



# SAATTAEN HOIDETTAVA

Opas omaisen tukemiseksi läheisen siirtyessä kotoa pitkäaikaishoitoon

TEKIJÄ/T: Niina Laukkanen  
Minna Remes  
THA11S

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Koulutusala<br>Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  |                            |
| Koulutusohjelma<br>Hoitotyön koulutusohjelma  |                            |
| Työn tekijä(t)<br>Niina Laukkanen, Minna Remes  |                            |
| Työn nimi<br>Saattaen hoidettava. Opas omaisen tukemiseksi läheisen siirtyessä kotoa pitkäaikaishoitoon.  |                            |
| Päiväys<br>25.07.2014   | Sivumäärä/Liitteet<br>30/2 |
| Ohjaaja(t)<br>Marja Äijö  |                            |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)<br>Kuopion kaupunki, Leväsen palvelukeskus  |                            |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä Leväsen palvelukeskuksen kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas omaiselle läheisen siirtyessä omasta kodista hoitokotiin. Opas on Leväsen palvelukeskuksen tilaama ja se suunniteltiin heidän toiveidensa sekä teorian tiedon perusteella. Opas on tarkoitettu annettavaksi omaiselle jo hoidon suunnitteluvaiheessa. Oppaan tavoitteena on antaa siirtymävaiheeseen liittyvää tietoa lyhyesti ja ytimekkäästi. Omaisen on helppo kerrata oppaan avulla tietoa tarvittaessa uudelleen. Opas sisältää siirtymävaiheessa yleisimmät esille tulevat asiat. Oppaassa huomioidaan hoitohenkilökunnan ja omaisten yhteistyö sekä omaisen rooli osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tekijöiden ammatillista kasvua ja tuottaa tietoa.</p> <p>Pitkäaikaishoitoon tai palveluasumiseen muuttaminen on merkittävä elämänvaihe, joka on haastava sekä omaiselle että siirtyvälle asiakkaalle. Oman kodin jättäminen voi olla raskasta ja uuteen paikkaan sopeutuminen vie aikaa. Omaisen on myös tehtävä oma surutyönsä hoitovastuun siirtyessä toiselle taholle. Siirtymävaihetta suunniteltaessa omaisen tarvitsee kaiken mahdollisen tuen. Opinnäytetyön nimi Saattaen hoidettava- kuvaa matkaa, jota kotoa hoi-topaikkaan siirtyvä asiakas sekä omainen kulkevat.</p> <p>Elämän loppuvaiheen hyvä hoito ja sen kehittäminen tulisi olla hoitohenkilöstön ohjenuorana toteutettaessa hoitotyötä. Hoitohenkilökunnan, omaisen ja asiakkaan hyvä yhteistyö helpottaa hyvän ja kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamista. Leväsen palvelukeskus on pitkäaikaishoitolaitos, monen asiakkaan viimeinen koti. Suunnittelemamme oppaan tarkoitus on auttaa henkilökuntaa tukemaan nykyistä paremmin asiakkaiden omaisia.</p> |                            |
| Avainsanat<br>Siirtymävaihe, vanhuus, muistisairaudet, toimintakyky, saattohoito  |                            |

|   |            |                  |      |
|---|------------|------------------|------|
| Field of Study<br>Social Services, Health and Sports  |            |                  |      |
| Degree Programme<br>Degree Programme of Nursing   |            |                  |      |
| Author(s)<br>Niina Laukkanen, Minna Remes   |            |                  |      |
| Title of Thesis<br>Hospice care, the guidebook for the period of the transition from own home to a nursing home   |            |                  |      |
| Date  | 25.07.2014 | Pages/Appendices | 30/2 |
| Supervisor(s)<br>Marja Äijö   |            |                  |      |
| Client Organisation /Partners<br>City of Kuopio, Levänen serving centre   |            |                  |      |
| <p>Abstract</p> <p>This study was carried out as a development work in co-operation with Levänen service centre. The purpose of this thesis was to design and produce a guidebook for the period of transition from home to nursing home. The guidebook was ordered by the Levänen service centre. It was designed by their needs, complemented by the framework of nursing theory. The guidebook is intended to be given for family members of an elderly at the stage of transition from home to a nursing home. The aim of the guidebook is to provide information about the period of transition in a compact and succinct way. If necessary, it is easy to repeat information of the guidebook over and over again. The guidebook contains information of the most common things that appear in a period of transition. The co-operation of a family and staff is also taken into account. The aim of this thesis was to develop professional growth and to provide information.</p> <p>Moving to live in a nursing home is an important stage of life. This stage is a challenging time for every member of the family. Leaving one`s own home is often hard and it takes time to adapt oneself to the new place. Family members need to undergo their grief process and they need a lot of support for it. A name of the thesis Hospice care is representing a journey, which the family members are going with.</p> <p>A good care and its development should be the guiding principle of the nursing staff in the final stage of life. The good co-operation of nursing staff, family members and a cliend helps to accomplish a good care. The Levänen service centre is the home of people who need a long-term care. The guide is intended to help nursing staff to support family members.</p> |            |                  |      |
| Keywords<br>The period of transition, elderly, memory disorder, functional ability, hospice care  |            |                  |      |

## SISÄLTÖ

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | JOHDANTO .....  | 5  |
| 2     | TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY .....                                  | 6  |
| 3     | VANHUUS, TOIMINTAKYKY JA MUISTISAIRAUDET SIIRTYMÄVAIHEESSA..... | 8  |
| 3.1   | Vanhuus elämänvaiheena .....                                    | 8  |
| 3.2   | Toimintakyky ja sen merkitys siirtymävaiheeseen.....            | 8  |
| 3.2.1 | Toimintakyvyn arviointi.....                                    | 10 |
| 3.2.2 | Toimintakyvyn tukeminen .....                                   | 11 |
| 3.3   | Muistisairaudet .....   | 12 |
| 3.3.1 | Alzheimerin tauti .....   | 12 |
| 3.3.2 | Vaskulaarinen dementia.....                                     | 13 |
| 3.3.3 | Lewyn kappale- tauti .....                                      | 13 |
| 4     | SIIRTYMÄVAIHE KOTOA PITKÄAIKAISHOITON .....                     | 14 |
| 4.1   | Luopuminen .....  | 14 |
| 4.2   | Henkilökunnan ja omaisten yhteistyö .....                       | 15 |
| 5     | PITKÄAIKAISHOITO.....   | 16 |
| 5.1   | Hyvä hoito.....   | 16 |
| 5.2   | Itsemääräämisoikeus .....                                       | 17 |
| 5.3   | Hoitotahto .....  | 18 |
| 5.4   | Palliativinen hoito ja saattohoito.....                         | 19 |
| 6     | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....                      | 21 |
| 7     | OPINNÄYTETYÖN PROSESSI .....                                    | 22 |
| 7.1   | Hyvän oppaan kriteerit .....                                    | 24 |
| 7.2   | Oppaan sisältö.....   | 24 |
| 8     | POHDINTA.....   | 25 |
| 8.1   | Ammatillinen kasvu .....  | 25 |
| 8.2   | Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....                   | 26 |
| 8.3   | Jatkotutkimusaiheet .....                                       | 26 |
| 9     | LÄHTEET .....   | 27 |
| 10    | LIITTEET .....  | 31 |

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön nimi Saattaen hoidettava- kuvaa matkaa, jota kotoa hoitopaikkaan siirtyvä asiakas ja omaiset kulkevat. Kysymyksessä ei ole saattohoito, vaan hoitovastuun siirtyminen ja siirtäminen toiselle taholle. Eräänlainen saattohoito alkaa kuitenkin jo siinä vaiheessa, kun omaisen hoitovastuu luovutetaan toiselle taholle, kuten hoito- tai palvelukodille. Tätä vaihetta voidaan kutsua siirtymävaiheeksi. Tässä opinnäytetyössä käytetään siirtymävaihetta läpikäyvistä nimitystä asiakas. Väitöskirjassaan Klemola (2006, 34) kuvaa siirtymävaihetta matkaksi kahden suhteellisen ajanjakson välillä. Asiakas siirtyy silloin elämänvaiheesta tai paikasta toiseen. Vaiheeseen kuuluu yleensä paljon stressiä, epätietoisuutta ja monenlaisia tunteita. Pitkäaikaishoitoon tai palveluasumiseen muuttaminen on merkittävä elämänvaihe, joka on kipeä sekä omaiselle että asiakkaalle. Oman kodin jättäminen voi olla raskasta ja uuteen paikkaan ja vaiheeseen sopeutuminen vie aikaa. Omaisen on myös tehtävä oma surutyönsä hoitovastuun siirtyessä toiselle taholle. Suru ja syällisyys voivat olla omaisen taholta niin suuria, että he vastustavat muuttoa. Kotihoidon, omaisten ja hoitopaikan pitäisikin aloittaa yhteistyö jo silloin, kun muuttamista suunnitellaan.

Elämän loppuvaiheen hyvä hoito ja sen kehittäminen tulisi olla hoitohenkilöstön ohjenuorana toteutettaessa hoitotyötä. Hoitohenkilökunnan, omaisen ja asiakkaan hyvä yhteistyö takaa hyvän, kokonaisvaltaisen hoidon. Laissa potilaan oikeuksista ja asemasta todetaan potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opas omaiselle läheisen tukemisesta siirtymävaiheessa. Oppaan tavoitteena on tukea asiakkaan kokonaisvaltaista, hyvää hoitoa huomioimalla omaiset tärkeänä osana sitä.

Opinnäytetyönä tehty opas on tilaustyö Leväsen palvelukeskukselle. Opinnäytetyössä käsitellään kotoa palvelukeskukseen siirtymiseen liittyviä asioita sekä muistisairauksia ja Leväsen palvelukeskuksen käytäntöjä. Saattohoidosta on tehty oppaita (Hänninen 2012; Kauhanen ja Vatanen 2011), mutta opasta siirtymävaiheesta tiettyyn yksikköön ei juuri ole. Oppaalle on selvästi tarve, sillä alkuvaiheen tiedon määrä, huoli ja stressi vaikuttavat annetun tiedon muistamiseen, ja oppaan avulla asioita voi tarkastella aina uudelleen.

## 2 TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY

Leväsen palvelukeskus on Kuopion kaupungin asumispalvelujen yksikkö. Se on tarkoitettu kuopiolaisille muistisairaille tai muille pitkäaikaissairaille henkilöille. Palvelukeskus sijaitsee Leväsen kaupunginosassa noin 8 kilometriä Kuopiosta etelään. Palvelukeskuksen vanhassa osassa on kolme osastoa: Satakieli, Tähtelä ja Kuusela. Uudella puolella on kaksi hoitokotia, Kehräjä ja Vellamo sekä dementiayksikkö Värttinä. Osastoilla on päiväsalit yhteisiä kokoontumisia ja ruokailua varten. Palvelukeskuksen kuntosali ja uima-allastilat ovat myös monen harrastajaryhmän käytössä. (Kuopion kaupunki 2013.) Vartiainen (2013-03-26) kertoi, että palvelukeskuksen vanhan osaston hoitokodeissa, tehostetuissa palveluasumisyksiköissä 1 ja 2, on asiakkaina lievästi ja keskivaikeasti dementoituneet. Hoitokodissa 3 asuvat ikääntyneet mielenterveyskuntoutujat ja kehitysvammaiset asiakkaat. Uuden puolen yksiköissä, osastoilla 1-2, asuu keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneet. Osastolla 3 asuu myös ei-dementoituneita, joilla on jokin pitkäaikaissairaus. Dementiaosaston asiakkailla on jokin dementoiva sairaus ja vaikeita käytöshäiriöitä. Kaikilla osastoilla on ympärivuorokautinen valvonta. Asukashuoneet ovat pääasiassa yhden tai kahden hengen huoneita. Lääkärin vastaanotto on kerran viikossa, muuna aikana on käytettävissä terveyskeskuksen päivystävä lääkäri.

Leväsen palvelukeskuksen toimintaa ohjaavat yksilöllisyys, yhteisöllisyys, itsemääräämisoikeus, turvallisuus ja toimintakyvyn tukeminen. Heidän tavoitteenaan on turvata asiakkaalle mahdollisimman arvokas vanhuus ja loppuelämä, huomioiden yksilölliset tarpeet ja voimavarat. (Niiranen 2014.) Varnon mukaan (2013-03-26) terveyttä edistetään kuntouttavalla hoitotyöllä ja omatoimisuuden tukemisella. Asiakkailla on yksilöllinen ravitsemus ja henkilökohtaiset suunnitelmat, jotka on laadittu hoitosuunnitelman yhteydessä. Asiakkaita ohjataan osallistumaan yhteisiin tapahtumiin ja viriketoimintaan. Psykkistä terveyttä tuetaan yksilöllisesti ottamalla huomioon elämäntarina ja järjestämällä kaunis, toiminallisuutta tukeva ympäristö. Sairauksia pyritään ennaltaehkäisemään huolehtimalla hygieniasta, ihonhoidosta, ravitsemustilasta, kuntoutuksella ja tarvittaessa asentohoidolla. Lääkitykseen on Leväsen palvelukeskuksessa kiinnitetty erityistä huomiota, että se on asianmukainen ja siinä olisi vain tarpeelliset lääkkeet minimoiden haittavaikutukset.

Kodinomaisuutta luodaan osaston ja huoneiden siisteydellä sekä houkuttelevan näköisellä aulalla. Asiakkailla on käytössä omat vaatteet ja heille pyritään laittamaan asialliset ja kauniit asusteet. Huoneissa on asiakkaiden omia tavaroita, huonekaluja ja koriste-esineitä sekä tauluja ja valokuvia. Kodinomaisuutta luodaan myös arvostavalla, ystävällisellä ja kiireettömällä ilmapiirillä. Turvallisuus on tärkeä osa toimintaa. Henkilökunta on koulutettu toimimaan pelastussuunnitelman mukaisesti ja heillä on voimassaoleva turvakortti ja ensiapukoulutus. He ovat myös käyneet Aveckki-koulutuksen. Hyvä aseptiikka, oikea lääkehoito, turvalliset fyysiset puitteet ja kunnossa olevat, huolletut apuvälineet ovat tärkeä osa turvallisuutta. (Varno 2013.)

