

Katharina Hau

**Lyhytaikaislaitoshoidon asiakastietolomake**

Asiakastietolomakkeen kehittäminen Pirkanmaan  
Muistiyhdistys ry:n Sampo-projektissa

Opinnäytetyö

Syksy 2009

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Vanhustyönkoulutusohjelma

Geronomi



## SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

### Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden  
Koulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma  
Suuntautumisvaihtoehto: Gerontologia

Tekijä: Katharina Hau

Työn nimi: Lyhytaikalaitoshoidon asiakastietolomake, Asiakastietolomakkeen kehittäminen Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n Sampo-projektissa

Ohjaaja: Aila Vallejo Medina ja Anna-Kaarina Koivula

Vuosi: 2009

Sivumäärä: 61

Liitteiden lukumäärä: 6

---

Dementia sairastavien määrä suomen väestöstä lisääntyy. Tämän takia heille suunnattujen palveluiden ja hoidon kehittäminen on tarpeellista ja ajankohtaista. Suomen vanhuspoliittinen strategia on avohoitopainotteinen. Kotihoitoa painotetaan ensisijaisena ikääntyneiden hoito- ja palvelumuotona. Lyhytaikaislaitoshoidon on yksi kotona asumista tukeva palvelumuoto, joka toimii dementoituneen kuntoutumisen sekä hänen omaistensa tukemisen keinona. Ymmärrys eri dementiaa aiheuttavien sairauksien erityispiirteistä, sairauden vaikutuksesta toimintakykyyn sekä tieto sairauden aiheuttamista oireista ja käytöshäiriöistä ovat asiakaslähtöisen, kuntouttavan ja laadukkaan hoidon edellytys.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kehittää lyhytaikaislaitoshoidon tulevan dementiaa sairastavan asiakastietolomake. Opinnäytetyöni oli osa Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n Samalla polulla - voimavaroja lyhytaikaishoidosta kehittämishanketta. Kehittämäni lomaketta muokattiin kehittämishankkeen pilottikohteen kanssa. Lomake oli kuukauden verran pilottikohteessa koekäytössä, jonka aikana sen toimivuutta testattiin. Opinnäytetyöni oli kehittämishanke, jonka tutkimusmenetelmänä oli toimintatutkimus.

Lomakkeen työstämisen vaiheissa tuli selväksi, että lomake tarvitsee täyttöohjeet. Lomake ja sen täyttöohjeet, kehittyivät eri muokkausvaiheiden lävitse. Opinnäytetyöni tulos on lomakkeen ja täyttöohjeiden neljäs versio. Lomake ja täyttöohjeet ovat minun, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n kehittämishankkeen ja hankkeen pilottikohteen työntekijöiden yhteistyön tuotos.

Valmistunutta lomaketta ja sen täyttöohjeita voidaan hyödyntää dementiaa sairastavan asiakastietolomakkeena lyhytaikaislaitoshoidossa.

Avainsanat: Dementia, lyhytaikainen laitoshoidon, intervallihoidon, lomake, toimintatutkimus, kvalitatiivinen tutkimus.

## SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: Social Services and Health Care  
Degree programme: Bachelor of Health Care and Social Services  
Specialisation: Elderly Care

Author/s: Katharina Hau

Title of thesis: An information form for background information in short-term care units. Collaboration with the association "Pirkanmaan Muistiyhdistys ry" and their project Sampo.

Supervisor(s): Aila Vallejo Medina and Anna-Kaarina Koivula

Year: 2009

Number of pages: 61

Number of appendices: 6

---

Studies predict an increasing amount of elderly people and people with dementia in Finland. Due to this, the development of care and services for dementia patients is presently very important. The Finnish social welfare and health care system for elderly people gives priority to non-institutional care. This means that the preference is that elderly people could live in their own home as long as possible. For this the home-help services need to be substantial and of high quality. Short-term care is one part of home-help services. In order for patient care in dementia to be patient-oriented, rehabilitating and of high quality, the special features in different dementia disorders have to be known. Also to be taken into consideration is how the disease affects the patient's ability to function.

The topic of my thesis was to make an information questionnaire form for documenting background information of a demented patient in short-term care units. The form was developed in collaboration with the Pirkanmaan Muistiyhdistys ry" - association and their Sampo -project. The form was tested for a month in the project's pilot short-term care unit. My thesis is a developmental project and during it I used both quantitative and action research as research methods.

During the development of the form it became evident that the form required accompanying instructions on how to fill it out. Both the questionnaire and the instructions were refined and modified several times. The form and the fill-out instructions in my thesis both are the fourth versions of the respective forms. The questionnaire is a collaborative result of myself, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry's developmental project and the employee's at the Sampo-project's pilot care unit.

The form and it's fill-out instructions can be used in short-term care units as a background information for patients with dementia.

Keywords: Dementia, short-term care, form, questionnaire, background information, quantitative research, action research

## SISÄLTÖ

OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ .....	2
THESIS ABSTRACT .....	3
SISÄLTÖ.....	4
KÄYTETYT TERMIT .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA VANHUSPALVELUIDEN SUUNTA.....	9
2.1 Suomen vanhuspoliittinen strategia .....	10
2.2 Tampereen kaupungin vanhuspoliittinen strategia .....	11
2.3 Lait vanhuspalveluiden taustalla .....	13
3 MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA .....	15
3.1 Muisti ja muistihäiriöt.....	15
3.2 Dementia ja yleisimmät dementiaan johtavat sairaudet .....	17
3.2.1 Alzheimerin tauti .....	17
3.2.2 Vaskulaariset demeniat.....	18
3.2.3 Frontotemporaalinen degeneraatio .....	19
3.2.4 Lewyn kappale-dementia .....	20
3.2.5 Sekatyypinen dementia.....	20
3.2.6 Parkinsonin tautiin liittyvä dementia .....	20
3.2.7 Alkoholidementia.....	21
3.3 Dementoituneelle tyypillinen käyttäytyminen ja sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt .....	21
4 DEMENTIA JA ELÄMÄNKULKU.....	26
4.1 Gerotranssendenssi .....	28
4.2 Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys.....	28
5 LYHYTAIKAINEN LAITOSHOITO.....	30
5.1 Lyhytaikainen laitoshoido dementoituneen kuntoutuksen tukemisessa .....	31
5.2 Lyhytaikainen laitoshoido omaishoitajan tukena .....	32
6 HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA .....	33
7 PIRKANMAAN MUISTIYHDISTYS RY JA SAMPO-PROJEKTI .....	35

8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOTUS SEKÄ TUTKIMUSMENETELMÄ.....	36
8.1 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus.....	36
8.2 Tutkimusmenetelmä.....	37
9 DEMENTIAA SAIRASTAVAN ASIAKASTIETOJEN KOKONAISUUS .....	40
9.1 Ensimmäinen versio lomakkeesta.....	42
9.2 Toinen versio lomakkeesta .....	46
9.3 Kolmas versio lomakkeesta .....	50
9.4 Neljäs versio lomakkeesta .....	53
10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	55
11 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	57
12 POHDINTA .....	59
LÄHTEET.....	62
LIITTEET	

## Käytetyt termit

**Dementiaa sairastava** Opinnäytetyössäni käytän termejä dementiaa sairastava ja dementoitunut. Opinnäytetyössäni en käytä muistisairas –sanaa, koska se mielestäni kaventaa sairauden kuvaa. Dementia aiheuttaa muistiongelmien lisäksi lukemattomia muita oireita, toimintakyvyn vajeita ja käytösoireita, jotka saattavat olla merkityksellisempiä sairastuneelle sekä hänen omaisilleen, kuin muistiongelmät.

**Omaishoitaja** Omaishoitajalla tarkoitan dementoitunutta omaistaan hoitavaa henkilöä niin omaishoidon tuen saajia kuin niitä omaishoitajia, jotka eivät ole omaishoidon tuen piirissä.

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää asiakastietolomake lyhytaikaislaitoshoitoon tulevan dementiaa sairastavan asiakkaan taustatietojen keräämistä varten. Tarkoituksena oli korostaa dementoivan sairauden merkitystä tarvittavan tiedon kannalta. Opinnäytetyöni tein yhteistyössä Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n kanssa. Lomake on osa Sampo-projektia, joka on Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n lyhytaikais-hoidon kehittämisprojekti. Opinnäytetyöni tavoitteena oli luoda kattava lomake, joka toimii hoitotyötä helpottavana työvälineenä. Lomake on myös hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä apuvälineenä. Toimiva lomake voidaan ottaa käyttöön kattavasti Tampereen kaupungin lyhytaikaislaitoshoitopaikoissa. Opinnäytetyöni oli kehittämistyö. Käyttämäni tutkimusmenetelmä oli toimintatutkimus.

Suomen väestön ikääntyessä sosiaali- ja terveystalouden palvelutarve lisääntyy. Vanhimmassa ikäluokassa dementoivien sairauksien määrä kasvaa. Myös suuret ikäluokat ovat saavuttamassa iän, jolloin dementoivien sairauksien ilmaantuvuus lisääntyy. Dementiaa sairastavien henkilöiden määrän lisääntyessä palvelun tarve kasvaa. Dementoivat sairaudet ovat yhteiskunnalle sekä kansanterveydellisesti että kansantaloudellisesti merkittävä sairausryhmä. Suomen vanhuuspolitiikka on avohoitopainotteinen. Lääkäiden laitosasumista vähennetään ja kotiin annettavien tukipalveluiden määrää ja laatua parannetaan. Palveluita pyritään kehittämään laadukkaiksi, asiakasta kunnioittaviksi, vaikuttaviksi ja taloudellisiksi.

Dementoivat sairaudet heikentävät sairastuneen kognitiivisia kykyjä. Eri dementoivien sairauksien tunteminen on hoitotyössä välttämätöntä sekä hoidon että kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tärkeäksi muodostuu dementoituneen elämän tunteminen, mikä on yksi laadukkaan hoidon edellytys.

Lyhytaikaislaitoshoitoa järjestetään kotona asuvalle pitkäaikaissairaalle määräajoin. Lyhytaikainen laitoshoido tukee kotona asumista ja näin ollen siirtää ennen aikaista laitoshoidon siirtymistä. Lyhytaikaiselle laitoshoidolle tulisi aina tehdä hoi-

to- ja palvelusuunnitelma, jotta se palvelisi mahdollisimman hyvin niin dementiaa sairastavaa kuin mahdollista omaishoitajaakin. Tavoitteeton lyhytaikainen laitoshoido on resurssien hukkaan heittämistä. Asiakastietolomake toimii hoito- ja palvelusuunnitelman osana, jolloin se huolellisesti täytettynä ohjaa suunnitelman tekemistä. Asiakastietolomaketta säätelee useat sosiaali- ja terveysalan kirjattujen asiakirjojen lait ja säädökset.



## 2 IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA VANHUSPALVELUIDEN SUUNTA

Suomen väestö ikääntyy, ja iäkkäiden määrä väestöstä lisääntyy. Yli 65-vuotiaiden osuuden määrä väestöstä kasvaa. Vuonna 2007 yli 65-vuotiaita oli koko väestöstä 16 prosenttia, kun taas vuonna 2030 prosenttiosuus on jo 26 prosenttia. Yli 85-vuotiaiden osuus väestöstä nousee vuoden 2007 1,8 prosentista 6,1 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Yli 85-vuotiaita olisi tuolloin 349 000 henkilöä. Väestöllinen hoitosuhde eli lasten ja vanhusten määrä sataa työikäistä kohden nousee vuoden 2007 50:stä 74,6:een vuoteen 2034 mennessä. Työikäisten määrä väheenee 2010 kun sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyvät eläkkeelle. (Tilastokeskus, väestön ikärakenne [viitattu 15.1.2009].)

Dementiaa sairastavien määrää kasvaa vanhimmissa ikäluokissa, mutta sairastuneiden määrä kohoaa myös siksi, että suuret ikäluokat ovat saavuttamassa iän, jolloin muistisairaudet alkavat ilmaantua. Tämän takia on syytä tarkastella muistisairaiden määrän lisääntymisen aiheuttamaa palveluiden ja hoidon kehittämisen tarvetta. (Pirttilä, Heimonen & Gränö 2007.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa rahoituspaineita luovat niin palveluiden kysyntä kuin tarjontapuolen tekijät. Sosiaali- ja terveydenhuollon pyrkimyksenä on tarjota oikeita palveluita, oikeille henkilöille, oikeaan aikaan sekä vielä mahdollisimman optimaalisesti tuotettuna. Dementoivat sairaudet ovat yhteiskunnan kannalta niin kansanterveydellisesti kuin kansantaloudellisesti merkittävä sairausryhmä. Tulevaisuuden haasteena on kehittää ja löytää ne hoito- ja tukipalveluiden toimintatavat, jotka palvelevat sekä sairastuneita että heidän omaisiaan mahdollisimman hyvin ja niin, että niihin käytetyt voimavarat saavat parhaan vastineen. Suomen terveystalouden politiikka on avohoitopainotteinen, ja monimuotoinen kotona asumisen tukitoiminta on osoittautunut hyvin kustannusvaikuttavaksi palvelumuodoksi. Tärkeää on kuitenkin, että rajalliset voimavarat on kohdennettava niihin palvelumuotoihin jotka tarjoavat parhaan vastineen. (Martikainen 2008.) Palvelutarpeen kehittämällä muistisairaiden ihmisten tarpeisiin on Voutilaisen (2008) mukaan jo kiire.

Muistisairaiden ihmisten hoidossa tärkein haaste Voutilaisen (2008) mukaan on sekä inhimillisen että hoidon ja palvelun yhteiskunnalle aiheuttamien kustannusten näkökulma. Muistisairaana palveluiden kehittämisessä olennaisinta on että hoito järjestetään saumattomasti sairauden eri vaiheissa eri toimijoiden välillä. (Voutilainen 2008, 36-37.)

## 2.1 Suomen vanhuspoliittinen strategia

Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa ikääntymispolitiikkaa strategiassaan, lainsäädännöllä, laatusuosituksilla sekä ohjelmilla ja hankkeilla. Ikääntymispolitiikan pää tavoitteina ovat ikäihmisten toimintakyvyn ja itsenäisen elämisen edistäminen sekä yhteiskuntaan aktiivisen osallistumisen lisääminen. (STM, Ikääntymispolitiikka [viitattu 15.3.2009].) Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ikäihmisten palveluiden toimivuudesta määrittämällä kehittämisalueet ja niiden suunnat, valmistelee lainsäädännön sekä ohjaa uudistusten toteuttamista. Kuntien tehtävänä on järjestää ikäihmisten tarvitsemat sosiaali- ja terveysterveyst. (STM, Ikäihmisten sosiaali- ja terveysterveyst [viitattu 15.3.2009].)

Strategioilla ja kehittämisohjelmilla linjataan sosiaali- ja terveysterveyst ja sen tärkeimpiä painopisteitä, tuodaan esille sosiaali- ja terveysterveystalan kehittämiskohdat, sekä valmistaudutaan tulevaisuuden palvelutarpeen kysynnän ja tarjonnan muutoksiin. Lyhytaikaisen laitoshoidon painotuksen lisääminen ja kehittäminen on ohjelmissa hyvin tärkeänä kohtana, siksi kerron lyhyesti muutamasta strategiasta ja linjauksesta.

Sosiaali- ja terveysterveystpolitiikan tärkeät painotukset on kirjattu **sosiaali- ja terveysterveystpolitiikan strategiat 2015**-julkaisuun. Luodussa strategiassa on neljä pääkohtaa: terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelämän vetovoiman lisääminen, köyhyyden ja syrjäytymisen vähentäminen sekä palveluiden toimivuuden ja toimeentulon turvaaminen. Iäkkäiden toimintakykyä parannetaan ehkäisevällä ja kuntouttavalla toiminnalla. Ikääntyneitä kannustetaan aktiivisesti ottamaan vastuuta terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitämisestä. Vanhuspalveluiden saatavuutta ja laatua parannetaan, ja palveluiden painopiste on lähipalveluissa sekä kotiin annettavissa

palveluissa. Palveluissa painotetaan kuntouttavan työotteen käyttöä. Laadukkailla avo- ja intervallihoidoilla tuetaan dementoituneen kotona asumista. Kuntia kehoitetaan palveluita kehittäessä ja tuotettaessa toimimaan kolmannen sektorin kanssa yhteistyössä. Ikärakenteen muutokseen on muuntauduttava järjestelmien uudistamisella. Tämä tarkoittaa, että sosiaalimenot kasvavat aluksi. (STM, sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015, 2006 [viitattu 15.3.2009])

**Hyvinvointi 2015**-ohjelman tarkoituksena on ratkaista kiireelliset kehittämistarpeet. Kiireellisimmäksi kehittämiskohteiksi on luokiteltu kolme kokonaisuutta: palveluiden ja laadun turvaaminen, palvelurakenteen ja toimijoiden kehittäminen sekä henkilöstön saanti, osaaminen ja työolojen parantaminen. Ihmisen hyvinvointia tarkastellaan elämänkaaritarkastelun avulla, näin voidaan kohdentaa huomio eri elämänvaiheiden tärkeisiin kehitystehtäviin ja niiden toteutumisen tukemiseen. Työvoiman riittävyys ikääntyneiden palveluissa tulee tulevaisuudessa ratkaista. Iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitäminen siirtää palveluiden tarvetta myöhäisemmäksi. Kotihoitoa ja omaishoitoa tuetaan runsailla ja kattavilla tukipalveluilla. Kotihoiton strategian ajatellaan olevan runsas, turvallinen ja ennakoiva apu. Vanhusten huollolla tulee olla selkeät hoivan eettiset perusteet. (STM, Hyvinvointi 2015-ohjelma [viitattu 16.3.2009].)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema **Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008** päätavoitteiksi nousee kehitellä keinot, joilla iäkkäiden palvelut järjestetään laadukkaasti: arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen, vaikuttavasti sekä taloudellisesti. Dementiaoireisten ihmisten tarpeet on otettava palvelurakenteen kehittämisessä erityisesti huomioon. (STM, Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 9-25.)

## 2.2 Tampereen kaupungin vanhuspoliittinen strategia

Edellä mainitut strategiat ja linjaukset ohjaavat koko suomen vanhuspoliittisia linjauksia. Koska opinnäytetyöni on osa Pirkanmaan Muistiyhdistyksen projektia, kerroin seuraavaksi myös Tampereen kaupungin vanhuspoliittisista linjauksista.

***Kaikem paree Tampere -kaupunkistrategia*** on Tampereen kaupungin strategia miten kaupunkia aiotaan kehittää tulevaisuudessa. Strategia on laadittu vuoteen 2016 saakka. Strategia on kaupunkiorganisaation johtamisväline, josta käy ilmi päätösten tekijöiden ja virkamiesten yhtenevät näkemykset tulevaisuudesta. Strategiassa on asetettu visiot sekä niiden toteuttamiseen tarvittavat kriittiset menestystekijät. Strategian tavoitteena on luoda Tampereen kaupungista hyvien palveluiden, osaamisen ja luovuuden kansanvälinen kasvukeskus. Väestörakenteen muutos vaikuttaa olennaisesti kunnan vastuulla olevien palveluiden kysyntään. Sosiaali- ja terveystieteiden kysynnän kasvun hillitsemiseksi kaupunki kiinnittää huomiota ikääntyvien toimintakyvyn ylläpitoon, ennaltaehkäisevien palveluiden järjestämiseen sekä kotona asumisen tukipalveluiden tarjontaan. Yhdeksi kriittiseksi menestystekijäksi on laadittu laadukkaiden ja kustannustehokkaiden palveluiden luonti, jossa yhtenä kohtana on hyvän vanhuuden tukeminen. Hyvää vanhuutta tullaan tukemaan järjestämällä toimintakykyä ylläpitäviä palveluita, kotona asumista tukemalla ja kehittämällä avopalveluita. Laitosasumisen osuutta tullaan vähentämään. (Kaikem paree Tampere 2005)

***Ihmiseltä ihmiselle – arki mahdollisuutena vanhusten palveluiden strategia 2003-2012*** on jatkoa *Kaikem paree Tampere –kaupunkistrategialle*. Vanhusten palveluita ohjaavat ehkäisevä eli preventiivinen työ strategiana ja ikäihmisten kotona asumista edistävä strategia. Preventiivinen työ edistää osallisuuden, turvallisuuden tunteen ja yhteiskunnan jäsenyyden säilymisen avulla kansalaisten toimintakykyä ja –halua. Preventiivinen työ kohdistuu niihin syihin jotka voivat heikentää ikääntyneiden ihmisten terveyttä, elinoloja, elämänlaatua ja elämänhallintaa. Voimavaroja kuluttavia vaikutuksia vähentämällä sekä sairauksia ja oireita torjumalla edistetään toimintakykyä. Ikäihmisten kotona asumisen edistävä strategian tavoitteena on mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Kotona asumista edistävät palvelut on jaoteltu avohoidollisiksi ja sairaalasta sekä laitoksista saataviksi tuiksi (lyhytaikaishoito kuuluu laitoksista saatavien tukien alle). Visio vuodelle 2012 on, että ikääntynyt tamperelainen saa kotiinsa tarvitsemansa tiedon, avun, kuntoutuksen ja hoidon, jota hän tarvitsee terveytensä, toimintakykynsä ja sosiaalisen hyvinvointinsa ylläpitämiseksi. (Ihmiseltä ihmiselle – arki mahdollisuutena)

*Kaikem paree Tampere –kaupunkistrategia* sekä *Ihmiseltä ihmiselle – arki mahdollisuutena* on Tampereen kaupungin vanhusten palveluiden strategia vuosille 2003-2012. Nämä strategiat on kuitenkin laadittu ennen Tampereen kaupungin muuttuessa tilaaja-tuottaja-malliin vuonna 2007. Tämä herättää miettimään onko strategioihin kirjatut asiat vielä ajankohtaisia sekä sen voidaanko suunnitteilla olevia asioita vielä uuden tilaaja-tuottaja-mallin puitteissa toteuttaa.

