

Aire Kapanen

TUKEA JA TOIMINTAKYKYÄ MUISTISAIRAAN ARKEEN -
TUTKIMUS MUISTISAIRAAN KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄSTÄ
TOIMINNASTA MARGAREETA-KODISSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2013

TUKEA JA TOIMINTAKYKYÄ MUISTISAIRAAN ARKEEN
TUTKIMUS MUISTISAIRAAN KUNTOUTUMISEN TUKEMISESTA
MARGAREETA-KODISSA

Kapanen, Aire
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2013
Ohjaaja: Santamäki, Kirsti
Sivumäärä: 52
Liitteitä: 3

Asiasanat: etenevä muistisairaus, dementia, toimintakyky, kuntoutumisen tukeminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä muistisairaahan kuntoutumista edistävästä toiminnasta Margareeta-kodissa. Tavoitteena oli selvittää, mitkä asiat edistävät ja mitkä asiat puolestaan estävät muistisairaahan kuntoutumisen tukemista. Tutkimuksen tavoitteena oli löytää myös keinoja, joiden avulla voidaan muistisairaahan kuntoutumista kehittää vieläkin paremmaksi Margareeta-kodissa.

Opinnäytetyö on työelämänlähtöinen. Aineistonkeruumenetelmä toteutettiin kyselylomakkeen avulla syksyllä 2013 aikana. Kyselylomakkeita vietiin 20 työntekijälle ja 13 heistä palautti kyselylomakkeen.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa esiteltiin yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ja muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä. Lisäksi teoriaosuudessa selvitettiin toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää hoitotyötä sekä muistisairaahan lääkehoitoa ja lääkehoitoa ja yleisimpiä muistisairaahan hoidossa käytettäviä terapioidia.

Opinnäytetyössä saatujen tuloksien perusteella voidaan todeta, että Margareeta-kodissa muistisairaiden kuntoutumista edistävänä tekijänä henkilökunta näki sen, että asukkaiden fyysistä sitomista käytettiin erittäin vähän. Edistäviksi tekijöiksi nousivat myös omaisten mukaan ottaminen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen, toteutukseen ja arviointiin sekä muistisairaiden muiden sairauksien hyvä tunnistaminen ja hoitaminen. Tutkimus osoitti myös, että asukkaiden sosiaalisen, psyykkisen ja hengellisen tuen tarpeen huomioimisessa nähtiin puutteita ja se koettiin estäväksi tekijäksi. Muistisairaahan kuntoutumista edistävä hoitotyö on moniammatillista toimintaa, missä esimies työskentelee yhtenä tiimin jäsenenä.

Opinnäytetyön myötä saamaa tietoa voidaan hyödyntää Margareeta-kodissa muistisairaiden hoitotyön kehittämisessä.

MORE SUPPORT AND FUNCTIONAL ABILITY IN THE DAILY LIVES OF THE MEMORY DISORDERED – A Study on Strategies Conducive to Successful Rehabilitation at Margareta Home

Kapanen, Aire
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
December 2013
Supervisor: Santamäki, Kirsti
Number of pages: 52
Appendices: 3

Keywords: progressing memory disease, dementia, functional capacity, rehabilitative approach work

The purpose of this thesis was to gather Margareta Home personnel's ideas and suggestions on how to promote rehabilitation of memory disordered clients. The objective was to determine the factors which may be either unfavorable or conducive to successful rehabilitation. Finally, the aim was to find ways to further develop nursing practices at Margareta Home and, thus, ensure that the best rehabilitation treatment solutions are continuously provided for the memory disordered residents at the care home.

Study material for this work-based thesis was collected through a questionnaire in the fall of 2013. Altogether 20 questionnaires were distributed to the staff of Margareta Home, of which 11 were completed and returned.

Theory part of this thesis focuses on the most common progressive memory disorders and various related challenging behaviors among the clients suffering from these disorders. Moreover, this part presents the nursing practices conducive to patient's functional ability and his or her rehabilitation. This part also reviews memory disordered patients' medication management and non-medical treatment as well as the most commonly employed therapies in treatment of memory disordered patients.

The results of this study show that the personnel at Margareta Home had discovered that the factor contributing most favorably to the rehabilitation process of the memory disordered clients was the fact that the staff, in managing aggressive or challenging behavior of memory disordered clients, only used physical restraints as a very last resort. The other factors the staff members mentioned as conducive to successful rehabilitation included engaging family members, not only in drawing up, but also in implementation and assessment of care and service plans. The findings of the study also indicated that clients' need for social, mental and spiritual support was not always adequately acknowledged, which the responders considered to have an adverse effect on the clients' rehabilitation process. Finally the findings also support the idea that multi-professional team work, in which nurse supervisors participate in a team as equal team members, seems to be a pre-requisite for an effective rehabilitation process.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	MUISTISAIRAUDET.....	6
2.1	Toimintakyky ja muistisairaahan kuntoutumisen edellytykset.....	11
2.2	Muistisairaiden hoitomenetelmät.....	13
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ...	19
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
4.1	Tutkimusmenetelmät.....	20
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
5.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	22
5.2	Hoitokäytännöt.....	22
5.3	Margareeta-koti kuntoutumista edistävänä hoitoympäristönä.....	29
5.4	Läheiset osana hyvää hoitoa	30
5.5	Margareeta-kodin henkilöstö ja työhyvinvointi.....	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Tulosten tarkastelu	33
6.2	Kuntoutumista edistävät tekijät Margareeta-kodissa	33
6.3	Kuntoutumista estävät tekijät Margareeta-kodissa	36
6.4	Opinnäytetyön luotettavuus	39
6.5	Opinnäytetyön eettisyys	39
6.6	Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita.....	40
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Muistisairaiden määrä on lisääntynyt viime vuosina huomattavasti ja tutkimusten valossa näyttää siltä, että heidän määränsä lisääntyy entisestään. Etenevien muistisairauksien hoitoon ei edelleenkään ole keksitty parantavaa lääkitystä mutta sairauden etenemistä voidaan nykyisillä muistisairauslääkkeillä hidastaa. Joka vuosi diagnosoidaan noin 13000 uutta muistisairaustapausta. Tällä on myös suuri vaikutus kansantalouteemme sillä ikääntyvät muistisairaavat tarvitsevat paljon sosiaali- ja terveystalviteita sekä ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa. (Koivula 2013, 11.)

Aikaisemmin muistamattomista ikäihmisistä käytettiin nimitystä ”vanhuuden höppänyt, sitten alettiin puhua dementikoista ja nykyään suositellaan käyttämään termiä muistisairas. Hoitajille on alettu järjestämään myös koulutusta muistisairaahan hoitotyöhön mutta mikään koulutuskaan ei auta, ellei asenne ole kohdallaan. Kun asenne on kohdallaan, silloin se hyvä työ myös syntyy. Vanha hindulainen sananlasku sanookin: ”ei ihmiset vuoriin kompastu vaan kiviin.” (Räsänen 2013.)

Muistisairaiden kanssa työskentely on moniulotteista ja vaativaa työtä. Tämä vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja ja aitoa kiinnostusta paneutua muistisairaahan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Hoitajan on oltava herkkä aistimaan muistisairaahan sanojen taakse. Luottamuksen rakentaminen asiakkaan ja hoitajan välille on ehdoton edellytys hoitotyön onnistumiselle. Tämä edellyttää hoitajalta erityistä ymmärrystä asiakkaan tilanteesta ja sairaudesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan kuntoutumista edistävästä toiminnasta muistisairaiden hoidossa Vehmaan Margareeta-kodissa. Tavoitteena on kyselyn avulla selvittää Margareeta-kodissa hoitohenkilökunnan tietämystä ja toimintaa muistisairaahan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. Samoin tavoitteena on selvittää muistisairaahan kuntoutumista edistävät ja estävät tekijät Margareeta-kodissa.

Aiheesta on tehty tutkimuksia mutta tämä tutkimus koskee Margareeta-kotia Vehmaalla. Tutkimuksen tuloksia saavat hyödyntää kaikki muutkin, jotka työskentelevät muistisairaiden parissa. Margareeta-kodin arkeen tutkimus saattaa tuoda uusia näkökulmia. Muistisairaiden asukkaiden elämänlaatu ehkä kohenee ja samalla henkilökunnan työssä jaksaminen paranee, kun asukkaiden haasteellinen käyttäytyminen vähenee ja asukkaiden toimintakyky kohenee kuntoutumista edistävän toiminnan ansiosta.

Margareeta-koti on 38 asunnon palvelukeskus vanhuksille, muistihäiriöisille, kehitysvammaisille ja muille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Margareeta-koti on Vehmaan kunnan omistama ja sijaitsee Vinkkilässä. Palvelutalossa asukkaiden hoidosta vastaavat, sairaanhoitaja ja 13 muuta hoitajaa ja kuntoutusohjaaja. Kuhunkin yksikköön on nimetty omat hoitajat, jotka vastaavat asukkaiden hoidosta ja kehittävät yksikön toimintaa yhdessä muiden hoitajien kanssa. (Maisila 5.3.2013.)

Margareeta-kodin toiminnan tavoitteena on edistää asiakkaiden hyvinvointia ja taata heille perusturva ja yksilöllinen hoito. Omatoimista selviytymistä tuetaan kuntouttavan työotteen avulla. Kaikille asiakkaille tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Hyvän hoitotuloksen saavuttamisessa auttavat myönteinen ilmapiiri, luovuus, ammatillisuus ja hoitajien saumaton yhteistyö. Kodinomaiset, kauniit ja viihtyisät puitteet sekä ammattitaitoinen henkilökunta takaavat asukkaille kotoisan ja turvallisen elinympäristön. Margareeta-kodissa asiakas saa tarvitsemansa avun, palvelu- ja hoitosuunnitelmassa sovitun hoidon ja hoivan, lääkärin palvelut, vaatehuolto-palvelun, saunapalvelun ja turvapalvelun sekä päiväkeskustoimintaa kolmena päivänä viikossa. Käytettävissä on myös palvelukeskuksen kokoustila ja kuntosali. (Maisila 5.3.2013.)

2 MUISTISAIRAUDET

Muisti on tärkeä osa ihmistä. Silloin kun ihminen toistuvasti unohtaa, herää kysymys, mistä muistiongelmät johtuvat. Suurimmalla osalla taustalla syy unohtamiseen

on kiire ja väsymys. Kuitenkin osalla unohtamisen syy on etenevä muistisairaus. Silloin on tärkeä saada ajoissa asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta. Suomessa saa vuosittain yli 13 000 henkilöä jonkun muistisairausdiagnoosin ja sairastuneita on kaikkiaan jo yli 120 000. (Muistiliiton www-sivut 2013.)

Dementia ei ole erillinen sairaus vaan oire. Siihen liittyy muistioireiden lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikkeneminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Suomessa yleisesti käytetty dementian määritelmä on Amerikan psykiatriyhdistyksen American Psychiatric Association DSM-IV-määritelmän mukainen. (Erkinjuntti 2010, 87.) Sairastuneen toimintakykyä kuntouttamalla voidaan merkittävästi auttaa dementoituneita ja heidän omaisiaan. Dementoituneen hyvän hoidon tavoitteena onkin pyrkiä saavuttamaan sairastuneen ihmisen paras mahdollinen toiminnallinen tila. Vaikeassa dementian vaiheessakin korostuvat ihmisen perustarpeista ja elämänlaadusta huolehtiminen. (Sulkava, Alhainen & Viiramo 2004, 4.)

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia, kielellisiä toimintoja sekä näönvaraista hahmottamista. Useimmiten etenevät muistisairaudet johtavat tiedonkäsittelyn ja muistin dementia-asteiseen heikentymiseen. Muistisairaudet ovat ihmisen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä heikentäviä eteneviä sairauksia. Muistisairauksista aiheutuvat erilaiset oireet hankaloittavat ihmisen elämää. Oireet ja niiden laajuus ovat pitkälti riippuvaisia siitä, missä osassa aivoja vaurio on. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 16–17.) Tässä opinnäytetyössä muistisairaasta ihmisestä tai asukkaasta käytetään termiä muistisairas. Opinnäytetyössä käsitellään eteneviä muistisairauksia ja niiden vaikutusta sairastuneen toimintakykyyn ja selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista sekä sitä, miten kuntoutumista tukevalla hoitotyöllä voidaan helpottaa muistisairaiden, heidän omaistensa sekä hoitajien arkea ja elämää.

Alzheimerin tauti on yleisin etenevistä muistisairauksista. Alzheimerin tauti (AT) on hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. AT taudin esiintyvyys lisääntyy iän myötä ja kaikissa ikäryhmissä se on yleisempi naisilla kuin miehillä. Alzheimerin tauti alkaa muistihäiriöillä ja ensimmäisiä oireita ovat mieleen painamisen heikentyminen ja uuden oppimisen vai-

keutuminen. Käytännössä tämä saattaa ilmetä esimerkiksi vaikeutena muistaa uusia nimiä tai sovittuja asioita, käyttöesineiden hukkaamisena ja vaikeutena liikkua erityisesti vieraassa ympäristössä. Lähimuisti heikkenee ja asiat menevät helposti pieleen. (Muistiliiton www-sivut 2013.)

Verisuoniperäinen (vaskulaarinen) muistisairaus liittyy aivojen verisuonten vaurioihin ja erityyppisiin aivoverenkiertohäiriöihin. Verisuoniperäisen muistisairauden riskiä lisäävät kohonnut verenpaine, koronaaritauti, sydäninfarkti, tupakointi, diabetes sekä aivohalvaukseen liittyvät aivoverenkiertohäiriöt. Verenkiertohäiriöt ovat toiseksi yleisin keskivaikean ja vaikean muistisairauden syy. Niiden esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Vaskulaarista dementiaa sairastavan potilaan oireiden luonne määräytyy aivoihin syntyneen vaurion tai sijainnin mukaan. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142–144.) Verisuoniperäisen muistisairauden varhaisoireisiin kuuluvat usein lievä muistihäiriö, puhehäiriöt, kömpelyys, töpöttävä kävely ja hahmottamisvaikeudet. Sairastuneilla on usein myös tunneherkkyyttä ja mielialat vaihtelevat helposti itkusta nauruun. Oireet saattavat alkaa nopeastikin ja vaihtelevat päivittäin tai kausittain. (Muistiliiton www-sivut 2013.)