Toiminnan yhteisöllisyyttä tuetaan luomalla turvallinen ympäristö ja tekemällä tiivistä yhteistyötä omaisten kanssa. Yhteistyö omaisten kanssa koetaan tärkeäksi voimavaraksi asiakkaan hyvinvoinnin tukemisessa. Asiakkaan omaiset ja ystävät ovat aina tervetulleita kyläilemään asiakkaan luona ja osallistumaan asiakkaan elämään. Omaiset voivat halutessaan käyttää asiakasta vaikka kaupungilla

tai ulkoilemassa. Tasavertaisuus työntekijöiden ja asiakkaiden sekä työntekijöiden välillä tukee yhteisöllisyyttä ja asioita tehdään yhdessä yhteisön jäsenten kanssa. Toiminnallisuutta tuetaan mahdollistamalla osallistuminen harrastuksiin asiakkaan omilla ehdoilla. Ulkoilutoimintaa on tukeneet opiskelijat ja vapaaehtoiset ulkoiluttajat ja tietenkin omaiset. Aamu- ja iltapäivällä asiakkaille on tarjolla erilaisia virikkeellisiä ja toimintakykyä tukevia yksilö- ja ryhmätoimintoja. (Vartiainen 2013.)

Leväsen palvelukeskuksella työntekijät tekevät tiimityötä. Tiimityö turvaa asiakkaille hoitosuunnitelman mukaisen hyvän elämän ja asumisen, tarjoamalla ammattitaitoisen ja laadultaan korkeatasoisen hoidon. Asiakkaan tullessa Leväsen palvelukeskukseen täytetään elämäntarinalomake. Lomakkeen täyttävät asiakkaan omaiset joko yksin tai asiakkaan kanssa, jonka jälkeen henkilökunta tutustuu asiakkaan elämäntarina. Elämäntarina auttaa tuntemaan asiakkaan tapoja ja tottumuksia ja sitä hyödynnetään hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Hoidon tavoitteena ei ole tarjota asiakkaalle ikuista elämää tai säilytyspaikkaa, vaan hyvä, arvokas ja laadukas loppuelämä. Asiakkaat pyritään hoitamaan osastolla loppuun saakka, huomioiden sairaalahoidon tarve. Omaiset voivat tukea läheisen jaksamista ja olla läsnä myös viime hetkillä toiveidensa mukaisesti. Kuoleman tapahduttua, omaisilla on mahdollisuus tulla katsomaan ja hyvästelemään läheisensä. Leväsen palvelukeskuksella on myös hiljentymistila, jossa on mahdollisuus järjestää muistohetki. Asiakkaalle on nimetty kaksi omahoitajaa, mutta kaikki osallistuvat asiakkaan hoitamiseen. Omahoitajat vastaavat asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja yhteistyöstä omaisten kanssa. Omaisten toiveet hoidon suhteen kysytään hyvässä ajoin. (Niiranen 2014.)

### 3 VANHUUS, TOIMINTAKYKY JA MUISTISAIRAUDET SIIRTYMÄVAIHEESSA

#### 3.1 Vanhuus elämänvaiheena

Vanhuus on elämänkaaren viimeinen vaihe. Vanhenemisessä tavoitteena on aktiivinen, elämään suuntautuva asenne. Vanheneminen ei ole sairaus, vaan vanhenemiseen vaikuttavat geenit ja ympäristötekijät rappeuttamalla toimintakykyä. Vanhenemismuutokset tapahtuvat hitaasti, mutta yksilöllisesti. Sairaudesta voi parantua, tai sitä voidaan hallita esimerkiksi lääkityksellä, mutta vanhenemismuutokset ovat pysyviä muutoksia. (Portin 2013, 114.) Yksilön reagoiminen muutoksiin vaikuttaa elämänlaatuun joko negatiivisesti tai positiivisesti, mutta aina yksilöllisesti. Aistit ja elimet voivat vanheta eri aikaan. Näköaistin muutoksessa lähelle näkeminen heikentyy, samoin kuin hämäränäkö ja kontrastien erottaminen. Kuulossa korkeiden äänten ja äänen tulosuunnan hahmottaminen vaikeutuu. Kosketus-, haju- ja makuaistit saattavat heikentyä. Vanhetessa muuttuu myös kehon koostumus ja perusaineenvaihdunta heikkenee. Lihasvoiman- ja kestävyys heikkeneminen vaikuttaa tasapainoon ja liikkumiseen, johon auttavat liikuntaharrastukset, varsinkin lihasvoima- ja tasapainoharjoitukset. (Nurmiranta, Leppämäki ja Horppu 2009, 114-118.)

Primäärinen eli luonnollinen vanheneminen alkaa varhain ja muutokset on havaittavissa kaikilla jossain vaiheessa. Muutokset ovat hitaita, yksilöllisiä, palautumattomia ja aiheuttavat toiminnan heikentymistä. Reservikapasiteetin vähentyminen lisää stressitilanteiden haavoittuvuutta. Alentunut reservikapasiteetti tarkoittaa yksittäisten elinjärjestelmien, esimerkiksi keuhkojen toiminnan alentumista. Primäärisiä vanhenemismuutoksia voidaan estää tukemalla elimistön reservikapasiteettia. Sekundaari vanheneminen johtuu sairauksista, joita voidaan useimmiten hoitaa ja muutokset ovat nopeampia. Luonnollinen vanheneminen korostuu ja nopeutuu sekundaaristen vanhenemismuutosten takia. Onnistuneessa vanhenemisessä säilyy fyysinen ja henkinen suorituskyky, vanhus on aktiivinen sosiaalisesti ja osallistuu luovasti korkeaan ikään saakka. Elintavat vaikuttavat riskiin sairastua, lisäten sekundaarisia muutoksia. (Pikkarainen, Era ja Grönlund 2011.)

#### 3.2 Toimintakyky ja sen merkitys siirtymävaiheeseen

Toimintakyvylle tarkoitetaan asiakkaan valmiutta erilaiseen toimintaan sekä omien voimavarojen käyttöön. Toimintakyky liittyy asiakkaan hyvinvointiin, siihen kuinka hän selviytyy päivittäisistä toiminnoista elinympäristössään. Alentunut toimintakyky ja mahdollinen omaishoitajan väsyminen johtaa usein siirtymiseen omasta kodista hoitopaikkaan, tässä tapauksessa Leväsen palvelukeskukseen. Toimintakyky voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti, millä tasolla toimintakyky vielä on, tai todettuina toiminnan vajeina. Toimintakyky jaetaan eri osa-alueisiin: fyysiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn muutos vaikuttaa arjessa selviytymiseen ja on yhteydessä sairauksiin sekä elinajan ennusteeseen. (Heikkinen, Laukkanen, Rantanen 2013, 56.)

Vanhuudessa pyritään säilyttämään fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky lisäämällä aktiivista omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. On tärkeää, että asiakas tekee itse ratkaisut, jotka koskevat



hänen elämäänsä. Asiakas haluaa myös olla vaikuttamassa yhteisön asioihin, eikä muiden tekemien päätösten kohteena. Leväsen palvelukeskuksella on pyritty luomaan viihtyisä ja toimiva ympäristö, joka tukee asiakkaan toimintakykyä (Varno 2013). Asioihin vaikuttaminen on asiakkaalle positiivinen ja palkitseva kokemus. Vanhenemiseen liittyy voimakas aktiivisuusajattelu ja heidät nähdään nykyään yhteiskunnan voimavarana. Vanhuuteen sopeutuminen on yksilöllistä, mihin vaikuttaa vanhenemisprosessin tuomien rajojen hyväksyminen ja käsitteleminen. Tärkeää onkin kysyä asiakkaalta itseltään, mitkä asiat lisäävät hänen voimavarojaan, mitkä taas kuluttavat tai tuovat iloa ja onnea. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi sekä hyvä toimintakyky ovat hyvän vanhuuden edellytyksiä. (Nurmiranta ym. 2009, 115-118.)

Fyysinen toimintakyky käsittää asiakkaan fyysisen suoriutumisen päivittäisissä perustoiminnoissa, kuten peseytymisessä, pukeutumisessa ja syömisessä. Leväsen palvelukeskuksella pyritään kuntouttavalla hoitotyöllä ottamaan asiakas mukaan päivittäisiin toimiin ohjaamalla ja kannustamalla (Varno 2013). Fyysinen toimintakyky liittyy myös arjen askareiden hoitamiseen, kuten kotiaskareiden tekemiseen, kodin laitteiden käyttöön ja asiointiin kodin ulkopuolella. Fyysiseen toimintakykyyn yhdistetään myös mielekäs vapaa-aika ja yhteydenpito sosiaaliseen verkostoon. Terveystila ja toiminnanvajaavuudet määritellään myös kuuluvaksi fyysiseen toimintakykyyn. (Laine 2013.)

Kognitiivinen toimintakyky sisältää tiedonkäsittelytaidon, ajattelun ja muistin. Vanheneminen aiheuttaa muutoksia aivoissa ja aivotoinnoissa, jolloin tiedonkäsittelytaidot, ajattelu ja muisti heikkenevät. Vanhuksella voivat jotkin kognitiiviset alueet olla vahvempia kuin nuorilla, esimerkiksi kristallisoitunut älykkyys. Muutokset ovat hitaita ja usein lieviä, yksilöllisiä toimintojen heikkenemisiä. Kognitiiviset muutokset ovat yhteydessä terveydentilaan, geneettisiin tekijöihin ja elämäntyyliin. Kognitiivisiin taitoihin vaikuttaa myös asiakkaan kokemus omasta terveydentilastaan. Sen realistinen ymmärtäminen on tärkeä osa kognitiivista toimintakykyä. (Nurmiranta ym. 2012, 129-133.)

Psyykinen toimintakyky on monitahoinen ja se sisältää tiedon vastaanoton ja käsittelyn sekä kyvyn tuntea ja kokea ympäröivää maailmaa. (Heimonen 2009, 55.) Vanhuksen mielenterveyden perusta on rakentunut koko elämän ajan muodostuen käsityksistä eri elämän alueilla. Perusta muodostuu geneettisistä tekijöistä, lapsuuden kokemuksista, vuorovaikutussuhteista sekä psyykkisen kasvun mahdollisuuksista. Psyykkisen itsesäätelyn avulla asiakas voi ylläpitää mielenterveyttään ja elämäntähtäilyä. Se käsittää taitoja ja valmiuksia liittyen tunne-elämään, sosiaalisiin vuorovaikutuksiin, tiedonkäsittelyyn ja toimintaan. Jokaisella on yksilölliset itsesäätelyn strategiat ja keinot. Itsesäätely voi muuttua myös ongelmalliseksi, esimerkiksi liiallinen tunteiden torjuminen tai hankalien asioiden välttely voivat haitata yksilön toimimista sosiaalisesti. (Saarenheimo 2013, 374.)

Yksilön persoonallisuus muokkautuu elämän aikana. Vanhuksen psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat persoonallisuus, psyykkiset voimavarat ja psyykinen terveys. Hyvän psyykkisen terveyden, eli psyykkisen tasapainon omaava asiakas hallitsee tunteitaan, toimintaansa ja ajatuksiaan. Jokaisen persoonallisuus alkaa kehittyä syntymästä jatkuen kuolemaan. Persoonallisuuteen vaikuttaa perimä, ympäristö, elämäntilanne ja elämäkokemukset. Jokaisella elämäntilanteella on oma merkityksensä persoonallisuuden muovautumiselle. Vanhuutta voidaan ymmärtää ottamalla huomioon koko elä-

mänkulku, siihen vaikuttaneet tekijät ja vanhuksen oma tulkinta omasta elämästään. Sisäisten voimavarojen ja ulkoisten elämäntapahtumien vuorovaikutuksessa muovautuu vanhuus ja persoonallisuus. (Nurmiranta ym. 2009, 119-125.)

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä noudattaa yhteiskunnassa vallitsevia arvoja ja normeja sekä selviytymistä vuorovaikutussuhteista ja toimintaympäristön luomista rooleista. (Simonen 2009, 64.) Sosiaalinen vuorovaikutus on voimavara myös vanhuudessa. Sosiaalinen toimintakyky käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa esimerkiksi omaisten ja ystävien kanssa. Siihen kuuluu myös vastuu läheisistä, sosiaalisten suhteiden sujuvuudesta, sosiaalisesta osallistumisesta ja elämän mielekkyys. Vapaa-ajan vietto ja harrastukset yhdessä toisten kanssa ovat tärkeitä osa-alueita sosiaalisessa toimintakyvyssä. (Laine 2013.)

### 3.2.1 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arvioinnin perusteella Leväsen palvelukeskuksella asiakkaalle voidaan tehdä yksilöllinen hoitosuunnitelma. Omaisen kanssa laadittu elämäntarina auttaa myös toimintakykyä tukevien harjoitteiden suunnittelussa. (Varno 2013.) Toimintakykyä voidaan selvittää erilaisilla mittareilla tai arviointijärjestelmällä, joka huomioi useampia toimintakyvyn osa-alueita. Toimintakyvyn arviointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja laajaa osaamista. Toimintakyvyille asetettujen tavoitteiden tulee olla mielekkäitä ja kannustavia, jotta ne auttavat toimintakyvyn ylläpitämisessä ja jopa sen parantamisessa. Toimintakyvyn myönteiset ja vahvistavat, kuten myös sitä estävät tekijät tulee selvittää. Arviointimenetelmien lisäksi tulee keskustella asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Päivittäisten toimintojen havainnointi ja ympäristötekijöiden selvittäminen on myös tärkeää arvioidessa hoidon tarvetta. (Laine 2013.)

