokee, että ei ehdi pysähtymään tai keskittymään muistisairaaseen asukkaaseen riittävästi. Voisiko kiireen tuntua vähentää jakamalla vastuu asukkaista työvuoron alussa? Näin hoitajan ei tarvitse vastata jokaiseen hälytykseen, vaan hän voi keskittyä siinä työvuorossa vastuulle saamiensa asukkaiden hoitoon. Myös hoivaavustajan palkkaaminen aamu- sekä iltavuoroon voisi vähentää tukitöiden määrää hoitohenkilökunnalta, mikä lisäisi aikaa varsinaiseen hoitotyöhön.

Vuorovaikutukseen yksikössä oli hyvin vähän käytetty erilaisia menetelmiä, paitsi taiteen ja kulttuurin kautta mainittu musiikki. Toiveissa hoitohenkilökunnalla oli muun muassa kommunikaattori ja selkokielen käyttö. Vaikka selkokieli on periaatteessa helppoa, saattaa se käytännössä olla haastavaa. Jotta selkokieli muodostuu hoitajalle tavaksi, on sitä käytettävä usein ja paljon. Voisi olla kannattavaa

hankkia yksikköön kouluttaja, joka ohjaa selkokielen käyttöön ja neuvoo erilaisten selkokielisten materiaalien käyttöä.

Sillä kuinka pitkään oli hoitoalalla työskennellyt ei ollut selkeää vaikutusta vastauksiin. Tätä voi selittää osin persoonan ja hoitajan ihmiskäsityksen vaikutuksilla hoitotyön tekemiseen. Hoitohenkilökunta toimii omasta arvomaailmastaan ja se vaikuttaa siihen, kuinka muistisairas nähdään ja millaiseksi muistisairaana kanssa toimiminen koetaan.

Koulutuksella oli vaikutusta, ja kyselyssä huomasikin paikoittain eron lähihoitajien ja sairaanhoitajien vastauksissa. Lähihoitajat keskittyivät vastauksissaan enemmän päivittäisiin toimintatapoihin kuten havainnointiin, keskusteluun, kuuntelemiseen ja päivittäisissä toiminnoissa tukemiseen, kun taas sairaanhoitajat toivat esiin enemmän toimintakyvyn mittareita, lääkehoitoa, kivun hallintaa sekä moniammatillisuutta osana heidän työtään muistisairaana kanssa.

Opinnäytetyön esittelytilaisuuksilla pyrittiin luomaan henkilökunnalle positiivinen kuva tutkimuksesta, annettiin ohjeita kyselylomakkeen käyttöön sekä varmistettiin tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus. Tilaisuuksilla myös pyrittiin siirtämään henkilökunnan huomio tutkimuksessa esiin tuleviin teemoihin, jotta he ennen kyselylomakkeen täyttämistä olisivat ehtineet jo tietoisesti pohtimaan teemoihin liittyviä kokemuksiaan. Tutkimuksen vastausten kannalta esittelytilaisuuksilla tuskin oli isoa vaikutusta.

Jatkossa case-yrityksessä voisi selvittää mahdolliset toimenpiteet ja muutokset työssä tai työtehtävissä, joilla saataisiin kaikille työntekijöille mahdollisuus pystyä aidosti vaikuttamaan muistisairaana toimintakyvyn tukemiseen, terveyden edistämiseen ja hyvään vuorovaikutukseen. Tulevaisuudessa myös henkilökunnan koulutus muistisairaana hoidon vivahteisiin olisi varmasti kannattavaa. Omaisten kanssa tapahtuvaa yhteistyötä kannattaisi jatkossa myös kehittää, esimerkiksi omaisten illat voisivat luoda yhteisymmärrystä hoitohenkilökunnan ja omaisten välille.