**Edellä olevissa linjauksissa ja ohjelmissa painotetaan ikäihmisten toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämistä sekä mahdollisimman pitkään kotona asumisen tukemista ja mahdollistamista.** Iäkkäiden toimintakykyä tuetaan ja parannetaan kotona, näin mahdolliseen laitoshoitoon siirtyminen tulee myöhäisemmin ajankohtaiseksi. Kotihoitoa tullaan painottamaan ikääntyneiden ensisijaisena hoito- ja palvelumuotona ja laitoshoidon tullaan purkamaan. Näin järjestettynä ikäihmisten hoito synnyttää huomattavia säästöjä sosiaali- ja terveystalouteen.

Kotipalvelun tukipalveluista on tarkoitus luoda kattava palveluverkko, jotta kotona asumista voidaan tukea mahdollisimman hyvin. Tällä hetkellä yksittäisten kotipalvelun tukipalveluiden toimintamuodoista, niiden sisällöistä tai laadusta ei ole tarkkaa kuvausta ja kunta sekä palveluntuottajien erot ovat suuret. Palvelut tulee järjestää laadukkaasti, vain näin voidaan saada aikaan haluttuja vaikutuksia ja syntyy todellisia säästöjä.

### 2.3 Lait vanhuspalveluiden taustalla

Kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltolaki ovat tärkeimmät lait jotka säätelevät vanhusten käyttämiä palveluita. Nykyisen lainsäädännön on huomattu olevan riittämätön vanhuksen oikeuksien toteutumiselle, yhteistyölle ja palveluiden saumattomuuden toteutumiselle. (Lehto 2007, 13.) Myös hoidon ja palveluiden vastuutason epäselväksi jääminen on Lehdon (2007, 13) mukaan tärkeä asia joka tulisi korjata. Uusi valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki korvaisi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain. Terveydenhuoltolain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Laki edistäisi myös terveystalouden saatavuutta ja niiden tehokasta tuottamista. Uudistuksen yhteydessä myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteiset raken-

teet tullaan arvioimaan. Uuden terveydenhuoltolain mukana tullaan luomaan erillinen laki kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, valtakunnallisesta kehittämisestä ja valvonnasta. (STM, Terveydenhuoltolaki [viitattu 15.3.2009].)

Ikäihmisten hoidon järjestäminen ja annettujen palveluiden laatu ovat puhuttaneet paljon. Oppositio antoi hallitukselle välikysymyksen vanhusten hoidon ja oikeuksien turvaamisesta, johon peruspalveluministeri Paula Risikko vastasi 29.9.2009. Hallitus käynnistää vanhuspalvelulain valmistelun, jonka luonnos tulisi olla valmiina keväällä 2011. Laki kokoaisi eri laeissa olevat ikäihmisten palveluita koskevat säädökset sekä nostaisi osan laatuvaatimuksissa olevista asioista lain tasolle. Lain mukana tulisi myös valvontaviranomaisille edellytykset vanhuspalveluiden laadunvalvonnalle. Laki turvaisi myös tasavertaiset palvelut ja niiden laadun kunta- ja laitospohjaisesti. (Oksala 2009.)

Oksala (2009) huomauttaa että, vanhuspalveluiden sekä niiden laadun turvaaminen ei ole mahdollista saada aikaan pelkästään lailla. Hän perään kuuluttaa, että tulee olla riittävästi resursseja, pätevää henkilökuntaa, ammattitaitoista johtamista, palveluiden rakenteen uudistumista sekä valtakunnallista valvontaa, jotta edellä mainitut asiat toteutuvat kaikkialla Suomessa. (Oksala 2009.) Valmisteilla olevat terveydenhuoltolaki sekä vanhuspalvelulaki varmasti tulevat parantamaan iäkkäiden palveluita, niiden saatavuutta ja laatua. Myöskin sosiaalihuoltolakia ollaan uudistamassa. Sosiaali- ja terveysministeriö on koonnut työryhmän selvittämään sosiaalihuoltoa koskevien lakien kokonaisrakenteen, soveltamisalan ja sisällön uudistamistarpeen.

### 3 MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA

Muistihäiriöitä aiheuttavat mekanismit jaetaan neljään ryhmään: paikallisiin vaurioihin, metabolisiin häiriöihin, neuronaalisiin häiriöihin ja toiminnallisiin häiriöihin. Muistihäiriöitä aiheuttavat paikalliset vauriot aivoissa niillä alueilla, jotka hallitsevat oppimisen ja muistissa pysymisen sekä muistista palautumisen onnistumista. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 127.)

Muistihäiriön aiheuttaneen syyn mukaan häiriöt voidaan jakaa seuraavasti: ohimenevä, hoidettavissa oleva, pysyvä tai etenevä muistihäiriön syy. Ohimenevät syyt voivat olla esimerkiksi epilepsia, aivoverenkiertohäiriöt, lääkkeet tai psyykkiset syyt. Useimmiten muisti palautuu ennalleen kyseessä olevan sairauden tai vamman hoidon jälkeen. Ohimeneviä muistihäiriöitä voi aiheuttaa myös stressi, tupakka ja alkoholi. Hoidettavissa olevien muistihäiriöiden syitä on useita esimerkiksi yleissairaus, psyykkiset häiriöt tai aineenvaihdunnan häiriöt. Tässä tärkeintä on muistihäiriön syyn tunnistaminen sekä hoitaminen sillä pitkittyessään syy voi aiheuttaa pysyviä henkisen toiminnan muutoksia. Pysyviä muistihäiriöiden syitä voivat olla muun muassa aivovammat, aivotulehdukset, leikkauksen tai sädehoidon jälkitilat. Näiden pysyvien häiriöiden aiheuttaman tilan ei odoteta etenevän. Etenevän muistihäiriön syyt ovat dementiaan johtavat sairaudet esimerkiksi Alzheimerin tauti, vaskulaariset demeniat, Lewyn kappale-dementia tai frontotemporaaliset degeneraatiot. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 47-50.)

#### 3.1 Muisti ja muistihäiriöt

**Muistijälki** syntyy kun hermosolujen väliin syntyy synapseja muodostaen monimutkaisia verkostoja. Muistijäljen syntymisen keskeisenä tekijänä ajatellaan olevan toiminnan pitkäaikainen herkistyminen tai tehostuminen. Muistijälki syntyy siis aivoissa hermoverkkojen pysyvästi vahvistamasta reitistä. Muisti jaetaan pitkä- ja lyhytkestoiseen muistiin. Pitkäkestoinen muisti jaetaan vielä episodiseen muistiin

(tapahtumamuisti), semanttiseen muistiin (tietomuisti) ja proseduraaliseen muistiin (taitomuisti). Episodisessa muistissa on tapahtumien lisäksi paikkoja ja henkilöitä, tämä muisti toimii aivojen sisemmän ohimolohkon osien, hippokampuksen ja talamuksen varassa. Semanttinen muisti tallentaa yksittäisiä tietoja esimerkiksi numeroita ja nimiä. Proseduraalinen muisti ohjaa käytettyjen tapojen noudattamiseen. Ikääntyessä tämä muisti säilyy parhaiten. Lyhytkestoinen muisti toimii työmuistina, sinne tallentuu hetkeksi tietoa, jota tarvitaan vain hetken esimerkiksi kaupassa hedelmävaakaan tarvittava punnitusnumero. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 20-22.)

**Muistihäiriöillä** on vaikutus kognitiivisiin (älyllisiin) toimintoihin. Muistihäiriöitä aiheuttavia sairauksia on monia, joten myös sairauksiin liittyviä kognitiivisia oireita on useita. Kliinisten oirekuvien perusteella voidaan selvittää muutosten painopiste. Kognitiiviset toiminnat jaotellaan neljään eri ryhmään: muistitoiminnat, kielelliset toiminnat, visuaaliset toiminnat sekä tarkkaavaisuus ja toiminnan ohjaus. Muistitoiminnoilla tarkoitetaan esimerkiksi uusien asioiden omaksumista, muistissa säilymistä ja muistista hakua. Kielellisillä toimintoja ovat esimerkiksi sanojen löytämistä ja puheen ymmärtämistä. Visuaaliseksi toiminnaksi luokitellaan esimerkiksi konstruktivinen toiminta sekä suuntien arviointi. Tarkkaavaisuudella ja toiminnanohjauksella tarkoitetaan esimerkiksi toiminnan nopeutta, keskittymiskykyä, joustavuutta ja jäsentelykykyä. Muistihäiriöt ovat laadultaan sekä asteeltaan erilaisia kuin normaalin vanhenemisen aiheuttamat muutokset. (Ylikoski 2008, 10) Muistihäiriöiden vaikutusta myös läheisten ihmisten elämänlaatuun ja hyvinvointiin ei pidä unohtaa (Pirttilä, Heimonen & Gränö 2007.)

**MMSE -tutkimus (Mini-mental state examination) on nopea kognitiivisen toimintakyvyn mittari.** MMSE -tutkimuksella voidaan havaita mahdollisten kognitiivisten toimintojen heikentyminen ja heikentymisen laajuus sekä sillä voidaan seurata kognitiivisten kykyjen muutoksia. Testin tuloksien (numeraalisen arvion) avulla saadaan arvio henkilön kognitiivisista kyvyistä. (MMSE-tutkimus [viitattu 8.2.2009]) MMSE- tutkimus on nopeuden ja helppoutensa takia laajasti käytössä perusterveydenhuollossa muistihäiriöiden seulonnassa sekä muistin ja toimintakyvyn arvioinnin välineenä. Tutkimuksella saadaan karkea yleiskäsitys kognitiivisen toimintakyvyn heikentymisestä. Tutkimusta tehdessä ja arvioidessa tulee kuitenkin huomioida, että tutkimus voi antaa normaalin tuloksen, vaikka tutkittavalla olisi jo selvä



dementiaan liittyvä muistihäiriö. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 105.) MMSE- tutkimuksen tukena käytetään asiakkaan haastattelua, joka toimii arvioinnin tukena.

Opinnäytetyssäni otan esille vain MMSE –tutkimuksen, koska tämän tutkimuksen tulosten toivottiin sisältyvän lomakkeeseen. Tämän vuoksi en perehdy Cerad- tai metamuistitutkimuksiin.

## **3.2 Dementia ja yleisimmät dementiaan johtavat sairaudet**

Dementia on oireyhtymä, jonka voi aiheuttaa useat eri etiologit ja toisistaan poikkeavat aivomuutokset. Dementia aiheuttaa muistihäiriön lisäksi laajaa henkisen ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentymistä henkilön aiempaan tasoon verrattuna. (Erkinjuntti 2006, 93-94.). Dementiaan liittyy ainakin yksi seuraavista häiriöistä: dysfasia eli kielellinen häiriö, apraksia eli tahdonallisten liikkeiden häiriö, agnosia eli havaintotoiminnan häiriö sekä toiminnan ohjaamisen häiriö. Dementia luokitellaan sairauden vaikeusasteen mukaan lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 54-55.) Laadukkaan dementiahoidon tukijalka on eri dementiaa aiheuttavien sairauksien tuntemus.

### **3.2.1 Alzheimerin tauti**

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Noin 65-70% dementiaa sairastavista sairastaa Alzheimerin tautia. Alzheimerin tauti on aivosairaus, joka etenee vaiheittain. Sairauden oireita aiheuttaa tiettyjen aivoalueiden vaurioituminen. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 126.). Alzheimerin ilmaantuvuus lisääntyy ikään-tymisen myötä, mutta jos oireet alkavat jo verrattain nuorella iällä 40-50-vuotiaana kyseessä on mahdollisesti perinnöllisen geenivirheen aiheuttama Alzheimerin tauti. Tätä esiintyy Alzheimerin taudin tapauksista vain alle 2% potilaista. Alzheimerin tautiin liittyvä demencian eteneminen on luokiteltu kolmeen eri asteeseen: lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimer-dementia (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 127.). Huovinen (2004) luokittelee Alzheimerin taudin kliinisten vaiheiden mukaan: oireeton vaihe, lievä kognitiivinen heikentyminen, varhainen Alzheimerin tauti sekä lievä,

keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti. (Huovinen 2004, 77.) Alzheimer on vaihteittain ja hitaasti etenevä aivosairaus (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 127). Alzheimerin taudin tarkkaa syytä ei vielä tiedetä, mutta se aiheuttaa aivoissa tärkeiden keskusten kuten hippokampuksen surkastumista sekä hermosolujen rakenteiden muutoksia (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 61).

Lievässä Alzheimer-dementiassa uuden asian mieleen painaminen ja oppiminen on heikentynyt. Myös kielellisiä vaikeuksia sekä orientaation laskua saattaa tässä vaiheessa ilmaantua. Käyttöoireita saattaa ilmaantua, joista masennus on yleisin. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 134-137.) Alzheimer taudin keskivaiheessa ajatellaan tapahtuvan ratkaisevia muutoksia itsenäisen selviytymisen kannalta (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 65). Keskivaikeassa Alzheimer-dementiassa lähimuisti on erittäin heikko. Orientaatiovaikeudet lisääntyvät muun muassa aikaorientaatio on vahvasti häiriintynyt. Kielelliset ongelmat lisääntyvät ja esiintyy hahmottamisvaikeuksia (agnosia) sekä kätevyysongelmia (apraksia). Käyttöoireita esiintyy lisääntyvästi lievään Alzheimer-dementiaan verrattuna. Vaikeassa Alzheimer-dementiassa muisti toimii satunnaisesti, orientaatio on heikkoa ja kielellisten vaikeuksien takia puheen tuottaminen sekä ymmärtäminen on vaikeaa. Orientaatio ja hahmottaminen sekä kätevyys on vaikeasti häiriintynyt. Moninaiset käyttöoireet lisääntyvät tässä sairauden vaiheessa. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 137-139.) Vaikeassa Alzheimerin taudin vaiheessa kehon jäykkyyden, kävelykyvyttömyyden ja pidätyskyvyttömyyden takia sairastunut on täysin muiden avusta riippuvainen (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 65-66).

### **3.2.2 Vaskulaariset dementiat**

Vaskulaarisia dementioita aiheuttavat aivoissa tapahtuneet erityyppiset aivoverenkiertohäiriöt (Erkinjuntti & Pirttilä 2006, 147). Vaskulaarisia dementioita esiintyy noin 15-20% kaikista dementioista. Vaskulaariset dementiat luokitellaan kahteen eri alatyypin sen perusteella missä osassa aivoja vaurio on sekä syntymekanismien mukaan. Päätyypit ovat subkortikaalinen ja kortikaalinen muoto. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 72-76.)

Subkortikaalinen eli aivokuorenalainen muoto, jossa vaurioita aiheuttavat aivojen syvien osien pienien valtimoiden ahtaumat ja tukkeumat. Nämä aiheuttavat pieniä infarkteja aivojen syvissä osissa ja valkean aineen hapenpuutteesta johtuvia vaurioita. Kortikaalinen muoto on aivokuoressa tapahtuvien infarktien aiheuttama dementia. Verenkierroksen tukoksia muodostuu aivojen päävaltimoiden haaroihin. Tukokset voivat olla paikallisia hyytymiä eli trombeja tai verenkieron mukana kulkevia tulpia eli emboluksia. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 72-76.) Nämä tukokset aiheuttavat aivoinfarkteja, joiden aiheuttamat vauriot sijaitsevat pääosin isoaivojen kuorikerroksen alueella (Erkinjuntti & Pirttilä 2006, 149).

Vaskulaarisen dementian oireet riippuvat vaurioiden kohdasta ja niiden suuruudesta, mutta taudilla on yhtenäisiäkin tunnuspiirteitä. Vaskulaarinen dementia alkaa usein äkillisesti ja sairaus etenee portaittain välillä pysähtyen välillä äkillisesti tilan nopeaan huonontumiseen. Muistiongelmien eivät välttämättä ole niin vaikeita kuin Alzheimerin taudissa, mutta toiminnan ohjaamisessa ilmenee suuria vaikeuksia. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 72-76.) Oireina saattaa olla myös raajanheikkous, toispuoleiset halvaukset sekä toiminnan huomattava hidastuminen (Viramo & Sulkava 2001, 6-18).

### **3.2.3 Frontotemporaalinen degeneraatio**

Frontotemporaaliset degeneraatiot eli otsalohkodementia on aivojen otsalohkojen vaurioiden aiheuttama dementia (Rinne 2006a, 169). Vaurio on joko itse aivojen otsalohkossa tai sinne yhteydessä olevissa hermoradoissa (Viramo & Sulkava 2001, 6-18). Otsalohkodementia alkaa yleensä 45-65 ikävuoden välillä ja noin puolella sairastuneista on positiivinen sukuhistoria (sairautta esiintyy suvussa). Persoonallisuuden ja käytöksen muutos ovat sairaudelle tyypillisiä oireita. Sairastuneella saattaa ilmentyä esimerkiksi estottomuutta, arvostelukyvyyttömyyttä sekä huolettomuutta. Otsalohkodementian piirteitä ovat myös aloitekyvyttömyys ja apaattisuus. Toiminnanohjauksen vaikeudet, kognitiivinen hitaus ja asioihin juuttuminen ovat myös tyypillisiä oireita. Sairaudessa saattaa kuitenkin muisti sekä kielelliset kognitiiviset toiminnot säilyä suhteellisen hyvänä sairauden alkuvaiheessa. (Rinne 2006a, 169.)

### **3.2.4 Lewyn kappale-dementia**

Lewyn kappale-dementia on kolmanneksi yleisin dementian aiheuttaja. Lewyn kappale-dementia alkaa tavallisesti 50-80 vuoden iässä. Sairaus alkaa tyypillisesti vähitellen. Sairauden oireet voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan: kognitiiviset oireet, parkinsonismin oireisiin ja psykoottisiin oireisiin. Kognitiivisia oireita ovat muistin heikkous, hahmottamishäiriöt, kielelliset vaikeudet sekä kätevyysheikkous. Kuitenkaan sairauden alkuvaiheessa ei välttämättä esiinny merkittäviä muistihäiriöitä, mutta sairauden edetessä muisti heikkenee vähitellen. Vireystilan ja tarkkavaisuuden vaihtelut ovat yleisiä. Parkinsonismin oireita esiintyy noin 40-90% sairastuneista. Tyypillisiä oireita ovat lihasjäykkyys, kävelyvaikeudet sekä hypokinesia (lihasten vajaatoiminta). Psykoottisia oireita ovat hallusinaatiot ja harhaluulot. Muita Lewyn kappale-dementialla tyypillisiä oireita ovat REM-unen aikana tapahtuvat käytösoireet (vilkkaat unet, ääntely ja raajojen voimakas liikuttaminen) sekä toistuvat selittämättömät kaatuilut ja pyörtyilyt. (Rinne 2006b, 163.)

### **3.2.5 Sekatyypinen dementia**

Sekatyypinen dementia on uusi dementian alatyyppejä. Noin kolmasosalla Alzheimerin tautia sairastavalla on vaskulaariselle dementialle tyypillisiä verenkiertohäiriöitä. Vaskulaarisen dementian liittyvät verenkiertohäiriöt ovat riskitekijöitä Alzheimerin taudille, joten tautien välinen vuorovaikutuksinen yhteys on merkittävä. Lisäksi vaskulaarisilla dementioilla ja Alzheimerin taudilla on yhteisiä taudin syntyyn liittyviä muutoksia aivoissa muun muassa erityyppisten solukuolemien aiheuttamia kudoksen surkastumisia sekä aivojen valkean aineen muutoksia. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 82.)

### **3.2.6 Parkinsonin tautiin liittyvä dementia**

Parkinsonin taudissa noin 30 %:ssa tapauksista Parkinsonin tautiin liittyy pitkään sairastettaessa muistin ja muiden henkisten toimintojen heikentymistä sekä hidastumista. Oireet ovat kuitenkin lievempiä kuin Alzheimerin taudissa. (Erkinjuntti &

Huovinen 2001, 94.) Rinteen (2006, 177) mukaan dementia yleistyy Parkinsonin taudin edetessä ja jopa 80 %:lle sairastuneista kehittyä dementia. Parkinson-dementialle tyypillistä on kognitiivisten toimintojen heikentyminen erityisesti toiminnanohjauksen, muistin ja avaruudellisen hahmottamisen ongelmat. Taudissa ekstrapyramidaalioireet (mm. jäähmeys tai ilmeettömyys) ovat hallitsevia ja taudin alussa epäsymmetrisiä. (Rinne 2006c, 177.)

### **3.2.7 Alkoholidementia**

Alkoholin käytön aiheuttamat pitkäaikaismuutokset aivoissa eli aivoissa todettava kudoksen atrofioituminen (atrofiaa) tapahtuu niin pikkuaivoissa kuin aivojen etuosissa. Lievää dementiaa muistuttava tila on todettu merkittävässä osassa alkoholin suurkuluttajista. Vaikeampia demensian oireita on noin kymmenesosalla alkoholin suurkuluttajista. Runsaalla alkoholin käytöllä on kognitiivisia kykyjä heikentävä vaikutus. Kognitiivisista kyvyistä toiminnan ohjaaminen ja tarkkaavaisuus heikentyy enemmän kuin verbaliset taidot, muisti tai älykkyyttä. Abstrakti ajattelu, tilan hahmottaminen sekä ongelmienratkaisu vaikeutuvat myös. Tiamiinin ja muiden B-ryhmän vitamiinien puute aiheuttaa myös toimintakykyyn heikentäviä oireita. Etanoli huonontaa tiamiinin imeytymistä suolistossa pitkäaikaisesti. Puutostilan oireita ovat muistin heikentymisen lisäksi muun muassa horisontaalinen että vertikaalinen silmävärähtely (nykimisliike), katseen kohdistamisen heikkous, ulkosuoralihasten heikkous, aloitteenkyvyttömyys ja välinpitämättömyys. (Pieninkeroinen & Rapeli 2006, 323.)