Toimintakyvyn arviointia on lähestytty ja määritelty eri tavoin riippuen näkökulmasta ja tavoitteista. Tavoitteena on ollut saada yhdenmukainen testi, joka antaa kuvan yksilön toimintakyvystä. Keskeisessä suuntautumisessa tavoite on ollut päivittäisten toimintojen selviytymisen arviointi (Activities of daily living, ADL) ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Lähestymistapana on käytetty myös funktionaalisen diagnostiikan systemaattista luokittelua. Funktionaalinen diagnostiikka on kehitetty samaan tapaan kuin WHO:n johdolla kehitetty sairauksien diagnostiikka luokitus International Classification of Diseases, ICD10. Funktionaalinen diagnostiikka on laaja ja yksityiskohtainen, haasteellinen ja toistaiseksi keskeneräinen. Funktionaalisen tai biologisen iän suuntauksen tavoitteena on ollut toimintakyvymittausten kehittäminen. Sillä pyritään osoittamaan muuttujia, jotka syntyvät vanhenemisprosessissa, kun verrataan biologista ja funktionaalista ikää ja joilla on korkea korrelaatio verrattuna kronologiseen ikään. (Heikkinen 2013, 278-279.)

### 3.2.2 Toimintakyvyn tukeminen

Toimintakyvyn tukemisella varmistetaan asiakkaan selviytyminen mahdollisimman pitkään omatoimisuutena. Leväsen palvelukeskuksen toimintaperiaatteissa korostuu kuntouttava hoitotyö, joka tukee omatoimisuutta. Pitkäaikaissairauksiin ja ikääntymiseen usein liittyvä liikkumisen vähentyminen heikentää fyysistä kuntoa ja siten fyysistä toimintakykyä. Toimintakyvyn laskua voidaan kuitenkin hidastaa säännöllisellä liikunnalla ja täsmäkuntoutuksella. Kuntoutukseen kuuluvat mm. motivoiminen, aktivoiminen, vireyden edistäminen sekä apuvälineiden selvitys ja ympäristön parantaminen. Turvallinen ja viihtyisä ympäristö aktivoi liikkumaan, katsomaan ja osallistumaan. Ikääntyneillä asiakkailla erityisesti tasapainon säilyttäminen on tärkeää, sillä hyvä tasapaino vähentää kaatumisen riskiä. Fyysisen toimintakyvyn tukemisen tavoitteena on liikkumistaidon ja päivittäisten taitojen ylläpitäminen. (Kettunen, Kähäri- Wiik, Vuori- Kemilä, Ihalainen 2009,135-137.)

Psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä voidaan tukea luomalla asiakkaalle turvallinen ja selkeä ympäristö hahmottamisen helpottamiseksi. Selkeät, yksinkertaiset ohjeet ja tarvittaessa kuvat helpottavat toimimista. Asioiden riittävä toistaminen auttaa orientoitumaan aikaan ja paikkaan. Hoitohenkilökunnan selkeä ja rauhallinen puhe on tärkeää, jotta asia tulisi paremmin ymmärretyksi. Iäkästä asiakasta tulee myös kuunnella, sillä kuulluksi tuleminen voi helpottaa puhumista ja näin voidaan välttää ahdistusta ja vähentää aggressiivisuutta. Turvallisuuden tunne on tärkeää myös mielenterveydelle. Mielenterveyttä edistää myös asiakkaan elämäntarinan tunteminen. Hengellisyys voi olla tärkeä asia ikääntyneen elämässä ja sitä tulisi olla mahdollisuus harjoittaa myös. Psyykkisen toimintakyvyn tukemisen tavoitteena on turvallisuuden tunteen luominen ja epävarmuuden vähentäminen. (Heimonen 2009, 55-61.)

Sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa keskeistä on vuorovaikutus. Omaiset, ystävät, hoitohenkilökunta, muut hoitopaikan asiakkaat sekä yhteistyöverkosto muodostavat sosiaalisen tukiverkon, josta asiakas saa voimaa. Yhteisölliset harrastukset hoitopaikassa voivat tuoda hyvää mieltä. Osallistuminen yhteisiin tapahtumiin hoitopaikassa ja sen ulkopuolella tukevat sosiaalista toimintakykyä. Hoitohenkilökunnan havainnointi on tärkeää, sillä jokainen on yksilö, eivätkä kaikki viihdy ihmispaljouudessa. Sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen tavoitteena on vuorovaikutuksen ylläpitäminen ja sosiaaliin tilanteisiin osallistuminen. (Simonen 2009, 64-70.)

Toimintakyvyn eri osa- alueet ovat jatkuvasti sidoksissa toisiinsa. Osallistuminen eri asioihin ja tapahtumiin kohentaa eri osa- alueita. Kuntouttavalla työotteella työskentelevä hoitohenkilökunta tukee monipuolisesti eri toimintakyvyn alueita. Ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen tulisi olla joka päiväistä ja sisältyä arkipäivän asioihin. (Heimonen 2009, 55.)

### 3.3 Muistisairaudet

Muistisairaudet koskettavat vuosittain ihmisiä maailmanlaajuisesti. On ennustettu, että vuonna 2040 muistisairauksista kärsii Euroopassa jopa 13 miljoonaa ihmistä (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard ja Hamers 2013, 1260). Muistisairaus ei kuulu normaaliin ikääntymiseen. Suomessa muistisairaudet ovat kansantauti ja väestön ikääntymisen myötä myös muistisairaudet yleistyvät. Leväsen palvelukeskuksen asiakkaista monella on dementiaa aiheuttava muistisairaus (Varno 2013). Dementia tarkoittaa aivoja vaurioittavasta sairaudesta tai vammasta johtuvaa laaja-alaista henkisten toimintojen heikentymistä. Vuonna 2004 Suomessa oli arviolta 35 000 henkilöä, joilla oli lievä dementia ja 85 000 henkilöä, joilla oli keskivaikea dementia. Jopa 7 000- 10 000 työikäisillä on eteneviä muistisairauksia. Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti, joka etenee hitaasti ja tasaisesti vaiheittain. Muita yleisimpiä muistisairauksia ovat vaskulaarinen dementia ja Lewyn kappale-tauti. (Heimonen 2010, 60.)

Käyttäytymisen muuttuminen liittyy usein muistisairauteen. Masentuneisuus, apatia tai persoonallisuuden muuttuminen saattaa hämmentää sekä omaista että muistisairasta. Oireet voi ilmentyä muun muassa näkö- tai kuuloharhoina, outona ja liiallisena seksuaalisena aktiivisuutena tai harhaluuloina. Masennuksen diagnosointiin tulisi kiinnittää huomiota, sillä se on tärkein käytösoire. Kotihoidon esteenä koetaan usein muistisairaahan käytösoireet, jotka uuvuttavat omaista. Käytösoireissa tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa on lääkehoito. Lääkehoidon toteutus vaatii erityisosaamista, sillä se voi aiheuttaa haittavaikutuksia ja huonontaa tilannetta. Muistisairaahan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu vaaratekijöiden, mielialan ja käytöshäiriöiden hoito, kokonaisvaltainen ohjaus ja tuki sekä oheisairauksien hoito. Muistisairaalle tehdään hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma, joka on yksilöllinen ja se perustuu yksilön tarpeisiin. Tehtyä suunnitelmaa tulee tarkastella säännöllisesti. (Helsingin Alzheimer-yhdistys 2013.)

#### 3.3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Kaikista dementiatapauksista 60% on Alzheimerin taudin aiheuttamia. Alkuvaiheessa esiintyy lieviä muistihäiriöitä, varsinkin mieleenpainamisen vaikeuksia. Taudin edetessä lähimuisti heikentyy, ajan- ja paikantaju häviävät. Sanat alkavat unohtua puhuessa ja sairastunut voi käyttää kiertoilmaisuja. Motoriset toiminnat heikkenevät ja toiminnanohjaus vaikeutuu. Sairudentunto häviää ja sairastunut kokee itse pärjäävänsä hyvin huolimatta käytännön elämän vaikeuksista. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 86-89.)

Alzheimerin taudin kuvaan kuuluu laihtuminen, vaikka riittävästä ravinnosta huolehditaan. Jäykkyyttä, hitautta ja asennon muutoksia alkaa ilmetä 3-5 vuoden kuluessa. Pakkoinkontinenssia alkaa ilmaantua ja vähitellen kehittyy täydellinen virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyys. Kävelykyky alkaa hävitä n. 5-8 vuoden kuluttua. Naisilla sairaus kestää pari vuotta miehiä pidempään. Säännöllinen lii-

kunta ja fysioterapia sekä ravitsemuksen tehostaminen voivat lisätä toimintakykyisiä vuosia. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 86-89.)

### 3.3.2 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen dementia on noin 15% kaikista dementiatapauksista. Sen aiheuttaa aivovaltimoiden tukos, joka on tavallisesti pienissä, syvällä sijaitsevilla valtimoissa. Taudin etenemistapa vaihtelee. Taudinkuva voi olla tasaisesti tai portaittain etenevä tai joissakin tapauksissa pitkään muuttumattomana pysyvä. Taudin alkuvaiheessa yleisiä ovat yöllinen sekavuus, masennus ja kävelyvaikeudet. Kävely voi olla töpöttelevää ja leveäraiteista. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 90-92.)

Vaskulaarisessa dementiassa uuden oppiminen ja muisti eivät heikkene samalla tavalla kuin Alzheimerin taudissa. Käyttöoireita vaskulaarisessa dementiassa on kuitenkin enemmän. Laihtumista esiintyy, mutta hitaammin kuin Alzheimerin taudissa. Liikuntakyky taas heikkenee nopeasti jopa sairauden alkuvaiheessa. Sairauden kesto on yksilöllinen. Sairastamisaika on 7-8 vuotta. Vaskulaarisen dementian riskitekijöitä ovat verenpainetauti ja sydänsairaudet sekä diabetes ja rasva- aineenvaihdunnan häiriöt. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 90-92.)

### 3.3.3 Lewyn kappale- tauti

Lewyn kappale- tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttavista sairauksista, n. 15% kaikista tapauksista. Tauti on saanut nimensä hermosolun sisällä olevista jyväsistä, Lewyn kappaleista, joita on aivokuorella ja aivorungossa. Taudin edetessä hermosoluissa tapahtuu muutoksia välittäjäaineiden osalta. Parkinsonismioireet ovat hyvin tyypillisiä. Lepovapinaa, liikkeiden hitautta ja jäykkyyttä esiintyy taudin edetessä. Vireystaso ja oireet vaihtelevat ajoittain nopeastikin. Tauti alkaa keskimäärin 60- 65 vuotiaana ja taudin ennuste vaihtelee hyvin paljon. Vaikeimmissa tapauksissa taudin kesto voi olla alle 5 vuotta, mutta joskus jopa 30 vuotta. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 92-97.)

Eri muistisairauksista on erilaisia oppaita, joista asiakas ja omaiset voivat saada paljon tietoa. Eri sairausryhmille on omat oppaansa ja nettisivuilla on runsaasti tietoa, esimerkiksi Muistiliitto. (Muistiliitto 2014.). Leväsen palvelukeskus tekee yhteistyötä yhdistyksen kanssa ja he saavat sitä kautta jaettavaksi eri muistisairauksista kertovia oppaita.

## 4 SIIRTYMÄVAIHE KOTOA PITKÄAIKAISHOITON

Siirtymävaihe on matka kahden suhteellisen ajanjakson välillä. Työssämme siirtymävaihe tarkoittaa asiakkaan siirtymistä omasta kodista Leväsen palvelukeskukseen. Siirtyminen pitkäaikaishoitoon on monella tavalla kuormittava prosessi. Siirtymävaiheessa omaiset tarvitsevat ja kaipaavat konkreettista tukea. Oppaalla vastaamme tähän tarpeeseen. Vaikka kotona asuminen olisi vaikeaa, on siirtymisen hoitopaikkaan kivulias, niin siirtyvälle asiakkaalle kuin omaisille. Kotoa omasta rauhasta siirytään vieraaseen ympäristöön, vieraiden ihmisten keskelle. Väärinymmärrykset ja negatiiviset tunteet voivat syntyä helposti. Sury, Burns ja Brodaty (2012) toteavat, että siirtymävaiheeseen liittyy usein käyttäytymisen muutoksia, masennusta, agitaatiota, kognition heikkenemistä, heikkoutta ja kaatumisia. Siksi olisikin tärkeää keskustella asioista ja tunteista siirtymävaiheen aikana. Yhteistyö asiakkaan, omaisen ja henkilökunnan välillä tulisi aloittaa jo ennen siirtymää. Siirtyvä voi tutustua ennalta tulevaan asuinympäristöönsä, vaikka käymällä päivisin tutustumassa vanhain- tai palvelukodin toimintatapoihin ja muihin asiakkaisiin. Omainen voi tukea muutosta olemalla läsnä ja tukena siirtymävaiheessa. Asiakkaalla on perusoikeutena valita itse asuinympäristönsä ja onneksi harvoin joudutaan tekemään siirto vastoin siirrettävän omaa tahtoa. Vastoin tahtoa tapahtuviin siirtoihin liittyy esimerkiksi pitkälle edennyt muistisairaus. (Suomi 2012.)