Lewyn kappale-tauti (LKT) alkaa tavallisesti 50–80 vuoden iässä, ja se on saanut nimensä aivoissa havaittavien löydösten, Lewyn kappaleiden, kertymisestä aivojen kuorikerroksen alueelle. Tauti on yleisempi miehillä kun naisilla. Taudin erityispiirteet ovat kaatumiset ja tuntemattomista syistä johtuvat tajunnanhäiriöt sekä pyörtyily. (Rinne 2010, 159.) Lewyn kappale -tauti aiheuttaa älyllisten toimintojen, tarkkaavuuden sekä vireystilan vaihteluita. Merkittäviä muistihäiriöitä ei taudin alkuvaiheessa välttämättä ole, mutta sairauden edetessä muistikin heikkenee. Avaruudellinen hahmottaminen on vaikeaa, ja sairastuneelle saattaa tulla ohimeneviä tajunnanhäiriöitä. Parkinson-oireita, kuten lihasjäykkyyttä ja kävelyvaikeuksia esiintyy noin 40–90%:lla sairastuneista. LKT sairastuneella harhaluulot ovat yleisiä. (Muistiliiton www-sivut 2013.)

Otsalohkorappeumasta johtuva muistisairaus (frontotemporaalinen degeneraatio) on yleisnimitys niille oireyhtymille, jolle on ominaista aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuvat oireet. Sairaus alkaa yleensä 45 ja 64 ikävuoden välillä. Otsalohkorappeumasta johtuvassa muistisairaudessa keskeistä on persoonalli-

suuden ja käyttäytymisen muutos. Muisti on usein kohtalaisesti säilynyt, mutta puheen tuottaminen on normaalia työläämpää ja sanoja voi olla vaikea löytää tai niiden merkitys voi olla hämartynt. Sairauden oireet ilmenevät asteittain etenevänä persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksena eli arvostelukyky heikkenee, estot katoavat, tunteet latistuvat ja ilmenee levottomuutta. (Soininen & Hänninen. 2010, 81.)

Parkinsonin tauti ja sen aiheuttama muistisairaus on keski-ikäisillä ja vanhuksilla esiintyvä sairaus jonka syy on tuntematon. Tauti alkaa hitaasti, ja oireet pahenevat ajan myötä. Parkinsonin taudin oireet ovat sairauden alkuvaiheessa vaan toispuoliset mutta sairauden edetessä ne leviävät myös toiselle kehonpuoliskolle. Keskeiset oireet ovat vapina, lihasjäykkyys ja hidastuminen. Parkinsonin tautia sairastavan henkilön kävely on hidasta, askeleen pituus on lyhentynyt ja myötäliikkeet ovat vaimentuneet tai kokonaan poissa. Muita oireita ovat tasapainovaikeudet, autonomisen hermoston toimintahäiriöt sekä psyykkiset ja kognitiiviset oireet. (Rinne 2010, 172–173.)

Dementia in Europe Yearbook 2012 keskittyy muistisairaiden nykytilaan ja kehitetään kansallisia demencian strategioita koko Euroopassa. Huomiota kiinnitetään erityisesti määrärahoihin diagnoosin, hoidon ja tutkimuksen suhteen. Maissa joissa ei vielä ole suunnitelmaa ja / tai eivät ole kehittämässä sellaista, esitetään yksityiskohtaisesti, kuinka nämä kolme asiaa käsitellään kansallisella tasolla. Muistisairaudet ovat lisääntyneet ympäri maapallon ja ovat näin myös maailmanlaajuisesti ja kansantaloudellisesti kustannuksia kasvattavia sairauksia. Parantavaa lääkitystä ei vielä ole kehitetty, ainoastaan sairauksien etenemistä hidastavaa ja toimintakykyä parantavia lääkkeitä on kehitetty. Koko ajan kyllä uusia lääkkeitä kehitetään ja testataan. (Dementia in Europe Yearbooks 2012.)

Euroopan parlamentin vuonna 2008 hyväksymässä kannanotossa nostetaan esiin muistisairauksien kasvava merkitys kansanterveyden ja -talouden kannalta ja kansallisten muistiohjelmien tarve yhtenä varautumisen työvälineenä. Suomen kansallinen muistiohjelma on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä. On todettu, että Suomessa eteneviä muistisairauksia sairastavat tarvitsevat ja käyttävät runsaasti sosiaali- ja terveyspalveluja; mm. kolmella neljästä ympärivuorokautisen hoidon asiakkaasta on muistisairaus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Haasteellista käyttäytymistä eli käytösoireita muistisairailta esiintyy yleisimmin sairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Käytösoireet heikentävät muistisairaahan toimintakykyä ja elämänlaatua huomattavasti. Yleisempiä käytösoireita ovat harhaluulot, hallusinaatiot, levottomuus, vaeltelu, unihäiriöt ja masennus. Muistisairaahan hoitoyksikössä tulisi henkilökunnalla olla erityisosaamista oikeaoppiseen kohtaamiseen ja heidän tulee omata tietoa ja taitoa sekä oikeat auttamismenetelmät. Muistisairaahan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon sairastuneen elämäntarina. Kaikenlainen menneisyyden väheksyntä tai huomioon ottamatta jättäminen saattavat nousta esiin erilaisina käytösoireina. Kuntoutumista edistävän muistisairaahan hoitotyön keskeisiä elementtejä onkin käytösoireiden tunnistaminen, kirjaaminen ja hoitaminen. (Muistiliitto 2009, 12.)

Vuorovaikutuksen huono laatu lisää muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä. Vuorovaikutustapahtuma on kaikessa hoito- ja ihmissuhdetyössä keskeinen toimintaa edistävä tai vaikeuttava tekijä. Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa vaatii erityisosaamista, sillä se tapahtuu enemmän tunnetasolla kuin järjen tasolla. Sanattoman viestinnän merkitys kasvaa ja luottamus sekä empatia ovat hoitavan vuorovaikutuksen tunneperusta. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi- Sulkava 2004, 6, 22.)

Haasteellista käyttäytymistä tulee hoitaa, jos se rasittaa sairastunutta tai heikentää hänen kykyään huolehtia itsestään ja hänen sosiaalinen vuorovaikutuksensa sekä toimintakykynsä kärsivät selkeästi. Käytösoireet, joista sairastuneelle itselleen tai hänen läheisilleen ja hoitajille aiheutuu vaaratilanteita, on myös hoidettava, Infektiot, muut sairaudet ja kivut sekä huono ravitsemustila aiheuttavat ja vaikeuttavat käytösoireita. (Eloniemi- Sulkava 2007, 73–80.)

Toisinaan joudutaan käyttämään fyysistä sitomista hyvin aggressiivisen muistisairaahan hoitotyössä. Tässä noudatetaan mielenterveystien 22 § periaatteita, missä potilas todennäköisesti käyttäytymisellään tai uhkailullaan vahingoittaisi itseään tai muita. Lääkäri päättää aina sitomisesta, se on kirjattava hyvin ja sitomiseen saa käyttää vain siihen hyväksytyjä varusteita ja välineitä. (Sulkava, Alhainen & Viramo 2009, 19–20.)

2.1 Toimintakyky ja muistisairaana kuntoutumisen edellytykset

Toimintakyvyllä tarkoitetaan käsitettä, joka liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin. Toimintakyvyn arvioinnissa tulisi huomioida sen eri ulottuvuudet, fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Tämän lisäksi arvioidaan myös asuinympäristön vaikutus toimintakykyyn. (Sosiaaliportin www-sivut 2013.)

Fyysinen toimintakyky käsittää kyvyn suoriutua fyysisesti päivittäisistä toiminnoista, kuten syöminen, juominen, nukkuminen, pukeutuminen, peseytyminen, vessakäynteistä ja liikkumisesta. Se on yleensä kykyä selviytyä arjen askareista. Psyykinen toimintakyky käsittää elämänhallintaan, mielenterveyteen ja henkiseen hyvinvointiin liittyvät asiat, kuten mielialan, itsensä arvostuksen ja voimavarat. Sosiaalinen toimintakyky puolestaan tarkoittaa kykyä olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Esimerkiksi suhteet läheisiin ja omaisiin, vapaa-ajan vietto, harrastukset ja osallistuminen ovat sosiaalista toimintakykyä lisääviä tekijöitä. Kognitiivinen (älyllinen) toimintakyky käsittää oman terveydentilansa ja toimintakykynsä realistisen ymmärtämisen. Se sisältää muistin, oppimisen, keskittymisen, hahmottamisen, orientaation, kielellisen toiminnan ja toiminnan ohjauksen. (Sosiaaliportin www-sivut 2013.)

Kuntoutuminen on moniammatillista, monivaiheista ja moniulotteista osaamista, minkä tavoitteena on henkilön toimintakyvyn ja toimintavajavuuksien arviointi, hoidon tavoitteiden asettaminen ja kuntoutumisen säännöllinen arviointi. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa, jonka tavoitteena on mahdollisimman itsenäinen selviytyminen, mikä puolestaan taas lisää omanarvontunnetta ja itsemääräämisoikeutta. (Vähäkangas 2010, 35.)

Kuntoutus ja kuntoutuminen ovat molemmat moniulotteisia toimintoja. Kuntoutus voidaan kuvata sairastuneen ja kuntoutushenkilökunnan väliseksi vuorovaikutussuhteeksi. Kuntoutumisella puolestaan tarkoitetaan sairastuneen ihmisen terveydentilan tai toimintakyvyn kohenemistä, joko kuntoutuksen tai muiden tekijöiden seurauksena. Kuntoutumisen tarkoituksena on voittaa sairaudesta aiheutuneet vaikeudet. Tavoitteena on löytää tarkoituksenmukaisuutta ja mielekkyyttä muuttuneeseen elämäntilanteeseen sekä hyväksyä tapahtunut ja kohdata muutokset. (Granö, Heimonen & Koskisu 2006, 5-7.)

Hyötyliikunta ja arkiliikunta ovat muistisairaana jokapäiväistä elämää. Kuntoutus on osa kuntoutumista edistävää toimintaa. Kuntosaliharjoittelu on todettu sopivaksi ja turvalliseksi kuntoutusmuodoksi myös muistisairaille. Fysioterapeutti laatii kuntosaliharjoittelun ohjelman. Fysioterapeutti antaa myös erilaisia fysikaalisia hoitoja esimerkiksi nivelkipujen hoidossa. Fysioterapeutti arvioi myös muistisairaana fyysistä toimintakykyä muun muassa TOIMIVA-testistöllä. Tällainen toimintakyvyn arviointi on osa muistisairaana tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusprosessia. Fysioterapeutti laatii kirjallisen liikuntasuosituksen yhdessä muistisairaana, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. (Käyhty 2008, 97–98.)

Kunnilla on sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistävastuu ja se perustuu kuntien strategiseen suunnitteluun. Jokaisessa hoitoyksikössä puolestaan toiminta pohjautuu toiminta-ajatukseen ja arvoihin. Toiminta-ajatuksessa on kirjattuna yksikössä noudatettavat arvot, toimintatavat, hoidon tavoitteet ja asiakasryhmät. Koko henkilökunta sitoutuu noudattamaan toiminta-ajatusta ja se pitää olla myös asiakkaiden ja heidän läheistensä nähtävissä. Hoitotyön ja yhteisön arvojen tulee vastata toiminta-ajatusta. Muistisairaiden hoitoyksikön arvojen määrittelyssä voisi pohjana käyttää David Troxellin ja Virginia Bellin esittämää ”Dementoituvan ihmisen inhimilliset oikeudet” artikkelia (LIITE 3), mikä julkaistiin vuonna 1994 Alzheimer’s Disease International- järjestön julkaisussa. (Muistiliitto 2009, 5-6.)

Jokaiselle asiakkaalle tulee laatia hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää myös kuntoutussuunnitelman. Suunnitelman pohjana toimivat epikriisit, esitiedot ja asiakkaan toimintakyvyn arviointituloksia aikaisemmalta ajalta. Suunnitelma laaditaan moniammatillisesti muistisairaana ja hänen läheistensä kanssa. Asiakkaan elämäntarinnalla on suuri merkitys toimintakyvyn ylläpitämiseen. Suunnitelma ohjaa päivittäistä hoitotyötä ja sitä tulee arvioida aina toimintakyvyn muuttuessa mutta vähintään sovitusti, esimerkiksi puolen vuoden välein. Omahoitajan tulee huolehtia suunnitelman ajantasaisuudesta. (Muistiliitto 2009, 8.)

Henkilökunnan hyvä ammattitaito edistää kuntoutumista edistävään työtapaan sitoutumista. Tämä taas edellyttää riittävää tietoperustaa sairaudesta, luovuuden käytöstä haastavissa tilanteissa sekä kykyä kohdata muistisairas ja omainen haasteellisessa tilanteessa. Tavoitteet ja keinot kirjataan huolellisesti ja niitä käytetään laadukkaan

hoidon ja kuntoutumisen osoittamisen välineenä. Huolellinen ja kuvaileva kirjaaminen on osa ammattitaitoa. Kirjaaminen on kaikkien hoitoon osallistuvien velvollisuus ja sitä toteuttaa koko henkilökunta ammatista tai koulutustasosta riippumatta. (Routasalo 2004, 26.)

Toimintakyvyn mittareina muistisairaiden yksikössä yleisimmin käytetään MMSE:tä. Fyysisen toimintakyvyn mittareina voisi olla vaikkapa TOIMIVA-testi ja mielialan arvioinnissa GDS-30 tai muistisairaille kehitetty Cornellin depressioasteikko. Päivittäisiä ja henkilökohtaisia toimintoja voi seurata ADL/IADL-asteikolla. Jokaisessa yksikössä yhdessä sovitaan, mitä mittareita käytetään asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa. Kirjaaminen on myös osa kuntoutumista edistävää toimintaa ja siksi tiedonkulun yksikössä pitää olla kuvailevaa, asiallista ja luotettavaa. Jokainen työntekijä havainnoi omassa työvuorossaan asiakkaita ja kirjaa heidän vointiaan, vireystilaansa, mielialaa tai normaalista poikkeavasta käytöksestä asiakkaan tietoihin. Kirjaaminen toimii myös henkilökunnan oikeusturvana. (Muistiliitto 2009, 8.)

2.2 Muistisairaiden hoitomenetelmät

Muistisairauslääkkeiden viralliset käyttöaiheet ovat Alzheimerin tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus. Suomessa on tällä hetkellä käytössä donepetsiili, galantamiini, rivastigmiini ja memantiini. Varhain aloitetulla muistisairauslääkityksellä voidaan kognitiivisia oireita vähentää ja hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä jopa vuosilla.. Muistisairauslääkkeet ovat osa muistisairaana kuntoutumista edistävää hoitoa. Parantavaa vaikutusta näillä lääkkeillä ei ole mutta tautia hidastava vaikutus. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 465.)