### **3.3 Dementoituneelle tyypillinen käyttäytyminen ja sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt**

Dementoivien sairauksien aiheuttamia oireita, jotka vaikuttavat toimintakykyyn rajoittavasti, on monia. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisten kykyä selviytyä itsenäisesti. Dementoituneen toimintakykyä tarkastellaan usein kognitiivisina, sosiaalisina ja fyysisinä ominaisuuksina. Dementoituneen toimintakykyyn vaikuttaa mm. dementoiva sairaus ja sen vaikeusaste, muut sairaudet, käytössä olevat lääkkeet, fyysi-

nen ympäristö sekä dementoituneen oma minäkuva. (Viramo & Sulkava 2001, 6-18.)

**Dementia aiheuttaa vajeen tiedonkäsittelylle.** Mitä vaikeammalla asteella dementia on, sitä suurempi tämä vaje on. Vaikeuksia saattaa tuottaa myös tilanteet, jossa sairastuneen täytyy valita jotain, sillä syy- ja seuraussuhteet eivät ole välttämättä enää selviä. Toiminnan vaikeuksia ja ahdistusta saattaa aiheuttaa myös se, ettei dementoinut ole paikkaan ja aikaan orientoitunut. Keskittymiskyvyn ja esimerkiksi liian monen ärsykkeen yhdenaikaisuus, voi tuntua dementoituneesta ylivoimaiselta ja näin johtaa katastrofireaktioon. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 282-283.)

**Dementian aiheuttamat kommunikaatio-ongelmat ovat kaksisuuntaisia** eli sairastuneella on vaikeuksia itse kommunikoida ja tuottaa puhetta sekä vaikeuksia ymmärtää muiden viestintää. Myöskin sanaton viestintä on yleensä sairastuneella heikentynyt, ja hänen tunteitaan on vaikea tulkita kasvojen ilmeestä. Dementoituneen puheviestinnässä on useita erityispiirteitä muun muassa kiertoilmaisut, tarinointi, rinnakkain etenevät tarinat, menneisyydessä eläminen, ekolalia (kaikupuhe), lakoninen puhe (puheen yksinkertaistuminen, köyhtyminen), toistuvat huudot, pakkonauru ja -itku, äidinkielen jälkeen opittujen kielten katoaminen sekä riitelykohtaukset. Usean edellä mainitun erityispiirteen selkeytymiselle on tärkeää tuntea dementoituneen elämänhistoria. Esimerkiksi rinnakkain etenevät tarinat voivat kuulostaa aluksi sekavilta, mutta saattavat saada selityksen elämänhistorian tuntemisen kautta. (Vallejo Medina, ym. 2006, 283-287.)

**Dementoituissa sairauksissa esiintyy monenlaisia liikkumisen ongelmia.** Niistä yleisimmät ja vaikuttavimmat ovat: tasapaino-ongelmat, kävelyn ongelmat, vaeltelu sekä liikkumiseen liittyvät tapaturmat. Tasapaino-ongelmia dementoivissa sairauksissa aiheuttaa lihasten ja nivelten jäykistyminen sekä lihasvoiman heikentyminen. Aistitoimintojen, erityisesti näön heikentyminen ja esimerkiksi hahmotushäiriön ja havaintojen virhetulkinnat, vaikuttavat myös tasapainoon. Pysyvästi alhainen verenpaine, lääkkeet, kehon hallinnan heikkeneminen sekä liikunnan vähyys vaikuttavat heikentävästi myös tasapainoon. Aikoinaan opittu automaattinen kävely menettää dementoivissa sairauksissa automaattisuutensa ja näin kävely

vaikeutuu ajan myötä. Vaeltelulla tarkoitetaan dementoiviin sairauksiin liittyvää motorista levottomuutta, liiallista kävelyä. Vaeltelun lajit on tyypitelty sen mukaan, miten ne näyttävät ulospäin. Tarkkaa vaeltelun syytä ei tiedetä, mutta sen on huomattu lisääntyvän demencian edetessä, ilta-aikana, ulkoisten ärsykkeiden luomien vihjeiden välityksestä sekä ahdistavissa tilanteissa. Vaeltelun estäminen saattaa lisätä vaeltelua ja johtaa katastrofireaktioon. Perustarpeiden (muun muassa nälkä, jano, virtsaamis- tai ulostamistarve, läheisyys, päiväaktiiviteettien luominen) tyydytys usein vähentää vaeltelua. (Vallejo Medina, ym. 2006, 289-291.)

**Ravitsemukseen ja ruokailuun voi dementoivissa sairauksissa liittyä monenlaisia ongelmia.** Hoitoympäristön ja hoitoyhteisön vaikutus ravitsemustilaan ja onnistuneeseen ruokailuun on dementoivan sairauden edetessä suuri merkitys. Dementia sairaudelle tyypillistä on, että sairastunut on: ruokahaluton, ei tunne nälkää tai janoa, ei ymmärrä ruokaa ruuaksi, ei kykene käyttämään ruokailuvälineitä, ei kykene keskittymään ruokailuun, syö hitaasti, syö lautaselta toispuoleisesti tai ei pysty syömään (valitsemaan), jos hänen edessä on useita ruokalajeja. Avuntarpeen kasvaessa ruokailussa avustamiseen ja syöttämiseen voi liittyä hyökätyksi tulemisen kokemista. Rauhallinen ja kiireetön ruokailutilanne helpottaa demenciasairastavan syömistä niin itsenäisesti kuin syötettynä. Tärkeää on myös tietää ruokatottumuksista ja esimerkiksi ruuista, joista sairastunut ei pidä, näin voidaan osaltaan taata onnistunut ruokailutilanne. (Vallejo Medina, ym. 2006, 291-293.)

**Unettomuus ja uni-valverytmin häiriöt ovat yleisiä demenciasairastavalla.** Näitä häiriöitä aiheuttavat dementoivien sairauksien aiheuttamat aivomuutokset sekä melatoniinin vähäinen erittyminen. Melatoniini on normaalia uni-valverytmiä ylläpitävän hormoni, jonka erittyminen on yöaikaan runsaampaa. Dementia sairauksissa tämä yöaikainen melatoniinieritys ei poikkea päiväaikaan eriytyvään määrään. Unettomuutta aiheuttavat myös samantyyppiset syyt kuin kenelle tahansa iäkkäälle. Näitä oireita ja sairauksia ovat muun muassa tihentynyt virtsaamistarve ja virtsankarkailu, äkillinen tai pitkäkestoinen kipu, hengenahdistus, matala verenpaine tai psyykinen sairaus. Myös päivällä virikkeiden vähyys, ruoan ja nesteiden saannin vähyys tai puute sekä epäsopeva nukkumisympäristö aiheuttavat unettomuutta. (Kivelä 2007.)

**Henkilökohtaisen hygienian hoidossa dementoivaa sairautta sairastava tarvitsee tukea ja apua.** Erittämiseen liittyviä ongelmia ilmaantuu dementia sairauden edetessä. Tavallisin oire on inkontinenssi eli virtsanpidätyskyvyttömyys. Ravitsemusongelmat ja liikunnan vähyys saattavat aiheuttaa myös ummetusta. Kaksisuuntaisten kommunikaatio-ongelmien takia edellä mainittujen oireiden havainnointi sekä hoito saattaa olla haastavaa. (Vallejo Medina, ym. 2006, 295-298.) Esimerkiksi pesutilanteissa dementoituneen kokema epäonnistuminen, intiimialueille kosketuksi tuleminen tai pelko saattaa johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen (Semi 2001, 50-53). Yksilölliset ratkaisut henkilökohtaisen hygienian hoidossa ovat tärkeitä sillä näin voidaan välttää molemminpuolisilta väärinymmärryksiltä. Tutut ja turvalliset rutiinit sekä omat tavat hygienian hoidossa luovat turvallisuuden tunnetta. (Semi 2001, 50-53).

**Käytöshäiriötä esiintyy kaikissa dementoivissa sairauksissa.** Käytöshäiriöllä on suuri vaikutus niin asiakkaaseen kuin hänen perheenjäseniin (omaishoitajaan). Tämän takia hoitohenkilökunnan on osattava tunnistaa yleisimmät käytöshäiriöt, osattava hoitaa sekä ehkäistä niitä. Asiakastietolomakkeeseen on mielestäni tärkeää laittaa kysymys käytöshäiriöistä. Käytöshäiriöt saattavat myös omaisesta tuntua hävettäviltä ja niistä puhuminen voi olla vaikeaa. Tämänkin takia lomakkeessa tulisi olla kysymys käytöshäiriöistä. Tämä helpottaa mielestäni dementoivien sairauksien aiheuttamien oireiden ymmärtämistä ja osoittaa niiden olevan arkipäivään liittyviä.

Käytöshäiriöt tarkoittavat dementoivien sairauksien aiheuttamia haitallisia psykologisia oireita sekä käyttäytymisen muutoksia. Käyttöoire voi olla dementian ensioire. Käyttöoireita esiintyy kaikissa dementoivissa sairauksissa. Tavallisimmaksi käyttösoireeksi voidaan luokitella masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, uni-valverytmin häiriöt sekä seksuaaliset käyttöoireet. Käyttöoireet ovat hyvin yleisiä dementiaa sairastavalla, sillä sairaus vaurioittaa erilaisia järjestelmiä, jotka säätelevät muistin lisäksi tunteita ja käyttäytymistä. (Vataja 2006, 98-103; Erkinjuntti & Huovinen 2001, 178-185; Eloniemi-Sulkava 2008, 14) Käyttöoireet altistavat sairastuneen myös loukkaantumiselle sekä käyttöoireiden hoitoon käytettävien lääkkeiden sivuvaikutukset saattavat näin ollen altistaa uusille sairauksille. (Vataja 2006, 99.)



Käyttösoireiden syntyyn vaikuttavat fyysiset tekijät kuten kipu sekä huono ravitsemus, lääketieteelliset tekijät mm. lääkkeiden haittavaikutukset tai oheissairaus ja psykososiaaliset tekijät kuten ympäristö, hoitajat, kognitiiviset muutokset tai vuorovaikutussuhteet (Eloniemi-Sulkava 2008). Näiden syiden lisäksi Eloniemi-Sulkava (2008) korostaa elämäntapaa, persoonallisuuden sekä kulttuurin vaikutuksia käyttösoireiden ilmaantumiseen.

Käyttösoireet ovat sekä muistisairaiden että heidän omaistensa kannalta elämäntapaan ja elämäntapaa vaikuttavia asioita. Käyttösoireita hoidetaan lääkinnällisin keinoin ja lääkkeettömin keinoin. Lääkkeettömästä hoidosta käytetään myös nimitystä psykososiaalinen hoito (mm. ryhmätoiminnot ja muistelu) Käyttösoireiden hoitamisessa tulisi ensisijaisesti käyttää lääkkeetöntä hoitomuotoa. (Eloniemi-Sulkava 2008, 14-16.) Esimerkiksi hoitoympäristön turvallisuus, virikkeellinen päivärytmi ja hoitohenkilökunnan ammattitaito saattavat vähentää käyttösoireiden ilmaantumista. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 183-184; Eloniemi-Sulkava 2008, 15). Erityisen tärkeää käyttösoireiden hoidossa on huomioida yksilöllisyys, hoito- ja tukikeinot tulee valita yksilöllisesti. On myös huomioitava muistisairas tuntevana ja kokevana yksilönä, joka pyrkii toiminnallaan ja käyttäytymisellään selviytymään ja sopeutumaan, mutta myös saamaan elämänsä hallintaan. Käyttösoire on siis josain suhteessa väärä sana sillä se voi olla muistisairaalle merkityksellistä toimintatapaa. Käyttösoireita tulisi ajatella myös sairastuneen yksilöllisinä selviytymisstrategioina. (Eloniemi-Sulkava 2008, 16.)

## 4 DEMENTIA JA ELÄMÄNKULKU

Ihmisen eletystä elämästä on monia eri nimikkeitä muun muassa elämänkulku, elämänkerta, elämäнкаari elämänhistoria ja elämäntarina. Vaikka sanoja käytetään toistensa synonyymeina tarkoittavat ne silti eri asioita.

**Elämäнкаarella** tarkoitetaan inhimillisen kehityksen yleisiä lainalaisuuksia eli teorioita ja näkemyksiä, jotka koskettavat laajoja ihmisryhmiä. Ihmisen elämäнкаari on yksilöllinen tapahtumasarja, jossa yksilö käy läpi kaikille ihmisille yhteisiä elämänvaiheita. **Elämäंकululla tai elämäंकerralla** tarkoitetaan yksittäisen ihmisen omaa kokemuksellista tarinaa, jolloin jokaisen ihmisen elämä muodostaa ainutlaatuisen yksilöllisen kokonaisuuden. Yleisillä kehitysvaiheilla ja elämään liittyvillä lainmukaisuuksilla tarkoitetaan suurista yksilöllisistä eroista huolimatta ihmisen elämäнкаaresta löydettäviä yleisiä kehityksen lainalaisuuksia. Yksilön kehitysvaiheita voidaan siis ymmärtää parhaiten kun ne suhteutetaan kehityksen yleisiin lainalaisuuksiin. (Dunderfelt 1997, 5-17.) Eriksonin elämäнкаaripsykologisen teorian mukaan tarkastelun kohteena on identiteetin eli yksilöllisyyden elämänmittainen kehittyminen. Teorian mukaan ihmisen kehityksessä on kahdeksan vaihetta, joihin vaikuttaa biologiset tapahtumat, psyykkiset tapahtumat ja yhteisölliset tapahtumat. (Dunderfelt 1997, 243.)

Elämäнкаaritietoja kerätään usein tärkeiden kehitysalueiden ohjaamana. Nämä kehitysalueet eivät kuitenkaan kuvaile iäkkään ihmisen kehityskulkua hyvää ja onnistunutta vanhuutta kohti (vertaa gerotranssendenssi).

**Elämäntarina-ajattelu** korostaa, että jokaisen ihmisen elämässä on juoni. Tämä juoni alkaa syntymästä ja päättyy kuolemaan. Elämäntarina-ajattelussa jokainen ihminen on oman tarinansa näköinen ja jokainen tarina on yhtä tärkeä, arvokas, puhutteleva ja merkityksellinen, huolimatta siitä minkä sisältöinen tarina on. Elämäntarina on kokemuksellinen prosessi. Tässä prosessissa ihminen on subjektiivinen toimija muokatessaan tarinalle omia merkityksiä persoonallisuutensa välityk-

sellä. Myös dementoituminen kuuluu joidenkin ihmisten elämäntarina. Sairaus ei merkitse sitä, että yksilöllinen elämäntarina katoaa, eikä elämä ei saisi muuttua sairauskertomukseksi. (Mäkisalo-Ropponen 2007.)

Ihmisen koko eletty elämä on olemassa ihmisessä. Poikkeuksena ei ole dementoitunut, vaikka hän ei sairautensa vuoksi pysty kielellisesti kertomaan elämäänsä liittyviä tapahtumia tai ei tunnista näitä tapahtumia omaan elämäänsä liittyviksi. Eri elämänvaiheet eivät ole taakse jäänyttä elämää, vaan kulkevat kokoajan mukana ja muokkaavat nykyhetkeä. Dementoituneen elämän tunteminen on edellytys hyvän hoitotyön toteutumiselle. Yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoito perustuu käsitykseen siitä kuka kyseessä oleva henkilö on ja minkälaista hänen elämänsä kokonaisuudessa on ollut. Dementoituneen asiakkaan tietojen keräämisessä tärkeään rooliin nousee hänen omaiset ja läheiset. Dementoituvan ihmisen elämän tunteminen mahdollistaa hänen kohtaamisensa ainutlaatuisena yksilönä ja luo myös ymmärrystä sairastuneen käyttäytymiselle. Heimosen ja Voutilaisen (1997) mukaan dementiatyössä hoitohenkilökunta tarvitsee asiakkaan elämänkaaritietoja, sillä ne avaavat ovet dementoituneen maailmaan. Tämä auttaa myös dementoituneen kokemusta tulla kohdatuksi ja ymmärretyksi ainutkertaisena ihmisenä. (Heimonen & Voutilainen 1997, 26- 37.) Esimerkiksi syy miksi dementoitunut kantaa papereita, aikakauslehtiä ja kirjoja paikasta toiseen voi selittyä hänen postinkantaja-ammattistaan. Myös ahdistavat ja aggressiivista käyttäytymistä laukaisevat tilanteet voivat saada selityksen henkilön elämästä.

Elämänkaaren tuntemisella sekä siihen liittyvällä muistelulla on tärkeä merkitys dementoituneen ihmisen elämän kokonaisuuden rakentamisessa. Dementoituva ihminen voi orientaatiotasosta riippuen liikkua eri elämänkaaren vaiheissaan. Näitä eri elämänkaaresta nousseita tunteita tukemalla voidaan ylläpitää dementoituneen itsearvostusta ja identiteetin jatkuvuutta. (Heimonen & Voutilainen 1997, 26- 37.)

Kehittämässäni lomakkeessa käytin aluksi elämänkulku -sanaa, mutta muutin otsikon *elämän tärkeät tapahtumat* otsikoksi. Tämän tein siksi, että lomake tulisi olla mahdollisimman lyhyt, mutta kattava. Halusin, että lomakkeeseen kirjataan asiakkaan elämän tärkeät tapahtumat jotka vaikuttavat nykyiseen käytökseen, tuovat iloa tai aiheuttavat ahdistuneisuutta.

#### 4.1 Gerotranssendenssi

Gerotranssendenssi on elämän jälkipuoliskolla tapahtuvaa kehityskulkua, joka poikkeaa aikaisemmista elämänvaiheista. Kehityskulun päämäärä on positiivinen ja onnistunut vanheneminen. (Uotinen 2006.) Gerotranssendenssia pidetään viimeisenä vaiheena luonnollisessa kehityskulussa. Tämä vaihe johtaa kypsyyteen ja viisauteen. (Tornstam 1994.) Gerotranssendenssissä on kolme kehitysmuutosaluetta. Ensimmäinen on kosminen ulottuvuus, johon liittyy muuttuva käsitys ajasta, kyky liikkua ajatuksellisesti elämänsä aikaisemmissa vaiheissa, näiden välisten rajojen hämärtyminen sekä tunne yhteenkuuluvuudesta menneiden sukupolvien kanssa ja kuolemanpelon häviäminen. Toinen kehitysalue on minuuden kehittäminen, johon liittyy minäkeskeisyyden häviäminen, kyky hahmottaa minuuden erilaiset puolet sekä minän eheytyminen. Kolmas ulottuvuus on sosiaalisten suhteiden ulottuvuus, johon liittyy ihmissuhteiden aiempaa tarkempi valikoituminen, tarvetta olla yksin, ja kokea se myönteiseksi sekä aineellisten asioiden vähäisempi arvostaminen. (Uotinen 2006.) Prosessi kohti gerotranssendenssiä on jatkuva, mutta sen kulkua voi nopeuttaa tai hidastaa. Prosessi voi nopeutua esimerkiksi vakavan sairauden vuoksi, jossa henkilö joutuu ”kasvotusten” kuoleman kanssa. Prosessin hidastuminen voi johtua useista asioista, joista suurimpana hidastajana pidetään kulttuuria. Länsimaalaisen kulttuurin normina pidetään, että vanhuudessa jatkuvat samat arvot, mallit ja määritelmät kuin nuoruudessa ja keski-iässä. Näin ollen vanhusta saatetaan pitää epäsosiaalisena tai omituisena, jos hänen käsityksensä maailmasta muuttuu gerotranssendenssin kehitysmuutosten mukaan. Gerotranssendenssillä voi olla monia asteita riippuen miten kehitysmuutosalueet ovat toteutuneet. (Tornstam 1994.)

#### 4.2 Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys

Hoitotyössä käytetään usein holistista ihmiskäsitystä sen kokonaisvaltaisen näemyksen takia. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on enemmän kuin viiden ulottuvuuden summa. Nämä viisi ulottuvuutta ovat: fyysinen, emotionaalinen, älyllinen, sosiaalinen ja henkinen ulottuvuus. Fyysinen ulottuvuus pitää sisällään kaikki kehoon liittyvät asiat niin ulkoiset kuin sisäisetkin seikat. Näitä ovat muun muas-

sa: genetiikka, ravitseminen, hengittäminen, koskettaminen, lepo, ruumiinpaino, uni-valverytmi, autoimmuuni toiminto, energia, ruumiinkuva, rentoutuminen sekä fyysinen ympäristö. Emotionaalinen ulottuvuus pitää sisällään tunteet, mielialan, tunteen purkamisen ja vaikutuksen. Älyllinen ulottuvuus voidaan itsessään jakaa neljään osa-alueeseen: vastaanottavat toiminnot (tiedon hankinta, käsittely, luokittelu ja kokonaisuuksien yhdistäminen), muisti ja oppiminen, kognitio sekä kyvyn ilmaista asioita. Sosiaalinen ulottuvuus pitää sisällään vuorovaikutustaidon, ihmissuhteet, itsetunnon, yhteiskunnan, kulttuurin, seksuaalisuuden ja ympäristön. Henkinen ulottuvuus koostuu elämän filosofiasta, arvoista, moraalista, itsensä toteuttamisesta sekä suhteesta Jumalaan, muuhun korkeampaan voimaan tai luonnon voimaan. (Beck, Rawlins & Williams 1993, 10-65.)

Ihminen on siis enemmän kuin näiden viiden eri osion summa. Osat ovat kiinteästi toisissaan ja ne voidaan vain teoriassa erotella omiksi osioiksi. Näiden viiden ulottuvuuden kautta ihminen nähdään kokonaisvaltaisesti. Holistinen ihmiskäsitys on lomakkeen taustalla käytetty ihmiskäsitys.

## 5 LYHYTAIKAINEN LAITOSHOITO

Lyhytaikaisella laitoshoidolla tarkoitetaan kotona asuvalle pitkäaikaissairaalle järjestettävää määräaikaista hoitojaksoa laitoksessa. Lyhytaikainen laitoshoido voi olla kertaluontoista tai sovituin väliajoin toistuvaa. (Muurinen & Valvanne 2005, 65.) Lyhytaikaista laitoshoidoa kutsutaan seuraavin nimikkein: lyhytaikaishoido, intervallihoito, jaksohoito, vuorohoito, lomahoito. Lyhytaikaishoido voidaan jakaa kahden eri osa-alueeseen satunnaiseen ja säännöllisesti toistuvaan hoitoon. Satunnaisesta lyhytaikaishoidosta voidaan käyttää nimitystä lomahoito ja säännöllisesti toistuvasta lyhytaikaishoidosta nimitystä jaksottais-, vuoro- tai intervallihoito. (Juva, Valvanne, Voutilainen & Huusko 2006, 542.) Opinnäytetyössäni käytän nimitystä lyhytaikaislaitoshoido, jolla tarkoitan niin satunnaista kuin säännöllistä hoitoa.