Siirtymävaihe voidaan jakaa Klemolan (2006, 112) mukaan viiteen vaiheeseen. Alussa on *ennakoiva vaihe*, jossa kotona selviytyminen on heikentynyt. *Siirtymävaiheen käynnistyminen* alkaa hakemuksen täyttämällä ja paikan etsimisellä. *Odotusvaihe* on aika, jona paikan vapautumista odotetaan. Tähän vaiheeseen kuuluu paljon epävarmuutta ja epätietoisuutta. *Siirtymisen hoitokotiin* on fyysinen siirtyminen paikasta toiseen. *Siirtymävaiheen päättymisen* on vaihe, jossa elämä jatkuu hoitokodissa ja asiakas on hyväksynyt tilanteensa. Siirtymävaihetta tulisi myös tarkastella monesta eri näkökulmasta. Omaisen tulisi saada tietoa siirtymävaiheeseen liittyvistä haasteista. Asiakas tarvitsee sopeutumiseen ja kotiutumiseen paljonkin aikaa. Työntekijä taas tarvitsee uusimman tutkimustiedon päivittämistä ja tiedon siirtämistä hoitokäytäntöihin. (Kotiranta 2008.)

### 4.1 Luopuminen

Siirtymävaiheeseen liittyy luopumisen ja menetyksen tunne. Omaiset saattavat joutua tekemään päätöksen asiakkaan hoitokotiin siirtymisestä kriisissä, kokien muun muassa syyllisyyttä, yksinäisyyttä, vihaa ja helpotusta. Henkilökunnan tulisikin tukea omaista, kannustaa ja jutella, antaa tietoa ja antaa omaisen osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Klemola 2006, 35-36.) Vanhuudessa luopumiset ja menetykset vaikuttavat jokapäiväiseen elämään, kuormittaen minuuden kokemusta. Asiakkaalle uhan tuntua luo pärjäämättömyys päivittäisissä toiminnoissa sekä yhä enenevän avun tarve. Luopumisessa surutyön tekeminen on todella tärkeää. Ilman surutyötä ihminen voi mennä jopa psykoottiseen tilaan. Ihmisillä, jotka eivät osaa tai ovat tottumattomia kertomaan ajatuksiaan, voi olla uhkana minuuden hallinnan menettäminen. Seurauksena voi olla käyttäytymisen muutoksia, toivon kadottamista, jolloin vanhuus ajanjaksona voi tuntua vieraalta ja oudolta, jopa hallitsemattomalta. (Erjanti ja Paunonen-Ilmonen 2004.)

Luopumiseen kuuluu monenlaisia tunteita. Suru liittyy siirtymävaiheeseen ja luopumiseen. Jokaisen suru on yksilöllistä. Surua aiheuttaa menetys, ikävä tapahtuma, voimakas ja pitkä mielihahan tunne. Sureva kokee voimakkaita tunteita ja reaktiot voivat vaihdella nopeasti. Surun kanssa pitää elää. Suru sisältää erilaisia tunteita, asenteita ja käyttäytymistä. Surun kokemiseen vaikuttaa persoonallisuus, aikaisemmat elämänvaiheet sekä tuen määrä, minkä sureva saa surutyön aikana. Surusta käytetään myös termiä sopeutuminen. Suru aloittaa matkan, joka voi tuntua pelottavalta, tuskalliselta, jopa yksinäiseltä. (Poijula 2002, 58-60.)

Perheen ja omaisten merkitys on suuri, varsinkin luopumisen yhteydessä. Kaikki perheenjäsenet joutuvat luopumaan jostain merkittävästä osasta elämäänsä. Hoitotavan muuttuminen ja laitokseen siirtyminen merkitsee muutosta koko perheessä. Alkaa uusi erilainen aika, jossa tuttu ja turvallinen muuttuu kenties pelkoja ja ennakkoluuloja aiheuttavaksi tilanteeksi. Oman arvokkuuden säilyminen on tärkeää, varsinkin yksilöille, jotka ovat tottuneet selviytymään ja jaksamaan ilman ulkopuolisten apua. Omaisten huoli laitokseen siirtävästä asiakkaasta ja syyllisyyden tunteet koettelevat luopumista. Omaisten hoidon tukena ovatkin todella tärkeä osa hoidon onnistumista. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 81-82.)

#### 4.2 Henkilökunnan ja omaisten yhteistyö

Omaisten ja henkilökunnan välinen yhteistyö on tärkeää ja sen tulisi alkaa jo siirtymävaihetta suunniteltaessa. Yhteistyö edistää asiakkaan hyvinvointia ja helpottaa sopeutumista Leväsen palvelukeskukseen. Yhteistyön kehittämisen keskeisessä asemassa on esimies antaen työntekijöille asianmukaista tietoa siirtymävaiheen haasteista. Omaisten ja henkilökunnan yhteistyötä lisäävät säännölliset tilaisuudet kertoa hoitoon liittyvistä toiveista ja huolenaiheista. Leväsellä toimii omaisraati, joka on hoitokodissa asuvien omaisille tarkoitettu ryhmä. Omaisraati kokoontuu pari kertaa vuodessa. Raadissa käsitellään omaisten kesellä heränneitä ajatuksia ja toiveita. (Varno 2013.) Yhteistyön tarkoituksena on jakaa tietoa omaiselle tärkeistä asioista, jotka auttavat hoidon suunnittelussa. Omaisilla taas on paljon hiljaista tietoa, joka auttaa henkilökuntaa tukemaan asiakkaan siirtymävaihetta. Elämäntietä selvittäminen auttaa persoonallisuuden hahmottamisessa ja sen sä. Tärkeää on löytää yhteisymmärrys, jonka edellytyksenä on luottamus omaisen ja henkilökunnan välillä. Etukäteen olisi hyvä tutustua hoitopaikkaan, kartoittaa tiloja ja tutustua henkilökuntaan, toimintatapoihin ja muihin asiakkaisiin. (Vernerinet 2013.)

Henkilökunta voi lisätä omaisen osallistumista läheisen tukemiseen antamalla tietoa asiakkaan voinnista ja hoidosta. Omaisten asiallinen aktiivisuus ja realistiset tavoitteet hoidosta edistävät yhteistyötä. Yhteiset pelisäännöt selkeyttävät omaisen roolia ja tehtäviä. Henkilökunnan kiire, vaihtuvuus ja vuoro työ puolestaan hankaloittavat yhteistyötä. Henkilökunnan tulisi huomioida omaisen yksilöllisyys ja elämäntilanne yhteistyön onnistumiseksi. Tärkeää on kirjata hoitotyön toimet, jotta omaisen saa asianmukaista tietoa asiakkaan tilanteesta ja hoidosta. (Kivelä ja Vaapio 2011, 152-154.)

## 5 PITKÄAIKAISHOITO

Pitkäaikaishoito tarkoittaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Lyhytaikaisella laitoshoidolla tuetaan sekä asiakkaan kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään että omaisen jaksamista. Lyhyet hoitajaksot voivat toistua säännöllisesti tai satunnaisesti ja sillä voidaan siirtää pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta. Pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitsevat asiakkaat, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa. Pitkäaikaisen laitoshoidon paikkoja on vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Lisäksi erilaiset kunnalliset ja yksityiset hoito-, veljes- ja sairaskodit tarjoavat paikkoja pitkäaikaista hoitoa tarvitseville. (STM 2011.)

Pitkäaikaishoidon yhdeksi tärkeimmistä kriteereistä on noussut hoidon laatu. Hyvä ja laadukas hoito sekä kodinomainen ympäristö parantavat elämänlaatua. Tutkimuksessa (de Rooij, Luijkx, Schaafsma, Declercq, Emmerink ja Schols 2012) on osoitettu, että huonontunut elämänlaatu on suoraan yhteydessä mm. masennus- ja käyttäytymisongelmiin. Hyvä hoito puolestaan tukee kokonaisvaltaista hyvinvointia.

### 5.1 Hyvä hoito

Hyvä hoito koostuu monesta tekijästä. Siihen kuuluu muun muassa hoidon laatu, potilasturvallisuus, yhdenvertaisuus, henkilökunnan ammattitaito ja toimivat tilat. Terveystieteiden alalla on terveydenhuollon toiminta, joka täytyy osoittaa suunnitelmalla laadukkaasta, turvallisesta ja asianmukaisesta toiminnasta. Asiakasta tulee hoitaa oikeiden tietojen perusteella. Terveystieteiden lakien (1326/2010, 9§) asettaa kriteerit tietotekniikan käytölle potilastietojen hallinnoinnissa. Ammattihenkilölaki (559/1994) pyrkii varmistamaan henkilökunnan ammatillisen pätevyyden, joka on hyvän hoidon perusta. Laki velvoittaa henkilökuntaa ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoa ja tutustumaan ammattia koskevaan lainsäädäntöön ja ohjeisiin. (Kotisaari 2012, 51-64.)

Asiakkaan oikeudet on turvattu lainsäädännöllä. Yksi keskeisimmistä on laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Laissa sanotaan, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta tulee kohdella niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava hoidossa huomioon. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Laki vaatii, että hoitoa toteutettaessa on laadittava suunnitelma, joka laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaisensa tai laillisen edustajansa kanssa. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä myös, jos potilas on tehnyt hoitotahto-asiakirjan. Laki määrittää yhdessä ammattieettisten tavoitteiden kanssa hyvän hoidon periaatteet:

*”Potilaille on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksesta sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan anneta vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen anta-*



*misesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidoista tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.”*

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Keskeistä hyvässä hoidossa on asiakkaan kokemus hoidostaan. Asiakas kokee saaneensa apua ongelmaansa, jos hänen mielipidettään arvostetaan ja huomioidaan hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Laadukas hoitotyö tulee hahmottaa kokonaisuutena huomioiden kliininen osaaminen, välineet ja resurssit, prosessien hallinta, mittaaminen ja laatu järjestelmät. Hoitoprosessissa jäsentyy tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Laadunhallinta on osa järjestelmällistä toimintaa, jonka tarkoituksena on etsiä laadullisia ongelmia ja ratkaisemaan niitä. (Kotisaari 2012, 64-65.)

Hyvän hoidon lähtökohtana tulee olla asiakkaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavaa. Hoidon tulee tukea asiakkaan toimintakykyä, ettei toimintakyky olennaisesti rajoittaisi elämänlaatua. Jokainen asiakas on yksilö, joten hoidon tarve vaihtelee. Siksi tulisi tarjota monipuolisia ja erilaisia palveluja, lisätä neuvontaa ja tiedottamista. Ikääntyneiden asiakkaiden määrä lisääntyy, mutta hyvällä hoidolla tuetaan toimintakyvyn ylläpitämistä, joka edesauttaa ikääntyneen hyvinvointia. (Kvist 2004, 29-31.)

Pitkäaikaishoidossa tulee huomioida ympäristö, kodinomainen asunto, laadukas ravinto, mahdollisuus ulkoiluun ja sosiaaliseen kanssakäymiseen, ne luovat pohjan hyvälle hoidolle. Pyritään normaaliin elämään huomioiden asiakkaan yksilölliset tavat, tottumukset ja mielenkiinnon kohteet. Pitkäaikaishoidossa asuminen on yhteisöllistä asumista, jossa tulisi kuitenkin pystyä elämään mahdollisimman yksilöllisesti, arvokkaasti ja tasapainoisesti. Hyvään hoitoon kuuluu tieto, joka perustuu uusimpiin tutkimustuloksiin. Haastatteleamalla asiakasta ja hänen omaisiaan perehdytään potilaaseen ja sen pohjalta voidaan rakentaa hoitosuunnitelma joka tukee yksilöllistä, hyvää hoitoa. (Kivelä 2012, 24-25.)

## 5.2 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeuden tarkoituksena on turvata asiakkaan oikeus päättää omista asioistaan ja olla aktiivisena osallistujana. Asiakas on hoitosuhteessa subjekti, tietoinen ympäröivästä todellisuudesta. Asiakas ei ole objekti, eli hoidon kohde, vaan osallistuu voimavarojensa mukaan terveydentilaansa koskeviin päätöksiin. Asiakkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa tulee olla mukana kunnioitus asiakkaan itsemääräämisoikeutta kohtaan. (Kotisaari ja Kukkola 2012, 85-86.)

Itsemääräämisoikeus on aina ollut keskeinen arvo hoitotyössä niin eettisesti kuin oikeudellisesti. Suomi on sitoutunut noudattamaan itsemääräämisoikeutta, joka on kirjattu moniin kansainvälisiin

ihmisoikeussopimuksiin. Suomen perustuslain 10§:n 1 momentista johdetaan itsemääräämisoikeus. Tarkemmin ne määritellään potilaslaissa 6 ja 7§:ssä. 6§:n tarkoituksena on asettaa potilaan hoidon edellytykseksi hänen suostumuksensa. Potilaslaki ei määrittele suostumuksen tapaa. Suostumus voi olla hiljainen, esimerkiksi hakeutuminen hoitoon, tai nimenomainen, eli suullinen tai kirjallinen lupa. Hiljaista suostumusta ei voida määritellä yleisillä säännöillä, vaan on tapauskohtainen. Jos potilaan hoito vaatii vakavaa potilaan koskemattomuuteen puuttumista, tulee tehdä nimenomainen lupa hoidosta. (Kotisaari ja Kukkola 2012, 86-89.)

Itsemääräämisoikeus kuuluu myös asiakkaalle, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja tukea. Laitoshoidossa itsemääräämisoikeuden toteutumista voi haitata, jos päätöksiä tehdään jonkun muun kuin asiakkaan näkökulmasta, esimerkiksi lääkärin, hoitohenkilökunnan, omaisen tai edunvalvojan. Itsemääräämisoikeuden tukeminen vaatiikin eettistä pohdintaa ja toimintaa kaikilta osapuolilta. (Kivellä ja Vaapio 2011.) Itsemääräämisoikeuden toteutumista tukee asiakkaan oma ääni. Määrittelemällä hyvä elämä, miten asiakas sen itse kokee ja mikä hänelle on tärkeää, tukee hänen voimavarojaan. Arjen rakentamiseen tarvitaan psyykkisiä voimavaroja, joita varsinkin muistisairas asiakas tarvitsee, sekä fyysisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Tulee siis tukea tiedon hallintaa, muistia, suunnittelua, ajattelua, fyysistä kuntoa ja sosiaalista verkostoa. (Sarvimäki ja Stenblock-Hult 2010, 44-46.)