Orionin kehittämä uusi lääke (ORM-12741) voi tuoda apua Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden kokemiin kognitiivisiin ja käytösoireisiin. Toisen vaiheen kliinisen potilastutkimuksen mukaan ORM-12741-lääkeaihiolla oli merkittävä positiivinen vaikutus keskivaikeaa Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden tapahtumamuistiin. Tämä tutkimus on julkaistu lehdistötiedotteessa 21.3.2013 American Academy of Neurologyn vuosikokouksessa San Diegossa. (Orionin www-sivut 2013.)

Myös muistisairaahan muiden sairauksien hoito tulee huomioida hyvin. Yleensä muistisairaalla on muistisairauden lisäksi myös muitakin toimintakykyä rajoittavia sairauksia. Yleisempiä sairauksia ovat tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, erilaiset aistiongelmät, diabetes ja erilaisia infektiosairauksia. Myös nämä sairaudet tulisi tutkia ja hoitaa asianmukaisesti, eikä kohdentaa hoitoa vaan muistisairauteen. (Viramo & Strandberg 2010, 498–499.)

Vaikka lääkehoito on oleellinen osa muistisairauksien hoitoa, se ei ole yksinomainen hoitomuoto. Psykososiaalinen hoito, muistisairautta sairastavan ihmisen elämänkulun tunteminen ja käyttäytymisen ymmärtäminen sekä hänen läheistensä ja omaistensa tukeminen ovat yhtä tärkeitä kuin lääkehoidot. (Kivelä & Rähä 2007, 55.)

Lääkkeettömällä hoitomuodoilla on saavutettu myönteisiä vaikutuksia muistisairautta sairastavan neuropsykiatriisiin oireisiin ja käyttäytymiseen. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan sitä, että muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman hyvin. Pyritään välttämään muistisairaahan perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden tunteen lisäämistä. Lonkkasuojainhousut ovat hyvä ja halpa keino ehkäistä lonkkamurtumia, mikäli muistisairaalla esiintyy kaatumisia. Eikä auteta liikaa, vaan annetaan ohjeita ja avustetaan vain tarvittaessa sellaista muistisairasta, joka kykenee itse tekemään pesuja, pukeutumaan ja ruokailemaan. (Koponen & Saarela 2010, 485.)

Kaikenlaiset yksinkertaiset aktiviteetit, kuten pelit, bingo, ulkoilu, tanssi, jumppa, lukeminen, laulaminen ja muistelu aktivoivat muistisairaita, lisäävät sosiaalista kanssakäymistä ja ylläpitävät toimintakykyä. Muisteluterapialla on havaittu olevan lyhytkestoista vaikutusta mielialaan ja käyttäytymiseen. Lemmikkieläimillä, erilaisilla tuoksuilla, haju-, maku- ja kosketusaistin stimulaatioilla on myös saatu positiivisia vaikutuksia muistisairaahan elämänlaadulle. Musiikkiterapialla on saatu luotua kontakteja jo vaikeasti dementoituneeseen henkilöön. Muistisairaahan kyky kokea tunne-elämyksiä ei katoa vaikka kognitiiviset kyvyt heikkenevät. Hiljaisella taustamusiikilla, esimerkiksi aaltojen kohinalla, on todettu olevan apua levottomuuteen. (Koponen & Saarela 2010, 485–489.)

TunteVa-toimintamallin mukaan muistisairas ihminen tulee kohdata tunnetasolla. Muistisairasta ei yritetä palauttaa tähän päivään, vaan hoitaja menee hänen kanssaan samalla tunnetasolle. Dementoiva sairaus muuttaa sairastunutta ja hän tarvitsee yhä enemmän hoivaa ja huolenpitoa ja sen antaminen tapahtuu vuorovaikutuksessa. Tunteet ja tarpeet säilyvät muistisairaallakin ja heille tunteet ovat totta, vaikka tarina onkin epäuskottava. Tunne ei häviä rauhoittamalla tai kieltämällä, vaan tunnetta pitää kuunnella ja näin helpottaa muistisairaahan ihmisen oloa. Eilispäivän etsiminen on muistisairaahan tämän päivän työtä. (Kämäräinen 2008, 2-28.)

Logoterapian mukaan muistisairaahan ihmisen kohtaaminen on mahdollisuuksien maailma. Logoterapiassa elämänmyönteinen ja ihmisarvoa kunnioittava toimintatapa vahvistaa ihmisen luottamusta siihen, että elämä kantaa. Muistisairaalla on tietty luonne, arvot, roolit ja elämäntarina iloineen ja suruineen. Vaikka muistisairaalla on etenevä ja toimintakykyä heikentävä sairaus, on hänellä aina voimavaroja, mahdollisuuksia ja toivoa, jotka kumpuavat hänen eletystä elämästään. Tosiasioihin tai realiteetteihin palaaminen sekä muistia testaavien kysymysten esittäminen lisäävät muistisairaahan turvattomuutta ja ahdistusta, silloin kun muistisairaalla ei enää ole kykyä vastata tai ymmärtää näitä asioita. (Laine & Heimonen 2010, 14–25.)

Profiilihoidon tavoitteena on löytää muistisairauden takaa se sama tunteva ja ajatteleva ihminen, mikä hän on ollut ennen sairastumistaan. Profiilihoidon avulla pyritään ennalta ehkäisemään haasteellista käyttäytymistä ja samalla tukea muistisairaahan voimavaroja, mikä taas puolestaan edistää kuntoutumista. Profiilihoitomenetelmän yhtenä tavoitteena on myös hoitohenkilökunnan jaksamisen tukeminen ja se antaa henkilökunnalle uusia henkisiä työvälineitä, sillä dementoituneiden ihmisten hoitotyö on välillä hyvin rankkaa. Profiilihoito on henkilökunnan uusi henkinen työväline. (Setälä 2011, 19–20.)

Puutarhaterapeuttinen kuntouttava hoitotyö on hoitomuoto, jota voidaan käyttää yhdessä mielikuvatekniikoiden ja työterapian kanssa varsin tehokkaasti muistisairaahan henkilön hoidon tukena. Se on muistojen herättäjä, sillä muistisairaahan ihmisen osaaaminen ja kyky eivät ole kadonneet minnekään. Vanha tuttu kasvi, salaattilehti tai juhannusruusun tuoksu voi aktivoida nuoruuden onnellisia muistoja. Kasvien kosketus luo tunteen ja väylän kokea elämän kosketus. Puutarhaterapeuttinen työskentely

mahdollistaa aktiivisen luottamussuhteen synnyn ja avaa ikään kun väylän kommunikointiin. Puutarhaterapia on parhaimmillaan oivallista arkipäivän auttamistyötä, mutta se ei ole yksinomaan esimerkiksi amarylliksen sipulin istuttaminen ellei siihen liity terapeutinen keskustelu. Samalla kun puuhastellaan kasvien kanssa, ohjautuu asukkaissa olemassa oleva energia työskentelyyn, joka taas antaa tyydytystä, iloa ja oikeanlaista väsymyksen tunnetta. (Nicehousen www-sivut 2013.)

Ruokailu on yksi tärkeä osa muistisairaahan kuntoutumista tukevaa hoitoa ja aktivointia. (Vallejo ym. 2007, 67–69.) Muistisairauksien yhteydessä laihtuminen on tavallista. Myös normaalipainoisella tai ylipainoisella ihmiselläkin ravitsemustila voi olla heikentynyt tai huono. Yksinkertainen tapa seurata muistisairaahan ihmisen ravitsemustilan muutoksia on punnita hänet säännöllisesti. Yli kolmen kilon painon pudotus muutaman kuukauden aikana antaa aihetta lisäselvityksiin. MNA-ravitsemustestiä voidaan käyttää riski-virheravitsemuksen arviointiin. Testin tulosten perusteella tarvittaessa aloitetaan tehostettu ravitseminen ja mietitään mahdollisten lisäravinteidenkin käyttöä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 17–19.)

Hyvä ravitsemustila on yhteydessä toimintakykyyn. Erityisesti asukkaiden fyysinen toimintakyky on parantunut, kun on annettu 15 gramman proteiinilisä kaksi kertaa päivässä vaikka taustalla ei ollut fyysistä harjoittelua. Kun proteiinilisä ja lihaskuntoharjoittelu yhdistettiin niin asukkaiden lihasmassan määrä ja fyysinen toimintakyky paranivat. (Suominen, Puranen & Jyväkorpi 2013, 19–22.)

Ravitsemustilan heikkeneminen voi johtua myös suuongelmista. Muistisairaiden kuten kaikkien muidenkin ikääntyvien suun terveydenhuolto on myös tärkeä asia. Huonosti sopivat proteesit tai aristava suu saattavat haitata syömistä ja nesteiden nauttimista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 46.)

”Lusikka suuhun jumppa” herättelee ja aktivoi muistisairaita ihmisiä ruokailemaan, samalla se aktivoi aivoja, parantaa suun ja käsien motoriikkaa, lisää nivelten liikkuvuutta ja verenkiertoa ja orientoi myös aikaan. Tätä jumppaa voisi harjoitella aina päivittäin ennen ruokailua (Puranen & Suominen 2012, 34–35).

Erilaisilla arjen toiminnoilla voidaan tukea muistisairaahan toimintakykyä. Ulkoilu tukee toimintakykyä monipuolisella tavalla, siellä saa myös monenlaisia aistivirikkeitä. Ulkoilun voi suorittaa kävellen, pyörätuolilla tai vaan istuen parvekkeella tai terassilla. Usein aliarvioidaan muistisairaiden taidot, eikä ajatella, että se voisi olla myös maalausta, draamaa, tanssia ja musiikkia. Se voi olla yksikön töihin osallistumista, kuten lumenluontia, haravointia, puutarhan ja kukkien hoitoa tai pölyjen pyyhkimistä. Se voi olla fyysistä toimintakykyä parantavaa toimintaa, kuten liikuntaa, tasapainokoulutusta tai kuntosaliharjoittelua. Mielekkääseen ja aktiiviseen arkeen kuuluvat myös halaaminen, hieronta, muistelu, leikinlasku ja ulkonäöstä huolehtiminen. Täytyy kuitenkin muistaa, että kuntoutumista edistävä hoitotyö sallii myös muistisairaahan ihmisen levätä ja välillä olla ihan vaan omassa rauhassaan. Muistisairaille ihmisille tulee sallia osallistua aktiiviseen arkeen omien voimavarojensa puitteissa. (Muistiliitto 2009, 14.)

Myös muistisairaahan hengellinen tukeminen kuuluu arkielämään. Elämäntarinan tunteminen auttaa hengellisissä asioissakin, Jokaisen muistisairaahan hengellistä vakaumusta tulee kunnioittaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata myös hengelliset asiat ja niiden tärkeys. Hartaustilaisuudet saattavat helpottaa ahdistuneen muistisairaahan elämää ja vahvistaa turvallisuuden tunnetta. (Kivikoski 2002, 6-8.)

Hyvin suunniteltu muistisairaiden hoitoyksikkö tukee heidän elämänhallintaansa ja turvallisuuttaan sekä auttaa hahmottamaan ja löytämään paikat omin avuin. Kuntoutumisen edistämiseksi myös hoitoyksikön ilmapiiri ja sen asenneympäristö vaikuttavat asukkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen. Asukkaiden omiin huoneisiin pitää tuoda omia huonekaluja ja muita rakkaita tavaroita. Muistelun hyviä välineitä ovat esimerkiksi valokuvat. Yhteisten tilojen tulee olla kotoiset ja tilavat ja valaistuksen tulee olla hyvä. Turha melu ja häly pitää minimoida. Kodikkuutta voi luoda väreillä ja musiikilla. Niin yksikön kuin sen ympäristönkin tulisi olla esteetön ja turvallinen. (Muistiliitto 2009, 22.)

Muistisairaalla ympäristön hahmottamisen kyky voi heikentyä jo melko varhaisessa vaiheessa ja silloin tapahtuu eksymisiä. Muistisairas saattaa kuvitella television tapahtumien tapahtuvan omassa kodissa/hoivakodissa ja peiliin katsominen voi aiheuttaa virhetulkintoja, kun ei enää tunnista omia kasvojaan. Kulkureitillä olevat matot

saattavat olla suuri kaatumisriski mutta toisaalta ne taas tuovat kodintuntua. Aidattu piha-alue tai lasitettu parveke antavat liikkumavapautta ja vähentävät rajoitetuksi tulemisen tunnetta. Myös väreillä on todettu olevan muistisairaahan hahmottamiseen, liikkumiseen ja haasteelliseen käyttäytymiseen vaikutusta. Jotkut värit lisäävät ympäristön turvallisuutta ja selkeyttä ja näin tuetaan muistisairaahan toimintakykyä. (Sievänen, Sievänen, Välikangas & Eloniemi- Sulkava 2007, 11,22.) Muistisairaajat ihmiset yleensä kävelevät, vaeltavat paljon ja ovat lähdössä kotiin. Heitä ei pidä estää liikkumasta, mutta ulko-ovet voivat olla lukittuja, jotta he eivät pääse karkaamaan. Oveen voi myös maalata jotain kuvia tai sen eteen voi laittaa verhon, sillä tällöin muistisairas ei välttämättä huomaa ovea siinä olevankaan. Parasta olisi, jos muistisairaajat voisivat kulkea vapaasti ulos ja voisivat liikkua siellä turvallisesti.

Muistisairaahan ihmisen omaiset ovat arvokkaita tietolähteitä muistisairaahan hoidossa. Tuntemalla muistisairaahan historiaa, sairastuneen elintavat ja tottumukset, voidaan jo heti hoitosuhteen alussa suunnitella muistisairaahan asuminen ja eläminen hänen tarpeitaan vastaavaksi. Läheisille tulee antaa mahdollisuus vierailuille ja antaa heille mahdollisuus osallistua aktiivisesti hoivayksikön arkeen ja tällä tavalla osallistua muistisairaahan kuntoutuksen tukemiseen. Läheisten kanssa tulee keskustella lääkityksestä ja voinnin muutoksista. Lisäksi voidaan järjestää erilaisia omaisten iltoja, missä yhdessä voidaan keskustella asioista tai muuten vaan pitää hauskaa. (Muistiliitto 2009, 16.)

On hyvä keskustella myös muistisairaahan elämän loppuvaiheen hoidosta omaisten ja läheisten kanssa. Hoitotahtoasiankirjan laatiminen muistisairauden mahdollisimman varhaisessa vaiheessa helpottaa myös läheisten taakkaa heidän pohtiessaan hoidon ratkaisuja sairauden loppuvaiheessa. Hoitotahtoasiakirja tukee myös sairastuneen hoitoon liittyvissä asioissa ja tukee siten hänen itsemääräämisoikeuttaan ja arvokkuuttaan silloinkin, kun hän ei enää itse kykene tahtoaan ilmaisemaan. (Käypä hoito – suositus 2010.)