**Lyhytaikaiselle** laitoshoidolle on laadittu sosiaali- ja terveysministeriön puolesta sekä lyhyen että pitkäaikavälin tavoitteet. Lyhyen aikavälin tavoitteiksi on laadittu hyvinvoinnin kohoaminen hoitojakson aikana. Pitkän aikavälin tavoitteina pidetään ennenaikaiseen laitoshoidoon joutumisen viivästyttämistä. (Muurinen & Valvanne 2005, 71.)

Muurisen ja Valvanteen (2005) lyhytaikaisen laitoshoidon tutkimuksessa kävi ilmi, ettei kovinkaan monelle asiakkaalle oltu tehty hoitotyön suunnitelmaa. Lyhytaikainen laitoshoido tulisi aina olla tavoitteellista ja suunniteltua, muuten hoitojaksolla ei saavuteta sen lyhyen tai pitkäaikavälin tavoitteita. Tämä johtaa Muurisen ja Valvanteen (2005) mukaan myös resurssien hukkakäyttöön. Heidän mukaansa hoidolle tarvittaisiin myös laatukriteerit, jotka ohjaisivat suunnitelmallisen ja tavoitteellisen asiakkaan hoidon toteutumisessa. (Muurinen & Valvanne 2005, 71) Salin (2008) kuvaa myös sitä, että vaikka Suomessa lyhytaikaiset hoitojaksot ovat vaikiintuneet, on palvelujärjestelmässä palveluiden kehittäminen jäänyt vähälle. Salin korostaa samoin sitä, että vaikka kotona asumisen tukemista on painotettu, ei annettujen palveluiden laatuun ole suuresti panostettu. (Salin 2008, 75.)

## 5.1 Lyhytaikainen laitoshoidon dementoituneen kuntoutuksen tukemisessa

Kuntoutuksen voidaan ajatella olevan prosessi, jonka avulla parannetaan sairastuneen mahdollisuuksia elää ja osallistua omilla edellytyksillään itsensä toteuttamiseen. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa toimintakyvyn säilymiseen sekä tukea elämänhallintaa ja elämänlaatua. Kuntoutuksella tarkoitetaan palveluita, kuten neuvontaa, terapiaa, koulutusta, apuvälineitä ja teknisiä ratkaisuja. Kuntoutumisen tavoitteet tulee kirjata osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (Pirttilä 2004, 11-21.)

Dementoituneen kuntoutuksen periaatteiksi on luokiteltu asiakaslähtöisyys, tavoitteellisuus, voimavarakeskeisyys, yhteistyö omaisten kanssa, kokonaisvaltaisuus, moniammatillisuus sekä oikea-aikaisuus. (Rautsiala 2004, 94.) Dementoituneen hoito on parhaimmillaan, kun se on saumatonta ja jatkuvaa kokonaisuutta, jossa otetaan huomioon hänen kokonaistilanteensa ja sosiaalinen verkostonsa (Pirttilä, Heimonen & Gränö 2007, 320).

Dementoituneen kuntoutuksessa on tärkeää tunnistaa dementiaa aiheuttava sairaus, se on välttämätöntä sekä hoitoa että kuntoutuksen suunnittelua ja toteutusta varten. Kuntoutuksen tavoitteita tulee arvioida myös dementian eri asteiden mukaan. Lievässä dementian asteessa kuntoutuksen tavoitteiksi voidaan asettaa muun muassa yleiskunnon kohentuminen, toimintakykyä ylläpitävien toimintojen harjaannuttaminen ja niiden säilyttäminen sekä vertaiskokemusten saaminen. Keskivaikean dementian tavoitteiksi voidaan asettaa pitkäjänteinen, yksilöllisistä tarpeista lähtevä hoito, mahdollisen omaishoitajan huomioiminen kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa sekä ryhmätoimintoihin kannustaminen. Vaikeassa dementian vaiheessa kuntouttavan hoidon tavoitteina on vuorovaikutustaitojen ylläpitäminen, liikkumiskyvyn ylläpitäminen sekä patologisten prosessien muun muassa kontraktuurien (tahdosta riippumaton, pitkäkestoinen lihassupistus) ehkäiseminen. (Käyhty & Ahvo 2001.)

## 5.2 Lyhytaikainen laitoshoido omaishoitajan tukena

1990-luvun jälkeen vanhuspoliittiseksi tavoitteeksi vakiintui kansalaisten oman aktiivisuuden, itsenäisen selviytymisen ja elämänhallinnan tukeminen. Tällöin voidaan ajatella, että omaishoido nousi yhdeksi tärkeäksi kohdaksi. (Pietilä & Saarenheimo 2003, 3-7.) Laki omaishoidon tuesta tuli voimaan vasta 2006. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jota kunnan tulee järjestää määrärahojensa puitteissa. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka sisältää hoidettavalle tarvittavien palveluiden antamisen, omaishoitajan vapaan ja omaishoidoia tukevien palveluiden järjestämisen. (STM, Omaishoidon tuki 2005.) Omaishoidoia pidetään sekä kansantaloudellisesti että inhimillisesti kestäväenä vanhustenhuollon ratkaisuna, tilanteessa, jossa iäkkäiden määrä kasvaa ja yhteiskunnan palveluiden tuotantoa supistetaan. Omaishoidon tuottamaksi laitoshoidon säästöksi arvioitiin vuonna 2001 olevan noin 283 miljoonaa euroa. (Pietilä & Saarenheimo 2003.)

Lyhytaikaisten hoitajaksojen tärkeäksi tavoitteeksi on muodostunut omaisen lepo hetki. Lyhytasiakaslaitoshoidolla järjestetään omaishoitajan lakisääteisiä vapaita. Tämä saattaa Muurisen ja Valvanteen (2005) mukaan tuottaa epäselvyyttä siitä, kumpi on palvelujärjestelmän asiakas. Onko asiakas omainen, joka tarvitsee lepo hetken vai pitkäaikaissairas, joka tulee jaksolle. Muurisen ja Valvanteen (2005) mukaan perhehoitonäkökulman tärkeyttä tulisi korostaa omaishoidossa. Salinin (2009) lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana korostaa myös sitä, että asiakkaan koko perhe on palvelun asiakas. Perheen hyvinvointi on tärkeää, sillä näin voidaan turvata onnistuneen kotihoidon jatkumista. (Salin 2009.)

Lyhytaikaislaitoshoidon yhdeksi tärkeäksi tavoitteeksi voisi nostaa omaishoitajan tukemisen. Ideaali tilanne olisi, jos omaishoitaja saisi niin emotionaalista tukea, tietoa etuuksista ja palveluista, joita perhe voisi hyödyntää ja käyttää sekä lepo tauon hoitovastuusta lyhytaikaislaitoshoidon aikana.



## 6 HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

Hoito- ja palvelusuunnitelma on kirjallinen kokonaiskuvaus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan palveluista. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyy esitietojen hankinta, hoidon ja palvelujen tarpeen määrittely, tavoitteet ja auttamiskeinojen valinta sekä arviointi. (Rautsiala 2004, 94.) Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä, mutta myös palveluiden arviointia ja kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5-18.) Asiakastietolomake on osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Asiakastietojen keräämiseen käytettävä lomake palvelee ja helpottaa hoito- ja palvelusuunnitelman luomista.

Lomaketta ohjaavat samat lait ja säädökset kuin muissakin sosiaali- ja terveysalan kirjatuiissa asiakirjoissa. Lait turvaavat asiakkaan oikeuden laadultaan hyvään terveyden-, sairaanhoitoon ja sosiaalihuoltoon. Asiakasta on kohdeltava ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Asiakkaalle tulee laatia suunnitelma (hoito- ja palvelusuunnitelma) annetusta hoidosta. Suunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä asiakkaan, hänen omaistensa tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Hoito tulee olla asiakasta osallistavaa. Asiakkaalla on oikeus saada selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista sekä oikeus lukea hänestä kirjoitetut asiakirjat (myös edunvalvoja voi toimia asiakkaan puolesta). Lait takaavat asiakkaan yksityisyyden suojaamisen salassapitovelvollisuuden ja hoitohenkilökunnan vaitiolovelvollisuuden nojalla. Asiakirjojen laatiminen, säilyttäminen, käyttö ja hävittäminen ovat lakien ohjaamaa. Lait turvaavat myös sen, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja pätevyys. (FINLEX [viitattu 9.2.2009].)

Asiakaslähtöisyys on hoito- ja palvelusuunnitelman perustana. Asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle merkittävät jokapäiväiset asiat ovat lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa. Vanhustyössä erityisen tärkeää on tunnistaa hänen voimavaransa ja toimintakykynsä. Dementoituneen asi-

akkaan tahtoa ja toivomuksia tulee selvittää myös hänen omaiseltaan ja läheisiltään, sillä näin voidaan varmistaa asiakkaan oikeuksien toteutuminen. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5-18.) Kirjaamista voi ohjata myös tieto, että asiakkaalla on oikeus omiin tietoihinsa. Asiakas saa halutessaan katsoa minkälaisia merkintöjä hänestä on tehty. Jos asiakkaalle on määrätty edunvalvoja, voi hän käyttää asiakkaan puolesta tarkistus-oikeutta. (Amberla 2007, 33-47.)

Dementoituneen asiakkaan taustatietojen keruulla on Eloniemen (1988) mukaan kolmenlaista merkitystä. Ensimmäinen merkitys on asiakkaan tarpeen tunnistamisella, toinen merkitys on hoitotyön menetelmien löytäminen (esimerkiksi tutun lähestymistavan löytäminen) ja kolmas merkitys on se, että taustatietojen keräämisessä asiakas yksilöityy ja hänen persoonallisuutensa tulee selkeämmin esille. Eloniemi (1988) on luetellut taustatietojen sisältöalueita joita lääketieteellisen epikriisin lisäksi tulisi selvittää. Näitä ovat mm. keskeiset luonteenpiirteet ja temperamentti, elämäkatsomus ja arvomaailma, suhde omaisiin ja ystäviin sekä elämänsä eri vaiheiden selvitys. (Eloniemi 1988, 60-97.)

## 7 PIRKANMAAN MUISTIYHDISTYS RY JA SAMPO-PROJEKTI

**Pirkanmaan Muistiyhdistys ry** (ent. Pirkanmaan Dementiayhdistys ry) on yhdistys muistihäiriöisille, omaisille sekä ammattihenkilöstölle. Yhdistys antaa tietoa dementoivista sairauksista, sairauksien ennaltaehkäisystä ja hoidosta sekä tarjolla olevista palveluista ja sosiaalisista etuisuuksista. Yhdistys järjestää ensitietopäiviä ja sopeutumisvalmennuskursseja sekä vertaistukiryhmiä ja toiminnallisia kuntoutusryhmiä. Yhdistys pyrkii lisäämään yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Yhdistyksen toimialueena on Pirkanmaa. Tampereen toimipisteen lisäksi yhdistyksellä on seitsemän alaosastoa. Yhdistys tekee kehittämistyötä dementoivien sairauksien ennaltaehkäisyyn, nopean diagnosoinnin, hoidon ja kuntoutuksen parantamiseksi. (Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n esite.)

**Samalla polulla –voimavaroja lyhytaikaishoidosta eli Sampo–projekti.** Sampo-projekti on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama lyhytaikaishoidon kehittämishanke. Hankerahoitus on vuosille 2007 - 2010. Hankkeen tavoitteena on luoda etenevää muistisairautta sairastavan lyhytaikaishoidon malli. (Pirkanmaan Dementiayhdistys ry:n esite.) Sampo-projektissa on kaksi projektityöntekijää Sirpa Järvelä ja Anu Tassberg. Opinnäytetyöni on osa Sampo-projektia. Liitteessä 1. on sopimus opinnäytetyöstä.

Sampo-projektissa on sisältöryhmä, johon kuuluvat yhteistyöorganisaatiot (Tampereen kaupungin ja yksityisen sektorin henkilökuntaa), jotka tuottavat tai joiden asiakkaat käyttävät lyhytaikaislaitoshoitoa. Sisältöryhmässä arvioidaan projektin tuloksia eri toimijoiden kannalta. Sampo-projektin pilottikohte on Taatalan palvelukoti, jossa on oma ryhmäkoti muistisairaiden lyhytaikaislaitoshoitoa varten. Pilottikohteen kanssa järjestetään työpajoja, joissa työstetään lyhytaikaishoidon mallia.

## **8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOTUS SEKÄ TUTKIMUSMENETELMÄ**

Opinnäytetyöni oli kehittämishanke. Kehittämishanke on toimintaa, jonka tavoitteena on luoda uusia tai kehittää vanhoja palveluita, tuotantovälineitä tai -menetelmiä tutkimustulosten avulla. Kehittämistä voi tapahtua ilman tutkimustakin, mutta tutkimus usein tarjoaa perusteita toiminnalle, jolloin kehittämishankkeen onnistumisen mahdollisuus paranee. Erilaisia tapoja yhdistää tutkimus ja kehittämistyö on monia. Yksi tapa on, että tutkimus ja kehittämistyö ovat peräkkäisiä syklisiä vaiheita, jossa joko ensin tehdään tutkimusta, sitten kehitetään ja tutkitaan uudelleen tai niin, että ensin kehitetään, sitten tutkitaan ja kehitetään uudelleen. Tämä tapa yhdistää tutkimus ja kehittämistyö on lähellä toimintatutkimuksen ideaa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 9-26.)

Kehittämishankkeen elinkaari sisältää seuraavat vaiheet: ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteuttamisvaihe, päättämismvaihe, arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seurantavaihe. Nämä vaiheet luovat tavoitteellisen toimintakokonaisuuden, joka tähtää saavuttamaan tavoitellun tuloksen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 57-59.)

### **8.1 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus**

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kattavan ja käytännöllisen asiakastietolomakkeen kehittäminen lyhytaikaislaitoshoitoon tulevan dementoituneen asiakkaan tiedoista. Työni tarkoituksena oli korostaa dementia sairauden merkitystä tarvittavan tiedon kannalta ja kehittää lyhytaikaislaitoshoitoon liittyvää dokumentointia.

## 8.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmänä oli toimintatutkimus, jonka sisällä käytin laadullista tutkimusmenetelmää. Toimintatutkimuksen tavoitteeksi voidaan ajatella tiedon tuottamista käytännön kehittämiseksi. Toimintatutkimuksella kehitetään käytäntöjä entistä paremmiksi järjen käytöllä. Tutkimus tavoittelee käyttökelpoista, käytäntöön sopivaa tietoa. Toimintatutkimus voi olla ajallisesti rajattu kehittämisprojekti, jossa suunnittelun ja kokeilun avulla kehitetään uusia toimintatapoja. (Heikkinen 2007, 16-21.) Opinnäytetyöni oli kehittämisprojekti, jonka päämääränä oli kehittää lomake dementiaa sairastavan asiakastietojen keräämiseen lyhytaikaislaitoshoitopaikkaan tullessa. Tarkoituksena oli parantaa jo käytössä olevia lomakkeita hoitotyötä paremmin palveleviksi. Ajallisesti kehittämisprojektini rajoittui kesäkuusta 2008 lokakuuhun 2009. Liitteessä 2. on kuvattu opinnäytetyöni prosessi, joista selviää kehittämisprojektin vaiheet.

Toimintatutkimuksen prosessi etenee syklinä. Toimintatutkimuksen syklissä on neljä vaihetta, jotka ovat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi. Sykli voi alkaa mistä vain vaiheesta. Sykliin kuuluu myös rekonstruoiva (uudelleen rakentava) ja konstruoiva (uutta rakentava) vaihe. Rekonstruoiva vaihe tapahtuu reflektoinnin yhteydessä ja konstruoiva vaihe on suunnitteluvaiheen yhteydessä. Toimintatutkimuksessa uuden asian kehittäminen johtaa usein uuden asian kehittelyyn. Tätä usean toimintatutkimuksen syklin peräkkäin asettautumista kutsutaan spiraaliksi. Toimintatutkimus on siis jatkuva spiraali, joka johtaa uusiin kehittämisideoihin. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski, 2007, 78-93.)

Opinnäytetyöni prosessi käynnistyi suunnitteluvaiheesta, siitä kun sovin opinnäytetyöni aiheesta Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n kanssa. Sampo-projektin kautta projektityöntekijät olivat tiedostaneet tarpeen kehittää asiakastietolomaketta. Toimintavaihe käynnistyi, kun opinnäytetyöni teorian pohjalta syntyi ajatus siitä, mitä asiakastietolomakkeessa tulisi olla. Tätä mallia tarkasteltiin kriittisesti ja lomaketta muokattiin ennen käytännön kokeilua. Näin sykli eteni reflektoinnista uusien, tarkoituksenmukaisempien toimintamallien suunnitteluun, toteutukseen. Käytännön kokeilu työstä tapahtui Taatalan lyhytaikaispaikalla, jossa hoitohenkilökunta keräsi havainnot lomakkeen käytöstä. Lomakkeen arvio tapahtui uuden tapaamisen

myötä. Uudet ajatukset tapaamisen pohjalta kirjattiin, lomakkeeseen tehtiin tarvittavat muutokset ja näin toimintatutkimuksen sykli käynnistyi uudestaan.

Toimintatutkimuksen tiedonkeruun välineinä voi toimia muun muassa havainnointi ja haastattelu (Huovinen & Rovio 2007, 94-113). Myös laadullisessa tutkimuksessa yhtenä aineiston keräämistapana ovat haastattelut. Näitä haastatteluita nimitetään tutkimushaastatteluksi, koska kyse on aina järjestelmällisestä tiedon keruusta. Tutkimushaastattelumuotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu sekä avoin haastattelu. Teemahaastattelussa tärkeää ei ole, missä järjestyksessä valittuja teemoja käsitellään vaan se, että vastaajat voivat antaa kaikista alueista oman kuvauksensa. (Vilkkä 2007.) Ryhmähaastattelun luonne voi vaihdella hyvinkin vapaamuotoisesta rajattuun ja ohjattuun kulkuun (Kylmä & Juvakka 2007, 84). Taatalan lyhytaikaispaikan hoitohenkilökunnan kanssa lomakkeen muokkaus tapahtui ryhmähaastatteluna. Haastattelumuotona oli teemahaastattelu, jossa lomake toimi keskustelun virittäjänä sekä ohjasi haastattelun kulkua.

Laadullisen tutkimuksen tulisi aina olla emansipatorinen eli tutkimuksen tulisi lisätä myös tutkittavien ymmärrystä asiasta sekä myötävaikuttaa tutkittavan asian ajattelu- ja toimintatapojen myönteisyyttä. Ryhmähaastattelun vahvuutena onkin, että se voi vahvistaa työpaikan yhteisen kielen, käsitteiden, toimintatapojen ja keskustelun aikaansaamista. (Vilkkä, 2007.) Toimintatutkimuksen avulla voidaan myös vaikuttaa tutkimuskohteen ihmisiin voimaannuttavasti sekä valtaistavasti, luoden uskoa henkilöiden omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin. (Heikkinen 2007, 20.) Ryhmäkeskustelu palveli myös uuden tiedon tuomista työpaikalle ja henkilökunnalle.

Aineiston keruu ja analysointi ovat laadullisessa tutkimuksessa usein päällekkäisiä vaiheita ja näin ollen niiden tarkka erottelu voi olla mahdotonta (Kylmä & Juvakka 2007, 110). Litteroinnilla tarkoitetaan puheen, nauhoitusten ym. purkamista testi-muotoon. Litterointi vastaa siis haastateltavien suullisia lausumia ja niitä merkityksiä, joita tutkittavat ovat asioille antaneet. (Vilkkä 2007.) Aineiston analysoinnilla tarkoitetaan aineiston jäsenystä ymmärrettävään ja hallittavaan muotoon. Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen menetelmistä. Sisällönanalyysissä keskeistä on tunnistaa sisällöllisiä väitteitä, jotka ilmaisevat jotakin tutkittavasta

asiasta. Samankaltaiset väitteet yhdistetään, jonka jälkeen aineisto kootaan kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

Opinnäytetyössäni litterointi ja analysointi tapahtui samanaikaisesti. Tein Taatalan lyhytaikaishoitopaikan henkilökunnan kanssa keskusteltaessa heti merkintöjä lomakkeeseen. Lisäksi käytin tapaamisessa nauhuria, jotta voin olla siitä varma, että sain kaikki kommentit varmasti talteen ja muistiin. Nauhoitetun aineiston litteroin kirjalliseen muotoon suoraan lomakkeeseen. Aineiston litteroinniksi ja analysoinniksi voisi ajatella lomakkeen kokoamisprosessia haastattelun jälkeen.

## 9 DEMENTIAA SAIRASTAVAN ASIAKASTIETOJEN KOKONAISUUS

Lomakkeen tarkoitus oli selvittää dementiaa sairastavan asiakkaan perustiedot, joita käytännön hoitotyössä tarvitaan. Halusin lomakkeesta helposti täytettävän ja helppolukuisen, jotta lomake palvelisi käytännön työtä. Lomaketta ohjasi asiakaslähtöisyys. Kysymykset tein teittelymuotoon. Kysymykset on mielestäni muotoiltu niin, että ne ohjaavat lomakkeen täyttäjää esittämään kysymykset asiakasta ja hänen omaistaan kunnioittavasti ja täyttämään lomakkeen asianmukaisesti. Teittelymuodon valitsin myös siksi, että asiakkaan ja hänen omaistensa arvokkuuden tunne säilyisi. Lomakkeessa kysytään hyvin arkaluontoisiakin asioita, joten edellytin kysymysten olevan asiallisia, jotta niiden kysyminen ja niihin vastaaminen ei olisi kiusallista. Asiakastietolomakkeen kehittämistä ohjasi myös tieto siitä, että asiakkaaksi tulotilanne on palvelulinjan yksi kriittinen kohta. Kriittiseksi kohdaksi tulotilanteen tekee se, että se vaikuttaa muun muassa asiakkaan ja hänen omaistensa kokemukseen palvelun laadun kokonaiskuvaan.