Opinnäytetyön tekijä koki ko. prosessin olevan melko suoraviivainen ja hyvin ohjattu. Opinnäytetyön tekeminen luo pohjaa kyvyille etsiä luottavaa tutkimustietoa sekä pohjaa tulevaisuuden asiantuntijuudelle. Opinnäytetyön tekijä on päässyt työelämässä tutustumaan eri työpaikkojen kautta vanhusten ja muistisairaiden elämään tehostetussa asumisyksikössä. Tämän opinnäytetyön tekeminen lisäsi merkittävässä määrin tekijänsä ymmärrystä muistisairauksia kohtaan sekä selvensi opinnäytetyön tekijälle muistisairaana kanssa tehtävää hoitotyötä ja sen vaihteita. Opinnäytetyön tekemisen myötä tekijä kokee pystyvänsä nyt paremmin asettumaan muistisairaana ja hänen läheistensä maailmaan.

## LÄHTEET

- Borg, S. (2021). *Kyselylomakkeen laatiminen*. Tietoarkisto. Saatavilla 31.3.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/kyselylomake/laatiminen/>
- Burakoff, K., & Haapala, P. (2013). Kohdaten. *Opas vuorovaikutukseen muistisairaam ihmisen kanssa*. Saatavilla 11.11.2021. [https://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluksia/kohdaten\\_netti.pdf](https://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluksia/kohdaten_netti.pdf)
- Günther, K., Hasanen, K., & Juhila, K. (2021). *Analyysi ja tulkinta*. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tietoarkisto. Saatavilla 31.3.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>
- Heikkilä, T. (2014). *Kvantitatiivinen tutkimus*. Saatavilla 31.3.2021. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Ikätalo. (7.11.2019). *Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen*. Saatavilla 30.3.2021. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen>
- Kuula, A. (2011). *Tutkimusetiikka*. Vastapaino.
- Laaksonen, R., Rantala, L., & Eloniemi-Sulkava. (2018). *Ymmärrä-tule ymmärrätyksi*. (2. uud. p.). Suomen muistiasiantuntijat ry.
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014/1301. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- L 1326/2010. Terveysthuoltolaki. 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Muistiliitto. (2017-a). *Muistisairaudet*. Saatavilla 29.3.2021. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>
- Muistiliitto. (2017-b). *Työkäisten muistisairaudet*. Saatavilla 29.3.2021. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/tyoikaisten-muistisairaudet>

- Muistiliitto. (i.a.-c). *Muistisairaudet*. Saatavilla 29.3.2021. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet>
- Muistiliitto. (2016). *Hyvän hoidon kriteeristö*. Saatavilla 30.3.2021. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/9916/0611/1963/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_tyokirja\\_tulostettavajasaavutettava\\_2020pdf.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/9916/0611/1963/Hyvan_hoidon_kriteeristo_tyokirja_tulostettavajasaavutettava_2020pdf.pdf)
- Muistisairaus. Käypä hoito–suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit-yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 30.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044?tab=suositus#s7>
- Muistisairaus. Käypä hoito–suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit-yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. [Tiivistelmä]. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 30.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/kht00108>
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (2015) *Oikeudellinen toimintakyky*. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., & Soininen, H (toim.). *Muistisairaudet*. (2. uud. p.). (s. 552–560). Duodecim.
- Näslindh-Ylispangar, A. (2012). *Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen*. Edita Publishing Oy.
- Pitkälä, K., & muistisairauksien Käypä hoito–työryhmä. (11.10.2010). *Kuntoutus muistisairauksissa*. Käypä hoito–suositus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Saatavilla 30.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix01641>
- Rosenvall, A. (2015). *Toimintakyvyn ja muistisairauden vaikeusasteen arvioiminen*. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. (2. uud. p.). (s. 386–391). Duodecim.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020-a). *Muistisairaudet*. Saatavilla 29.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (27.9.2019-b). *Mitä toimintakyky on?* Saatavilla 30.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>



- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (25.3.2020-c). *Keskeisiä käsitteitä*. Saatavilla 30.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava R., & Viitanen, M. (toim.). (2016). *Geriatría*. (3. uud. p.). Duodecim.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. (2008). *Terveyden edistäminen. Eettiset haasteet*. Saatavilla 30.3.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisu+19+Terveyden+edist%C3%A4misen+eettiset+haasteet.pdf/8b7f4fb9-71ef-4811-bc06-8d117222d049/ETENE-julkaisu+19+Terveyden+edist%C3%A4misen+eettiset+haasteet.pdf.pdf>
- Valvira. (24.8.2018). *Potilaan itsemääräämisoikeus*. Saatavilla 30.3.2021. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>
- Vehkalahti, K. (2019). *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Voutilainen, P., & Löppönen, M. (22.9.2016). *Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito–suositus*. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>
- Väestöliitto. (18.10.2018). *Ihmissuhteet perustuvat vuorovaikutukseen*. Saatavilla 30.3.2021. <https://www.hyvakysymys.fi/artikkeli/ihmissuhteet-perustuvat-vuorovaikutukseen/>
- Wivolin, S. (2.9.2019). *Ketä ja mitä tutkintaan? Osa 1*. Teetutkimus.fi. <https://www.teetutkimus.fi/blogi/keta-ja-mita-oikein-tutkitaan-osa-1>

## LIITE 1. Muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon kriteerit

## Meillä on käytössä MUISTISAIRAAN IHMISEN HYVÄN HOIDON KRITERIT

Teemme työtämme muistisairaiden ihmisten toiveita ja tahtoa kunnioittaen. Kehitämme hyvää kuntoutusta, hoitoa ja hoivaa näistä näkökulmista:



KUNTOUTUS, HOIVA JA HOITO		Elämänhistoria ja elämänlaatu	OIKEUKSIEN EDISTÄMINEN	HENKILÖSTÖ JA TYÖHYVIN- VOINTI
Kuntoutus-, palvelu- ja hoito- suunnitelma	Kivun hoito	Itsemääräämis- oikeus	Omaavonta- suunnitelma	
Toimintakyky	Seksuaalisuus	Hoitotahto	Työyhteisön toimintatavat ja arvot	
Aktiivinen arki	Vuorovaikutus ja kohtaaminen	Edunvalvonta- valtuutus	Riskien hallinta	
Terveysten edis- täminen	Asumisympä- ristö	Edunvalvonta	Henkilöstö, johtaminen ja työn kehittäminen	
Ravitsemus	Esteettömyys ja turvallisuus	Osallisuus ja vertaistuki	Työhyvinvointi	
Lääkkeetön hoito	Teknologia ja apuvälineet	Läheiset ja tukiverkostot	Asiakasturvallisuus	
Lääkehoito	Saattohoito	Eettiset kysymykset ja pää- töksenteko	Asiakas- ja potilas- tietojen käsittely	

HYVÄN HOIDON KRITERISTÖ on työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin.



© MUISTILIITTO RY 2018  
www.muistiliitto.fi  
Tämän materiaalin tuottamista on tuettu Veikkauksen tuotoilla.

## LIITE 2. Case-yrityksen kyselykaavakerunko

### Muistisairaahan hyvän hoidon kysely

**Tällä kyselylomakkeella on tarkoitus selvittää case-yrityksen henkilökunnalta muistisairaahan hyvän hoidon toteutumista päivittäisissä toiminnoissa. Kriteerit ovat toimintakyky, terveyden edistäminen sekä vuorovaikutus. Kriteerit on valittu Muistiliiton luomasta Muistisairaahan hyvän hoidon kriteeristö – työkirjasta. Kysely koostuu sekä suljetuista että avoimista kysymyksistä. Kiitos vastauksestasi!**