### 5.3 Hoitotahto

Hoitotahto, entiseltä nimeltään hoitotestamentti, on asiakkaan laatima ohjeistus elämän loppuvaiheen hoidosta. Hoitotahdon laatii asiakas allekirjoittaen vaatimuksen elämää ylläpitävän hoidon lopettamisesta kohtuuttoman huonon ennusteen vuoksi. Hoitotahto voi käsittää hoitovaihtoehtoja, joista luovutaan. Siinä asiakas voi toisaalta ilmaista myös halunsa kaikkiin saatavilla oleviin hoitoihin. Hoitotahdon voi tehdä valmiille lomakkeelle tai se voi olla itse muotoiltu. Hoitotahdossa määritetään kivunhoito ja palliatiivinen hoito. Sillä voi myös määrittää palliatiivisen sedaation, eli oireiden lievittämistä rauhoittavilla lääkkeillä tai heikentämällä tajuntaa muulla hoidolla. (Hilden 2006, 29-30.)

Juridiset vaatimukset edellyttävät hoitotahdon päivittämistä ja kahden todistajan allekirjoitusta. Suullisen hoitotahdon kirjaa asiakkaan asiapapereihin terveydenhuollon viranomaisen. Asiakkaalla on aina oikeus muuttaa tai perua hoitotahto, mutta myös velvollisuus huolehtia, että se on tiedossa ja saatavilla. Muistisairaana asiakkaan hoitotahdon tiedottamisesta ja saatavilla olemisesta tulisi huolehtia omaisen tai siihen merkityn edunvalvojan. Hoitotahdon on ajateltu parantavan asiakkaan oikeuksia, estävän turhia hoitoja ja vähentävän terveydenhuollon menoja. (Hilden 2006, 31-35.)

Pitkälle kehittynyt teknologia luo mahdollisuuden ylläpitää hengitystä, verenkiertoa, nestetasapainoa ja aineenvaihduntaa pitkäänkin. Hoitotahdossa voi kieltäytyä tällaisesta keinotekoisesti elämää ylläpitävästä hoidosta. Hoitotahdon tarpeellisuus keskusteluttaa. Hoitotahdon puolestapuhujat kertovat sen selkiyttävän hoitoa, kun taas siihen kriittisesti suhtautuvat pelkäävät sen johtavan hoidon laiminlyönteihin. Teknologia elämää ylläpitävänä hoitona on selkiytynyt, vamma, tajuttoman tila ja sairau-

den ennuste otetaan huomioon ja tekninen hoito lopetetaan jos sairaus johtaa kaikesta huolimatta kuolemaan. (Kivelä 2012, 29-32.)

#### 5.4 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen hoito on aktiivihoidon ja saattohoidon välimaastossa ja käsitteenä laajempi kuin saattohoito. Palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti sidottu. Latinankielessä sana *pallium* tarkoittaa "viittaa", englanninkielinen verbi *palliative* on suomennettuna "lieventää, helpottaa, vähentää tuskaa". Saattohoito sanana viittaa kuolemaan, kun taas palliatiivinen ei. Palliatiivisen hoidon tarkoitus on parantaa sekä parantumattomasti sairaan, että hänen perheensä elämänlaatua. Palliatiivinen hoito perustuu hyvään, kokonaisvaltaiseen hoitoon. Sillä pyritään ehkäisemään ja lievittämään kipua. Fyysiset, psyykkiset ja eksistentiaaliset eli hengelliset ja maailmankatsomukselliset ongelmat pyritään havaitsemaan varhain ennaltaehkäisemällä ja lievittämällä niitä. Palliatiivinen hoito on oireita lievittävää hoitoa. Siihen kuuluvat tukihoito, saattohoito ja terminaalahoito. Palliatiivisessa hoidossa pyritään seuraamaan oireita ja hoitoa. Tukihoito auttaa potilasta esimerkiksi psykososiaalisesti, ravitsemuksellisesti ja infektioiden torjunnassa. (Duodecim 2004.)

Saattohoito tarkoittaa elämän loppuvaiheen hoitoa, jonka tarkoituksena on hoitaa asiakasta niin, että hänen elämänsä laatu on mahdollisimman hyvä loppuun asti. Saattohoidon rinnalla käytetään usein myös nimitystä terminaalahoito. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito ja sen kehittäminen tulisi olla hoitohenkilöstön ohjenuorana hoitotyötä toteutettaessa. Saattohoito toteutuu useimmiten vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla, mutta saattohoito voidaan järjestää myös kotona kotisairaanhoidon turvin (Valvira 2012.)

Saattohoito on oireenmukaista hoitoa, joka on turvallista, ihmisarvoa kunnioittavaa ja läheiset huomioon ottavaa. Saattohoidon tavoitteena on turvata oireeton ja turvallinen kuolema tukien omaisten selviytymistä. Saattohoito edellyttää eettistä hoitoratkaisua. Lääkäri tekee päätöksen saattohoitoon siirtymisestä yhdessä hoitohenkilökunnan ja omaisten kanssa. Saattohoitopäätös perustuu elämän pituuden ennustamiseen, taudin luonteeseen, toimintakykyyn, yleisvointiin ja oireiden muutoksiin. Kehittyneet hoitotavat ovat vaikuttaneet saattohoidon kestoan. Asiakkaan yleistila voi säilyä hoitojen tukemana pitkään hyvänä, mutta romahtaa kenties yhtäkkiä ja seurauksena on nopea kuolema. Saattohoidon pääsääntönä on turvata asiakkaan olon mukavuus ja oireettomuus. Turvallinen olo taataan oireenmukaisella lääkehoidolla, tukemalla omaisia ja läheisiä, miellyttävällä ympäristöllä ja kohtelemalla asiakasta arvokkaasti ja inhimillisesti. Asiakkaan turvallista oloa tukee ja ahdistusta vähentää tieto siitä että häntä kuunnellaan, hänen toiveensa otetaan huomioon ja kipuja on mahdollista lievittää monin keinoin. (Syöpäjärjestöt 2012.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on laatinut suositukset saattohoidosta. Suosituksissa korostetaan jokaisen oikeutta hyvään ja inhimilliseen hoitoon myös silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole olemassa. Saattohoito kuuluu kaikille kuoleville asiakkaille diagnoosista riippumatta. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja hoitotahdosta voidaan

poiketa vain silloin, kun asiakas sitä itse haluaa. Hoidon jatkuvuus on tärkeää siirryttäessä yksiköstä toiseen ja hoitosuunnitelman tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien käytössä. Asiakkaalla on oikeus kuolla kotonaan tai paikassa, jossa hän voi halutessaan olla läheistensä läheisyydessä. Saattohoitoa toteuttavassa paikassa tulee olla valmiudet toteuttaa saattohoitoa inhimillisesti ja turvallisesti. (Louhiala ja Launis 2009, 111-114.)

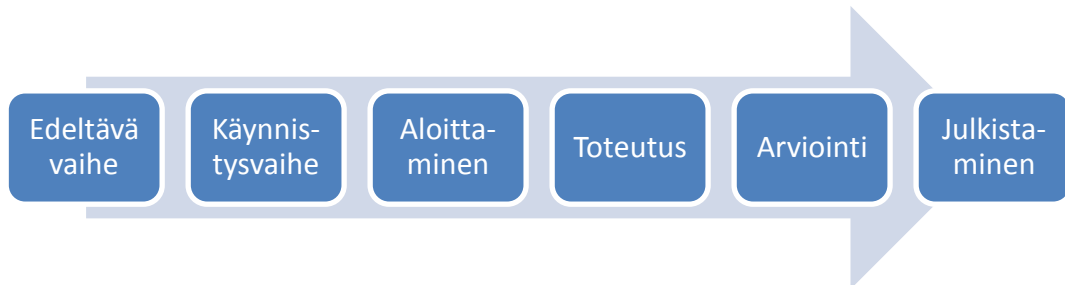
## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas siirtymävaiheesta Leväsen palvelukeskuksen asiakkaan omaiselle sekä kehittää yhteistyötä omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä. Opas on tarkoitettu omaiselle, jonka läheinen on saanut hoitopaikan Leväsen palvelukeskukselta. Opinnäytetyön tuloksena syntyvän oppaan tavoitteena on jakaa ja antaa siirtymävaiheeseen liittyvää tietoa. Opasta tullaan käyttämään omaisen tiedonannon tukena heti hoitosuhteen alkuvaiheessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on myös kehittää tekijöiden ammatillista kasvua. Yhteiskunta kehittyy ja muuttuu nopeasti asettaen myös työntekijöille paineita pysyä mukana muutoksissa. Yhteiskunnan rakenne ja ammatilliset vaatimukset ovat muuttuneet aikojen saatossa. Tietoa on saatavilla monipuolisesti ja helposti tieto- ja viestintätekniikan kehityksen myötä. Tämä taas vaikuttaa työntekijöiden laatuvaatimuksiin ja heidän tulee kyetä jatkuvaan oppimisprosessiin. Opinnäytetyön tekeminen opettaa tiedon hakemista ja löytämistä luotettavista lähteistä sekä jalostamaan niitä toteuttamiskelpoiseksi tuotokseksi. Opinnäytetyötä tekemällä oppii myös ottamaan vastuuta omasta oppimisestaan ja osaamisestaan. Ammatillinen kasvu edellyttää myös yhteistoiminnallisia taitoja, joiden oppimista tukee yhteistyö eri tahojen kanssa. Opinnäytetyö auttaa myös tekemään kirjallisia töitä oikein ohjeiden mukaan. Lyhennettynä opinnäytetyö on oppimisprosessi, jossa tekijä kehittää valmiuksiaan soveltaa tietojaan ja taitojaan.

## 7 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

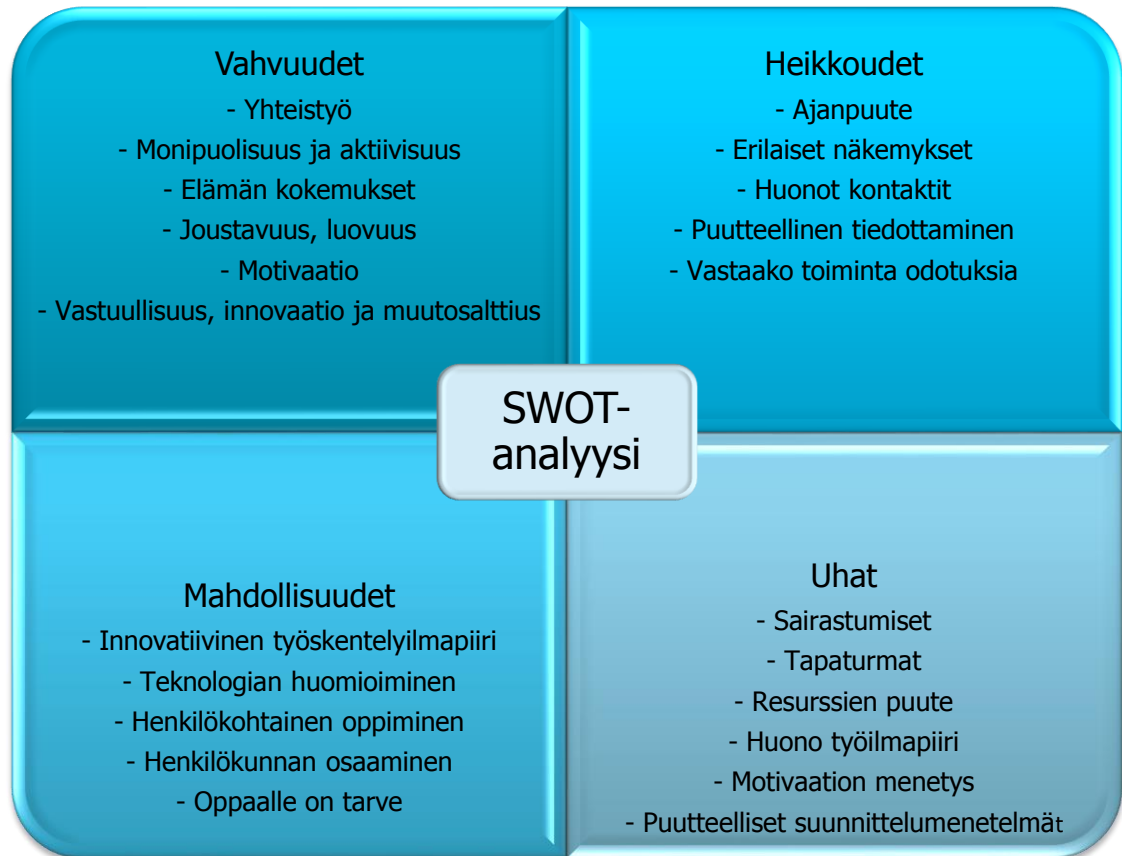
Opinnäytetyön prosessin selkiyttämiseksi loimme allaolevan, meitä palvelevan opinnäytetyön prosessin kaavion (kuvio1), joka pohjautuu Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008, 58) kaavioon. Opinnäytetyömme eteni kaavion mukaisesti.



KUVIO 1. Mukailtu Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008, 58) mukaan.