Opinnäytetyön prosessi (Liite 2.) käynnistyi kesällä 2008, yhteistyön käynnistämällä ja työn aiheen valinnalla Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n kanssa. Sampo-projektin myötä projektityöntekijät olivat havainneet asiakastietolomakkeen kehittämistarpeen. Tapaamisia Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n Sampo-projektin työntekijöiden kanssa oli useita opinnäytetyöprosessin aikana. Lomakkeita syntyi opinnäyttöni aikana neljä. Ensimmäinen versio lomakkeesta syntyi teorian pohjalta. Tätä lomaketta muokattiin Taatalan lyhytaikaislaitoshoidon henkilökunnan kanssa ja näin syntyi lomakkeen toinen versio. Toinen versio lomakkeesta oli koekäytössä Taatalassa noin kuukauden, jonka jälkeen keräsin kokeilun tulokset ja tein tarvittavat muutokset, jolloin syntyi lomakkeen kolmas versio. Lopullinen, neljäs versio lomakkeesta syntyi Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n projektityöntekijöiden kanssa pidetyssä palaverissa.



Käytössäni oli myös Sampo-projektin yhteistyöorganisaatioilta saadut asiakastietolomakkeet ja elämänkaarikyselylomakkeet, joita näissä organisaatioissa käytetään. Sain myös yhteenvedon Sampo-koulutuspäivän vastauksista, koskien lyhytaikaispaikkojen tarvittavia asiakastietoja. Tästä materiaalista sain paljon vinkkejä, minkälaisia tietoja käytännötyössä tarvitaan.

Kokosin materiaaleista ne asiat, joita jo käytössä olevissa lomakkeissa oli ja lisäksi asioita, joita lomakkeisiin katsottiin tarvittavan

- Henkilötiedot (nimi, lempinimi, henkilötunnus, yhteystiedot)
- Mistä tulee hoitojaksolle
- Lähiomainen (puoliso, lapset)
- Edunvalvoja
- Omahoitaja (kotihoitossa, hänen yhteystiedot)
- Omalääkäri
- Sairaudet (dementoiva sairaus, sairauden vaihe)
- Lääkitys
- Allergiat
- Toimintakyky (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen) ja avun tarve
- Elämänkaari
- Voimavarat
- Apuvälineet (liikkumisen apuvälineet, vaipat ym.)
- Mieltymykset, tavat, tottumukset
- Harrastukset
- Vakaumukset
- Kotona selviytyminen
- Mitä odottaa hoitojaksolta.

Olin esittämässä opinnäytetyöni aihetta Sampo-projektiin sisältöryhmän eli projektiin osallistuvien yhteistyötahojen kokouksessa. Kokouksessa sain vinkin tutkia Raimo Sulkavan elämänlaatutestamenttia ja sen kysymysten asettelua.

Sulkavan (2004) **elämänlaatutestamentissa** voi lomakkeen täyttäjän kirjata itselleen tärkeitä arkielämän asioita, niin pieniä kuin suuriakin asioita. Elämänlaatutestamentti voidaan täyttää myös haastattelemalla tai omaisten avustuksella. Elämän-

laatutestamenttiin kirjatut asiat tulee Sulkavan mukaan huomioida tilanteissa, joissa henkilö ei enää itse pysty huolehtimaan tai vaikuttamaan niihin. Tällaisia tilanteita Sulkavan mukaan voisi olla laitoshoido tai dementoiva sairaus. (Sulkava 2004.) Tästä lomakkeesta voisi nostaa esiin useita ”aiheita”, jotka ovat tärkeitä myös lyhytaikashoidossa olevaa henkilöä hoidettaessa. Nämä ovat mm. puhuttelutapa, koskettaminen, lääkityksen erityispiirteitä, vaatetus, ulkonäön hoitaminen, yksin oleminen, suhtautuminen seksuaalisiin asioihin ja huumorintaju.

Lomakkeen tein Microsoft Word ohjelmalla. Valmiin lomakkeen palautan Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:lle sekä Word asiakirjana, johon he voivat tehdä muutoksia sekä PDF muodossa, joka vastaa laadultaan julkaisukelpoista dokumenttia.

### **9.1 Ensimmäinen versio lomakkeesta**

Ensimmäisen versio lomakkeesta ja lomakkeen täyttöohjeesta (Liite 3.) syntyi teoriatiedon sekä Sampo-projektista saadun materiaalin perusteella.

**Lomakkeen ulkoasu** on rakennettu niin, että kysyttävät asiat ovat kahdeksan eri pääotsikon alla. Jotta lomake olisi mahdollisimman selkeä, helposti täytettävä ja helppolukuinen, pääotsikointi tuli sivumarginaaliin. Sivutsikointi ja leveä marginaali helpottaa tietojen löytämistä lomakkeesta. Selkeän jaottelun ansiosta lomakkeen täyttäjät osaa nopeasti myös päätellä millaisia kysymyksiä seuraavaksi kysytään.

Marginaalissa olevat pääotsikot ovat

- Henkilötiedot
- Yhteyshenkilöt
- Sairaustiedot
- Toimintakyky
- Elämänkulku, tavat ja tottumukset
- Asiakkaaksi tulo
- Allekirjoitukset
- Lomakkeen tiedot tarkastettu / päivitetty
- Lomakkeen täyttöohjeet.

Kahdeksan pääotsikon alle on ryhmitelty lomakkeen kysymykset. Joidenkin kysymysten perässä on juokseva numerointi 1-14 (potenssilukuna). Lomakkeelle on erillinen täyttöohje, joissa näihin numeroituihin kysymyksiin on lisäkysymyksiä ja vastausmahdollisuuksia. Lomakkeen täyttöohjeet helpottavat lomakkeen täyttöä sekä sitä, että kaikki tarvittavat asiat tulevat kysytyksi.

**Henkilötiedot** osiossa on asiakkaan perustiedot. Nämä kohdat ovat samat kuin esimerkiksi KELA:n useissa lomakkeissa olevat tiedot. Perustiedot ovat monissa lomakkeissa samassa järjestyksessä, joten tein tämän osion ulkoasun ja kysymysten jäsentelyn samoin kuin useimmissa lomakkeissa. *Henkilötiedot* kohdassa on kysymykset: *Sukunimi ja etunimet, Henkilötunnus, Siviilisääty, Lähiosoite, Puhelinnumero ja Matkapuhelin.*

**Yhteyshenkilöt** kohdassa on *lähiomainen, edunvalvoja, omahoitaja kotihoidossa sekä omalääkäri ja heidän yhteystiedot* -kysymykset. *Edunvalvoja ja omahoitaja kotihoidossa* oli Sampo-projektin aiempia tuloksia, jotka toivottiin sisällytettävän lomakkeeseen.

**Sairaustiedot** kohdassa on kysymykset: *dementoiva sairaus, sairauden vaihe sekä lääkitys, MMSE-pisteet, muut sairaudet, lääkitys ja allergiat.* Halusin erotella dementoivaa sairautta koskevat kysymykset omiksi erillisiksi kysymyksiksi, koska lomake on tarkoitettu tätä asiakasryhmää varten. Näin myös hoitajat huomaisivat

heti, mistä sairaudesta on kyse ja mitä erityispiirteitä kyseiseen dementoivaan sairauteen kuuluu, missä vaiheessa sairaus on ja mikä sen lääkitys on.

**MMSE-pisteiden** kysyminen lomakkeessa oli Sampo-projektin aiemman selvityksen kautta tullut pyyntö. Tämän vuoksi lomakkeeseen tuli vain kysymys MMSE -muistitestin tuloksesta. Vaikka testiä tehdään sairastuneelle säännöllisesti, ei pistemäärä kuitenkaan anna kuvaa asiakkaan kyvystä kommunikoida tai siitä, miten hän selviytyy päivittäisistä askareista. MMSE-testi ja siitä saatu pistemäärä ei ole välttämättä hoitajalle tuttu, joten tämän takia on hyvä, että se tulee kysytyksi ja näin ollen tutummaksi. Tärkeää on myös se, että jos testejä tehdään, niiden tuloksia kerätään muistiin ja käytetään hyväksi.

*Henkilötiedot, yhteyshenkilöt ja sairaustiedot* ovat lomakkeen ensimmäisellä sivulla, koska nämä ovat mielestäni tärkeimmät asiat. Nämä kolme kohtaa tulee mielestäni olla nopeasti luettavissa ja heti näkyvillä asiakkaan tietoja luettaessa.

**Toimintakyky** on jaoteltu useaan osaan: *liikkuminen, kommunikointi, aistitoiminnot, ravitseminen, uni-valvetrytmi, WC-toiminnot, henkilökohtaisen hygienian hoito, kivut sekä sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt ja keinot niiden lievittämiseen*. Nämä kysymykset ovat teorian perusteella valittuja aihealueita. Teorian mukaan muun muassa näihin asioihin dementoivasairaus vaikuttaa. Näistä asioista saa paljon vinkkejä päivittäiseen hoitotyöhön. Kohdan käytösoireista halusin myös erilliseksi kysymykseksi. Vaikka muihin aihealueisiin tulee paljon tietoja asiakkaan käytösoireista ja niiden vaikutuksista toimintakykyyn, halusin, että lomakkeessa on erillinen kohta käytöshäiriöistä. Tämä lisää ja mahdollistaa keskustelua ja sitä, että käytöshäiriöt ovat yksi tärkeä oire dementoivissa sairauksissa. Myös henkilökunnan tulisi tiedostaa, mitä kaikkia käytösoireita voi sairauden edetessä esiintyä. Tämä ehkä helpottaa omaista keskustelemaan oireista, jotka voivat olla hyvinkin intiimejä ja näin ollen vaikeasti puhuttavia. Tärkeää on myös kirjata keinot käytöshäiriöiden lieventämiseen esimerkiksi omaisen käyttämät keinot käytöshäiriöiden ehkäisyyn ja niiden lieventämiseen helpottavat huomattavasti hoitohenkilökunnan työtä, koska heillä on jo toimivia menetelmiä tiedossaan.

**Elämänkulku, tavat ja tottumukset** osiossa on kohdat: *elämänkulun tärkeät tapahtumat; entinen ammatti/ koulutus; harrastukset, mieluisa tekeminen ja ajankulu; vakaumus, seurakunta; sosiaalinen verkosto; Teille tärkeitä asioita; miten selviydytte kotona; mahdolliset ongelmatilanteet kotona ja niistä selviytyminen.*

**Asiakkaaksi tulo** kohdan lisäsin opinnäytetyön opponoinnin jälkeen. Sisältöryhmän tapaamisessa Taatalan lyhytaikaishoitopaikan henkilökunta oli kertonut, että asiakkaita tulee entistä enemmän ensiavun tai terveyskeskusten kautta. Puhuimme pienryhmässä tästä asiasta ja se ohjasi tekemään seuraavat kysymykset lomakkeeseen: *tulee sovitusti lyhytaikaishoitajaksolle tai mistä tulette lyhytaikaishoitajaksolle.* Tämä ohjaa myös hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Jos asiakkaaksi tulee henkilö, joka käy lyhytaikaishoitajaksolla kerran kahdessa kuukaudessa, on hänen hoito- ja palvelusuunnitelmansa erilainen kuin asiakkaalla, joka on esimerkiksi kotonaan eksymisen takia joutunut sairaalahoitoon ja on nyt pitkäaikaishoitopaikan vapautumista odottamassa lyhytaikaishoitopaikalla. *Kuntoutustavoite* kohta ohjaa hoito- ja palvelusuunnitelman tekemistä. Tässä voisi olla muutamia tärkeämpiä kuntoutustavoitteita ja hoito- ja palvelusuunnitelmassa sitten tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin tavoitteet, niiden toteuttaminen sekä arviointi. Jotta lomake täytettäisiin yhdessä asiakkaan kanssa, lisäsin vielä kohdan *mitä odotatte hoitajaksolta.*

**Allekirjoitukset** kohdan laitoin lomakkeeseen sen takia, että näin voidaan varmistaa, että asiakas ja hänen omaisensa ovat mukana lomakkeen täytössä. Allekirjoituskohdasta selviää myös, kuka henkilökunnasta on lomakkeen täyttänyt. Lisäksi *lomakkeen täyttäjä* kohta varmistaa, että lomake tulee asiallisesti täytettyksi. Näin kirjatut asiat ovat sekä henkilökunnan että asiakkaan sekä hänen omaisensa yhdessä päättämät asiat. Mielestäni allekirjoitukset tekevät lomakkeesta myös virallisen ja tuovat luottamusta sekä vaitiolovelvollisuuteen että asiakirjojen säilyttämiseen. On tärkeää tietää, kuka lomakkeen tiedot on kirjannut, missä ja milloin. Tavoitteena olisi tiiviimpi yhteistyö asiakkaan, omaisen, kotihoidon ja lyhytaikaishoidon välillä. Ehkä jonakin päivänä lomake tullaan täyttämään asiakkaalla kotikäynnillä, kun lyhytaikaishoitopaikan henkilökunta on muiden yhteistyötahojen kanssa siellä käynnillä.

**Lomakkeen tiedot tarkistettu / päivitetty** kohta on tärkeä, jotta lomakkeen tietoihin voidaan luottaa. Tämä kohta saattaa myös ohjata henkilökuntaa tarkistamaan lomakkeen tietoja tietyin aikaväleihin.

**Lomakkeen täyttöohjeet** ovat erillisellä sivulla. Lomaketta tehdessä selkeytyi, että lomake tarvitsisi erillisen täyttöohjeen. Täyttöohjeissa on ohjeet ja selvennys 14 lomakkeen kysymykseen. Täyttöohje on jaettu kahteen sarakkeeseen. Toisessa sarakkeessa on kysymys ja kysymyksen numero ja toisessa sarakkeessa on kysymykselle ohje. Lomakkeen täyttöohjeita tehtäessä teoriaosuus työssäni kasvoi suureksi. Lomakkeen täyttöohjeissa heijastuu lomakkeessa käytetty teoretieto ja se, että tarvittava teoretieto dementiatyössä on laaja.

## 9.2 Toinen versio lomakkeesta

Toinen versio lomakkeesta (Liite 4.) syntyi Taatalan lyhytaikaishoitopaikan henkilökunnan kanssa pidetyn työpajan tulosten perusteella. Ennen Taatalan työpajaa lomaketta ja sen täyttöohjeita arvioi opinnäytetyötäni ohjaava opettaja, opponentti ja Sampo-projektin henkilökunta.

Tapaamisessa kävimme ensimmäisen version lomakkeestani lävitse kohta kohdalta ja keskustelimme kysymysten aiheellisyydestä sekä niiden asettelusta. Tapaaminen oli yksi Sampo-projektin työpaja, jonka yhtenä aiheena oli asiakastietolomake. Paikalla oli Sampo-projektin projektityöntekijät ja viisi Taatalan ryhmäkodin henkilökuntaan kuuluvaa. Asiakastietolomaketta käytiin lävitse ryhmähaastatteluna, jossa haastattelun kulkua ohjasi lomakkeen rakenne.

Ryhmähaastattelun aineistoa keräsin haastatteluissa kirjoittaen sekä sanelunauhurin avulla, jolla nauhoitin haastattelun. Aineiston litteroinnin tein lomakkeeseen heti, jolloin näin mitä muutoksia mihinkin kohtaan tuli. Samoin tein sanelunauhurin purkamisen kanssa. Aluksi purin nauhaa kirjalliseen muotoon, mutta minun oli helpompaa kirjoittaa muutokset heti lomakkeeseen. Litterointi tapahtui siis suoraan lomakkeeseen.

**Lomakkeen ulkoasu** muuttui, hieman sillä pääotsikoita tuli lisää. Marginaalissa olevat pääotsikot ovat

- Hoitojakson ajankohta
- Henkilötiedot
- Yhteyshenkilöt
- Sairaustiedot
- Toimintakyky
- Apuvälineet
- Elämän tärkeät tapahtumat, tavat ja tottumukset
- Asiakkaaksi tulo
- Muut palvelut
- Allekirjoitukset
- Lomakkeen tiedot tarkastettu/ päivitetty
- Arvio hoitojaksosta
- Lomakkeen täyttöohjeet.

***Hoitojakson ajankohta*** lisättiin heti lomakkeen alkuun. Henkilökunta toivoi, että lomaketta katsoessa näkisi heti, hoitojakson pituuden ja ajankohdan. Henkilökunta ehdotti, että tässä kohdassa voisi olla vain yksi ruutu ajankohtaa varten. Ruutuun kirjattaisiin lyijykynällä ajankohta ja se pyyhittäisiin siitä seuraavalla kerralla pois. Jotta lomake säilyisi helppona täyttää ja käyttää, laitoin tälle kysymykselle kuitenkin useamman ruudun. Näin henkilökunta näkee myös sen, milloin asiakas on ollut viimeksi hoitojaksolla. Lomakkeeseen mahtuu nyt kirjaamaan viisitoista eri hoitojaksoa.

***Henkilötietoihin*** ei tullut montaa muutosta. *Asiakkaan puhelinnumero* kohta poistettiin. Henkilökunta koki, ettei heidän asiakkaansa kyenneet itse enää käyttämään puhelinta, joten heidän puhelinnumeronsa oli tarpeeton lomakkeessa. Omaisen puhelinnumero olisi riittävä. Henkilökunta kertoi myös, että *asiakkaan lähiosoite* oli tarpeeton. Tärkeintä oli, että lähimaisen osoitetiedot olivat lomakkeessa. Tarkoitus oli siis siirtää osoitekohta asiakkaan tiedoista omaisen tietoihin. Itse olin sitä mieltä, että myös asiakkaan osoitetiedot tuli olla lomakkeessa, mutta ajattelin, että lomaketta voisi testata heidän ohjeistuksellaan. Kävi kuitenkin niin, että unohdin

korjata osoitekohdan toiseen versioon lomakkeesta. Lomakkeeseen jäi siis kohta asiakkaan osoitteelle eikä omaisen osoitteelle.

**Yhteyshenkilöt** kohtaan tuli lähiomaisen *puhelinnumerot*. *Edunvalvoja* kohta poistettiin tarpeettomana. Henkilökunta kertoi, ettei tarvitse edunvalvojan tietoja lyhyt-aikaishoidossa. *Omahoitaja kotihoidossa ja omalääkäri* kohtiin kirjoitettiin sana puhelinnumero, jotta myös itse numero täytettäisiin lomakkeeseen.

**Sairaustiedot** kohdasta, jossa kysytään: *dementoiva sairaus, sairauden vaihe sekä dementia lääkitys* poistettiin lääkitys kohta. Tämä siksi, että lomakkeessa on myös kohta lääkitys ja henkilökunta ajatteli kahden lääkityskohdan aiheuttavan sekaannusta.

**Toimintakyky** kohta ei muuttunut kovin paljon. Henkilökunta ehdotti, että *ravitseminen* kohtaan olisi kirjoitettu myös ruokavalio, jolloin erikoisruokavaliot tulisi myös tähän kirjatuksi.

**Apuvälineet** tuli listattavaksi uuteen omaan kohtaansa. Tähän kirjattaisiin liikku-  
misen apuvälineet, kuulokoje, proteesit ym. Kohtaan listattaisiin kaikki mahdolliset apuvälineet.

**Elämänkulun tärkeät tapahtumat, tavat ja tottumukset** otsikon muutin niin, että poistin –kulku sanan eli otsikko on *Elämän tärkeät tapahtumat, tavat ja tottumukset*. Tähän kohtaan tuli muutoksia muun muassa kysymysten järjestyksestä. Uusi järjestys selkeytti kysymyksiä ja lomakkeen täyttämistä. Kysymykset järjestettiin seuraavasti: *ammatti / koulutus; vakaumus, seurakunta; Teille tärkeitä asioita, mie-  
luisa tekeminen ja ajankulu; sosiaalinen verkosto, sosiaaliset suhteet ja elämän  
tärkeät tapahtumat*. Poistin myöskin *entinen ammatti/ koulutus* kohdasta tekstin entinen sillä koin, että opittu ammatti ja koulutus säilyy koko elämän. *Sosiaalinen verkosto ja sosiaaliset suhteet* kohtaan lisättiin sulkuihin *perhe, ystävät ja tuttavat*. Näin tulee selkeämmin esille se, mitä asioita siihen haluttaisiin kirjata. Tämän otsikon alle tuli myös kysymys käytöshäiriöistä. Henkilökunta piti hyvänä, että kotona selviytymisen ja ongelmatilanne kysymyksen perään tuli kysymys käytöshäiriöistä. Näin vältyttäisiin myös siltä, että samoja asioita kirjattaisiin kahdesti.



**Asiakkaaksi tulo** kohtaan tuli vain sanamuutoksia. *Hoitojakson tavoitteet* kohtaan tuli Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n työntekijöiden ehdottama muutos. He ehdottivat, että hoitojakson tavoitteisiin tulisi kolme numeroitua kohtaa. Näin tavoitteita tulisi kirjattua useampi, ne olisivat ehkä myös harkitumpia ja konkreettisempia. Kohtaan *mitä odotatte hoitojaksolta* tuli myös kysymys *omaisen odotuksista hoitojaksosta*. Vaikka odotukset ja tavoitteet saattavat olla samat katsoin, että tämä kohta voisi olla ”vapaan sanan” paikka. Tämän kysymyksen pohjalta voi myös nousta tavoitteita hoitojaksolle. *Asiakkaaksi tulo* kohtaan tuli myös Taatalan henkilökunnan pyynnöstä lisäys. He toivoivat kysymystä: *saako asiakas ottaa erillistä maksua vastaan jalkahoitajan, parturi-kampaajan tai fysioterapeutin palveluita*.