1. Missä tehtävissä toimit case-yrityksessä?      lähihoitaja\_\_\_\_\_ sairaanhoitaja\_\_\_\_\_
2. Montako vuotta olet työskennellyt hoitoalalla? 0-3 / 4-6 / 7-10 / yli 10
3. Montako vuotta olet työskennellyt tässä yksikössä? 0-3 / 4-6 / 7-10 / yli 10

### TOIMINTAKYKY

**Toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyky sisältää fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen, sosiaalisen sekä oikeudellisen toimintakyvyn. Toimintakykyä arvioidaan erilaisilla toimintakyvyn mittareilla. Muistisairaahan kuntoutuksen tavoitteena on parantaa yksilön toimintakykyä sekä elämänhallintaa.**

4. Mitä toimintakyky mielestäsi tarkoittaa?
5. Mitä toimintakyvyn mittareita tiedät (muisti, päivittäinen toimintakyky, mieliala)?
6. Mitä toimintakyvyn mittareita olet käyttänyt case-yrityksessä (muisti, päivittäinen toimintakyky, mieliala)?
7. Miten tuet muistisairaahan toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa?
8. Koetko, että yhteistyö muistisairaahan asukkaan läheisten kanssa tukee työtäsi? Perustelethan vastauksesi.

9. Ehditkö mielestäsi keskittymään riittävästi muistisairaahan toimintakyvyn tukemiseen ja seurantaan työpäiväsi aikana? Perustelethan vastauksesi
10. Millä muilla tavoin toivot, että voisit tukea muistisairaahan toimintakykyä? *Tähän voit kirjoittaa ajatuksia tai uusia ideoita, joita voidaan käyttää päivittäisissä toiminnoissa muistisairaahan toimintakyvyn seurantaan, tukemiseen tai kuntoutukseen*

## TERVEYS

**Lähestulkoon jokainen meistä tietää mitä tarkoittaa terveellinen elämä (ruokavalio, lepo, liikunta, päihteettömyys) ja kuinka terveyttä voidaan edistää. Palveluasumisessa henkilökunnan rooli kasvaa, kun pohditaan muistisairaahan terveyttä ja sen edistämistä. Suuri rooli on myös kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmalla.**

11. Mitä mielestäsi on hyvä terveys?
12. Millä erilaisilla tavoilla seuraat muistisairaahan terveyttä?
13. Oletko ehtinyt tutustumaan case-yrityksen muistisairaiden kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin? KYLLÄ / EI
14. Jos et ole ehtinyt tutustumaan kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin, minkä koet olleen esteenä?
15. Koetko, että kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelmasta on apua muistisairaahan terveyden edistämiseksi? Perustelethan vastauksesi.
16. Miten mielestäsi toteutuu päivittäisissä toiminnoissa muistisairaahan kuntoutus? HYVIN / MELKO HYVIN / MELKO HUONOSTI / HUONOSTI
17. Koetko, että pystyt työssäsi edistämään muistisairaahan terveyttä? Perustelethan vastauksesi. KYLLÄ / AJOITTAIN / EN TARPEEKSI
18. Ehditkö mielestäsi keskittymään riittävästi muistisairaahan terveyden edistämiseen työpäiväsi aikana? Perustelethan vastauksesi.
19. Oletko työssäsi järjestänyt muistisairaalle asukkaalle terveyttä edistäviä palveluita? Jos olet, minkälaisia?
20. Millä muilla tavoin toivot, että voisit tukea muistisairaahan terveyttä? *Tähän voit kirjoittaa ajatuksia tai uusia ideoita, joita voidaan käyttää päivittäisissä toiminnoissa muistisairaahan terveyden edistämiseen*

## VUOROVAIKUTUS

**Vuorovaikutus on ihmisten välistä molemminpuolista kommunikointi äänin, elein, ilmein, katseella ja ääntelyin. Muistisairaalla kommunikointi heikkenee, kun kielen tuottaminen ja ymmärtäminen vaikeutuvat. Muistisairaalla kanssa vuorovaikutuksen tulisi olla rauhallista ja kiireetöntä, jossa huomioidaan myös kehon kieli sekä sanaton viestintä. Nykypäivänä on kehitetty erilaisia menetelmiä auttamaan vuorovaikutuksessa.**