Edeltävä vaihe opinnäytetyön prosessissa alkoi aiheen ideoimisella. Vanhustyö ja sen haasteet kiinnostavat meitä. Aihe on myös hyvin ajankohtainen ja paljon esillä. Olimme opinnäytetyön infossa 25.01.2013, jossa Leväsen palvelukeskus kertoi toiveesta saada opas omaisille siirtymävaiheesta asiakkaan siirtyessä kotoa pitkäaikaishoitoon. Me innostuimme ajatuksesta ja varasimme aiheen heti itsellemme. Aihe motivoi meitä ja odotimme innostuneina tarkempaa tietoa asiasta. Ohjaajan kanssa tapasimme asian tiimoilta 19.03.2013, jolloin mietimme prosessin aloittamista. 26.03.2013 pidimme palaverin Leväsen palvelukeskuksella ja saimme tietoa heidän toiveistaan opinnäytetyön ja oppaan suhteen. Opinnäytetyön suunnitelma alkoi hahmottua. Osallistuimme omaisraatiin 11.05.2013, jossa kerrottiin opinnäytetyöstämme ja jaettiin lyhyt esite (liite 1) omaisille.

Käynnistysvaiheessa etsimme laaja-alaisesti tietoa pitkäaikaishoidosta ja siihen liittyvistä asioista. Tutustuimme erilaisiin oppaisiin ja saimme hyvää materiaalia Omaisena edelleen ry:stä. Teimme kirjallisuushakuja ja tutustuimme artikkelien kautta lisää aiheeseen. Aloitimme opinnäytetyön suunnitelman tekemisen. Teimme SWOT-analyysin, jossa pohdimme eteen tulevia uhkia, mahdollisuuksia, vahvuuksia ja heikkouksia (kuvio 2). Laitoimme opettajalle ja toimeksiantajalle opinnäytetyön suunnitelman alustavan version kommentoitavaksi. Korjasimme suunnitelmaa palautteen perusteella ja saimme sen hyväksytyksi 29.01.2014. Kirjoitimme ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen 25.03.2014, koska sopimus on aina hyvä tehdä kaikkien osapuolien kanssa. (Heikkilä ym. 2008, 52.)



KUVIO 2. SWOT-analyysi (OK-opintokeskus)

Toteutusvaiheessa prosessi jatkui teorian tiedon syventämisellä. Terveystieteen tietokannat Cinahl ja Medic olivat pääasiassa ne, joissa teimme aiheeseen liittyviä hakuja. Hakusanoina käytimme muunmuassa siirtymävaihe, vanhuus, saattohoito, dementia, elderly ja nursing home. Oppaan ulkoasua ja sisältöä pohdimme yhdessä toimeksiantajan kanssa. Toimeksiantajan toiveena oli, että opas sisältää palvelukeskuksen esittelyn, siirtymävaiheen sekä tietoa omaisten ja henkilökunnan yhteistyön merkityksestä. Aloimme työstää opasta, joka pohjautuu teorian tietoon sekä toimeksiantajan toiveisiin. Pidimme ohjauspalaveria opettajan ja toimeksiantajan kanssa muutamia kertoja. Jatkoimme opinnäytetyön ja siihen liittyvän oppaan työstämistä palautteiden perusteella ja pyysimme vielä palautetta ohjaavalta opettajalta sekä toimeksiantajalta. Toukokuun lopussa työ lähti myös äidinkielen ja englannin opettajalle kieliasun ja tiivistelmän tarkistusta varten.

Arviointivaiheessa laitoimme vielä valmiin oppaan ja raportin vielä toimeksiantajalle. Viime hetken muutokseen jäi vielä mahdollisuus ennen lopullista palauttamista. Palautteiden jälkeen jätimme työn arvioitavaksi elokuun 2014 alussa. Opinnäytetyön esittäminen ja kypsyysnäyte on syyskuussa 2014. Opinnäytetyön tekemisen aikana opiskelijoille tuli kuluja ajomatkoista palaveriin.

## 7.1 Hyvän oppaan kriteerit

Oppaan laatimisessa on otettava huomioon eri osapuolien tarpeet. Tämän opinnäytetyön tuloksena syntyneen oppaan tarpeet ovat lähteneet palvelukeskuksen toiveesta saada opas omaiselle. Oppaasta tulisi hahmottaa helposti siinä oleva aineisto ja kenelle se on tarkoitettu. Hyvässä oppaassa kiinnitetään huomiota myös siihen, miltä opas näyttää ja miten asiat on esitetty. Kuvat tukevat tekstin sanomaa ja niiden tulisi liittyä tekstin sisältöön. (Salanterä ym. 2005, 217-228.)

Oppaan ulkoasulla on myös merkitystä. Ulkoasun tulisi olla siisti ja sisällön selkeästi esillä. Tekstityypin tulisi olla selkeä ja yksinkertainen myös tulostettaessa. Tekstikoon tulisi olla vähintään 12. Otsikointiin tulee kiinnittää huomiota, sillä ne selkeyttävät sisältöä ja helpottavat hahmottamista. Oppaan luettavuutta tukee myös tekstin ympärillä oleva tila eli sopiva riviväli. Kappalejako auttaa lukijaa hahmottamaan, missä asia tai näkökulma vaihtuu. (Helenius 2005.) Oppaan luettavuuteen tulee erityisesti kiinnittää huomiota. Selkokieliisyys, kuten helpot lauserakenteet ja konkreettinen sisältö helpottavat asian ymmärtämistä. Monimutkaisia lauseita ja vaikeita käsitteitä on syytä välttää. Informatiiviset ja lyhyehköt lauseet kiinnittävät huomion paremmin kuin monimutkaiset ja pitkät lauseet. (Parkkunen, Vertio ja Koskinen-Ollonqvist 2001.)

## 7.2 Oppaan sisältö

Palvelukeskukselle tuleva opas sisältää asiaa siirtymävaiheessa yleisimmin esiin tulevista asioista. Oppaassa esitellään Leväsen palvelukeskuksen käytäntöjä yleisesti. Siirtymävaiheen viisi vaihetta käydään läpi oppaassa. Oppaan kannessa oleva silta kuvastaa matkaa jonka omaisen kulkee läheisensä kanssa kotoa leväsen palvelukeskukselle. Katos sillan yllä kuvastaa turvallista matkaa, joka tehdään yhteistyössä kaikkien asianomaisten kanssa. Oppaan kuvat olemme käyneet itse ottamassa, joten oikeudet niihin kuuluu tekijöille. Oppaan fontti ja värit on päätetty yhdessä Leväsen palvelukeskuksen kanssa. Oppaan on tarkoitus olla mahdollisimman helppolukuinen, selkeä ja helposti muokattavissa. Opas on word- asiakirja, koska toimeksiantajan kanssa koimme tämän helpoimmaksi muodoksi. Word- tekstinkäsittelyohjelma löytyy yleensä jokaiselta koneelta ja on helppokäyttöinen.

Opas sisältää potilaan kotoa hoitopaikkaan siirtymisestä aiheutuvien muutosten ja tunteiden vaikutuksia niin omaiseen kuin potilaaseen. Oppaassa käsitellään myös muistisairauksia sekä hyvää hoitoa. Yksilöiden kohtaamiseen liittyy aina haasteita, niin myös omaisen ja hoitohenkilökunnan kohtaamiseen. Oppaassa huomioidaan hoitohenkilökunnan ja omaisten yhteistyö sekä omaisen rooli osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Oppaan lopussa kerrotaan, mitä on saattohoito ja miten tehdään saattohoitopäätös. Oppaan on tarkoitus olla valmis jaettavaksi omaisille alkaen syksyllä 2014. Opas tulee Leväsen palvelukeskuksen käyttöön. Tekijänoikeudet kuuluvat oppaan tekijöille (Heikkilä ym. 2008, 50). Oppaan käyttöoikeudet annetaan Leväsen palvelukeskukselle, joka myös vastaa oppaan painatuksesta. Käyttöoikeudet mahdollistavat oppaan päivittämisen tarpeen mukaan pidentäen oppaan käyttöikä. Opas tulee myös sähköiseen muotoon, josta se on helppo tulostaa tarvittaessa tai lähettää sähköisesti omaiselle luettavaksi.



## 8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa opas omaiselle. Oppaan tavoitteena oli antaa tietoa omaiselle siirtymävaiheesta ja siihen liittyvistä asioista. Siirtymävaiheeseen liittyy paljon kuormittavia asioita, joiden vuoksi tiedon vastaanottaminen voi olla haasteellista. Oppaan avulla voi kerrata tietoa ja se pyrkii parantamaan henkilökunnan ja omaisten yhteistyötä. Opinnäytetyön suunnitelmassa käyttämässämme SWOT-analyysissä arvioimme vahvuudeksi yhteistyön eri tahojen kanssa. Yhteistyö eri tahojen kanssa sai meidät huomaamaan erilaisten näkemysten tärkeyden. Motivaation arvioimme vahvuudeksi, mutta prosessin aikana se oli välillä myös heikkous. Motivaatiota lisäsivät yhteiset pajat, joissa kävimme yhdessä läpi kunkin ryhmän töitä ja niissä vastaan tulleita asioita.

Mahdollisuudeksi arvioimme oman henkilökohtaisen oppimisen ja eri yhteistyötahojen ammattitaidon. Opinnäytetyön prosessin aikana opimme hakemaan tietoa eri lähteistä ja arvioimaan niiden luotettavuutta. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui hyvin ja hyvässä hengessä ja oppaalle oli selkeä tarve. Heikkoudeksi arvioimme ajan puutteen ja puutteellisen tiedottamisen. Lisäksi mietimme vastaako opas toimeksiantajan odotuksia ja onko mielikuva oppaasta samanlainen kaikilla osapuolilla. Opiskelun ja työn yhteensovittaminen oli haasteellista, mutta päätimme yhdessä päivät milloin teemme työtä eteenpäin. Alussa tiedonkulku oli hidasta johtuen teknisistä ongelmista. Ongelma ratkesi sillä, että laitoimme aina varmistuksen saapuneesta viestistä. Uhkana koimme motivaation menetyksen sekä sairastumiset tai tapaturmat. Reilun vuoden aikana elämään mahtui monenlaisia käännteitä, jotka vaikuttivat opinnäytetyön etenemiseen. Saimme kuitenkin voimavaroja opinnäytetyön kiinnostavuudesta ja toisiamme tukemalla.

### 8.1 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön prosessi kehitti myös ammatillista kasvuamme. Peilasimme oppimiamme asioita Savonian sairaanhoitajan ammatillisen kompetenssitaulukon mukaan. (Savonia 2014.) Terveystietämisen osaamiseen kuuluu tiedon siirtäminen ja asiakkaan tukeminen. Oppaan avulla voidaan antaa tietoa omaiselle ja asiakkaalle helpottaen siirtymävaihetta. Asiakaslähtöinen ja vuorovaikutuksellinen yhteistyö kehitti hoitotyön päätöksenteon sekä moniammatillisen yhteistyön osaamista. Koimme olevamme osa tasavertaista tiimiä oppaan suunnittelun ja toteutuksen aikana. Prosessin aikana opas ja raportti muotoituivat lopulliseen muotoonsa vaiheittain. Se opetti meille muutosvalmiutta ja pitkäjänteisyyttä.

Opinnäytetyön prosessin aikana opimme huolellisen suunnittelun merkityksen. Ohjaus ja opetusosaamisen kompetenssissa mainitaan tarkoituksenmukaisen ohjausmateriaalin tuottaminen ja käyttäminen ohjauksen tukena. Oppaan tekemisen aikana huomasimme, miten tärkeää on oikea ja asianmukainen tieto huomioiden asiakasryhmä. Tieteellisen tekstin kirjoittamisessa sekä tutkimuseettisten ohjeiden noudattamisessa huomasimme kehittyneemme. Kehittymistämme tuki myös palaute äidinkielen opettajalta. Opimme erottamaan paremmin luotettavan tiedon ja olemaan kriittisempiä sen suhteen.

## 8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tulee olla eettisesti hyväksyttävä ja perustua luotettavaan tietoon.

Eettisyys näkyy opinnäytetyössämme niin, että käyttämämme lähteet ovat asianmukaisia ja ajan-tasaisia. Tekstissä on viitattu käyttämiimme lähteisiin ja lähdeluettelo on laadittu asianmukaisesti. Opinnäytetyötä tehdessä noudatimme Savonia- ammattikorkeakoulun käyttämiä raportointiohjeita, jotka ovat Suhosen ja Tenkaman (2010) laatimia. Etsiessämme teorian tietoa kiinnitimme huomiota lähteiden luotettavuuteen ja etsimme uusinta tietoa. Haimme opinnäytetyölle tutkimusluvan ja nou-datimme opinnäytetyötä tehdessä Savonian opinnäytetyön kriteerejä.

Aiheeseen perehdyimme alussa hyvin. Haimme ohjausta opettajalta tarvittaessa ja hän on ollut mu-kana prosessin joka vaiheessa. Pyysimme palautetta usein myös toimeksiantajalta. Pidimme yhteisiä ohjauspalavereja, että kaikki osapuolet tiesivät prosessin vaiheet ja pystyivät kertomaan toiveensa. Opasta muokattiin toimeksiantajan toiveiden mukaisesti. ABC- pajassa käynti auttoi meitä selkeyt-tämään opinnäytetyön kieliasua ja rakennetta.

## 8.3 Jatkotutkimusaiheet

Leväsen palvelukeskukselta on puuttunut niin sanottu yleisopas. Nyt valmistuneella oppaalla pyri-tään vastaamaan tähän tarpeeseen. Opas otetaan käyttöön mahdollisimman pian. Koska oppaan käytöstä ei ole aikasempia kokemuksia, voitaisiin jatkossa tutkia, miten opas on otettu käyttöön. Ky-selytutkimuksella voitaisiin selvittää, miten henkilökunta ja omaiset ovat kokeneet oppaan. Onko opas vastannut tarvetta tiedonjakamisessa ja onko asiat esitetty riittävän selvästi. Myös asiakkaan näkökulma olisi hyvä tulla esiin. Miten asiakas on kokenut oppaan ja millainen kuva tulevasta asuin-paikasta on tullut oppaan ja mahdollisen tutustumiskäynnin perusteella.