**Allekirjoitukset** kohta aiheutti paljon mielipiteiden vaihtoa siitä, pitäisikö kohta säilyttää vai ei. Koska henkilökunta ei ollut jyrkästi allekirjoitusta vastaan, jätin tämän kohdan lomakkeeseen.

**Lomakkeen tiedot tarkistettu / päivitetty** kohta oli Taatalan henkilökunnan mielestä turha, mutta koska Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n työntekijät olivat sitä mieltä, että kysymys tulisi olla lomakkeessa, jätin sen lomakkeeseen. Itsekin olen samaa mieltä, että tämä on tärkeä kohta, koska sen perusteella voi olla varma, että kaikki tiedot on päivitettyjä ja näkee kuka päivityksen on tehnyt.

**Arvio hoitojaksosta** kohta tuli henkilökunnan ehdottamana. He kokivat, että olisi hyvä, jos hoitojaksojen arvio olisi perustietojen kanssa samassa lomakkeessa. Näin eri hoitojaksojen arviot siitä, miten jakso on mennyt sekä se, jos hoitojakson aikana on ilmennyt jotain erityishuomiota tai seurantaa vaativaa asiaa, ne ovat helposti luettavissa seuraavien hoitojaksojen alkaessa. *Arvio hoitojaksosta* kohtaan tuli kysymykset *hoitojakson ajankohta ja arvio sekä arvioija*.

**Lomakkeen täyttöohjeet** kohtaan tuli muutama muutos. Muutin selkeyden vuoksi täyttöohjeissa numeron kysymyksen eteen sekä tummensin vielä numeron. Kysymysten järjestys muuttui, joten myös tässä kohdassa kysymykset vaihtoivat paikkaa. Täyttöohjeiden kysymykset ja kieliasu muuttui myös hieman. Esimerkiksi *kommunikointi* kohtaan lisäsin kysymyksen myös kommunikoinnin sujuvuudesta enkä vain sen ongelmista. Taatalan henkilökunta ehdotti myös muutamia lisäyksiä

ohjeisiin, muun muassa *uni-valverytmi* kysymykseen lisättiin *unilääke*-kysymys. Lisäksi täyttöohjeisiin tuli yksi kysymys lisää: *hoitojakson tavoitteet*.

### 9.3 Kolmas versio lomakkeesta

Lomakkeen toinen versio oli Taatalan lyhytaikaisyksikössä koekäytössä 5.5.–10.6.2009 välisen ajan. Taatalan palveluesimiehen kanssa oli puhetta, että kuu-kauden aikana lomaketta täyttäisi mahdollisimman moni ryhmäkodin henkilökunnasta, jotta saataisiin monen eri henkilön näkökulma, miten lomake toimii ja mitä muutoksia siihen olisi hyvä tehdä. Tässä huomioitiin henkilökunnan kokemukset lomakkeen käytöstä asiakastyössä.

Lomakkeen kokeilun tuottamat kommentit oli tarkoitus purkaa Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n järjestämässä työpajassa, mutta Taatalassa tapahtuneen organisaation muutoksen takia työpajoja siirrettiin myöhäisempään ajankohtaan. Ajatukseni oli, että lomake käydään yhdessä kohta kohdalta lävitse niin kuin ensitapaamisella tehtiin. Työpajan aikataulut eivät sopineet aikatauluihini, joten sovin oman tapaamisen lomakkeen kommentointia varten. Ajankohdaksi sovin päivän, jolloin Sampo-projektin projektityöntekijä Anu Tassberg oli havaintojaksolla Taatalassa. Sain kommentteja lomakkeen toimivuudesta palveluesimieheltä, joka oli koonnut henkilökunnan kommentit lomakkeesta. Lomakkeen käytöstä syntyneistä tuloksista ja muutosehdotuksista keskusteltiin palveluesimiehen ja projektityöntekijän kanssa. Kolmas versio lomakkeesta (Liite 5.) syntyi siis käytännön kokeilun tuloksena.

**Kolmannen lomakkeen ulkoasu** ei sinänsä enää muuttunut, mutta se lyheni sivumäärältään kolmeen. Taatalan henkilökunta toivoi lomakkeen olevan vain kolme sivua pitkä. Joidenkin kysymysten järjestys muuttui lomakkeessa, kysymyksiä yhdisteltiin ja poistettiin. Lomaketta käyttäessään henkilökunta huomasi, että osa lomakkeen kysymyksistä oli jäänyt täyttämättä, esimerkiksi *arvio hoitojaksosta* ei tullut täytetyksi.

Marginaalissa olevat pääotsikot ovat

- Hoitojakson ajankohta
- Henkilötiedot
- Yhteyshenkilöt
- Sairaustiedot
- Tavoitteet
- Toimintakyky
- Elämän tärkeät tapahtumat, tavat ja tottumukset
- Muut palvelut
- Allekirjoitukset
- Lomakkeen tiedot tarkastettu / päivitetty
- Lomakkeen täyttöohjeet.

Lomakkeen nimestä käytiin keskustelua ja mietittiin, mikä se voisi olla. Puhuimme myös siitä, tuleeko lomakkeeseen tila lyhytaikaishoitopaikkojen omille logoille. Lomakkeen nimeksi sovittiin nyt vain asiakastietolomake. Lomakkeen nimiasiaa tullaan vielä pohtimaan Sampo-projektin työntekijöiden kanssa.

Lomakkeen kolmanteen versioon muutin sivumarginaaleja niin, että rei'ittimen reiät mahtuivat lomakkeen reunaan hyvin. Tämä siksi, koska en tiennyt miten lomaketta tullaan säilyttämään, laitettaisiinko se mappeihin, jolloin lomakkeen reunassa tuli olla tilaa rei'ille.

**Hoitojakson ajankohta** kohdasta poistin muutaman rivin. Tämä siksi, että saisin lomakkeen sivumäärää pienemmäksi

**Henkilötiedot** kohdasta keskustelimme kysymyksestä, jossa kysytään asiakkaan osoitetta. Tämän kohdan olin unohtanut vaihtaa pois, mutta nyt se huomattiin tarpeelliseksi.

**Yhteyshenkilö** kohdasta *omahoitaja*- ja *omalääkäri* -kysymykset siirrettiin myöhemmäksi, jotta etusivulle jäisi tilaa myös hoitojakson tavoitteille.

**Sairaustiedot** kohdan kysymykset muokattiin seuraavaksi: *sairaudet ja dementoitavan sairauden vaihe*. Erikseen kysytään kuitenkin käytöshäiriöt, jotta ne tulevat huomioiduksi ja kysytyksi. Tähän kohtaan tuli MMSE – pistemääräkysymys sekä allergia ja ruokavalio kysymys. Tämän sairaustietokysymyksen tarkoitus oli olla kattava ja selkeä kohta, josta selviäisi tärkeimmät asiat asiakkaasta. Tästä kohdasta Taatalan henkilökunta poistaisi myös lääkitys kohdan, sillä heillä on oma kansio lääkitystä varten. Lomakkeen kolmannessa versiossa ei ole lääkitys kohtaa, mutta jää vielä Sampo-projektin työntelijöiden päätettäväksi, tuleeko se lomakkeeseen vai ei.

**Hoitojakson tavoitteet** kohdan toivottiin olevan heti etusivulla, jolloin ne voi nähdä heti asiakkaan tietoja lukiessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa luodessa ne tulevat kuitenkin vielä perusteellisemmin kirjattua, joten tämä kohta toimisi mielestäni yhden hoitojakson tavoitteiden kirjaamisena ja hoito- ja palvelusuunnitelmassa olisi sitten kokonaisvaltaisempi suunnitelma tavoitteineen.

**Toimintakyky** sivu ei muuttunut kovin paljon. Taatalan henkilökunnan mielestä useita kysymyksiä olisi voinut yhdistää tilaa säästäen. Jos olisin yhdistellyt kysymyksiä niin, että toimintakyky kohta olisi vienyt vain puoli sivua, olisi seuraavan kohdan kysymykset kahdella eri sivulla. Selkeyden vuoksi jätin toimintakyky kohdan sivun mittaiseksi, jotta kaikkien kysymysten otsake olisi omalla sivulla eikä kysymykset kahdella eri sivulla. Tästä kohdasta poistettiin myös apuväline kohta. Apuvälineet kirjataan suoraan esimerkiksi liikkumisen perään.

**Elämän tärkeät tapahtumat, tavat ja tottumukset** kohta jäi lomakkeen kokeilussa monesti henkilökunnalta täyttämättä, joten kysymyksiä typistettiin ja poistettiin. Vastaustilaa ei tarvittu niin paljon kuin sitä oli varattu. *Siviilisääty-, omahoitaja- sekä omalääkäri* -kysymykset siirrettiin etusivulta kysyttäväksi tässä kohdassa. *Sosiaalinen verkosto ja sosiaaliset suhteet* kysymys poistettiin, koska henkilökunta koki, että niihin tulee jo edellisten kysymysten nojalla vastaus. Kysymykset *miten selviätte kotona, mahdolliset ongelmatilanteet ja niistä selviytyminen* yhdistettiin yhteen lokeroon. Kysymys käytöshäiriöistä siirtyi tästä osiosta etusivulle.

**Muut palvelut** osio jätettiin kuten se oli toisessa versiossa.

**Allekirjoitukset** kohta jäi myös siihen asuun mitä se oli lomakkeen toisessa versiossa.

**Lomakkeen tiedot tarkistettu / päivitetty** kohtaan tuli vain pieni muutos. Vaihdoin vain pilkun kauttaviivaksi päivämäärän ja tarkistajan väliin.

**Arvio hoitajaksosta** sivu oli tarpeeton, sillä Taatalan ryhmäkodin henkilökunta kirjasi hoitajaksosten arviot erilliseen dokumenttiin. Organisaatio on myös siirtymässä sähköiseen kirjaamiseen, jolloin arvio jaksosta kirjataan sähköiseen järjestelmään. Koko sivu siis poistettiin lomakkeesta.

**Lomakkeen täyttöohjeet** koettiin kokeilussa selkeiksi. Potenssinumerointi ei tuottanut hankaluutta eikä erillistä selitystä numeroiden tarkoituksesta tarvinnut lomakkeeseen laittaa. Täyttöohjeiden ajateltiin auttavan lomakkeen täyttämässä varsinkin uusien työntekijöiden tai sijaisten täyttäessä tietoja.

#### 9.4 Neljäs versio lomakkeesta

Neljäs versio lomakkeesta (Liite 6.) muokattiin Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n Sampo-projektin henkilökunnan Sirpa Järvelän ja Anu Tassbergin kanssa. Tämä neljäs versio lomakkeestani on opinnäytetyöni tulos.

**Lomakkeen ulkoasuun** ei tullut muita muutoksia kuin se, että lomakkeen otsikoksi laitettiin *asiakastietolomake lyhytaikaishoito*. Otsikon paikka muutettiin keskelle paperia, jotta lomaketta käyttävät organisaatiot saavat lomakkeeseen yhteystietonsa, logonsa ym. Marginaalissa oleviin pääotsikoihin ei tullut muutoksi.

**Sairaustiedot** kohdan kysymykset muuttuivat niin, että *sairaudet ja dementoivan sairauden vaihe* muokattiin pelkäksi *sairaudet* kysymykseksi. Sairaustiedot kohdasta Taatalan henkilökunta poisti kysymyksen lääkitys, sillä heillä oli erilliset lääkekortit, johon asiakkaan lääkkeet kirjattiin. Päädyimme yhdistyksen henkilökunnan kanssa kuitenkin laittamaan lomakkeeseen lääkitys kysymyksen, sillä loma-

ketta suunnitellaan käytettävän myös muissa Tampereella lyhytaikaislaitoshoitoa tarjoavissa laitoksissa.

***Hoitojakson tavoitteet kohtaan*** lisättiin edellisestä versioista poistetut kysymykset *mitä odotatte hoitojaksolta, mitä omainen odottaa hoitojaksolta*. Koimme tämän kysymyksen tärkeäksi.

## 10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella luotettavuuskriteereiden kautta. Luotettavuuskriteereitä voivat olla esimerkiksi uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.) Toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimusmenetelmän ja tutkimuskohteen yhteensopivuuden avulla sekä reliabiliteetin eli toistettavuuden avulla, jolloin selviää tulosten pysyvyys. (Heikkinen & Syrjälä, 2007, 144-162.)

Opinnäytetyössäni tutkimusmenetelmä ja -kohde olivat yhteensopivat. Kehittämistyö eteni toimintatutkimuksen syklin mukaisesti kehittämisestä, kokeiluun, arvioon ja uuden luontiin. Tämä sykli käynnistyi neljän eri muokkausvaiheen aikana aina uudestaan. Nämä vaiheet olen kuvannut työssäni laajasti. Näin lukijalle selkeytyy mitä ratkaisuja, valintoja ja johtopäätöksiä lomakkeen ja sen täyttöohjeiden muokausprosessin aikana on tehty. Tutkimuksen seikkaperäisen kuvauksen ansioista tutkimus on läpinäkyvä, joka tuo tutkimukselle uskottavuutta. Tulosten pysyvyyttä on vaikea arvioida. Tutkimuksen tulos olisi toistettaessa varmasti jossain määrin erilainen, joka on kai toimintatutkimuksen pyrkimyskin.

Olen ollut yksin vastuussa teorian tiedon keräämisestä ja tämä onkin tärkeä kysymys tutkimuksen luotettavuudesta. Olenko kerännyt tarpeeksi laajasti teorian tietoa, sisäistänyt tiedon oikein ja tehnyt tiedonhankinnassa tarpeeksi hyvää lähdekritiikkiä? Teoria ohjasi ja toimi lomakkeen ensimmäisen version perustana. Tämä lomake toimi pohjana kehittämistyölle, jossa lomaketta muokattiin.

Kehittämäni lomake ja sen täyttöohjeet ovat kulkeneet monen eri lukijan ja käyttäjän kautta. Niitä on muokannut minun lisäksi ohjaava opettajani, opponenttini, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n Sampo-projektin henkilökunta, Taatalan lyhytaikaislaitoshoitopaikan henkilökunta ja Sampo-projektin sisältöryhmä. Lomaketta muokattiin teorian, eri osapuolien välisissä keskusteluissa ja käytännön kokeilun pohjalta. Opinnäytetyötä tehdessä uskon, että olin avoin muiden lomaketta muok-

kaavien henkilöiden näkemyksille. Ja uskon, että valmistunut lomake ja sen täyttöohjeet ovat yhteistyön tulos. Useat eri tahot ovat arvioineet ja kokeilleet lomakkeen käytettävyyttä, joten tutkimus on saanut näin myös luotettavuutta. Luotettavuutta tulokselle tuo myös se, että Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n Sampo-projektin työntekijät ovat tulokseen tyytyväisiä ja lomake on käytössä pilottikohteissa.



## 11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Valmiita lomakkeita asiakkaiden tietojen keräämistä varten on lukuisia. On lomakkeita, joissa kysellään asiakkaan perustiedot ja lomakkeita, joissa selvennetään myös asiakkaan elämänkulun tärkeät tapahtumat. Dementoivista sairauksista ja niiden vaikutuksista asiakkaan toimintakykyyn on paljon teoretietoa sekä tutkimuksia. Dementiaa sairastavan toimintakyvyn eroavaisuudet ovat yleisesti tiedossa, silti asiakastietolomakkeita ei ole juuri tälle asiakasryhmälle yleisesti käytössä.

Opinnäytetyöni selventää dementiaa sairastavan asiakkaan asiakastietojen kokonaisuus. Dementoivien sairauksien tunteminen on ensisijaisen tärkeää laadukkaan dementiatyön saavuttamiseksi. Dementia vaikuttaa muistin lisäksi toimintakykyä rajoittavasti ja heikentävästi. Lisäksi sairauden aiheuttamilla käytöshäiriöillä on suuri vaikutus sairastuneeseen sekä hänen omaisiinsa, minkä takia hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa yleisimmät käytöshäiriöt ja osata ehkäistä ja hoitaa niitä. Hyvän hoitotyön perustana on asiakkaan tunteminen. Dementoituneen elämän tunteminen nousee vieläkin tärkeämmäksi, sillä hän ei itse välttämättä pysty siitä kertomaan. Dementiaa sairastavan asiakastietolomakkeen sisältö ja sen sisällöllinen laajuus on tärkeää. Valmistunut lomake ei niinkään tuottanut uutta dementiatietoa vaan on toiminut kokoavana tutkimuksena.

Lomakkeen yhdeksi tehtäväksi opinnäytetyönprosessin aikana nousi dementiatietouden lisääminen. Toivon, että lomakkeen ja erityisesti lomakkeen täyttöohjeiden kautta dementoivan sairauden erityispiirteet tulevat sairastuneiden kanssa työskenteleville tutummaksi. Varsinainen opinnäytetyöni tulos on asiakastietolomake ja sen täyttöohjeet. Lomaketta ja täyttöohjeita voidaan hyödyntää ammatillisesti. Lomaketta ja täyttöohjeita käytetään asiakastietolomakkeena Sampo-projektin pilotti-kohteessa Taatalan ryhmäkodissa, joka on muistisairaille tarkoitettu lyhytaikaishoitopaikka.

Tulevaisuudessa kaikki asiakastiedot ja kirjaamiset siirretään sähköiseen muotoon. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla sähköisen asiakastietolomakkeen kehittäminen dementiaa sairastavaa asiakasta varten ja näin rakenteellisen kirjaamisen edistäminen tämän asiakasryhmän osalta. Mielenkiintoinen tutkimusaihe voisi olla myös se, millainen hoito- ja palvelusuunnitelma palvelee parhaiten lyhytaikaislaitoshoidon tulevaa dementiaa sairastavaa asiakasta.

## 12 POHDINTA

Dementiaa sairastavien määrä on kovassa kasvussa. Vanhustenhoidon kantava periaate on perinteisen laitoshoidon purkaminen ja kotihoidon lisääminen. Tämä muutos on ajateltu tapahtuvan erittäin lyhyellä aikataululla ja muutostyöhön on lähdetty hyvin hitaasti. Palveluperiaatteen muuttuessa ja palveluntarpeen kasvaessa dementiatyön kehittäminen on ajankohtaista.

Opinnäytetyöni tavoite ja tarkoitus oli, kehittää kattava asiakastietolomake lyhytaikaislaitoshoitoon tulevan dementiaa sairastavan asiakkaan tiedoista. Opinnäytetyöni tulos on lomakkeen neljäs versio. Lomake on minun, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n Sampo-projektin työntekijöiden sekä Sampo-projektin pilottikohteen yhteistyön ja kompromissien tuotos. Olen mielestäni pystynyt täyttämään opinnäytetyölle annetut tavoitteet, sillä lomake ja sen täyttöohjeet on otettu käyttöön.

Opinnäytetyöni tekeminen eteni sujuvasti. Opinnäytetyöni ideointi- ja suunnittelu- vaiheessa Sampo-projektin työntekijöillä oli tärkeä rooli. Työn ideointi ja aiheen rajaus tehtiin yhteistyönä heidän kanssaan. Työn aikataulutusta tehtiin myös heidän kanssaan, sillä oma työni oli osa heidän projektiaan ja toteutettiin jo ennalta sovitujen työpaja-aikataulujen mukaan. Muutamia aikataulumuutoksia lukuun ottamatta prosessi eteni suunnitelman mukaan. Käynnistys- ja toteuttamisvaihe koostui lomakkeen ja sen täyttöohjeiden luomisesta, muokkaamisesta ja uudelleen rakentamisesta. Tässä vaiheessa toimintatutkimuksen syklisyys ja spiraalimaisuus korostuu parhaiten. Lomakkeen muokkaus koostui suunnittelu-, toiminta-, havainnointi- ja rekonstruktointivaiheista.

Työpaja ja ryhmähaastattelu onnistuivat hyvin Taatalan lyhytaikaispaikan henkilökunnan kanssa. Omat ryhmänohjaustaidot olisivat voineet olla paremmat, mutta tärkein, eli lomakkeen muokkaus tuli työpajassa tehtyä. Uskon, että lomaketta muokattaessa henkilökunnan ymmärrys siitä, mitä kaikkea dementoituneesta asiakkaasta olisi tarpeellista tietää, lisääntyi. Keskustelu lomakkeen kysymyksistä ja

niiden tarpeellisuudesta varmasti yhtenäisti myös työpaikan omia toimintatapoja. Ryhmähaastattelun aikana työntekijöiden keskinäinen pohdinta lomakkeessa tarvittavista asiakastiedoista oli perusteellista. Päättämisen- ja arviointivaiheessa varmistin, että kehitetty lomake sekä kirjallinen työ vastaa myös Sampo-projektin vaatimuksia, joten projektityöntekijät lukivat työni lävitse. Lomakkeen käyttöönotto- ja seurantavaihe ovat Sampo-projektin vaiheita. Siitä, miten lomake tulee käytäntöön pysyvänä työkaluna ja kuinka hyvin se palvelee hoitotyötä, en opinnäytetyön aikataulujen puitteissa ehdi nähdä. Lomake toimi Sampo-projektin työpajan työvälineenä ennen kun se otettiin varsinaiseen käyttöön pilottikohteessa.

Lomaketta ja lomakkeen täyttöohjeita muokatessani olisin tarvinnut lisää kärsivällisyyttä sekä tarkkuutta. Tein muutaman huolimattomuusvirheen lomakkeen muokausvaiheessa. Lopullisessa lomakkeessa olevan kysymyksen *Sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt sekä keinot niiden lievittämiseen* alkuun olisi pitänyt lisätä sana *Dementia*. Toki ilman dementia-sanaakin voi päätellä, minkä sairauden käytöshäiriöistä on kyse. Muutaman kysymyksen lomakkeessa olisin itse tehnyt toisin. Nämä ovat *sairaustiedot* otsikon alla olevat kysymykset. Olisin itse jättänyt kohtaan kysymykset: *sairaudet, dementoiva sairaus ja sairauden vaihe*, kun lomakkeessa on nyt vain kysymys *sairaudet*. Olen lopulliseen lomakkeeseen ja sen täyttöohjeisiin silti tyytyväinen.