Muistisairaiden ihmisten hoitotyö edellyttää sosiaali- ja /tai terveydenhuollon ammattillista koulutusta ja sen lisäksi myös muistisairaahan kuntoutumista edistävää erityisosaamista. Hoitoyksiköiden asukkaiden toimintakykyisyys ja hoitoisuuden tarve ovat pohjana henkilöstön koulutusta suunniteltaessa. Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa vaatii erityisosaamista. Henkilökunnalla tulee olla oma taukotila ja mahdolli-

suus lepotaukoihin, sillä muistisairaiden ihmisten hoitotyö on erittäin rankkaa, joskin myös hyvin antoisaa. (Muistiliitto 2009, 19.)

Työhyvinvoinnilla tarkoitetaan työntekijän fyysistä ja psyykkistä olotilaa, joka perustuu työn, työympäristön ja vapaa-ajan sopivaan kokonaisuuteen ja ammattitaito sekä työn hallinta ovat työhyvinvointia edistävät tekijät.” Muistisairaiden hoitoyksikön henkilökunnan ja asukkaiden hyvinvointi liittyvät läheisesti yhteen. Henkilökunnan voidessa hyvin ja heidän ollessa motivoituneita työhönsä, voivat myös asukkaat hyvin. (Muistiliitto 2009, 19.)

Lähiesimiehet ovat haastavassa roolissa. Esimies rakentaa toiminnallaan yksikön kulttuuria. Oikeudenmukaisella johtamisella on tutkimusten mukaan voimakkaat yhteydet työssä viihtymiseen, sitoutumiseen, muutosten onnistumiseen sekä henkilöstön psyykkiseen hyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin. Kun työntekijä tai tiimi pääsee suunnittelemaan työtään ja työmenetelmiään mahdollisimman itsenäisesti, suurtakin kiirettä tai muita työn vaatimuksia voidaan sietää ilman, että stressi muuttuu haitalliseksi. (Sinervo 2011, 10–12.)

Esimiestaitoja on tutkittu paljon mutta myös työntekijät voivat kehittää alaistaitojaan. Työntekijöiden tulee panostaa rakentamaan vuorovaikutukseen niin esimiehen kuin kollegoidensa kanssa. Työntekijöiden kannattaa miettiä myös omaa asennoitumistaan omaan kehittämiseensä ja koko työyhteisöön. Työntekijöiden voi olla vaikea kehittää ja toteuttaa alaistaitojaan huonon esimiehen alaisuudessa. Toisaalta taas hyväkään esimies tai työntekijä ei pysty opettamaan alaistaitoja sellaiselle henkilölle, jonka motivaatio on heikko kehittymiseen tai se puuttuu vallan. (Keskinen 2006, 17–18.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä muistisairaana kuntoutumista edistävästä toiminnasta Margareeta-kodissa. Tavoitteena oli selvittää, mitkä asiat edistävät ja mitkä asiat puolestaan estävät muistisairaana kuntoutumisen

tukemista. Tutkimuksen tavoitteena oli löytää myös keinoja, joiden avulla voidaan muistisairaahan kuntoutumista kehittää vieläkin paremmaksi Margareeta-kodissa

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten kuntoutumista edistävä hoitotyö toteutuu Margareeta-kodin henkilökunnan kokemana?
2. Mitkä asiat edistävät Margareeta-kodissa muistisairaahan ihmisen kuntoutumisen tukemista?
3. Mitkä asiat estävät Margareeta-kodissa muistisairaahan ihmisen kuntoutumisen tukemista

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmät

Tämän opinnäytetyön tutkimustapana käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää. Määrällisen tutkimuksen alkujuuret ovat luonnontieteissä ja siksi niin monissa sosiologi- ja terveydenhuollon tutkimuksissa käytetään tätä tutkimusmenetelmää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2010, 135–137.)

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkoittaa tutkimusta jossa käytetään täsmällisiä ja laskennallisia ja usein tilastollisia menetelmiä. Määrällisessä tutkimuksessa pyritään keräämään itselleen empiiristä havaintoaineistoa. Havaintoaineistoa tarkastelemalla tutkija pyrkii tekemään yleistyksiä keräämästään havaintoaineistosta. Määrällisen tutkimuksen havaintoaineiston keruumenetelminä voivat olla esimerkiksi haastattelu tai kirjekysely. Määrällinen tutkimusmenetelmä sopii suuria ihmisryhmiä kartoittaviin tutkimuksiin. Sen avulla ei saada yksittäistapauksista kattavaa tietoa. Määrällisessä tutkimuksessa käytetään usein tilastollisia malleja. (wikipedian www-sivut 2013.)

Kyselylomakkeessa esitetyissä kysymyksissä pohjana käytettiin Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristöä vuodelta 2009. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tekijä ja hänen yhteistietonsa.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin vastaukset saatiin kyselylomakkeella, missä oli sekä monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Avoimien kysymysten tavoitteena oli saada mahdollisimman kattavia vastauksia ja antaa vastaajien kertoa mielipiteensä vapaasti.

Kyselytutkimuksen etuna on myös se, että sen avulla voi saada laajan tutkimusaineiston, sillä voidaan kysyä monia asioita ja voidaan saada tutkimukseen paljon henkilöitä. Kyselymenetelmä on tehokas ja säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Kyselytutkimukseen saattaa liittyä myös heikkouksia. Ei voida tietää, ovatko henkilöt vastanneet rehellisesti ja huolellisesti ja lisäksi kato saattaa nousta suureksi. (Hirsjärvi ym. 2010, 195.)

Tutkimuksen varten opinnäytetyön tekijä haki tutkimuslupaa (LIITE 2) Vehmaan kunnan vanhustyön johtajalta. Tutkimuslupa myönnettiin 27.6.2013. Kyselylomakkeet postimaksulla varustetut palautuskuoressa vietiin Margareeta-kotiin 11.9.2013. Samalla opinnäytetyön tekijä esitteli itsensä ja opinnäytetyön aiheen.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä ja muutaman avoimen kysymyksen. Monivalintakysymyksiä oli 27 ja avoimia kysymyksiä oli 5. Vastausaikaa annettiin kolme viikkoa. Sovittiin, että loka-kuun ensimmäisen viikon loppuun mennessä tulleet vastaukset huomioidaan myös.

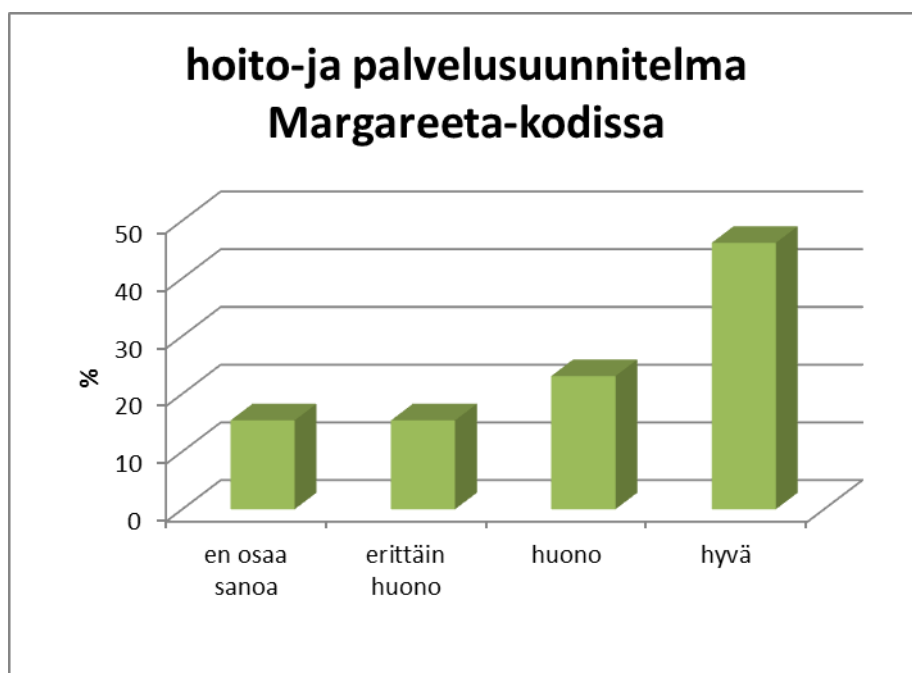
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Kyselyyn vastasi 13 työntekijää. Vastaajien ikähaitari oli suuri ja vastaajien iän keskiarvoksi tuli 38,6 vuotta. Suurimmalla osalla vastaajista oli useampia työvuosia Margareeta-kodissa, joten heille oli kertynyt kokemusta muistisairaanhoidotyöstä.

Kolmessa kyselylomakkeessa ikä oli laitettu hyvin epäselvästi numeroina. Ensin oli laitettu luku ja sitten päälle korjattu toinen luku. Näin ollen työntekijöiden keski-ikäksi saama voi olla tulkittu väärin.

5.2 Hoitokäytännöt

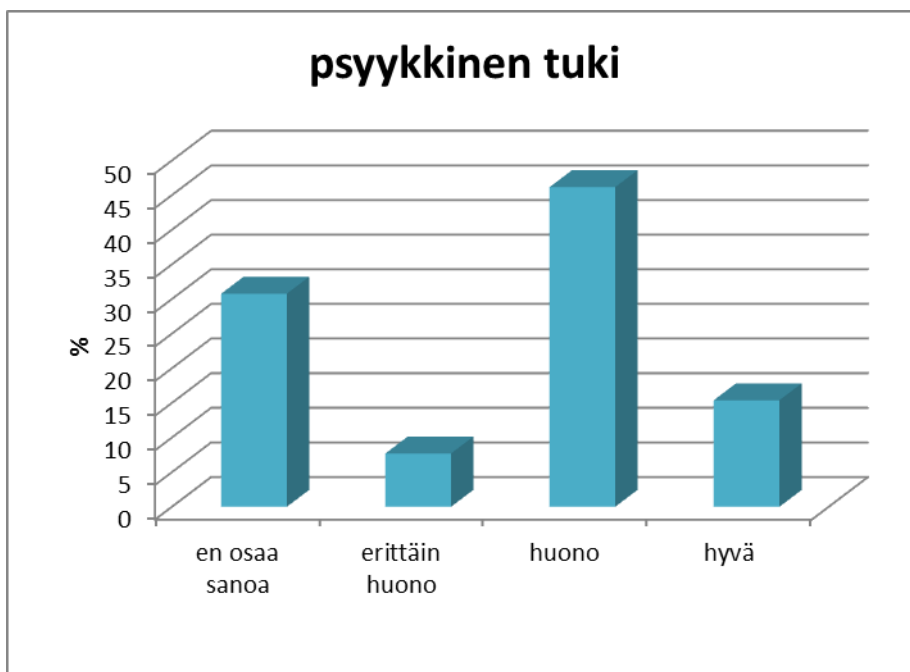


Kuvio 1. Kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman. (n=13)

Yllä olevasta kuviosta 1 ilmenee, miten Margareeta-kodin työntekijät näkivät hoitopalvelu ja kuntoutussuunnitelman käytön toteutuvan heillä. Kuuden vastaajan mieles-

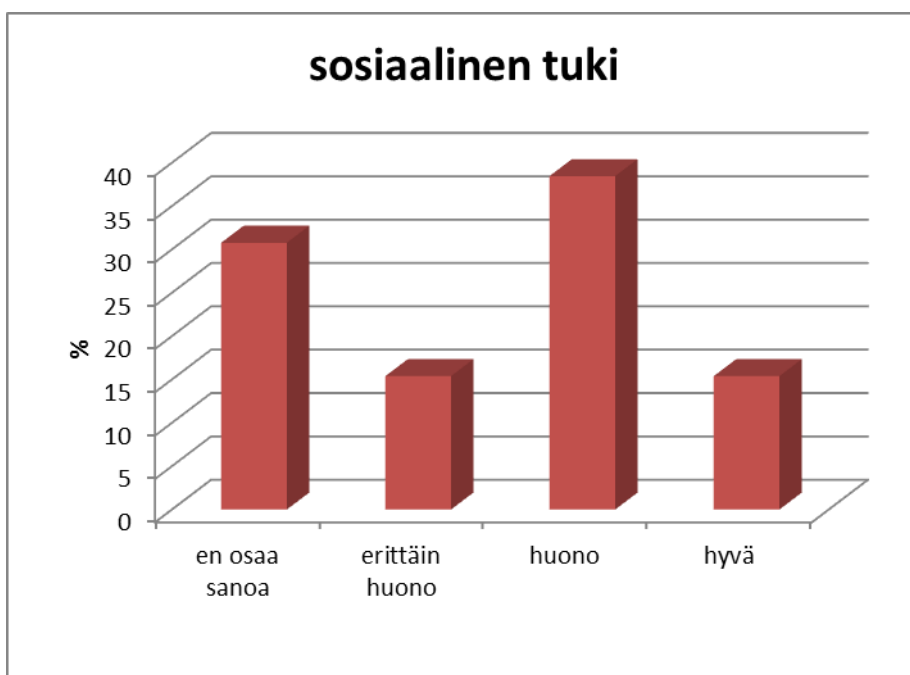
tä Margareeta-kodissa tämä asia toteutuu hyvin. Kaksi vastaajaa puolestaan ei osannut sanoa, onko heillä hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää myös kuntoutussuunnitelman. Kolmen vastaajan mielestä asia toteutuu huonosti ja kahden vastaajan mielestä erittäin huonosti. Yksi vastaaja oli selventänyt valintaansa kommentoimalla, että kuntoutussuunnitelmaa ei vielä ole mutta uudessa versiossa sitten on. Margareeta-kodin hoito- ja palvelusuunnitelma näyttää pohjautuvan melko hyvin asukkaan voimavaroihin. Seitsemän vastaajan mielestä pohjautuu hyvin ja kolmen vastaajan mielestä huonosti, Kolme vastaajaa ei osannut sanoa, miten toteutuu.

Vastaajien mielestä asukkaiden fyysisen tuen tarve huomioidaan melko hyvin hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Vastaavasti psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen tarpeen arvioinnissa nähtiin puutteita. Psyykkisen tuen huomioiminen oli kahden vastaajan mielestä huomioitu hyvin ja vastaavasti yhden vastaajan mielestä erittäin huonosti. Kuuden vastaajan mielestä huonosti ja neljä ei osannut sanoa, miten psyykkisen tuen tarvetta on huomioitu suunnitelmassa. 46 % vastaajista oli sitä mieltä, että suunnitelmassa on huonosti huomioitu asukkaiden psyykkisen tuen tarve. Sosiaalisen tuen tarpeen huomioimisesta suunnitelmassa neljä vastaajaa ei osannut sanoa ja kahden vastaajan mielestä oli huomioitu hyvin. Viiden vastaajan mielestä oli huomioitu huonosti ja erittäin huonosti kahden vastaajan mielestä. Hengellisten tarpeiden huomioinnin vain yksi arvioi hyväksi ja vastaavasti kolme erittäin huonoksi ja kuusi huonoksi. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa, miten huomioidaan hengellisen tuen tarve hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Alla olevat kuviosta 2, 3 ja 4 kertovat vastaajien arvoinnit psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisten tarpeiden huomioimisesta.