21. Millaista mielestäsi on hyvä vuorovaikutus muistisairaalla kanssa?
22. Miten koet muistisairaalla kohtaamisen? HAASTAVAA / MELKO HAASTAVAA / MELKO HELPPOA / HELPPOA
23. Ehditkö mielestäsi riittävästi keskittymään työpäivän aikana vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen muistisairaalla kanssa? Perustelethan vastauksesi.
24. Oletko käyttänyt joitain menetelmiä (esimerkiksi TTAP tai taiteen ja kulttuurin menetelmät) apuna muistisairaalla kohtaamiseen?
25. Miten mielestäsi yksikössä voitaisiin parantaa vuorovaikutusta muistisairaiden kanssa? *Tähän voit kirjoittaa ajatuksia tai uusia ideoita, joita voidaan käyttää päivittäisissä toiminnoissa vuorovaikutuksen ja kohtaamisen parantamiseen*

## LIITE 3. Power Point-diasarja esittelytilaisuuteen



- tekijä: Outi Korkeala, lähihoitaja ja sh-opiskelija Diakissa Porin yksikössä
- tavoite: selvittää muistisairaahan hoidon toteutumista yrityksessä
- perustana: Muistiliiton v. 2016 luoma Muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon kriteeristö -> toimintakyky, terveyden edistäminen ja vuorovaikutus
- kysely osoitettu vakituiselle henkilökunnalle
- kyselykaavake Google Forms->linkki sähköpostiin
- ei kysytä tunnistetietoja, vastaukset anonyymisti, vastauksia käsittelee vain tutkija
- osallistuminen vapaaehtoista
- avoimia kysymyksiä jokaisesta valitusta kriteeristä
- vastauksia säilytetään vuosi 2021, jonka aikana tarkoitus saada opinnäytetyö valmiiksi



- tarkoitetaan sairautta, jossa muisti, kyky käsitellä tietoa sekä ajatustoiminnot heikkenevät (THL, 2020)
- muistisairaudet yleisimpiä iäkkäillä ihmisillä, voidaan puhua jo kansansairaudesta
- muistioireisiin yhdistettäviä riskitekijöitä:
  - kohonnut verenpaine
  - tupakointi
  - ylipaino
  - vähäinen liikunta
  - sokeriaineenvaihdunnan häiriöt
  - dyslipidemia eli veren poikkeavat rasva-arvot (Duodecim, 2021)
- yleisimmät muistisairaudet:
  - Alzheimerin tauti,
  - verisuoniperäinen muistisairaus,
  - näiden yhdistelmä eli sekamuoto,
  - Lewyn kappale-tauti sekä
  - otsa-ohimolohkorapeumasta johtuva muistisairaus (Muistiliitto, l.a.)

## TOIMINTAKYKY

- tarkoittaa yksilön kykyä selvittää arkipäiväisistä toiminnoista hänen omassa ympäristössään (Muistiliitto, 2016)
- **FYYSINEN:** kyky selviytyä henkilökohtaisista ja jokapäiväisistä toiminnoista ja askareista->kyky liikkua
- **PSYKKINEN:** kyky selviytyä haastavista sekä kriisitilanteista arjessa->elämänhallinta, psyykinen hyvinvointi, arvostus, itseluottamus, mielenterveys, kyky suunnitella elämää ja kyky tuntea (THL, 2019)
- **KOGNITIIVINEN:** muisti, keskittyminen, tarkkaavaisuus, hahmottaminen, oppiminen, kielelliset toiminnot -> vaikuttaa kykyyn suoriutua arjessa (Muistiliitto, 2016)
- **SOSIAALINEN:** kyky olla sosiaalisessa kanssakäymisessä muiden kanssa, kyky toimia ja ilmaista itseään (Muistiliitto, 2016)
- **OIKEUDELLINEN:** kyky tehdä päätöksiä, joilla on oikeudellisesti merkitystä esim. testamentti (Mäki-Petäjä-Leinonen, 2015)

## TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI JA KUNTOUTUS

- toimintakyvyn arviointia tarvitaan:
  - muistisairauden diagnosointiin
  - muistisairauden vaikeusasteen määrittämiseen ja etenemisen seurantaan
  - hoidon vaikuttavuuden sekä
  - tukitoimien arviointiin (Roswell, 2015)
- arvioinnin välineinä mm. MMSE, CERAD, GDS-15, MNA
- läheisiltä paljon tietoa muistisairaasta toiveista ja tarpeista
  - >mahdollisuus tukea itsemääräämisoikeutta ja kokonaisvaltaista hyvinvointia
- kuntoutus muistisairauden eri vaiheissa
  - ylläpitää tai parantaa toimintakykyä
  - hidastaa heikkenemistä (Pitkälä & muistisairauksien käypä hoitotyöryhmä, 2010)

## TERVEYDEN EDISTÄMINEN

- terveyden edistäminen on toimintaa, joka antaa ihmiselle mahdollisuuden vaikuttaa omaan terveyteensä ja parantaa sitä (ETENE, 2008)
- omien vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä tavoitteelliseksi toiminnaksi, jolla saadaan aikaan hyvinvointia ja ehkäistään sairauksia (THL, 2020)
- Terveelliset elämäntavat voivat ehkäistä muiden sairauksien syntymistä ja vaikuttaa muistisairauden etenemiseen ja näin toimintakykyyn
  - liikunta, terveellinen ruokavalio, sosiaalinen aktiivisuus, aivojen sopiva haastaminen, päihteettömyys
- palveluasumisessa ja tehostetussa palveluasumisessa hoitohenkilökunnalla suuri rooli muistisairaasta terveyden edistämässä
- kuntoutus-, hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kirjataan yhdessä sairastuneen sekä läheisten kanssa:
  - toiveita
  - toimintatapoja
  - Toimintaohjeita arkeen
- voiminnan seuranta erilaisin mittarein, mittareina mm:
  - verenpaine
  - verensokeri
  - paino
  - liikuntakyky->kaatumisvaara (Muistiliitto, 2016)



- Vuorovaikutus on ihmisten välistä molemminpuolista kommunikointia äänin, elein, ilmein, katsella tai ääntelyn
- Muistisairaalla kielen ja puheen tuottaminen vaikeutuvat, ymmärtäminen vaikeutuu, viestintätaidot heikkenevät
- Muistisairaana reagoinnissa näkyvät hänen omat sisäiset kokemukset sekä hoitajasta välittyvät kokemukset
- Maailma pelottava paikka, jota ei ymmärrä eikä voi hallita->pelko nähdään "käytösoireena"
- Vuorovaikutuksen oltava kunnioitettavaa, tasavertaista, rauhallista ja kiireetöntä
- Viestinällä suuri vaikutus
  - rauhallisuus
  - äänensävy
  - katsekontakti
  - kosketus
  - kuuntelu
  - Selkokieli->yksi asia kerrallaan

(Lähde Muistiliitto, 2016)



- ERILAISIA VUOROVAIKUTUSMENETELMIÄ OVAT MM:
- TTAP (Therapeutic Thematic Arts Programming), jonka tavoitteena osallistaa ikääntyvät ihmiset kuvataiteen, musiikin, tanssin, runouden, kuvanveiston ja valokuvauksen keinoin
- Logopedian (puheterapia) avulla voidaan auttaa puheen, kielen ja kommunikoinnin häiriöissä
- muistelu
- taiteen ja kulttuurin menetelmät kuten laulaminen ja piirtäminen

• Lähde Muistiliitto, 2016