Opinnäytetyön haasteeksi muodostui se, että lomaketta olisi voinut kehittää vaikka kuinka kauan. Ajan puitteissa oli todettava, että oma kehittämistyö on tehty ja Sampo-projektin työntekijät jatkavat työtä, jos se on tarpeellista. Lomakkeen toimivuus selviää vasta kuukausien käytön tuloksena. Lomaketta käytettäessä ja sitä muokattaessa toimintatutkimuksen mukainen sykli käynnistyy yhä uudelleen ja uudelleen.

Kotona asuminen on varmasti monen ikääntyneen ja dementoituneen oma toive, joten vanhuspoliittinen linjaus vastaa heidän toiveisiinsa. Omassa kodissa asuminen on monelle iäkkäälle paras paikka, mutta yhä useammalle se voi olla turvaton ja ehkä jopa vaarallinen paikka. Kotiin annettavilla palveluilla ei mielestäni voi korvata sitä hoivaa, mitä laitoshoidossa saa. Pikaiset kotihoiton käynnit ja vaikeasti saatavat epäsäännölliset lyhytaikaislaitoshoitojaksot eivät paranna kotona asumi-

sen mahdollisuuksia. Asiaa ei myöskään auta se, että lyhytaikaislaitoshoidolle asetetut vaatimukset eivät aina täyty ja hoito ei ole kuntouttavaa eikä tavoitteellista.

Oma koti on arvokkaalle vanhenemiselle paras paikka vain, jos sinne on mahdollista saada tarvitsemansa avut laadukkaasti tuotettuna, se tuntuu turvalliselta paikalta asua ja iäkäs tahtoo siellä itse asua. Aika näyttää, mihin suuntaan vuonna 2011 käynnistettävä vanhuspalvelulaki iäkkäiden palvelut ohjaa.

## LÄHTEET

- Amberla, S. 2007. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, AL., (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, 33-47. Helsinki: WSOY.
- Beck, C., Rawlins, R. & Williams, S. 1993. Mental health–psychiatric nursing. A holistic life-cycle approach. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book, Inc.
- Dunderfelt, D. 1997. Elämänkaari psykologia. Porvoo: WSOY
- Eloniemi, U. 1988. Hoitotyöntekijä dementoituneen ihmisen tukena. Teoksessa: Ruth, J-E. & Eloneimi, U. (toim.). Dementoituneen vanhuksen hoito. 60-97. Juva: WSOY.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. *Dementiauutiset* 2, 14-16.
- Erkinjuntti, T. 2006. Dementian käsite. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia, 93-97. Hämeenlinna: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2006. Vaskulaariset dementiat. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia, 146- 162 Duodecim Hämeenlinna: Karisto Oy.
- FINLEX Valtion säädöstietopankki. [Verkkosivu]. [viitattu 9.2.2009] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/>.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen, avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 16-21. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2007, Tutkimuksen arviointi. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 144-162. Helsinki: Kansanvalistusseura.

- Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 78-93. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). 1997. Dementoituvaa hoitotyön asiakkaana. Tampere: Studia.
- Huovinen, M. toim. 2004. Muistihäiriöt: Muistipulmia voidaan ehkäistä, tutkia ja hoitaa. Edessä on hyviä muistoja. Jyväskylä: Duodecim
- Huovinen, M. & Rovio, E. 2007, Toimintatutkija kentällä. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 94-113. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Ihmiseltä ihmiselle – arki mahdollisuutena on Tampereen kaupungin vanhusten palveluiden strategia vuosille 2003-2012 [Verkkajulkaisu]. [viitattu 17.3.2009] Saatavissa: [http://www.tampere.fi/tiedostot/4PiNtPsql/strate\\_vanh.pdf](http://www.tampere.fi/tiedostot/4PiNtPsql/strate_vanh.pdf).
- Juva, K., Valvanne, J., Voutilainen, P. & Huusko, T. 2006. Dementia potilaan laitoshoidon. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia, 534-548 Hämeenlinna: Duodecim.
- Kaikem paree Tampere, Tampere –hyvien palveluiden, osaamisen ja luovuuden kasvukeskus, 2005. [Verkkajulkaisu]. [viitattu 13.2.2009] Saatavissa: [http://www.tampere.fi/tiedostot/58f5pF51f/kaupunkistrategia\\_2005-2016.pdf](http://www.tampere.fi/tiedostot/58f5pF51f/kaupunkistrategia_2005-2016.pdf)
- Kivelä, S-L. 2007. Muistisairaiden unettomuus. [verkkajulkaisu] Dementia uutiset 3 / 2007. [viitattu 14.7.2009] Saatavissa: [http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page\\_id=15&action=articleDetails&a\\_id=213&did=17](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=15&action=articleDetails&a_id=213&did=17)
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käyhty, M. & Ahvo, L. 2001. Mitä on dementoituneen kuntoutus ja kuntouttava hoito. Teoksessa: Viramo, P., Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, E., Helkala, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne, P. 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkaan: opas ammattihenkilöstölle, 23. Espoo: Novartis Finland.
- Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen, Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015. Sosiaali ja terveysministeriö selvityksiä 2007:8 Helsinki.

- Martikainen, J. 2008. Terveystaloudellinen näkökulma muistisairauksiin. *Muisti*, 3, (21), 26-27.
- MMSE- tutkimus, Mini-mental state examination. [verkkosivu] [viitattu 8.2.2009] Saatavissa: <http://www.minimental.com/>
- Muurinen, S. & Valvanne, J. 2005. Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. *Gerontologia* 2, 65-72.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2007. Dementoituneen ihmisen kohtaamisen ja auttamisen perusteita OSA 1. *Dementiauutiset* 2 / 2007. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 14.6.2009] Saatavissa: [http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page\\_id=15&action=articleDetails&a\\_id=200&did=16](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=15&action=articleDetails&a_id=200&did=16)
- Oksala, I. 2009. Vanhusten hoito turvataan lailla, ammattitaidolla, valvonnalla ja rakenneuudistuksilla. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 1.10.2009] Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1428654>
- Pieninkeroinen, I. & Rapeli, P. 2006. Päihteet ja kognitiivinen suorittuminen. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. *Muistihäiriöt ja dementia*, 323-335. Hämeenlinna: Duodecim.
- Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2003. Omaishoidon tukeminen Suomessa. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pirkanmaan Dementiayhdistys ry. Ei julkaisuaikaa. Esite.
- Pirkanmaan Muistiyhdistys ry. Ei julkaisuaikaa. Esite.
- Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus, Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). 2004. *Dementoituvaa ihmisen kuntoutuksen lupaus*. 11-21. Vammala: Tammi.
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. *Muistihäiriöt ja dementia*, 127- 145 Duodecim Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Pirttilä, T., Heimonen, S. & Gränö, S. 2007. Kuntoutuksella keskeinen rooli dementoituvaa sairautta sairastavan hoidossa. *Gerontologia* 4, (21), 320-327.



- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville. STM Stakes Helsinki.
- Rautsiala, T. 2004. Tavoitteellinen kuntoutus osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). 2004. Dementoituva ihmisen kuntoutuksen lupaus. 94-100 Vammala: Tammi.
- Rinne, J. 2006a. Frontotemporaaliset degeneraatiot. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia, 169-175. Duodecim Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Rinne, J. 2006b. Lewyn kappale-dementia. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia, 163-168. Duodecim Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Rinne, J. 2006c. Parkinsinin tauti ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia, 176-182. Duodecim Hämeenlinna Karisto Oy.
- Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalityyppi vanhuksen kotihoidon osana Tampere : Tampereen yliopisto.
- Semi, T. 2001. Henkilökohtainen hygienia. Teoksessa: Viramo, P., Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, E., Helkala, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne, P. 2001. Kuntoutusratkaisu ja dementoituneen ihmisen arkaan: opas ammattihenkilöstölle, 50-53. Espoo : Novartis Finland.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. 2008:3. Helsinki: STM
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. 2005:30. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015. 2006:14. [Verkkajulkaisu]. [viitattu 15.3.2009] Saatavissa: [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1067373](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1067373).
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Hyvinvointi 2015-ohjelma. [Verkkajulkaisu]. [viitattu 16.3.2009] Saatavissa: [www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1067237](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1067237)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Terveystieteiden laki [Verkkajulkaisu]. [viitattu 15.3.2009] Saatavissa: <http://www.stm.fi/552>.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten sosiaali- ja terveystalvet [Verkkosivu]. [viitattu 15.3.2009] Saatavissa: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ ja\\_ terveystalvet/ikaihmiset](http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveystalvet/ikaihmiset).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäantymispolitiikka.[Verkkosivu]. [viitattu 15.3.2009] Saatavissa: <http://www.stm.fi/ikaihmiset/ikaantymispolitiikka>.
- Sulkava, R., 2004. Elämänlaatu-testamentti. [Verkkajulkaisu]. [viitattu 1.10.2009] Saatavissa: [http://www.muistiasiantuntijat.fi/page.php?page\\_id=4&offset=0&cat\\_id=9&news\\_id=22](http://www.muistiasiantuntijat.fi/page.php?page_id=4&offset=0&cat_id=9&news_id=22).
- Tilastokeskus. Väestön ikärakenne[Verkkosivu]. [viitattu 15.1.2009] Saatavissa: [http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn\\_2007\\_2007-05-1\\_tie\\_001.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-1_tie_001.html).
- Tornstam, L. 1994. Gerotranssendenssi – teoreettinen tarkastelu. Gerontologia 8, (2), 75- 81.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Uotinen, V. 2006. Gerotranssendenssi. Gerontologia 2, (20), 106-107.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivellä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.
- Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. ja Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia, 98-107. Duodecim Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2001. Dementiaa aiheuttavat sairaudet. Teoksessa: Viramo, P., Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, E., Helkala, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R. & Valvanne, P. 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkaan: opas ammattihenkilöstölle, 6-18. Espoo : Novartis Finland.
- Voutilainen, P. 2008. Palvelujärjestelmien kehittäminen muistisairaiden ihmisen tarpeisiin. Muisti, 3, (21), 36-37.
- Ylikoski, R. 2008. Muistihäiriösairaudet ja diagnostiikka: Kognitiivisten toimintojen ja oireiden korrelaatio neuropatologiaan. Dementiauutiset 3, 10-11 Kuopio: Liikekirjapaino Oy.

## LIITTEET

### Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä

Opiskelijan nimi ja yhteystiedot: Katharina Hau, Katharina.Hau@seamk.

Koulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma, geronomi

Opinnäytetyön ohjaajan nimi ja yhteystiedot: Aila Vallejo Medina, Aila.VallejoMedina@seamk.fi

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustaja ja asema organisaatiossa: Anu Tassberg, projektityöntekijä

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustajan yhteystiedot: Kalevantie 1, 33100 Tampere, 050 360 5224, anu.tassberg@saunalahti.fi

Opinnäytetyön (15 op) alustava nimi/aihe: Asiakastietolomake

Opinnäytetyöhön kuuluvat tehtävät: Lomakkeen kehittäminen

Työn tekemisestä aiheutuvien kustannusten korvaaminen: Mahdolliset monistuskulut

Arvioitu aika opinnäytetyön tekemiseen: 1.6. 2008 – 28. 11. 2009

Päiväys 25. 3. 2009

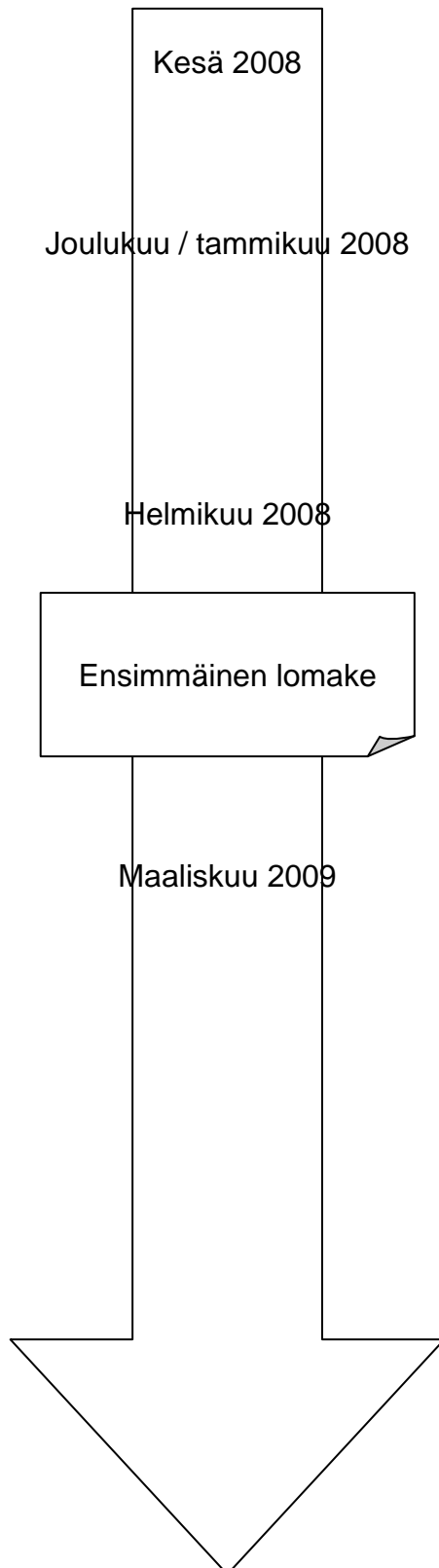
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja.  
Opinnäytetyöni saa julkistaa Theseus -verkkokirjastossa.

Opiskelijan allekirjoitus:

Ohjaajan allekirjoitus:

Toimeksiantajan/tilaajan/yhteistyötahon edustajan allekirjoitus:

HUOM! Sopimukseen mahdollisesti liittyvistä tekijänoikeuksista ja muista erityisehdoista on sovittava erikseen kirjallisesti.



Opinnäytetyö yhteistyöstä sopiminen Pirkanmaan muistiyhdistyksen kanssa. Opinnäytetyön aiheen hahmottelu ja aiheen valinta.

Teoriatiedon hankintaa sekä opinnäytetyön aiheen tarkempi rajaus. Teimme tiivistä yhteistyötä yhdistyksen kanssa kävimme läpi heidän aiemmin projektiin keräämiä materiaaleja, joita voisin työssäni hyödyntää. Aikataulujen suunnittelu ja sopiminen.

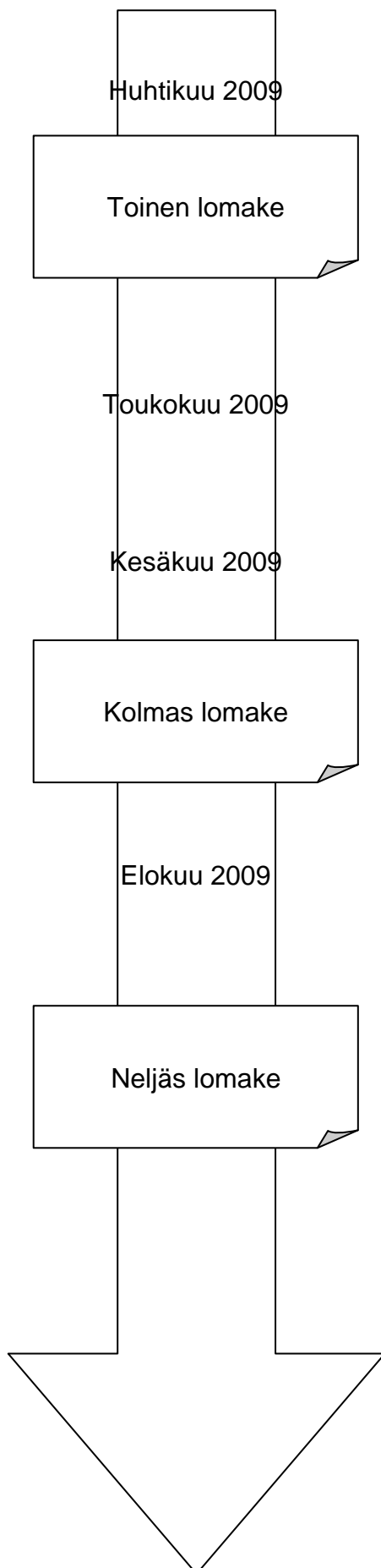
12.2.2008 Sampo-projektin sisältöryhmän palaveri, jossa esittelin opinnäytetyöni aiheen.

Ensimmäinen versio lomakkeesta ja sen täyttöohjeesta on valmis.

Työpajatyöskentely lyhytaikaishoitopaikan henkilökunnan kanssa siirtyy maaliskuun alusta maaliskuun loppuun.

Tapaaminen yhdistyksen henkilökunnan kanssa jossa keskustelemme opinnäytetyöstäni. Pohdimme elämänkaaritietojen poistamista lomakkeestani, mutta itse koen, että ne ohjaavat koko työtäni. Elämänkaaritiedot jäävät osaksi työtäni.

Maaliskuun loppuun siirretty työpajaa siirretään lyhytaikaishoitopaikan organisaatio muutosten takia huhtikuulle.



22.4.2009 pidettiin työpaja Taatalassa, jossa lomaketta muokattiin henkilökunnan kanssa.

Toinen versio lomakkeesta sekä täyttöohjeista valmistuu.

5.5.2009 Lomake Taatallaan käytännön kokeiluun.

10.6.2009 Palautetilaisuus Taatalassa lomakkeen koekäytön tuloksista.

Kolmas versio lomakkeesta ja täyttöohjeista syntyi Taatalan käytännön kokeilujen perusteella.

12.8.2009 Pirkanmaan muistiyhdistyksen Sampo-projektin henkilökunnan kanssa oli tapaaminen, jossa lomake muokattiin opinnäytetyöni lopulliseen muotoon.

Neljäs versio lomakkeesta valmistui. Tämä on opinnäytetyöni tulos.

Luovutin lomakkeen Pirkanmaan Muistiyhdistyksen Sampo-projektin työntekijöille. Lomake nyt yhdistyksen käytössä ja heidän muokattavana.

**Liite 3. Ensimmäinen versio lomakkeesta****1(5)****(Huomaa, että lomakkeet eivät ole alkuperäisessä koossa.)****TAUSTATIETOLOMAKE**

Lomake lyhytaikaislaitoshoitajaksolle tulevan muistisairaasi asiakkaan taustatietojen keräämistä varten. Lomakkeen tiedot ovat luottamuksellisia.

HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet (alleiviivatkaa puhuttelunimi)		Henkilötunnus
			Siviilisääty
	Lähiosoite, postinumero, paikkakunta		Puhelinnumero
			Matkapuhelin
YHTEYSHENKILÖT	Lähiomainen (puoliso, lapset)		
	Edunvalvoja	Omahoitaja (kotihoitossa)	Omalääkäri
SAIRAUSTIEDOT	Dementoiva sairaus, sairauden vaihe sekä lääkitys <sup>1</sup>		MMSE-pisteet <sup>2</sup>
	Muut sairaudet		
	Lääkitys		
	Allergiat		

TOIMINTAKYKY	Liikkuminen <sup>3</sup>
	Kommunikointi <sup>4</sup>
	Aistitoiminnot <sup>5</sup>
	Ravitsemus, ravitsemustila, ruokailu <sup>6</sup>
	Uni-valverytmi <sup>7</sup>
	WC-toiminnot <sup>8</sup>
	Henkilökohtaisen hygienian hoito <sup>9</sup>
	Kivut <sup>10</sup>
	Sairauden aiheuttamat käytösoireet sekä keinot niiden lievittämiseen <sup>11</sup>

ELÄMÄNKULKU, TAVAT JA TOTTUMUKSET	Elämänkulun tärkeät tapahtumat <sup>12</sup>
	Entinen ammatti / koulutus
	Harrastukset, mieluisa tekeminen ja ajankulu
	Vakaumus, seurakunta
	Sosiaalinen verkosto, sosiaaliset suhteet
	Teille tärkeitä asioita ovat <sup>13</sup>
	Miten selviätte kotona <sup>14</sup>
	Mahdolliset ongelmatilanteet kotona ja niistä selviytyminen <sup>14</sup>



ASIAKKAAKSI TULO	Tulee sovitusti lyhytaikaislaitoshoitojaksolle / Mistä tulette lyhytaikaishoitojaksolle  Kuntoutustavoite  Mitä odotatte hoitojaksolta
ALLEKIRJOITUKSET	Aika ja paikka  Asiakas.....  Omainen.....  Lomakkeen täyttäjä.....
LOMAKKEEN TIEDOT TARKISTETTU/ PÄIVITETTY	Aika, paikka ja allekirjoitus

## LOMAKKEEN TÄYTTÖOHJEET

Dementoiva sairaus	1	Dementoivan sairauden diagnoosi, sairauden vaihe (lievä, keskivaikea tai vaikea) ja mahdollinen dementialääkitys
MMSE-pisteet	2	MMSE (Mini-mental state examination) tutkimuksen pisteet ja tutkimuksen suoritusajankohta. Esimerkiksi 12/30, 12.12.2009.
Liikkuminen	3	Liikkuminen ja liikkumisen ongelmat. Tasapaino, lihasten ja nivelten liikkuvuus, lihasvoima ja motorinen levottomuus eli vaelteleminen.
Kommunikointi	4	Kommunikointi ongelmat: puheen tuottaminen ja puheen ymmärtäminen. Afasia, kaikupuhe, pakkonauru tai -itku, rinnakkain etenevät tarinat, huudot ym.
Aistitoiminnot	5	Aistitoiminnot, niiden ongelmat ja apuvälineet: näkö, kuulo, tunto, haju, maku. Esimerkiksi heikentynyt kuulo, kuulukoje, hahmotushäiriö, joka haittaa liikkumista.
Ravitsemus, ravitsemustila, ruokailu	6	Ravitsemustila (alipaino, puutostilat) ja ravitsemusongelmat: nälän ja janon tunne, ei kykene käyttämään ruokailuvälineitä, lisävalipalojen tarve, syö hitaasti, syö lautaselta toispuoleisesti, tarvitsee avustusta / syöttämistä ym. Lempi ruuat, inhokki ruuat.
Uni-valverytmi	7	Nukahtaminen, uni-valverytmin häiriöt, nukahtelu, totuttu unirytmii, päiväunet, unen määrä, nukahtamis- ja unirutiinit ym.
WC-toiminnot	8	Erittämisen ongelmat: inkontinenssi, ummetus. Ongelmien hoito ja tarvittavat hoitotarvikkeet esimerkiksi vaipat (malli, koko).
Henkilökohtaisen hygienian hoito	9	Henkilökohtaisen hygienian hoidossa ilmenevät ongelmat: riisumistilanne, pesutilanne, kosketuksi tuleminen.
Kivut	10	Mahdolliset kivut, kyky ilmaista kipuja, aiheuttavatko kivut yleensä esimerkiksi aggressiivisuutta ym.
Sairauden aiheuttamat käytösoireet	11	Käytösoireet ja niiden hoito (lääkinnällinen/ ei lääkinällinen). Haitalliset psykologiset oireet tai käyttäytymisen muutokset: masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, seksuaaliset käytösoireet ym.
Elämäntilanne	12	Elämäntilanteen tärkeät tapahtumat: lapsuudessa, nuoruudessa, aikuisiässä ja vanhuudessa. Esimeriksi tapahtumat, jotka vaikuttavat nykyiseen käytökseen, ovat puheen aiheina, tuottavat iloa tai aiheuttavat ahdistuneisuutta.
Teille tärkeitä asioita ovat	13	Teille tärkeitä asioita kuten: sosiaaliset kontaktit, kerhot ym. tilaisuudet, kauneuden hoito, puhuttelutapa, ystävällisyys, ym.
Kotona selviytyminen, ongelmatilanteet	14	Miten selviätte kotona: omaishoitajan / läheisen / kotiavun turvin ym. Mitä palveluita saatte kotiin. Mahdolliset ongelmatilanteet kotona ja niistä selviytyminen: esimerkiksi kaatuminen, ulkona eksyminen, ym.