Jos palvelukeskuksella muuttuu olennaisesti joku asia, olisi hyvä selvittää, onko opasta päivitetty sen mukaan. Hoitajilla on paljon käytännön tietoa sekä niinkutsuttua hiljaista tietoa, jota voisi olla hyvä lisätä oppaaseen. Vasta käytäntö yleensä osoittaa onko oppaaseen tullut kaikki tarpeellinen asia. Oppaan käyttöönotto ei aina välttämättä ole sujuvaa. Ongelmien ilmetessä olisi hyvä selvittää, mitkä tekijät ovat estäneet käyttöönoton. Jos opas koetaan hyödyllisenä, siitä voitaisiin kehittää jokaiselle osastolle omanlaisensa. Näin osastojen ja hoitokotien yksilölliset piirteet tulisivat esiin ja opas olisi kotoisampi. Oppaisiin voisi lisätä kuvia osastoilta ja esimerkiksi kuvata asiakkaiden tekemiä piirroksia.

## 9 LÄHTEET

DUODECIM 2006. Palliatiivinen hoito. Toimittaneet Vainio Anneli ja Hietanen Päivi. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

BEERENS, Hanneke, ZWAKHALEN, Sandra, VERBEEK, Hilde, RUWAARD, Dirk ja HAMERS, Jan 2013. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 50 (9), 1259–1270 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-25-03.] Saatavissa: [http://ac.els-cdn.com/S0020748913000448/1-s2.0-S0020748913000448-main.pdf?tid=3de71816-e1a4-11e3-a898-0000aacb360&acdnat=1400758308\\_c2b89f6ffbaa7211fd89be724a92db61](http://ac.els-cdn.com/S0020748913000448/1-s2.0-S0020748913000448-main.pdf?tid=3de71816-e1a4-11e3-a898-0000aacb360&acdnat=1400758308_c2b89f6ffbaa7211fd89be724a92db61)

DE ROOIJ, Alida, LUIJKX, Katrien, SHAAFSMA, Juliette, DECLERCQ, Anja, EMMERINK, Peggy ja SCHOLS, Jos 2012. Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: A quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies. 49 (8), 931–940 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-25-03.] Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912000521#>

ERJANTI, Helena ja PAUNONEN-ILMONEN, Marita 2004. Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet. Helsinki: WSOY.

GRÖNLUND, Elina ja HUHTINEN, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.

HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.

HEIKKINEN, Eino, LAUKKANEN, Pia ja RANTANEN, Taina 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Julkaisussa: HEIKKINEN, Eino, JYRKÄMÄ, Jyrki ja RANTANEN, Taina (toim.) Gerontologia. Saarijärvi: Duodecim.

HEIMONEN, Sirkkaliisa 2010. Julkaisussa: SARVIMÄKI, Anneli, HEIMONEN, Sirkkaliisa ja MÄKI-PETÄJÄ-LEINONEN, Anna. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.

HEIMONEN, Sirkkaliisa 2009. Psyykinen toimintakyky. Julkaisussa: Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. HEIMONEN, Sirkkaliisa (toim.) POHJONEN Pertti. Helsinki: Ikäinstituutti.

HELENIUS, Jutta 2005. Kirjoittajan ABC [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-12-16.] Saatavissa: <http://webcgi oulu.fi/oykk/abc/kirjoittamisprosessi/tekstin- ja kielenhuollon merkitys/>

HELSINGIN ALZHEIMER-YHDISTYS 2013. Tietoa muistisairauksista [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-10-03.] Saatavissa: <http://www.alzheimer-hki.com>

HILDEN, Hanna-Mari 2006. Julkaisussa: HÄNNINEN, Juha (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku, hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Duodecim. Keuruu: Otava.

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

HÄNNINEN, Juha 2012. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 13. painos. Etelä- Suomen syöpäyhdistys ja Terho- säätiö. Sahalan kirjapaino.

KAUHANEN, Asta ja VATANEN, Johanna 2011. Opas muistisairaalle omaiselle. Opinnäytetyö. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu.

KETTUNEN, Reetta, KÄHÄRI- WIIK, Kaija, VUORI- KEMILÄ, Anne, IHALAINEN, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

KIVELÄ, Sirkka-Liisa 2012. Hyviä vuosia, arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.

KIVELÄ, Sirkka-Liisa ja VAAPIO, Sari 2011. Vanhana tänään. Tallinna: Suomen Senioriliike ry.

KLEMOLA, Annukka 2006. Omasta kodista hoitokotiin: Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Kuopio: Kuopion Yliopisto.

KOTIRANTA, Tuija 2008. Kodin ulkopuoliseen hoitoon siirtyminen on kuormittava prosessi [verkkopublication]. [Viitattu 2013-10-6.] Saatavissa: <http://www.omaisenaedelleen.fi>

KOTISAARI, Marja-Liisa ja KUKKOLA, Sirkka 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Premissi käsikirjat. Porvoo: Bookwell.

KUOPION KAUPUNKI 2013. Sosiaalipalvelut [verkkosivu]. [Viitattu 2013-10-3.] Saatavissa: <http://www.kuopio.fi/web/sosiaalipalvelut/asumispalvelut>

KVIST, Tarja 2004. Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

LAINEN, Katja 2013. Sosiaaliportti. Omaan elämään - Turvallisen asumisen projekti. Asumispalvelusäätiö ASPA. Toimintakyvyn arviointi [verkkosivu]. [Viitattu 2013-10-12.] Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/>

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 1992/ 785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2013-10-03.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAKI TERVEYDENHUOLLOSTA. L 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2013-10-03.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

LOUHIALA, Pekka ja LAUNIS, Veikko 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.

MUISTILIITTO 2014. Muistihäiriöt ja sairaudet [verkkosivu]. [Viitattu 2014-01-09.] Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/>

NIIRANEN, Hanna 2014-03-25. Osastonhoitaja. [Haastattelu]. Kuopio: Leväsen palvelukeskus.

NURMIRANTA, Hanna, LEPPÄMÄKI, Päivi ja HORPPU Sari 2009. Kehityspsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. Helsinki: Kirjapaja.

OK-OPINTOKESKUS. Swot-analyysi [verkkosivu]. [Viitattu 2013-10-2]. Saatavissa: <http://ok-opintokeskus.fi/swot-analyysi>

PARKKUNEN, Niina, VERTIO, Harri ja KOSKINEN- OLLONQVIST, Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Trio-offset.

PIKKARAINEN, Aila, ERA, Pertti ja GRÖNLUND, Rainer 2011. Gerontologinen kuntoutus [verkkosivu]. [Viitattu 2014-06-16.] Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus>

POIJULA, Soili 2002. Surutyö. Helsinki: Kirjapaja.

PORTIN, Petter 2013. Vanheneminen biologisena ilmiönä. Julkaisussa: HEIKKINEN, Eino, JYRKÄMÄ, Jyrki ja RANTANEN, Taina (toim.) Gerontologia. Saarijärvi: Duodecim.

SAARENHEIMO, Marja 2013. Julkaisussa: Gerontologia. HEIKKINEN, Eino, JYRKÄMÄ, Jyrki ja RANTANEN, Taina (toim.) Saarijärvi: Duodecim.

SALANTERÄ, Sanna, VIRTANEN, Heli, JOHANSSON, Kirsi, ELOMAA, Leena, SALMELA, Marjo, AHONEN, Pia, LEHTIKUNNAS, Tuija, MOISANDER, Marja- Liisa, PULKKINEN, Marja- Leena ja LEINOKILPI, Helena 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4. 217–228.

SARVIMÄKI, Anneli ja STENBOCK-HULT, Bettina. Julkaisussa: SARVIMÄKI, Anneli, HEIMONEN, Sirkkaliisa ja MÄKI-PETÄJÄ-LEINONEN, Anna. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.

SAVONIA AMMATTIKORKEAKOULU 2014. Sairaanhoidajan kompetenssit [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-06-17.] Saatavissa: <http://webd.savonia.fi/nettiops/Sairaanhoidajankompetenssit>

SIMONEN, Mika 2009. Sosiaalinen toimintakyky. Julkaisussa: Toimintakyvyn laaja- alainen arviointi ja tukeminen. HEIMONEN, Sirkkaliisa (toim.) POHJONEN Pertti. Helsinki: Ikäinstituutti.

SUHONEN, Pirjo . & TENKAMA, Pirkko 2010. Raporttiosuhteet [verkkosivut]. Savonia-ammattikorkeakoulu [viitattu 2013-3-26.] Saatavissa: [http://webd.savonia.fi/moodle/yhteiset\\_tiedotteet/ont/ohjeet/fi/Raporttiosuhteet\\_2010.pdf](http://webd.savonia.fi/moodle/yhteiset_tiedotteet/ont/ohjeet/fi/Raporttiosuhteet_2010.pdf)

SULKAVA, Raimo ja ELONIEMI-SULKAVA, Ulla 2008. Muistisairaudet. Teoksessa: HARTIKAINEN, Sirpa ja LÖNNROOS, Eija. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

SUOMI 2013. Julkishallinnon palvelut kansalaiselle [verkkosivut]. [Viitattu 2013-10-6.] Saatavissa: <http://www.suomi.fi>

SURY, Laura, BURNS, Kim ja BRODATY, Henry 2013. Moving in; adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. International Psychogeriatrics 25 (6): 867–76. [Viitattu 2014-26-3.] Saatavissa: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8900240>

STM 2011. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisu [verkkosivut]. [Viitattu 2014-03-25.] Saatavissa: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoito](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoito)

VALVIRA 2012. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston verkkosivut. Saattohoito. [verkkosivut]. [Viitattu 2013-10-19.] Saatavissa: <http://www.valvira.fi/saattohoito>

VARNO, Riitta-Liisa 2013-03-26. Osastonhoitaja. [Haastattelu]. Kuopio: Leväsen palvelukeskus.

VARTIAINEN, Kari 2013-03-26. Johtaja. [Haastattelu]. Kuopio: Leväsen palvelukeskus.

VERNERI.NET 2013. Yksilöllinen muuttovalmennus [verkkosivut]. [Viitattu 2013-01-13.] Saatavissa: <http://verneri.net/yleis/arki/asuminen/muuttovalmennus/yksilollinen-muuttovalmennus.html>

## 10 LIITTEET

## Liite 1

Omaisraati 11.5.2013

Olemme toisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä Leväsen palvelukeskukseen. Tarkoituksena on tehdä opinnäytetyönä Leväsen palvelukodin saattohoidosta kertova opas omaisille. Saattohoito tarkoittaa elämän loppuvaiheen hoitoa, jonka tarkoituksena on hoitaa ihmistä niin, että hänen elämänsä laatu on mahdollisimman hyvä loppuun asti. Eräänlainen saattohoito alkaa kuitenkin jo silloin, kun omaisen hoitovastuu siirtyy palvelu- tai hoitokodille

Jos teillä on ajatuksia, toiveita tai kommentteja saattohoitoon tai tulevaan oppaaseen liittyen, otamme kommenttinne kiitollisena vastaan. Meihin voi ottaa yhteyttä sähköpostilla

Terveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Niina Laukkanen ja Minna Remes

Yhteystiedot

[Niina.J.Laukkanen@edu.savonia.fi](mailto:Niina.J.Laukkanen@edu.savonia.fi)

[Minna.M.Remes@edu.savonia.fi](mailto:Minna.M.Remes@edu.savonia.fi)

Liite 2

# SAATTAEN HOIDETTAVA



**Opas omaisen tukemiseksi  
läheisen siirtyessä kotoa pitkäaikaishoittoon**



# Sisällys

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>Sinulle.....</b>               | <b>3</b>  |
| <b>Leväsen palvelukeskus.....</b> | <b>4</b>  |
| <b>Siirtymävaihe.....</b>         | <b>6</b>  |
| <b>Muistisairaudet.....</b>       | <b>8</b>  |
| <b>Yhteistyö.....</b>             | <b>9</b>  |
| <b>Hyvä hoito.....</b>            | <b>10</b> |
| <b>Saattohoito.....</b>           | <b>12</b> |
| <b>Lähteet.....</b>               | <b>13</b> |
| <b>Muistiinpanoja.....</b>        | <b>14</b> |
| <b>Yhteystiedot.....</b>          | <b>15</b> |
| <b>Osoite.....</b>                | <b>16</b> |

# Sinulle

Kädessäsi on Leväsen palvelukeskuksen opas omaiselle. Lopullinen muutto kotoa pitkäaikaishoitoon on yksi elämän kuormittavimmista vaiheista. Oppaan tavoitteena on tarjota tukea Sinulle ja läheisellesi tämän prosessin aikana. Siirtymävaiheeseen liittyy monenlaisia tunteita, niin Sinulla kuin läheiselläsi. Tämän oppaan tarkoitus on antaa tietoa ja edistää yhteistyötä ja avointa vuorovaikutusta henkilökunnan ja omaisten välillä. Opas sisältää kotoa pitkäaikaiseen hoitoon siirtyessä yleisimmin esiin tulevia asioita.