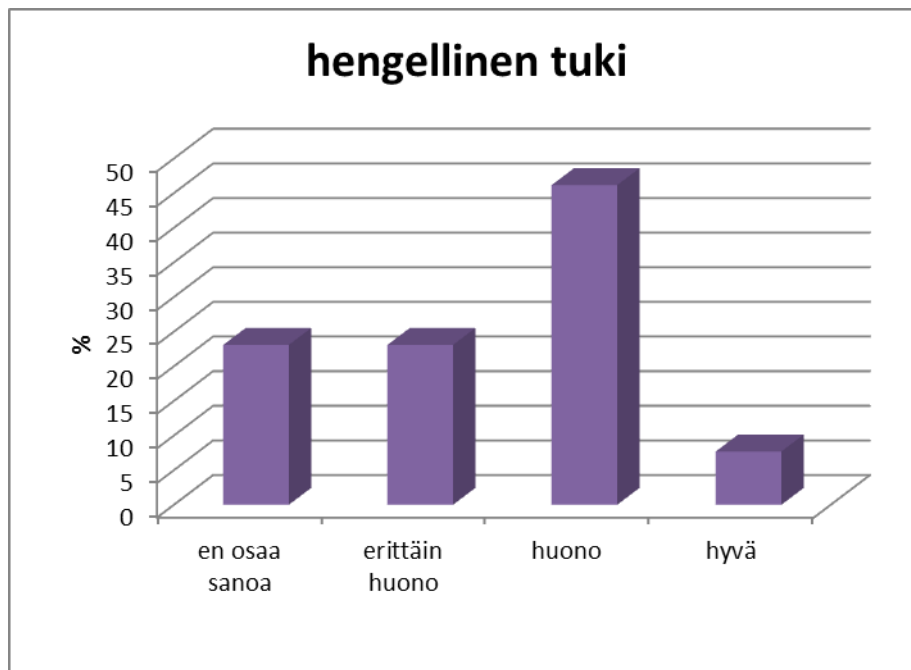


Kuvio 2. Psykkisen tuen tarpeen huomiointi asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (n=13)

”asukkaiden psyykkiseen hyvinvointiin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota vaan hoitotyö on liian suorituskeskeistä.”



Kuvio 3. Sosiaalisen tuen tarpeen huomiointi asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (n=13)



Kuvio 4. Hengellisen tuen tarpeen huomiointi asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (n=13)

Vastaajien vastaukset hoito/hoivatyön kirjaamisen hyvin kuvaavasta tekstistä ja sisällöstä, joka huomioi myös asukkaan omia ilmaisuja ja toiveita toteutui melko hyvin. Kahden vastaajan mielestä hoito/hoivatyön kirjaaminen kuvaavasti sisältäen asukkaiden toiveita ja ilmaisuja toteutuu erittäin huonosti ja viiden vastaajan mielestä huonosti. Kaksi vastaajaa ei osaa sanoa ja neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että hyvin toteutuu tämä osio. Iällä ja työvuosilla ei ollut mitään merkitystä vastausvaihtoehtoihin.

Asukkaiden elämänselämän tuntemus sekä tavat ja tottumukset otettiin melko huonosti huomioon. Margareeta-kodissa kyselyyn vastanneiden mielestä kaksi arvioi siellä tehtävän hoiva/hoitotyön pohjautuvan hyvin elämänselämän malliin. Neljä vastaajaa ei osannut sanoa ja seitsemän vastaajan mielestä otetaan huonosti huomioon asukkaiden elämänselämä, tavat ja tottumukset.

Asukkaiden asianmukainen muistisairaus diagnoosi ja asianmukainen hoito demen-toituvaa sairautta toteutuivat melko hyvin. Kahden vastaajan mielestä tämä asia oli hoidossa erittäin hyvin ja kahden vastaajan mielestä erittäin huonosti. Viisi vastaajaa koki, että hyvin on asia hallinnassa ja kaksi vastaajaa vastaavasti oli sitä miel-

tä, että huonosti hallinnassa. Kaksi vastaaja ei osannut sanoa, miten asian laita oli. Vastaavasti asukkaiden muiden sairauksien hoito oli huomioitu. 10 vastaajaa oli sitä mieltä, että muiden sairauksien hoito toteutuu hyvin, kahden mielestä erittäin hyvin ja yksi vastaaja ei osannut sanoa.

Margareeta-kodin asukkaiden toimintakykyä arvioidaan vastausten perusteella melko hyvin. Seitsemän vastaajan mielestä asukkaiden toimintakykyä arvioitiin säännöllisesti hyvin ja neljän vastaajan mielestä huonosti. Kaksi vastaajaa eivät osanneet sanoa. Vastaajilla, jotka valitsivat huonosti vaihtoehdon, oli kaikilla työvuosia enemmän kuin alle vuosi Margareeta-kodissa mutta iällä ei taas ollut mitään merkitystä.

Asukkaiden muistia arvioitiin säännöllisesti vastaajien mukaan melko hyvin. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että erittäin hyvin arvioidaan, seitsemän vastaajan mielestä hyvin ja kolme vastaajaa oli sitä, että huonosti. Kaksi vastaajaa eivät osanneet sanoa sitä, arvioidaanko muistia säännöllisesti. Ikä ei vastausvaihtoehdon valintaan.

Vastausten mukaan mielialaa ei arvioida säännöllisesti. Yhden vastaajan mielestä arvioidaan erittäin huonosti. Seitsemän vastaajaa oli sitä mieltä, että huonosti ja neljän vastaajan mukaan hyvin. Yksi vastaaja ei osannut sanoa. Tässä ilmeni nyt hieman ristiriitaa, kun vastausta vertasi kysymykseen 17, mitä mittareita käytetään asukkaiden toimintakykyä, muistia ja mielialan arvioinnissa. Tässä kohdassa seitsemän vastaajaa ilmoitti, että käytössä on ikäihmisten mielialatesti GDS. Samoin ristiriitaa ilmeni muistin arvioinnin vastauksissa. 11 vastaajaa kertoi mittarina käytettävän MMSE-testiä ja kuudessa vastauksessa oli mainittu myös CERAD-testi. Seitsemän vastaajaa mainitsi RAVA-mittarin ja kahdessa vastauksessa oli ADL-mittari mainittu. Yksi vastaaja mainitsi vielä CDR-luokituksen. Kaksi vastaajaa ei ollut lainkaan vastannut kysymykseen, mitä mittareita Margareeta-kodissa käytetään päivittäisen toimintakyvyn, muistin ja mielialan arviointi.

Muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen tunnistaminen yksikössä sekä käyttäytymistä kuvaileva kirjaaminen toteutuivat tutkimuksen mukaan melko hyvin. Yksi vastaajista ei osannut sanoa, miten tunnistaminen ja kirjaaminen toteutuvat ja yhden vastaajan mielestä toteutuu erittäin huonosti. Neljän vastaajan mielestä toteutuu huonosti ja seitsemän vastaajaa puolestaan olivat sitä mieltä, että hyvin toteutuu.

Kysymystä sai täydentää vastaamalla avoimeen kysymykseen, missä pyydettiin vastaajia kuvailemaan, minkälaista haasteellista käyttäytymistä Margareeta-kodissa yleisemmin esiintyi. Kymmenen vastaajaa oli luetellut yleisempiä haasteellisen käyttäytymisen muotoja. Kolme vastaajaa oli jättänyt tähän avoimeen kysymykseen vastaamatta. Hoitajat kertoivat Margareeta-kodissa esiintyvän kiivastumista ja apaattisuutta, levottomuutta, karkailua, aggressiivisuutta, vaeltelua ja harhaluuloja. Muistisairaat vastustivat myös hoitotoimenpiteitä, olivat toisinaan yhteistyöhaluttomia tai soittivat usein turvapuhelimella.

”turvapuheluita minuutin välein samalta asukkaalta, aggressiivisuus, pysähtyneisyys, karkailu, vaeltelu, ovet eivät ole koko aikaa lukossa.”

”jonkin verran karkailua, asiakas vastustaa hoitotoimenpiteitä /wc-käynnit ruokailu, pesut.”

”levottomuutta, asiatonta puhetta.”

”pysähtyneisyys/apatia, vaeltelu, levottomuus, ahdistuneisuus, masentuneisuus, aggressiivisuus.”

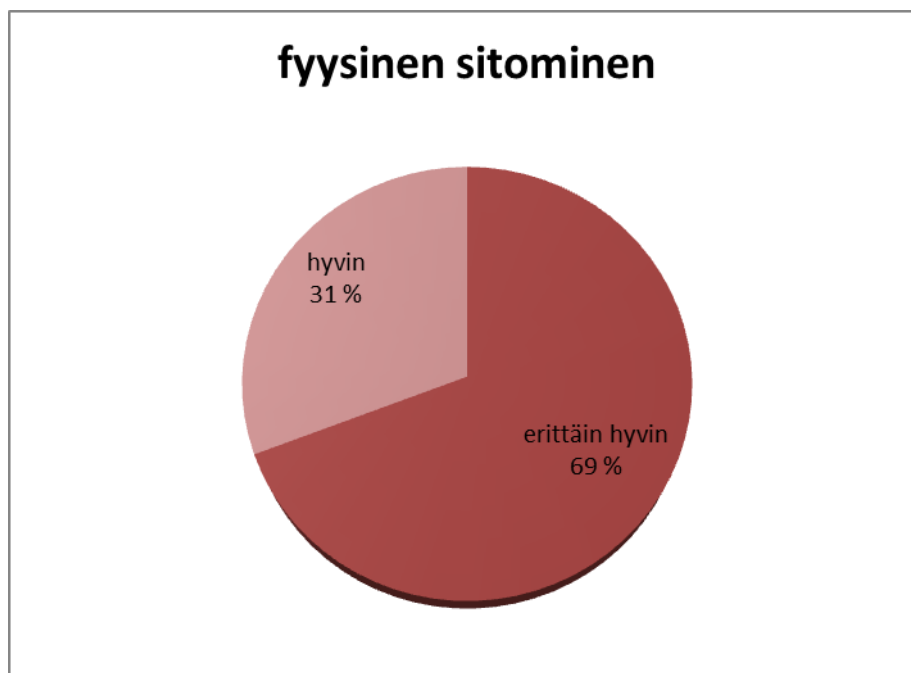
11 vastaajaa kertoi itse käyttävänsä lääkkeettömiä hoitomenetelmiä muistisairaanhoidossa Margareeta-kodissa. Lisäksi viiden vastaajan mielestä kaikki käyttävät lääkkeettömiä hoitomuotoja ja yhdeksän vastasi, että käytetään yleisesti hiukan. Tässä kysymyksessä sai valita useampia vaihtoehtojakin samalla kertaa, siitä johtuu vastaajien lukumäärä. Tätä monivalintakysymystä sai täydentää vielä avoimeen kysymykseen vastaamalla. Avoimella kysymyksellä haettiin vastausta siihen, mitä lääkkeettömiä menetelmiä hoitohenkilökunta käyttää.

Margareeta-kodissa käytetään musiikkia, tanssia, laulua, keskusteluja ja muistelua. Myös lukeminen ja ulkoilu sekä voimistelu ja erilaiset pelit kuuluivat lääkkeettömiin hoitomuotoihin. Myös psyykelääkkeiden käyttöä on vähennetty. Kosketuksen tärkeys muistisairaanhoidossa on huomioitu ja bingoa pelataan sekä askarrellaan ja käytetään myös erilaisia terapioidia.

”musiikki, muistelu, tanssi, laulu, ulkoilu, lukemine voimistelu, pelit.”

”kosketus, askartelu, toisinaan myös erilaiset terapiat.”

Margareeta-kodissa muistisairaana fyysistä sitomista käytetään hyvin harvoin. Yhdeksän vastaajaa oli sitä mieltä, että fyysistä sitomista vältetään erittäin hyvin ja neljän vastaajan mielestäkin hyvin. Alla olevasta kuviosta 5 ilmenee, että muistisairaana fyysistä sitomista vältetään.



Kuvio 5. Fyysisen sitomisen välttäminen muistisairaana haasteellisessa käyttäytymisessä Margareeta-kodissa. (n=13)

Yhden vastaajan mielestä rauhoittavia lääkkeitä käytetään paljon ja kolmen vastaajan mielestä käytetään melko paljon. Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että käytetään vain tarvittaessa ja viiden vastaajan mielestä käytetään melko vähän.

Asukkaiden lääkehoidon säännöllinen tarkistaminen toteutui melko hyvin. Kahden vastaajan mielestä lääkitykset tarkistetaan säännöllisesti erittäin hyvin, viiden vastaajan mielestä hyvin ja viisi vastaajaa puolestaan totesi, että huonosti tapahtuu lääkitysten säännöllinen tarkistus. Yksi vastaaja ei osannut sanoa. Lääkehoidon suunnitelman löytyminen aiheutti hieman epävarmuutta vastaajien kesken. Yksi vastaaja ei vastannut lainkaan tähän kysymykseen ja kolme ei osannut sanoa, onko Margareeta-kodissa lääkehoitosuunnitelmaa. Kuuden vastaajan mielestä lääkehoitosuunnitelma asia to-

teutuu hyvin ja kahden vastaajan mielestä erittäin hyvin sekä yhden mielestä huonosti. Iällä tai työvuosien määrällä ei ollut mitään merkitystä vaihtoehdon valintaan.

Asukkaiden ravitsemustilaa seurataan Margareeta-kodissa melko hyvin. Vastaajista vain 30 % oli sitä mieltä, että ravitsemuksen seuranta toteutettiin huonosti. Tätä kysymystä sai täydentää vielä vastaamalla avoimeen kysymykseen, miten ravitsemusta seurataan. Asukkaiden ruokailuja seurattiin ja tarvittaessa asiaan puututtiin. Syödyn ruoan määrää arvioitiin ja yleistilaa seurattiin. Lisäravinteita otettiin tarvittaessa

käyttöön ja toisinaan asukkaita myös punnittiin. Ruoan koostumus ja erityisruokavaliot pyrittiin huomioimaan ja myös nesteiden määrää tarkkailtiin hyvin. Yksi vastaaja mainitsi, että käytössä on jokin ravitsemustestikin mutta nimeä ei nyt muista.

”syöminen, onko ruokahalua vai ei, puututaan jos ongelmia.”