**TAUSTATIETOLOMAKE**

Lomake lyhytaikaislaitushoitajaksolle tulevan muistisairaana asiakkaan taustatietojen keräämistä varten. Lomakkeen tiedot ovat luottamuksellisia.

HOITOJAKSON AJANKOHTA					
HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet (alleiviivata puhuttelunimi)			Henkilötunnus	
				Siviilisäätö	
	Lähiosoite, postinumero, paikkakunta				
YHTEYSHENKILÖT	Lähiomainen (puoliso, lapset)			Puhelinnumero	
				Matkapuhelin	
	Omahoitaja (kotihoitossa), puhelinnumero		Omalääkäri, puhelinnumero		
SAIRAUSTIEDOT	Sairaudet, dementoiva sairaus, sairauden vaihe <sup>1</sup>				
	Lääkitys				
	Allergiat				
	MMSE-pisteet <sup>2</sup>				

TOIMINTAKYKY	Liikkuminen <sup>3</sup>
	Kommunikointi <sup>4</sup>
	Aistitoiminnot <sup>5</sup>
	Ravitsemus, ruokavalio, ravitsemustila, ruokailu <sup>6</sup>
	Uni-valverytmi <sup>7</sup>
	WC-toiminnot <sup>8</sup>
	Henkilökohtaisen hygienian hoito <sup>9</sup>
	Kivut <sup>10</sup>
APUVÄLINEET	Liikkumisen apuvälineet, kuulokoje, proteesit, ym.

ELÄMÄN TÄRKEÄT TAPAHTUMAT, TAVAT JA TOTTUMUKSET	Ammatti / koulutus
	Vakaumus, seurakunta
	Teille tärkeitä asioita, mieluisa tekeminen ja ajankulu <sup>11</sup>
	Sosiaalinen verkosto, sosiaaliset suhteet (perhe, ystävät, tuttavat)
	Elämän tärkeät tapahtumat <sup>12</sup>
	Miten selviätte kotona <sup>13</sup>
	Mahdolliset ongelmatilanteet kotona ja niistä selviytyminen <sup>13</sup>
	Sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt sekä keinot niiden lievittämiseen <sup>14</sup>

ASIAKKAAKSI TULO	<p>Saapuu sovitusti hoitojaksolle / Mistä tulette lyhytaikaishoitojaksolle</p> <hr/> <p>Hoitojakson tavoitteet <sup>15</sup></p> <p>1. 2. 3.</p> <hr/> <p>Mitä odotatte hoitojaksolta, mitä omainen odottaa hoitojaksolta</p>
MUUT PALVELUT	<p>Osallistuminen erillistä maksua vastaan järjestettäviin palveluihin mm. jalkahoitajan, parturi-kampaajan tai fysioterapeutin palveluihin.</p> <p>KYLLÄ / EI</p>
ALLEKIRJOITUKSET	<p>Paikka ja päivämäärä</p> <p>Asiakas _____</p> <p>Omainen _____</p> <p>Lomakkeen täyttäjä _____</p>
LOMAKKEEN TIEDOT TARKISTETTU/ PÄIVITETTY	<p>Päivämäärä, tarkastanut</p>

## ARVIO HOITOJAKSOSTA

HOITOJAKSON AJANKOHTA	ARVIO, ARVIOIJA

## LOMAKKEEN TÄYTTÖOHJEET

1 Sairaudet, Dementoiva sairaus	Sairaudet, dementoivan sairauden diagnoosi, sairauden vaihe: lievä, keskivaikea tai vaikea.
2 MMSE-pisteet	MMSE (Mini-mental state examination) tutkimuksen pisteet ja tutkimuksen suoritusajankohta. Esimerkiksi 12/30, 12.12.2009.
3 Liikkuminen	Liikkuminen ja liikkumisen ongelmat. Tasapaino, lihasten ja nivelten liikkuvuus, lihasvoima ja mahdollinen motorinen levottomuus eli vaelteleminen.
4 Kommunikointi	Kommunikoinnin sujuvuus. Kommunikoinnin ongelmat: puheen tuottamisessa tai / ja puheen ymmärtämisessä. Afasia, kaikupuhe, pakkonauru tai -itku, rinnakkain etenevät tarinat, huudot ym.
5 Aistitoiminnot	Aistitoiminnot ja niiden ongelmat: näkö, kuulo, tunto, haju, maku. Esimerkiksi heikentynyt kuulo / näkö.
6 Ravitseminen, ruokavalio ravitsemustila, ruokailu	Ruokavalio, ravitsemustila (alipaino, puutostilat) ja ravitsemusongelmat: nälän ja janon tunteminen, kykeneekö käyttämään ruokailuvälineitä, lisävalipalojen tarve, syö hitaasti, syö lautaselta toispuoleisesti, tarvitsee avustusta / syöttämistä ym. Lempi- / inhokkiruuat.
7 Uni-valverytmi	Nukahtaminen, uni-valverytmin häiriöt, nukahtelu, totuttu unirytmä, päiväunet, unen määrä, nukahtamis- ja unirutiinit, unilääke ym.
8 WC-toiminnot	Erittämisen ongelmat: inkontinenssi, ummetus. Ongelmien hoito ja tarvittavat hoitotarvikkeet esimerkiksi vaipat (malli, koko).
9 Henkilökohtaisen hygienian hoito	Mitä kykenee tekemään itse / avustettuna. Missä tarvitsee apua. Henkilökohtaisen hygienian hoidossa ilmenevät ongelmat mm. riisumistilanne, pesutilanne, kosketetuksi tuleminen.
10 Kivut	Mahdolliset kivut, kyky ilmaista kipuja, aiheuttavatko kivut yleensä esimerkiksi aggressiivisuutta, levottomuutta ym.
11 Teille tärkeitä asioita, mieluisa tekeminen	Teille tärkeitä asioita mm. sosiaaliset kontaktit, kerhot ym. tilaisuudet, kauneudenhoito, huumorintaju, ystävällisyys. Mieluisa tekeminen ja ajankulu mm. musiikin kuuntelu, televisioin katselu, käsityöt, lukeminen ym.
12 Elämän tärkeät tapahtumat	Elämän tärkeät tapahtumat: lapsuudessa, nuoruudessa, aikuisiässä ja vanhuudessa. Esimeriksi tapahtumat, jotka vaikuttavat nykyiseen käytökseen, ovat puheenaiheina, tuottavat iloa tai aiheuttavat ahdistuneisuutta.
13 Kotona selviytyminen, ongelmatilanteet	Miten selviätte kotona: omaishoitajan / läheisen / kotiavun turvin. Mitä palveluita saatte kotiin. Mahdolliset ongelmatilanteet kotona mm. kaatuminen, ulkona eksyminen, levottomuus ja miten tilanteista selviydytään.
14 Sairauden aiheuttamat käytösoireet	Käytösoireet ja niiden hoito (lääkinnällinen/ ei lääkinällinen). Haitalliset psykologiset oireet tai käyttäytymisen muutokset: masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, seksuaaliset käytösoireet ym.
15 Hoitojakson tavoitteet	Hoitojakson tavoitteet (1-3 tavoitetta) voivat nousta mm. kotona päällimmäisestä ongelmasta, kotihoidon tavoitteesta / toivomuksesta, hoitohenkilökunnan tekemien havaintojen perusteella.



## ASIAKASTIETOLOMAKE

HOITOJAKSON AJANKOHTA					
HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet (alleiviivata puhuttelunimi)			Henkilötunnus	
	Lähiosoite, postinumero, paikkakunta				
YHTEYSHENKILÖT	Lähiomainen (puoliso, lapset)			Puhelinnumero	
SAIRAUSTIEDOT	Sairaudet, Dementoivan sairauden vaihe <sup>1</sup>				
	Sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt sekä keinot niiden lievittämiseen <sup>2</sup>				
	MMSE-pisteet <sup>3</sup>				
	Allergiat / Ruokavalio				
TAVOITTEET	Hoitojakson tavoitteet <sup>4</sup>				
	1.				
	2.				
	3.				

TOIMINTAKYKY	Liikkuminen, Liikkumisen apuvälineet <sup>5</sup>
	Kommunikointi <sup>6</sup> , Aistitoiminnot <sup>7</sup>
	Ravitsemus, ravitsemustila, ruokailu <sup>8</sup>
	Uni-valverytmi <sup>9</sup>
	WC-toiminnot <sup>10</sup>
	Henkilökohtaisen hygienian hoito <sup>11</sup>
	Kivut <sup>12</sup>

ELÄMÄN TÄRKEÄT TAPAHTUMAT, TAVAT JA TOTTUMUKSET	Ammatti / Koulutus	Siviilisääty
	Vakaumus, Seurakunta	
	Teille tärkeitä asioita, Mieluisa tekeminen ja ajankulu <sup>13</sup>	
	Elämän tärkeät tapahtumat <sup>14</sup>	
	Miten selviätte kotona, Mahdolliset ongelmatilanteet kotona ja niistä selviytyminen <sup>15</sup>	
	Omahoitaja (kotihoitossa), puhelinnumero	Omalääkäri, puhelinnumero
MUUT PALVELUT	Osallistuminen erillistä maksua vastaan järjestettäviin palveluihin mm. jalkahoitajan, parturi-kampaajan tai fysioterapeutin palveluihin.  KYLLÄ / EI	
ALLEKIRJOITUKSET	Paikka ja päivämäärä  Asiakas.....  Omainen.....  Lomakkeen täyttäjä.....	
LOMAKKEEN TIEDOT TARKISTETTU/ PÄIVITETTY	Päivämäärä / Tarkastanut	

## LOMAKKEEN TÄYTTÖOHJEET

1 Sairaudet, Dementoiva sairaus	Sairaudet, dementoivan sairauden diagnoosi, sairauden vaihe: lievä, keskivaikkea tai vaikea.
2 Sairauden aiheuttamat käytösoireet	Käytösoireet ja niiden hoito (lääkinnällinen/ ei lääkinällinen). Haitalliset psykologiset oireet tai käyttäytymisen muutokset: masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, seksuaaliset käytösoireet ym.
3 MMSE-pisteet	MMSE (Mini-mental state examination) tutkimuksen pisteet ja tutkimuksen suoritusajankohta. Esimerkiksi 12/30, 12.12.2009.
4 Hoitojakson tavoitteet	Hoitojakson tavoitteet (1-3 tavoitetta) voivat nousta mm. kotona päällimmäisestä ongelmasta, kotihoidon tavoitteesta / toivomuksesta, hoitohenkilökunnan tekemien havaintojen perusteella.
5 Liikkuminen	Liikkuminen ja liikkumisen ongelmat. Tasapaino, lihasten ja nivelten liikkuvuus, lihasvoima ja mahdollinen motorinen levottomuus eli vaelteleminen.
6 Kommunikointi	Kommunikoinnin sujuvuus. Kommunikoinnin ongelmat: puheen tuottamisessa tai / ja puheen ymmärtämisessä. Afasia, kaikupehe, pakkonauru tai -itku, rinnakkain etenevät tarinat, huudot ym.
7 Aistitoiminnot	Aistitoiminnot ja niiden ongelmat: näkö, kuulo, tunto, haju, maku. Esimerkiksi heikentynyt kuulo / näkö. Apuvälineet mm. kuulokoje.
8 Ravitsemus, ravitsemustila, ruokailu	Ruokavalio, ravitsemustila (alipaino, puutostilat) ja ravitsemusongelmat: nälän ja janon tunteminen, kykeneekö käyttämään ruokailuvälineitä, lisävalipalojen tarve, syö hitaasti, syö lautaselta toispuoleisesti, tarvitsee avustusta / syöttämistä ym. Lempi- / inhokkiruuat.
9 Uni-valverytmi	Nukahtaminen, uni-valverytmin häiriöt, nukahtelu, totuttu unirytm, päiväunet, unen määrä, nukahtamis- ja unirutiinit, unilääke ym.
10 WC-toiminnot	Erittämisen ongelmat: inkontinenssi, ummetus. Ongelmien hoito ja tarvittavat hoitotarvikkeet esimerkiksi vaipat (malli, koko).
11 Henkilökohtaisen hygienian hoito	Mitä kykenee tekemään itse / avustettuna. Missä tarvitsee apua. Henkilökohtaisen hygienian hoidossa ilmenevät ongelmat mm. riisumistilanne, pesutilanne, kosketetuksi tuleminen.
12 Kivut	Mahdolliset kivut, kyky ilmaista kipuja, aiheuttavatko kivut yleensä esimerkiksi aggressiivisuutta, levottomuutta ym.
13 Teille tärkeitä asioita, mieluisa tekeminen	Teille tärkeitä asioita mm. sosiaaliset kontaktit, kerhot ym. tilaisuudet, kauneushoito, huumorintaju, ystävällisyys. Mieluisa tekeminen ja ajankulu mm. musiikin kuuntelu, televisioin katselu, käsityöt, lukeminen ym.
14 Elämän tärkeät tapahtumat	Elämän tärkeät tapahtumat: lapsuudessa, nuoruudessa, aikuisiässä ja vanhuudessa. Esimeriksi tapahtumat, jotka vaikuttavat nykyiseen käytökseen, ovat puheenaiheina, tuottavat iloa tai aiheuttavat ahdistuneisuutta.
15 Kotona selviytyminen, ongelmatilanteet	Miten selviätte kotona: omaishoitajan / läheisen / kotiavun turvin. Mitä palveluita saatte kotiin. Mahdolliset ongelmatilanteet kotona mm. kaatuminen, ulkona eksyminen, levottomuus ja miten tilanteista selviydytään.

**ASIAKASTIETOLOMAKE  
LYHYTAIKAISHOITO**

HOITAJAKSON AJANKOHTA					
HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa puhuttelunimi)			Henkilötunnus	
	Lähiosoite, postinumero, paikkakunta				
YHTEYSHENKILÖT	Lähiomainen (puoliso, lapset)			Puhelinnumero	
SAIRAUSTIEDOT	Sairaudet <sup>1</sup>				
	Lääkitys				
	Sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt sekä keinot niiden lievittämiseen <sup>2</sup>				
	MMSE-pisteet <sup>3</sup>				
	Allergiat / Ruokavalio				
TAVOITTEET	Hoitojakson tavoitteet <sup>4</sup>				
	1. 2. 3.				
	Mitä odotatte hoitojaksolta, Mitä omainen odottaa hoitojaksolta				

TOIMINTAKYKY	Liikkuminen, Liikkumisen apuvälineet <sup>5</sup>
	Kommunikointi <sup>6</sup> , Aistitoiminnot <sup>7</sup>
	Ravitsemus, ravitsemustila, ruokailu <sup>8</sup>
	Uni-valverytmi <sup>9</sup>
	WC-toiminnot <sup>10</sup>
	Henkilökohtaisen hygienian hoito <sup>11</sup>
	Kivut <sup>12</sup>

ELÄMÄN TÄRKEÄT TAPAHTUMAT, TAVAT JA TOTTUMUKSET	Ammatti / Koulutus	Siviilisääty
	Vakaumus, Seurakunta	
	Teille tärkeitä asioita, Mieluisa tekeminen ja ajankulu <sup>13</sup>	
	Elämän tärkeät tapahtumat <sup>14</sup>	
	Miten selviätte kotona, Mahdolliset ongelmatilanteet kotona ja niistä selviytyminen <sup>15</sup>	
	Omahoitaja (kotihoitossa), puhelinnumero	Omalääkäri, puhelinnumero
MUUT PALVELUT	Osallistuminen erillistä maksua vastaan järjestettäviin palveluihin mm. jalkahoitajan, parturi-kampaajan tai fysioterapeutin palveluihin.  KYLLÄ / EI	
ALLEKIRJOITUKSET	Paikka ja päivämäärä  Asiakas _____  Omainen _____  Lomakkeen täyttäjä _____	
LOMAKKEEN TIEDOT TARKISTETTU/ PÄIVITETTY	Päivämäärä / Tarkastanut	

## LOMAKKEEN TÄYTTÖOHJEET

<b>1</b> Sairaudet, Dementoiva sairaus	Sairaudet, dementoivan sairauden diagnoosi, sairauden vaihe: lievä, keskivaikea tai vaikea.
<b>2</b> Sairauden aiheuttamat käytösoireet	Käytösoireet ja niiden hoito (lääkinnällinen/ ei lääkinällinen). Haitalliset psykologiset oireet tai käyttäytymisen muutokset: masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, seksuaaliset käytösoireet ym.
<b>3</b> MMSE-pisteet	MMSE (Mini-mental state examination) tutkimuksen pisteet ja tutkimuksen suoritusajankohta. Esimerkiksi 12/30, 12.12.2009.
<b>4</b> Hoitajakson tavoitteet	Hoitajakson tavoitteet (1-3 tavoitetta) voivat nousta mm. kotona päällimmäisestä ongelmasta, kotihoidon tavoitteesta / toivomuksesta, hoitohenkilökunnan tekemien havaintojen perusteella.
<b>5</b> Liikkuminen	Liikkuminen ja liikkumisen ongelmat. Tasapaino, lihasten ja nivelten liikkuvuus, lihasvoima ja mahdollinen motorinen levottomuus eli vaelteleminen.
<b>6</b> Kommunikointi	Kommunikoinnin sujuvuus. Kommunikoinnin ongelmat: puheen tuottamisessa tai / ja puheen ymmärtämisessä. Afasia, kaiku- tai pakkonauru tai -itku, rinnakkain etenevät tarinat, huudot ym.
<b>7</b> Aistitoiminnot	Aistitoiminnot ja niiden ongelmat: näkö, kuulo, tunto, haju, maku. Esimerkiksi heikentynyt kuulo / näkö. Apuvälineet mm. kuulokoje.
<b>8</b> Ravitsemus, ravitsemustila, ruokailu	Ravitsemustila (alipaino, puutostilat) ja ravitsemusongelmat: nälän ja janon tunteminen, kykeneekö käyttämään ruokailuvälineitä, lisävalipalojen tarve, syö hitaasti, syö lautaselta toispuoleisesti, tarvitsee avustusta / syöttämistä ym. Lempi- / inhokkiruuat.
<b>9</b> Uni-valverytmi	Nukahtaminen, uni-valverytmin häiriöt, nukahtelu, totuttu unirytmitys, päiväunet, unen määrä, nukahtamis- ja uniritiini, unilääke ym.
<b>10</b> WC-toiminnot	Erittämisen ongelmat: inkontinenssi, ummetus. Ongelmien hoito ja tarvittavat hoitotarvikkeet esimerkiksi vaipat (malli, koko).
<b>11</b> Henkilökohtaisen hygienian hoito	Mitä kykenee tekemään itse / avustettuna. Missä tarvitsee apua. Henkilökohtaisen hygienian hoidossa ilmenevät ongelmat mm. riisumistilanne, pesutilanne, kosketetuksi tuleminen.
<b>12</b> Kivut	Mahdolliset kivut, kyky ilmaista kipuja, aiheuttavatko kivut yleensä esimerkiksi aggressiivisuutta, levottomuutta ym.
<b>13</b> Teille tärkeitä asioita, mieluisa tekeminen	Teille tärkeitä asioita mm. sosiaaliset kontaktit, kerhot ym. tilaisuudet, kauneudenhoito, huumorintaju, ystävällisyys. Mieluisa tekeminen ja ajankulu mm. musiikin kuuntelu, television katselu, käsityöt, lukeminen ym.
<b>14</b> Elämän tärkeät tapahtumat	Elämän tärkeät tapahtumat: lapsuudessa, nuoruudessa, aikuisiässä ja vanhuudessa. Esimerkiksi tapahtumat, jotka vaikuttavat nykyiseen käytökseen, ovat puheenaiheina, tuottavat iloa tai aiheuttavat ahdistuneisuutta.
<b>15</b> Kotona selviytyminen, ongelmatilanteet	Miten selviätte kotona: omaishoitajan / läheisen / kotiaavun turvin. Mitä palveluita saatte kotiin. Mahdolliset ongelmatilanteet kotona mm. kaatuminen, ulkona eksyminen, levottomuus ja miten tilanteista selviydytään.