”lisäravinteet tarvittaessa, punnitus, ruoan määrä.”

”päivittäin, soseutettu ruoka, ruokavaliot, refluksi, laktoosi, sappi, kihti aterioiden, lisäravinne ruokahalun kohottamiseen.

5.3 Margareeta-koti kuntoutumista edistävänä hoitoympäristönä

Margareeta-kodin tilaratkaisuja selkeyden ja turvallisuuden näkökulmasta hyvänä koki vain yksi vastaaja. Neljä vastaajaa ei osannut sanoa ja kahdeksan vastaajien mielestä selkeys ja turvallisuus on huomioitu huonosti tai erittäin huonosti. Margareeta-kodin esteettömyys arvioitiin hieman paremmaksi kuin tilojen selkeys ja turvallisuus. Iällä ollut vaikutusta vastausvaihtoehdon valintaan mutta vähemmän aikaa Margareeta-kodissa työssä olleet antoivat paremman arvioinnin sekä tilojen selkeydestä, turvallisuudesta että myös esteettömyydestä.

5.4 Läheiset osana hyvää hoitoa

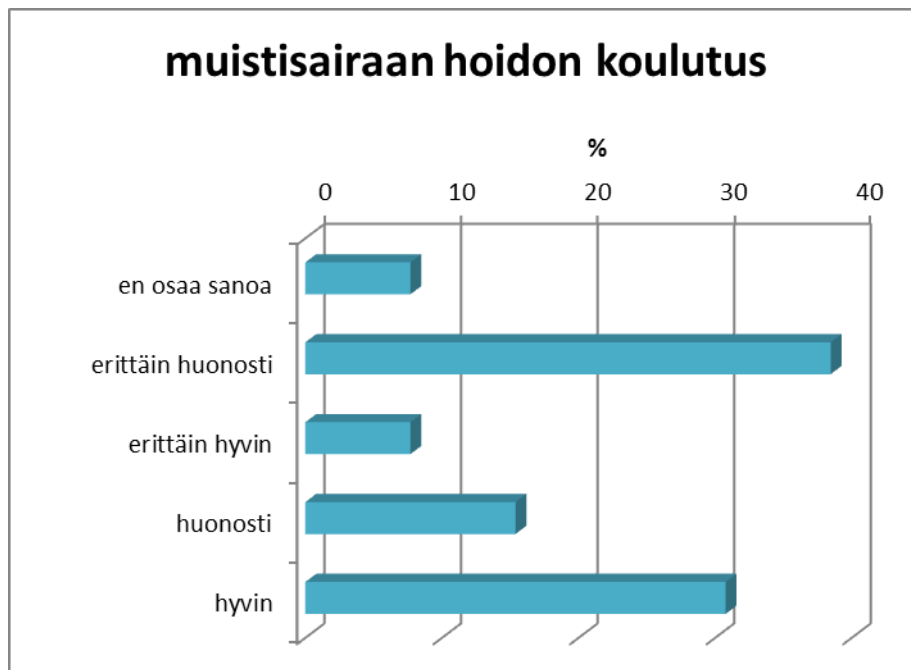
Omaisten osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoon, toteutukseen ja arviointiin Margareeta-kodissa sai tutkimuksessa myös hyvän arvioinnin. 84 % vastaajista oli sitä mieltä, että omaiset saivat osallistua joko erittäin hyvin tai hyvin hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon. 8 % vastaajista ei osannut sanoa ja 8 % vastaajista totesi, että huonosti otetaan omaiset mukaan.

Vastaajien ikä tai työvuosien määrä Margareeta-kodissa eivät vaikuttaneet vastausvaihtoehtojen valintoihin. Ikävuosiltaan nuorimmat ja vanhimmat saattoivat valita saman vaihtoehdon, samoin vähäisen työkokemuksen tai runsaasti työvuosia takana olevat saattoivat valita saman vaihtoehdon.

5.5 Margareeta-kodin henkilöstö ja työhyvinvointi

Täydennyskoulutuksesta vastaajat olivat hieman eri mieltä. Kahden vastaajan mielestä täydennyskoulutusta sai erittäin hyvin ja vastaavasti yhden vastaajan mielestä huonosti. Kuusi vastaajaa oli sitä mieltä, että hyvin sai koulutusta ja neljä vastaajaa ei osannut sanoa saavatko täydennyskoulutusta tarvittaessa.

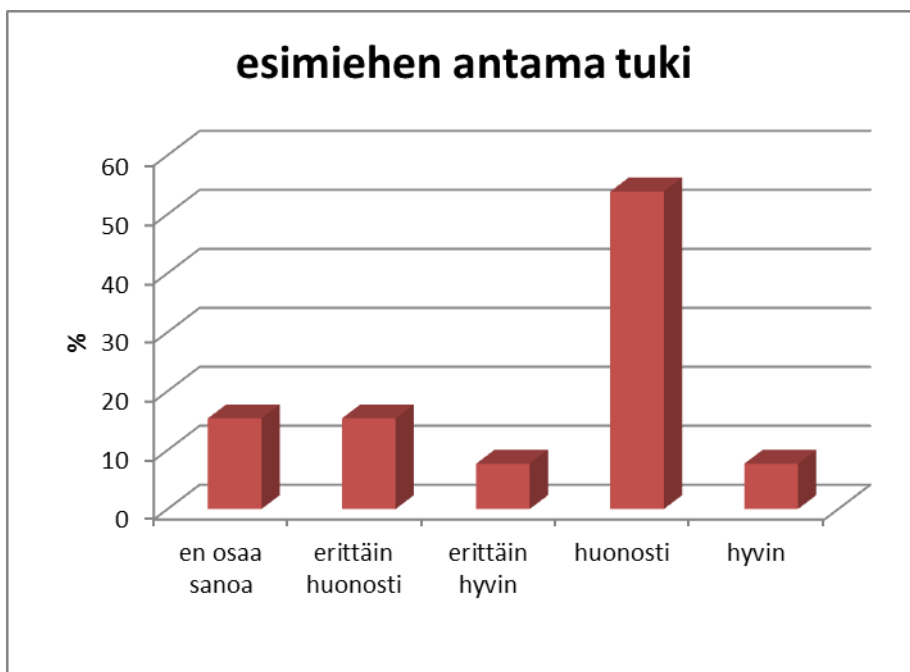
Sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutuksen lisäksi muistisairaana täydennyskoulutusta kysyttäessä vastaajista viidellä eli lähes 40 %:lla oli erittäin huonosti muistisairaana hoitotyön koulutusta ja lisäksi kahdella vain huonosti koulutusta. Yksi vastaajista ei osannut sanoa, onko hänellä täydennyskoulutusta muistisairaana hoitotyöstä, yhdellä oli erittäin hyvin ja neljällä vastaajalla oli heidän mielestään hyvin lisäkoulutusta. Alla olevasta kuviosta 6 voi tarkastella vastaajien mielipiteiden jakautumista,



Kuvio 6. Minulla on sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen lisäksi täydennyskoulutusta muistisairaan hoitotyöstä. (n=13)

Työyhteisön tuki on hyvin tärkeää työssä jaksamiselle. Margareeta-kodin henkilökunta tukee toisiaan melko hyvin. Margareeta-kodin työyhteisössä kahden vastaajan mielestä tukea saa huonosti ja yksi ei osannut sanoa, saako työyhteisössään tukea. Seitsemän vastaajan mielestä tuki on hyvää ja kolmen vastaajan mielestä erittäin hyvää.

Yhden vastaajan mielestä esimieheltä sai tukea erittäin hyvin ja yhden mielestä hyvin. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa esimiehen antamasta tuesta mitään. Kahden vastaajan mielestä tukea esimieheltä sai erittäin huonosti ja seitsemän vastaajan mielestä huonosti. Tästä vastaajien joukosta nuorempiin vastaajiin kuuluva koki saavansa erittäin huonosti tukea ja taas puolestaan iäkkäämpi vastaaja koki saavansa erittäin hyvin tukea. 69 % vastaajista oli siis sitä mieltä, että tukea saa huonosti tai erittäin huonosti esimieheltä. Alla olevasta kuviosta ilmenee, minkälaisena Margareeta-kodin henkilökunta näkee esimiehen antaman tuen saannin.



Kuvio 7. Saan tarvittaessa tukea esimieheltäni. (n=13)

Lopuksi sai vastata vielä avoimeen kysymykseen ja siinä vastaajia pyydettiin sanomaan, mitä vielä haluaa sanoa. Vain kolme vastaajaa oli käyttänyt tämän mahdollisuuden hyväkseen. He toivoivat pieniä muistisairaahan hoitotyöhön liittyviä koulutuksia, lisää henkilökuntaa ja esimieheltä tukea sekä kannustusta. Yhden vastaajan mielestä elämäkoulu on opettanut häntä parhaiten.

”toivoisin myös enemmän pieniä infotilaisuuksia, jossa kerrottaisiin oleellisia asioita esim. muistisairaahan lääkityksestä yms.

”esimiesten tuki ja kannustus puuttuu.”

”elämäkoulu on opettanut, ammattikirjallisuutta olen itse opiskellut.”

6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan kuntoutumista edistävästä toiminnasta muistisairaiden hoidossa.

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä haettiin vastausta tutkimusongelmiin, miten kuntoutumista edistävä hoitotyö toteutuu hoitajien kokemana, mitkä seikat edistävät ja mitkä seikat estävät Margareeta-kodissa muistisairaana kuntoutumista edistävää tukemista. Tutkimustieto kerättiin kyselylomakkeella, missä oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomake pohjautui Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristöön ja sen tarkoituksena oli löytää vahvuudet ja kehittämiskohteet Margareeta-kodissa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa esiteltiin yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ja muistisairaana haasteellista käyttäytymistä. Lisäksi teoriaosuudessa selvitettiin toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää hoitotyötä sekä muistisairaana lääkehoitoa ja lääkehoitoa ja yleisimpiä muistisairaana hoidossa käytettäviä terapioiden

Tutkimustulosten perusteella voi sanoa, että Margareeta-kodin henkilökunnalla on melko hyvä osaaminen muistisairaana kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. Osa vastaajista valitsi kuitenkin usein vaihtoehdon ”en osa sanoa”, Siitä ei ole tietoa, olivatko kysymykset kenties liian vaikeita ymmärrettäväksi vai eikö vastaaja halunnut vastata kysymykseen.

6.2 Kuntoutumista edistävät tekijät Margareeta-kodissa.

Tutkimustulosten mukaan muistisairaiden asukkaiden fyysistä sitomista vältetään erittäin hyvin. Asukkaat saavat vapaasti liikkua ja näin tuetaan heidän arkiliikuntaansa. Vastauksista ilmeni, että hoitohenkilökunta ymmärtää hyvin fyysisen sitomisen heikentävän muistisairaana kuntoutumista. Sulkava ym. (2004, 19) ovat maininneet, että pääsääntöisesti muistisairasta ei saisi sitoa, sillä hän ei välttämättä ymmärrä toimenpiteen tarkoitusta ja voi joutua kauhun valtaan ja ensisijaisesti pitäisikin tehdä muutoksia hoitoympäristössä ja lääkehoidossa. Muistisairas saattaa purkaa levottomuuttaan ja ahdistustaan jatkuvalla kävelyllä, joten sitä ei pitäisi rajoittaa. Se on muistisairaana keino selvitä elämän kaottisuudesta.

Toisena vahvuutena tutkimuksen mukaan Margareeta-kodissa oli se, että omaiset otetaan mukaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon, toteutukseen ja arviointiin ja suunnitelmassa huomioidaan hyvin asukkaan fyysisen tuen tarve. Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristön (2009, 8) mukaan läheisiä ja omaisia tulee haastatella suunnitelmaa tehdessä. Koivula (2013, 26–28) on omassa tutkimuksessaan todennut, että omaisten on joskus vaikeata luovuttaa muistisairasta laitokseen. Omaiset pitävätkin tärkeänä asiana sitä, että he saavat omalta osaltaan osallistua hoidon suunnitteluun ja he haluavat, että muistisairasta kohdellaan persoonana, jolla on omat tavat ja tottumukset. Omaisilla voi olla vaikeita tunteita käsiteltävänä, kuten uupumista ja luopumista ja näistä asioista voi hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä keskustella henkilökunnan kanssa.

Lisäksi Margareeta-kodin asukkaat näyttävät saavat hyvin hoitoa myös muihin sairauksiinsa. Asukkaat ovat pääsääntöisesti asianmukaisesti tutkittu ja diagnosoitu vaikka tässä asiassa nähtiin kyllä vielä hieman kehitettävääkin. Viramon ja Strandbergin (2010, 498–499) muistisairaiden muut sairaudet usein sivuutetaan ja keskitytään kognitiivisiin ongelmiin ja näin heikennetään muistisairaahan toimintakykyä. Päivittäistoiminnoissa kuitenkin juuri nämä muut sairaudet aiheuttavat merkittävästi enemmän haittaa kuin muistisairaus, joten hyvä sairauksien tunnistaminen ja hoito edesauttavat kuntoutumisen tukemista myös muistisairaalla.

Lääkkeettömiä hoitomuotoja Margareeta-kodissa käytetään paljon ja vastaajien mielestä psykieläkkeitä käytetään tarvittaessa tai melko vähän. Kuten Koponen & Saarela (2010, 489) ovatkin todenneet erilaisten lääkkeettömien hoitomuotojen käyttö, kuten musiikki, laulu, muistelu ja tanssi lisäävät muistisairaahan vuorovaikutustaitoja ja sosiaalista kanssakäymistä ja näin tuetaan asukkaan toimintakykyä. Musiikkiterapian on havaittu lisäävän muistisairaahan aktiivista osallistumista ja vähentävän jopa levotonta käyttäytymistä. Musiikki auttaa myös oman kehon hahmottamisessa ja edistää muistisairaahan mielihyvän kokemistaan. Tanssi puolestaan parantaa tasapaino ja koordinaatiokykyä ja muistelulla saadaan mielihyvää. Muistelulla voidaan tukea vaikka muistisairaahan uuteen hoivakotiin sopeutumista muistelemalla, mistä kaikesta muistisairas on jo elämässään selvinnyt. Näin saadaan aikaan voimaantumista ja se puolestaan taas edesauttaa kuntoutumisen tukemisessa.

Asukkaiden lääkityksen säännöllisestä tarkistuksesta vastaajat olivat hiukan eri mieltä. Osa koki, että hyvin tarkistetaan ja osa vastaajista koki, että puutteita tarkistamisessa on. Tarkistusta tapahtuu kuitenkin säännöllisesti melko hyvin. Lääkehoitosuunnitelma todettiin yksikössä olevan, joskin siitäkään kaikilla vastaajilla ei ollut tietoa tai ei osannut vastata kysymykseen. Kuitenkin lääkehoidon toteuttaminen näyttää perustuvan melko hyvin Margareeta-kodissa laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan.

Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristön (2009,19) mukaisesti Margareeta-kodin henkilökunta saa hyvin täydennyskoulutusta. Henkilökunnan osaamista tulee ylläpitää täydennyskoulutuksella ja samalla on noudatettava sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksia.

Asukkaiden ravitsemusta tutkimustulosten mukaan seurataan hyvin. Ruokailutilanteita, syödyn ruoan määrää ja nesteiden määrää seurataan hyvin. Mikäli ongelmia huomataan, asiaan puututaan ja lisäravinteita käytetään tarvittaessa. Ruoan koostumus ja erilaiset dieetit tunnistettiin hyvin. Toki puutteitakin ravitsemuksen seurannassa oli mutta pääsääntöisesti ravitsemusta seurataan melko hyvin. Soininen ja Jyväkorpi (2012, 29–37) ovat maininneet ravitsemuksen tärkeäksi asiaksi muistisairaanhoidotyössä. Margareeta-kodissa tiedetään ravitsemuksen kuuluvan osaksi muistisairaanhoidon kuntoutumista tukevaa toimintaa ja myös erityisruokavalioiden on nähty olevan osa sairauksien hoitoa ja toimintakykyä ylläpitävää toimintaa.

Työyhteisössä työkavereiden antama tuki arvioitiin hyväksi ja sekin noudattaa näin muistiliiton hyvän hoidon kriteeristöä (2009, 19). Tämä seikka tukee työssä jaksamista ja lisää yhteisöllisyyttä. Muistisairaanhoidotyö on ajoittain hyvin raskasta ja vaativaa. Silloin läheisen työkaverin tuki ja kannustus auttaa jaksamaan. Jokaisen työntekijän kuuluu ottaa vastuu työstään, omasta elämästään ja työkyvystään. Tietoja ja taitoja kannattaa välittää koko työyhteisön käyttöön. Jokainen työntekijä kaipaa joskus kiitosta, tukea ja kannustusta myös työkaveriltaan.

6.3 Kuntoutumista estävät tekijät Margareeta-kodissa

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan muistisairaahan kuntoutumisen tukemisen estäväksi tekijäksi Margareeta-kodissa nousi selkeästi hoitoympäristön selkeyden ja turvallisuuden puutteet. Muistisairaiden fyysistä sitomista vältetään hienosti ja heidän annetaan liikkua vapaasti mutta heidän turvallisuuttaan ei voida taata. Ovet eivät ole aina lukossa ja silloin asukkaat saattavat päästä karkailemaan. Kuten Sievänen ym. (2007,11) ovat oppaassaan maininneet, tulisi muistisairaahan asuinympäristön olla selkeä ja turvallinen sekä siellä pitäisi olla vapaa pääsy myös aidatulle pihalle. Myös Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristön (2009, 22) mukaan muistisairaahan uloskulkuväylien pitäisi turvallisuussyistä olla lukittuja tai muuten hyvin valvottuja. Myös hoitohenkilökunnan työskentelyä tulee helpottaa turvallisilla ratkaisuilla. Kuntoutumista tukevassa ympäristössä muistisairas voi vapaasti ja turvallisesti liikkua mutta näin ei tutkimuksen tulosten mukaan Margareeta-kodissa ole mahdollista toimia.

Estäväksi tekijäksi muistisairaahan asukkaan kuntoutumisen tukemisessa Margareeta-kodissa nähtiin myös se seikka, että esimiehiltä ei saada tarpeeksi tukea. Esimiesten tuki ja kannustus puuttui. Kuitenkin Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristön (2009) mukaan esimiehen tehtävä on ylläpitää toiminnan edellytyksiä ja siten myötävaikuttaa työntekijöiden haluun työskennellä yhteisen päämäärän eteen. Myös Vähäkangas (2010, 77–85) ja Lahtinen (2011, 52–58.) näkevät johtamisella olevan suuren merkityksen hoidon tuloksiin Toimiva työyhteisö, toiminnan yhteinen päämäärä ja lähiesimiesten tuki edistävät kuntoutumista tukevaa toimintaa.

Heimonen (2006, 6-8) toteaa, että työntekijällä itsellään on myös vastuu omasta kehittymisestään mutta innostava johtaminen ja toimiva työyhteisö antavat hyvän kasvualustan toiminnan kehittämiseksi. Luukkalan (2011, 264) mielestä hyvä johtaja on näkyvä. Ei riitä, että hän vaan johtaa, vaan hänen on näytettävä suunta toiminnalle. Hänen on myös uskallettava nostaa ”kissa pöydälle”, eli johtajan tehtävä on antaa palautetta toiminnasta, niin myönteistä kuin rakentavaakin palautetta. Johtajan vahva sitoutuminen kehittämiseen antaa myös työntekijöille vahvan pohjan toimia muutosta edistävällä tavalla.

Kolmanneksi estäväksi seikaksi tutkimustulosten mukaan nousi muistisairaahan hoitotyöhön liittyvä koulutuksen puute. Täydennyskoulutusta Margareeta-kodin henkilökunta sai mielestään hyvin mutta varsinaisen muistisairaahan hoitotyön koulutuksen puutteellisuus muodostui estäväksi tekijäksi. Henkilökunta toivoi enemmän pieniä infotilaisuuksia, joissa kerrottaisiin muistisairaahan hoidosta. Tähtinen (2011, 65) on tutkinut muistihoitajakoulutuksen vaikuttavuutta vanhustyössä ja tutkimuksessaan hän on todennut, että koulutuksella on erittäin suuri vaikutus muistisairaahan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Muistisairaahan hoitotyö on erityisosaamista vaativaa työtä ja erityisesti vuorovaikutustaidoilla nähdään olevan suuri merkitys muistisairaahan hoitotyössä. Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristön (2009) mukaan henkilökunnalle kuuluu täydennyskoulutusta.

Puutteita nähtiin myös hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Kuntoutussuunnitelma puutui mutta siihen oli tulossa muutoksia. Omaiset otettiin kyselyyn vastanneiden mukaan hyvin mukaan suunnitelman tekoon ja arviointiin mutta silti suunnitelmassa ei tarpeeksi hyvin selvitetty asukkaan elämänhistoriaa, tapoja ja tottumuksia. Lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelma pohjautui liiaksi fyysisen tuen tarpeeseen. Asukkaiden psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen tarvetta arvioitiin suunnitelmassa huonosti. Sosiaaliportin [www-sivujen](http://www.sosiaaliportti.fi) (2013) mukaan toimintakyky koostuu, fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta osa-alueesta.

Muistisairaahan kuntoutumisen tukeminen ja edistäminen tähtää toimintakyvyn ylläpitämiseen ja näin ollen kaikki toimintakyvyn osa-alueet tulisi huomioida tasapuolisesti. Tutkimuksessa ilmeni, että hengelliset tarpeet Margareeta-kodissa tunnistettiin ja huomioitiin melko huonosti. Kivikoski (2002, 6) mainitseekin, että muistisairaahan hengelliset asiat tulisi myös huomioida hoito- ja palvelusuunnitelmassa ja tässä taas elämäntarinan tuntemus auttaisi asiaa. Hengellisen tuen ylläpitäminen antaa muistisairaille iloa, voimaa ja toivoa ja tällä tavalla taas edistetään kuntoutumisen tukemista. Hengellisten tarpeiden tukemisella voidaan helpottaa muistisairaahan luopumisen ja menetyksien tuskaa ja sen avulla voidaan etsiä sekä löytää ratkaisuja elämäntarkoitukselle.

Vähäkangas (2010, 77–85) on omassa tutkimuksessaan todennut myös, että kuntoutumista edistävä hoitotyö ymmärretään usein pelkkänä fyysisenä toimintana, kuten

asukkaiden vessassa kuljetukset. Vähäkankaan tutkimuksen mukaan myös henkilökunnan määrällä oli vaikutusta kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. Ne yksiköt, joissa oli riittävästi henkilökuntaa, toteuttivat selkeästi paremmin muistisairaiden kuntoutumista tukevaa hoitotyötä. Tämän tutkimuksen mukaan myös Margareeta-kotiin toivottiin lisää henkilökuntaa työvuoroihin, jotta asukkaiden kuntoutumista voisi paremmin tukea.

Margareeta-kodissa käytetään paljon lääkkeettömiä hoitomuotoja. Haasteellisen käyttäytymisen eri muotoja oli lueteltu runsaasti, mutta ei kuvattu millä tavalla se ilmenee. Routasalo (2004, 26) korostaa sitä, että kirjaamisen pitää olla hyvin kuvaavaa.

Tavoitteet ja keinot tulee kirjata selkeästi jotta hoitotyö olisi kuntoutumista tukevaa. Toisinaan myös liiallinen viriketoiminta saattaa aiheuttaa haasteellista käyttäytymistä ja siten heikentää muistisaraan kuntoutumisen tukemista. Lääkkeettömien hoitojen tavoitteena on tukea muistisaraan olemassa olevia ja piileviä voimavaroja. Koska muistisairas ei aina osaa ilmaista tarpeitaan, täytyy hoitajan astua muistisaraan maailmaan. Hoitajan on tunnistettava ja kuultava muistisaraan tunteet ja toiveet sekä osattava myös vastata niihin, sillä ymmärtävä vuorovaikutus on muistisaraan toimintakykyä tukevan hoidon lähtökohta.

Setälän (2011, 19–20) tutkimuksen mukaan profiilihoitomallin avulla ehkäistään muistisaraan haasteellista käyttäytymistä, tuetaan hänen voimavarojaan, mikä taas puolestaan tukee muistisaraan kuntoutumista. Profiilihoito on yksilöllistä ja voimavara- ja lähtöistä toimintaa ja sen avulla pyritään tukemaan muistisaraan itsemääräämisoikeutta. Jos asukas saattaa vastustella pesuille menoa, on selvitettävä mikä siihen olisi syynä. Onko suihku aivan outo sana ja ”kapine” muistisairaalle? Kun ei ymmärrä eikä hahmota, voi tästä aiheutua ongelmia. Muistisairas voi kirotta, lyödä, potkia tai haukkua hoitajaa. Tässä korostuu elämäntarinan tuntemus. Mikäli muistisairas on tottunut peseytymään pesuvadin avulla, annetaan hänelle sellainen ja käytetään sellaisia sanoja, mitkä muistisairas ymmärtää.

6.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksissa yritetään aina välttää virheitä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla mittareilla. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on erilaisia tilastollisia menetelmiä, joiden avulla on helppo arvioida mittareiden luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 31.

Kyselylomake lähetettiin muistihoidajana työskentelevälle henkilölle esitettäväksi.. Kysymykset noudattivat Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristöä. Kysymysten määrä tuntui hänestä melko suurelta ja ohjaajan kanssa käydyn keskustelun jälkeen kyselylomaketta hiukan vielä muutettiin. Tämän tutkimuksen kyselylomake pohjautui Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristöön ja siihen liittyvään muuhun tutkimustietoon niin sekin lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tässä tutkimuksessa tutkimusmittarina toimi kyselylomake (LIITE 1), jossa on strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeeseen opinnäytetyön tekijä halusi laittaa strukturoitujen kysymysten lisäksi myös avoimia kysymyksiä, koska se antaa vastaajille mahdollisuuden kertoa omin sanoin asioita.. Kyselylomakkeen alussa on taustatietoja selvittävä osuus. Sekin toimii mittarina siihen, onko esimerkiksi työkokemuksen pituudella tai henkilön iällä merkitystä kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamiseen.

6.5 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen aikana on yritetty toimia niin, että kyselyyn osallistuneiden henkilöiden anonymiys säilyisi. Vastaukset on pyritty laittamaan niin, että niiden yksittäistä vastaajaa ei pysty tunnistamaan. Opinnäytetyön tekijä sitoutui aineiston hävittämiseen tutkimuksen valmistuttua. Koko tutkimuksen ajan on pyritty noudattamaan rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta, kuten (Kuula 2006, 106–107.) mainitsee.

6.6 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita

Tämä opinnäytetyö on Vehmaan kunnan Margareta-kotiin. Yhteistyökumppanini halusi selvittää, millaisena hoitajat näkevät muistisairaiden asukkaiden kuntoutumista tukevan toiminnan, miten ja millä keinoin hoitajat pystyvät siihen tällä hetkellä vastaamaan. Tutkimusaiheeni on hyvin ajankohtainen ja on tarpeellista selvittää muistisairaiden tuomia haasteita hoitotyöhön. Opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään, miten Margareeta-kodissa hoitajat voisivat omalla toiminnallaan antaa tukea ja ylläpitää sekä edistää muistisairaana asukkaan toimintakykyä kuntoutumista edistävän hoitotyön avulla

Henkilökunta toi esiin hyvin vahvasti sen seikan, että Margareta-koti hoitoympäristönä tue muistisairaana asukkaan kuntoutumista. Hoitoyksikön selkeys ja turvallisuus nähtiin hyvinkin estäviksi tekijöiksi. Voitaisiin lähteä miettimään, millä keinoin hoitoympäristöä saataisiin turvallisemmaksi. Voitaisiinko Margareeta-kodin asukkaiden turvallisuutta lisätä uuden teknologian avulla? Olisiko kenties joistakin kulunvalvontalaitteista hyötyä?

Vastauksista ilmeni, että asukkaat käyttävät turvahälyttimiään jopa minuutin välein. Muistisairauden edetessä tällaisista hälyttimistä ei välttämättä ole apua, sillä muistisairaat ehkä muista painaneensa tai eivät ehkä edes tiedä tai muista mitä varten se hälytin on. Näitä asioita Margareeta-kodissa olisi hyvä yhdessä miettiä ja arvioida asukkaiden ymmärtämystä tässä asiassa. Varsinaiset GPS-paikannuslaitteet eivät enää tue muistisairaana itsenäistä elämää vaan niitä käytetään lähinnä silloin, kun pelätään muistisairaiden katoavan ja GPS-laitteen avulla on helpompi löytää kadonnut muistisairas. Vanhus- ja lähimmäispalveluliitto ja Vanhustyön keskusliitto ovat tehneet yhteistyötä tämän asian suhteen. KÄKÄTE-PROJEKTI. Tietoa löytyy www.valli.fi ja www.vtkl.fi. (Forsberg 2012, 8.)

Margareeta-kodin henkilökunta antoi vastauksissaan ymmärtää, että henkilökuntaa on liian vähän ja silloin jää liian vähän aikaa järjestää aktiiviseen arkeen viriketoimintaa. Voisiko tässä kenties kehittää jonkinlaista yhteistyötä eri vapaaehtoistyöjärjestöjen ja oppilaitosten kanssa. Pulkkinen & Puttonen (2010, 28–35.), totesivat omassa tutkimuksessaan, että henkilökunta usein ajattelee viriketoiminnan olevan

jotain hienoa. Henkilökunta voi kuitenkin työn ohessakin esimerkiksi muistella, laulaa ja vaikkapa marssin tahtiin mennä pesuille ja vessaan. Margareeta-kodin henkilökunta kertoi kyselyssä käyttävänsä paljon juuri esimerkiksi muistelua, laulua, musiikkia muistisairaalan kuntoutumisen tukemisessa, ehkäpä he vaativat itseltään liikaa tämän asian suhteen.

LÄHTEET

Demensforum. 2010. "Carpe Diem". Viitattu 14.4.2013.

<http://www.demensforbundet.se>.

Dementia in Europe Yearbook 2012. Viitattu 10.4.2013. <http://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>

Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Käyttösoireet – hoidon haaste. Teoksessa U. Vuori & S. Heimonen. (toim.) *Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle*. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 4/2007. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Eloniemi-Sulkava, U., Sillanpää-Nisula, H. & Sulkava, R. 2010. Muistisairaahan seksuaalisuus. Lääkkeet ja seksuaalisen käyttäytymisen oireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 581.

Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 87.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 142–144.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16–17.

Erkinjuntti, T., Viramo, P. & Rosenvall, A. 2010. MMSE-testi. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 626–630.

Forsberg, K. 2012. Teknologia avuksi ihmisten ja esineiden paikantamisessa. *KÄKÄTE-oppaita 3/2012*. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Vanhustyön keskusliitto ry.

Granö, S., Heimonen, S. & Koskisuu, J. *Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö- ja dementiatyöhön*. 2006. Alzheimer-keskusliitto. Helsinki: J-Paino Oy.

Heimonen, S. 2006. Näkökulma hyvään johtamiseen. *Dementia uutiset*. 3, 2006.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. 15.–16. painos. Helsinki: Tammi.

Maisila, P. Vanhustyön johtaja. *Margareeta-koti*. Vehmaa. Henkilökohtainen tiedonanto 5.3.2013.

Muistiliitto. 2009. Hyvän hoidon kriteeristö- työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Helsinki.

Muistiliiton www-sivut 2013.. Viitattu 27.4.2013. www.muistiliitto.fi

Nicehousen www-sivut 2013. Viitattu 27.4.2013
<http://www.nicehouse.fi/terveys/mieli/puutarha.htm>.

Kapanen, A. 2011. Kuntoutumista edistävä hoitotyö – avain muistisairaana lyhytaikashoidon onnistumiseen. *Opinnäytetyö*. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Keskinen, S. Viisas esimies ansaitsee hyvät alaiset ja sitoutuneet alaiset odottavat esimieheltään osaamista. *Dementiauutiset* 3/2006, 16–17.

Kivelä, S-L. & Rähkä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. *Kapseli* 35. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos.

Kivikoski, T. 2002. Dementoituneen vakaumuksen tukeminen hoitotyössä. Helsinki: Suomen Dementiahoitoyhdistys.

Koivula, R. 2013. Muistisairaana ihmisen omaisena terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla. *Tutkimus toimijuudesta*. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto. Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos.

Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käyttösoireiden hoito. Lääkkeetön hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485–489.

Kämäräinen, L. *TunteVa-omaistenopas*. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys.

Käyhty, M. 2008. Fysioterapialla ylläpidetään liikkumiskykyä ja kevennetään hoitoa. Teoksessa S. Sormunen & P. Topo (toim.) *Laadukkaat dementiahoitopalvelut*. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 97–98.

Käypä hoito – suositus. 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Viitattu 13.4.2013. <http://kaypahoito.fi>.

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2004. Ymmärrä – tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneiden kanssa. Sarja: Dementiahoitotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 6/2002. 2.painos. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Lahtinen, A. 2011. Hoitotyön laatu dementiayksikössä. Sosiaali- ja terveysalan laitos. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. YAMK-opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.4.2013.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31516/Arja_Lahtinen.pdf?sequence=1

Laine, M. & Heimonen S. 2010. Mahdollisuuksien matka. Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaana ihmisen hoidossa.. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Luukkala, J. 2012. *Jaksaa, jaksaa, jaksaa – työhyvointitaitojen kirja*. Helsinki: Tammi.

Orion. *Lehdistötiedote* 21.3.2013. Viitattu 29..4.2013. <http://www.orion.fi/congress-publications>.

Pirttilä, T., Suhonen, J., Rahkonen, T. & Erkinjuntti, T. 2010. *Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö*. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 465.

Pulkkinen, H & Puttonen, R. 2010. *Dementia, viriketoiminta ja kuntoutumista edistävä hoitotyö*. Opetustapahtuma Saariston hoivakeskuksen hoitohenkilökunnalle. *Opinnäytetyö*. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 27..4.2013. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12498/opinnaytetyo_PDF-vers..pdf?sequence=1.

Puranen, T. & Suominen, M. 2012. *Ikääntyneen ravitsemus – opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon*. Helsinki: Suomen Muistiasiantuntijat ry.

Rinne, J. 2010. *Lewyn kappale-tauti*. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 159.

Rinne, J. 2010. *Parkinsonin tauti ja muut extrapyramidaalisairaudet*. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172–173.

Routasalo, P. 2004. *Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksissa*. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. Helsinki: Tammi, 26.

Räsänen, H. 2013. *Juhlaseminaari Alva-toiminta 15 vuotta*. Vanhustyön johtaja, Siipoo. Suomen muistiasiantuntijat ry hallituksen puheenjohtaja. Luento Suomen muistiasiantuntijoiden juhlaseminaarissa 18.10.2013 Turun messukeskuksessa.

Setälä, R. *Pappilanlammen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia profiilihoidon toteuttamisesta muistisairaiden hoitotyössä*. *Opinnäytetyö*, Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.4.2013. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/35568/Setala_Raija.pdf?sequence=1.

Sievänen, L., Sievänen, M., Välikangas, K. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. *Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin*. Helsinki: Ympäristöministeriö.

Sinervo, T. 2011. *Henkilöstön hyvinvointi ikäihmisten palveluissa*. Memo 2, 2011.

Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. *Muistioireiden diagnostiikka*. *Otsa-ohimolohkorappeuma*. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 81.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. *Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 11.4.2013.*

<http://stm.fi>.

Sulkava, R., Alhainen, K. & Viramo, P. 2009. *Vaikea dementia - opas potilaan läheisille.*

Suominen, M. & Jyväkorpi, S. 2012. *Ikääntyneen ravitseminen ja ruokapalvelut – suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Suomen Muistiasiantuntijat ry.*

Suominen, M., Puranen, T. & Jyväkorpi, s. 2013. *Ravitseminen muistisairaana kodissa. Loppuraportti. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.*

TOIMIVA-testi. 2013. <http://www.toimiva.fi>

Tähtinen, R. 2011. *JOS EN ENÄÄ MUISTA, MUISTATHAN SINÄ MINUT. Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuus vanhustyössä.*

Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.4.2013.

<http://www.naistari.fi/julkaisut/>.

Vallejo Medina, A., Vehvilainen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2007. *Vanhustenhoito. 1.-3. painos. Helsinki: Wsoy.*

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. *Ravitsemussuosituksien ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.*

Viramo, P., Alhainen, K., Leppävuori, A., Erkinjuntti, T., Huusko, T., Kivelä, S-L., Koivisto, K., Koponen, K., Saarela, T., Sulkava, R. & Vataja, R. 2010. *Cornellin masennusasteikko – dementiaoireisten muistisairaiden depression mittari ja geriatrinen depressioasteikko (GDS). Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 615–623.*

Viramo, P. & Strandberg, T. 2010. *Muistipotilaan yleishoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 498–499.*

Vähäkangas, P. 2010. *Kuntoutumista edistävä toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Oulu. Viitattu 27.4.2013.*

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>

Wikipedian www-sivut 2013. Viitattu 27.4.2013

http://fi.wikipedia.org/wiki/Kvantitatiivinen_tutkimus.

SAATEKIRJE

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun Rauman yksiköstä. Teen opinnäytetyötä muistisairaiden kuntoutumista edistävästä toiminnasta Margareeta-kodissa. Opinnäytetyössäni pyrin selvittämään, mitkä seikat edistävät ja mitkä seikat estävät muistisairaana kuntoutumista edistävää toimintaa. Tarkastelun kohteena on erityisesti se, mitä hoitohenkilökunta kokee kuntoutumista edistävän hoitotyön olevan Margareeta-kodissa.

Toivon, että vastaat rehellisesti ja oman näkemyksesi mukaan. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen valmistuttua vastauspaperit laitetaan paperisilppuriin ja niitä ei näe kukaan muu kuin tutkimuksen tekijä.

Palautathan kyselylomakkeen suljetussa vastauskirjekuoressa 30.9. mennessä!

Kiittäen,

Aire Kapanen

aire.kapanen@student.samk.fi

1 Ikäsi _____ vuotta?

2. Kuinka kauan olet työskennellyt Margareeta-kodissa?? (laita rasti oikeaan kohtaan)

alle 1v.	_____
1-5 v	_____
6-10v.	_____
yli 10v.	_____

Arvioi alla olevalla asteikolla 1-5 seuraavat väittämät. Ympyröi sopiva/oikea vaihtoehto.

1 = erittäin huono / erittäin huonosti

2 = huono / huonosti

3 = en osaa sanoa

4 = hyvä / hyvin

5 = erittäin hyvä / erittäin hyvin

Voit kommentoida myös kyselylomakkeen toiselle puolelle vastauksiasi, ellei niille varattu tila riitä.

HOITOYKSIKÖN TOIMINTA-AJATUS JA KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ.

- | | |
|---|------------------|
| 1. Hoitoyksikön jokaisella asukkaalla on kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka sisältää kuntoutussuunnitelman | 1 2 3 4 5 |
| 2. Suunnitelma pohjautuu asukkaan voimavaroille | 1 2 3 4 5 |
| 3. Suunnitelma huomioi asukkaan fyysisen tuen tarpeen | 1 2 3 4 5 |
| 4. Suunnitelma huomioi asukkaan psyykkisen tuen tarpeen | 1 2 3 4 5 |
| 5. Suunnitelma huomioi asukkaan sosiaalisen tuen tarpeen | 1 2 3 4 5 |
| 6. Suunnitelma huomioi asukkaan hengellisen tuen tarpeen | 1 2 3 4 5 |
| 7. Suunnitelmassa huomioidaan asukkaan elämänhistoria, tavat ja tottumukset, eli hoito/hoivatyö pohjautuu elämänkaarimalliin | 1 2 3 4 5 |
| 8. Asukkaat on asianmukaisesti tutkittu ja diagnosoitu ja he saavat asianmukaista hoitoa dementoivaan sairauteensa | 1 2 3 4 5 |
| 9. Asukkaat saavat hoitoa myös muihin sairauksiinsa | 1 2 3 4 5 |
| 10. Omaiset saavat osallistua hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon, toteutukseen ja arviointiin | 1 2 3 4 5 |
| 11. Yksikköni tilaratkaisut ovat selkeitä ja turvallisia | 1 2 3 4 5 |
| 12. Yksikössäni on kiinnitetty huomiota esteettömyyteen | 1 2 3 4 5 |
| 13. Aukkaiden toimintakykyä arvioidaan säännöllisesti | 1 2 3 4 5 |
| 14. Aukkaiden muistia arvioidaan säännöllisesti | 1 2 3 4 5 |
| 15. Aukkaiden mielialaa arvioidaan säännöllisesti | 1 2 3 4 5 |

16. Hoito/hoivatyön kirjaaminen on hyvin kuvaavaa ja se sisältää myös asukkaan omia ilmaisuja ja toiveita 1 2 3 4 5

17. Mitä mittareita käytätte asukkaiden päivittäistä toimintakykyä, muistia ja mielialaa arvioidessa

18. Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen tunnistetaan hyvin yksikössäni, sekä käyttäytyminen kirjataan ja kuvataan tarkasti 1 2 3 4 5

19. Kuvaile, minkälaista muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä yleisimmin Margareeta-kodissa esiintyy?

20. Lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttö Margareeta-kodissa? (esimerkiksi; muistelu, musiikki, laulu, tanssi, ulkoilu, lukeminen, voimistelu, pelit, askartelu ja erilaiset terapiat.)

käytän itse	_____
käytämme kaikki	_____
käytetään yleisesti hiukan	_____
ei ollenkaan käytössä	_____

21. Mitä lääkkettämiä menetelmiä käytän/käytämme Margareeta-kodissa?

22. Vältämme muistisairaana fyysistä sitomista 1 2 3 4 5
23. Rauhoittavien lääkkeiden käyttö yksikössäni muistisairaana hoidossa?
 käytetään paljon _____
 melko paljon käytetään _____
 käytetään tarvittaessa _____
 melko vähän käytetään _____
 käytetään vähän tai ei ollenkaan _____
24. Aukkaiden ravitsemustilaa seurataan säännöllisesti 1 2 3 4 5
25. Miten seuraatte asukkaan ravitsemusta?

26. Aukkaiden lääkitykset tarkistetaan säännöllisesti 1 2 3 4 5
27. Yksikössäni on lääkehoidon suunnitelma 1 2 3 4 5
28. Täydennyskoulutusta järjestetään tarvittaessa 1 2 3 4 5
29. Minulla on sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen lisäksi täydennyskou-
 lutusta muistisairaana hoitotyöstä 1 2 3 4 5
30. Saan tarvittaessa tukea työyhteisöltäni 1 2 3 4 5
31. Saan tarvittaessa tukea esimieheltäni 1 2 3 4 5
32. Mitä muuta haluaisit vielä sanoa?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

DEMENTOITUVAN IHMISEN INHIMILLISET OIKEUDET

(David Troxel ja Virginia Bell 1994 Alzheimer's Disease International – järjestön julkaisu)

Jokaisella dementoituvalla ihmisellä on oikeus:

1. Saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementiaoireen.
2. Saada asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sairauteensa.
3. Säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista.
4. Tulla kohdelluksi aikuisena.
5. Tuntee, että hänet otetaan vakavasti.
6. Olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista.
7. Asua tutussa, turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa otetaan huomioon.
8. Olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja tottumuksensa
9. Käydä säännöllisesti kodin ja hoitoyhteisön ulkopuolella.
10. Saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minäkuvaa tukevaan toimintaan joka päivä.
11. Kosketukseen, halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen.
12. Hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen, dementoituneen ihmisen hoitoon perehtynyt henkilökunta.

(Muistiliitto, hyvän hoidon kriteeristö)