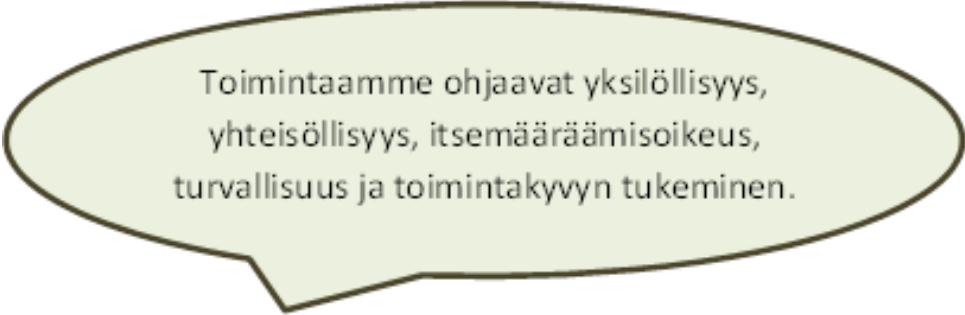


## Leväsen palvelukeskus

Sijaintimme on Leväsen kaupunginosassa, noin 8 kilometriä Kuopiosta etelään. Palvelumme on tarkoitettu kuopiolaisille muistisairaille tai muille pitkäaikaissairaille henkilöille.

Palvelukeskuksen vanhassa osassa on kolme osastoa: Satakieli, Tähtelä ja Kuusela. Uudella puolella on hoitokodit Kehräjä, Vellamo ja Menninkäinen sekä dementiayksikkö Värttinä. Kaikilla osastoilla on ympärivuorokautinen valvonta. Asukashuoneet ovat pääasiassa yhden tai kahden hengen huoneita. Lääkärin vastaanotto on kerran viikossa, muuna aikana on käytettävissä terveyskeskuksen päivystävä lääkäri.

Jokaisella osastolla on päiväsalit yhteisiä kokoontumisia ja ruokailua varten. Palvelukeskuksella on myös liikunta-/ juhlasali, kuntosali ja uima- allastilat, jotka ovat läheisesti käytössä mahdollisuuksien mukaan.



Toimintaamme ohjaavat yksilöllisyys, yhteisöllisyys, itsemääräämisoikeus, turvallisuus ja toimintakyvyn tukeminen.

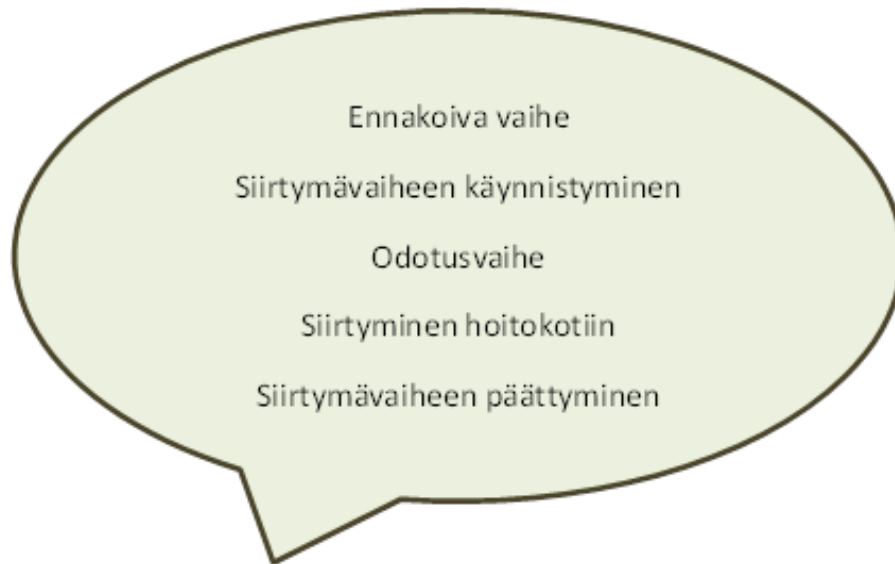
Tavoitteenamme on turvata läheisellesi mahdollisimman arvokas vanhuus ja loppuelämä, huomioimalla hänen yksilölliset tarpeensa ja voimavaransa. Työotteenamme on kuntouttava ja pyrimme kannustamaan omatoimisuuteen. Tavoitteenamme on säilyttää läheisesi toimintakyky mahdollisimman pitkään. Läheisesi pyritään hoitamaan osastolla loppuun saakka. Voit osallistua ja olla läsnä läheisesi hoidossa loppuun asti.

### **Päivärytmi**

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Aamupala alkaen klo | 8.00  |
| Lounas              | 11.30 |
| Iltapäiväkahvi      | 14.00 |
| Päivällinen         | 15.30 |
| Iltapala            | 19.00 |

Aamu- ja iltapäivisin pyritään järjestämään virikkeellistä ja toimintakykyä tukevaa yksilö- ja ryhmätoimintaa.

# Siirtymävaihe



Siirtymävaihe on matka kahden suhteellisen ajanjakson välillä. Tässä siirtymävaihe tarkoittaa läheisesi siirtymistä kotoa Leväsen palvelukeskukseen. Siirtymävaihe voidaan jakaa viiteen vaiheeseen. **Ennakoivassa vaiheessa** kotona selviytyminen on heikentynyt. Siirtymävaiheen käynnistyminen alkaa hakemuksen täyttämällä ja hoitopaikan hakemisella. **Odotusvaihe** on aika, jona paikan vapautumista odotetaan. **Siirtyminen hoitokotiin** on fyysinen siirtyminen paikasta toiseen. **Siirtymävaiheen päättyminen** on vaihe, jossa elämä jatkuu hoitokodissa ja asiakas on hyväksynyt tilanteensa.

Siirtyminen pitkäaikaishoitoon on monella tavalla yksi kuorittavimmista elämänkaaren vaiheista. Siirtymävaihe herättää monenlaisia tunteita ja niiden voimakkuus voi yllättää. Olet tehnyt päätöksen läheisesi hoitokotiin siirtymisestä ja käynyt läpi ennakoivan vaiheen, jossa kotona selviytyminen on heikentynyt. Paikan vapautumista odottaessa olet saattanut kokea syyllisyyttä, yksinäisyyttä, vihaa tai helpotusta. Odotusvaiheessa on hyvä keskustella mahdollisimman paljon läheisesi kanssa tulevaan muuttoon liittyvistä kysymyksistä. Se auttaa sopeutumaan tulevaan ja helpottaa siirtymävaihetta.

Uuteen paikkaan sopeutuminen vie aikaa. Päivärytmin muutos ja hoitoyhteisön asiakkaat ja henkilökunta voivat tuntua aluksi vierailta. Siirtymiseen liittyy aina jonkinasteinen surutyö. Tunteiden ja surutyön läpikäyminen nopeuttaa siirtymävaiheen päättymistä.

Me haluamme tukea ja kannustaa Sinua. Toivomme, että annat aikaa itsellesi ja tunteillesi. Jokainen reagoi muutokseen omalla tavallaan ja yhtä oikeaa tapaa ei ole.

**Ota rohkeasti yhteyttä hoitohenkilökuntaan, jos tunnet tarvitsevasi tukea tai olet huolissasi läheisesi jaksamisesta. Tarvittaessa he voivat ohjata eteenpäin.**

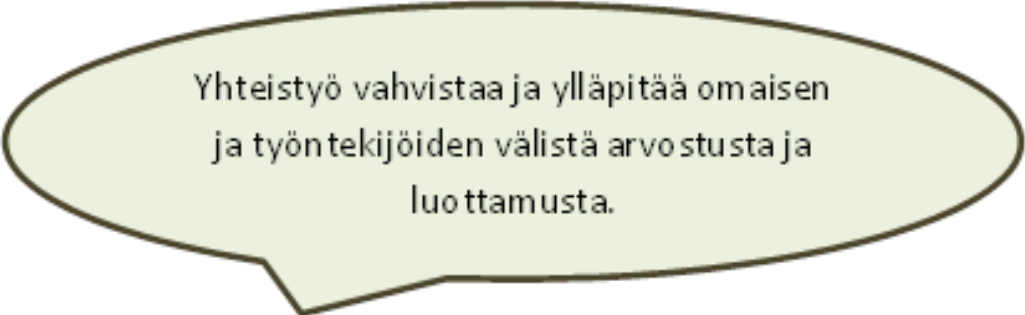
# Muistisairaudet

Muistisairaudet koskettavat vuosittain ihmisiä maailmanlaajuisesti. Suomessa muistisairaudet ovat väestön ikääntymisen myötä yleistymässä. Suurimmalla osalla pitkäaikaishoidossa olevilla on dementiaa aiheuttava muistisairaus. Dementia tarkoittaa aivoja vaurioittavasta sairaudesta tai vammasta johtuvaa laaja-alaista henkisten toimintojen heikentymistä.

**Muistisairaudet aiheuttavat usein persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksia**, kuten levottomuutta, mielialan laskua, ahdistuneisuutta, harhoja tai vaikeutta löytää ja ymmärtää sanoja. Vaikeimmillaan käytösoireilu voi uuvuttaa omaisen.

Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale-tauti ja vaskulaarinen eli verisuoniperäinen dementia. Osastollamme on saatavilla eri muistisairauksista kertovia oppaita. Teemme myös yhteistyötä eri liittojen kanssa.

# Yhteistyö



Yhteistyö vahvistaa ja ylläpitää omaisen ja työntekijöiden välistä arvostusta ja luottamusta.

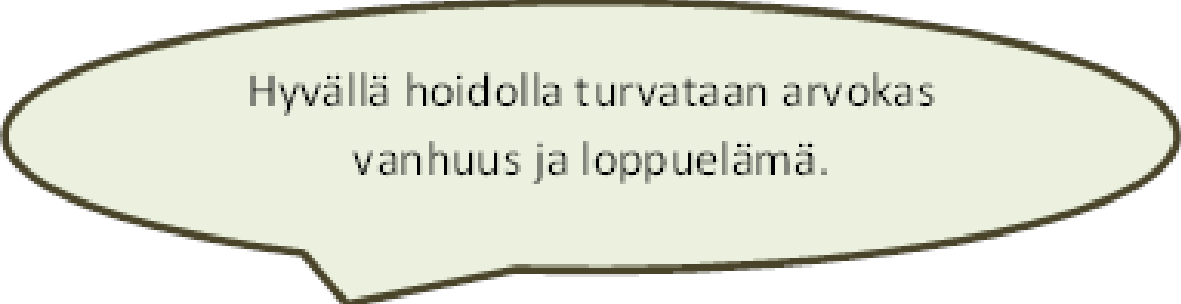
Koemme yhteistyön kanssasi tärkeäksi voimavaraksi läheisesi hyvinvoinnin tukemisessa. **Olet aina tervetullut kyläilemään läheisesi luona ja osallistumaan päivittäiseen toimintaan.**

Omaisten ja henkilökunnan yhteistyötä lisäävät yhteiset tilaisuudet. Leväsen palvelukeskuksella toimii **omaisraati**, joka kokoontuu pari kertaa vuodessa. Raadissa käsitellään omaisten ajatuksia ja toiveita. Toivomme Sinun osallistuvan yhteisiin tilaisuuksiin mahdollisuuksiesi mukaan.

Yhteistyön helpottamiseksi haluamme tutustua läheisesi elämäntarinaa. Läheisesi elämäntarinan tunteminen auttaa meitä kunnioittamaan ja tiedostamaan läheisesi tapoja ja tottumuksia. Haluaisimme Sinulta palautetta toimintatavoitamme ja ottamaan rohkeasti yhteyttä myös ongelmatilanteissa.



## Hyvä hoito



Hyvällä hoidolla turvataan arvokas vanhuus ja loppuelämä.

Hyvä hoito koostuu monesta tekijästä. Siihen kuuluu muun muassa **hoidon laatu, potilasturvallisuus, yhdenvertaisuus, henkilökunnan ammattitaito ja toimivat tilat**. Aluksi tutustumme läheisesi elämäntarinaa luodaksemme pohjan yksilölliselle hoidolle. Läheisesi nimetään omahoitajaksi, mutta koko henkilökuntamme huolehtii hänen hyvinvoinnista.

**Kuntouttavalla hoitotyöllä pyrimme edistämään läheisesi terveyttä ja ennaltaehkäisemään sairauksia.** Sairauksia pyritään ennaltaehkäisemään huolehtimalla hygieniasta, ihonhoidosta ja ravitsemustilasta sekä kuntoutuksella ja tarvittaessa asentohoidolla.

**Turvallisuus** on tärkeä osa toimintaamme. Huolellinen hygienia, oikea lääkehoito, turvalliset fyysiset puitteet ja kunnossa olevat, huolletut apuvälineet ovat tärkeä osa turvallisuutta. Henkilökunta on koulutettu toimimaan myös hätätilanteissa.

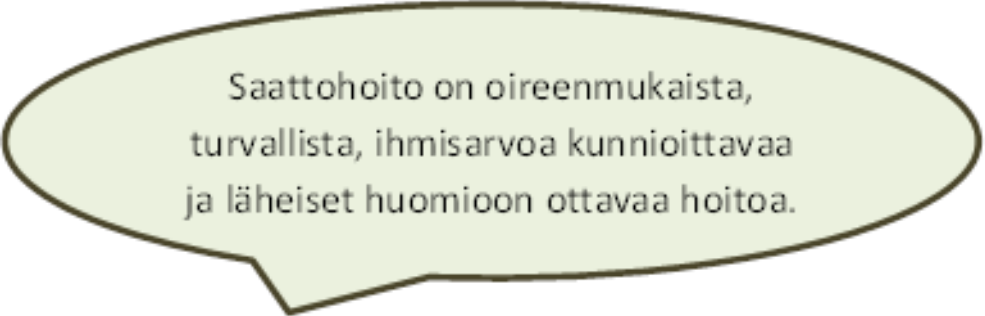
**Lääkitykseen on kiinnitetty erityistä huomiota.** Olemme olleet mukana lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean kokeilussa potilaiden lääkityksen järkeistämiseksi, josta on saatu lupaavia tuloksia.

**Yhteisöllisyyttä tukee turvallinen, toimiva ja kodikas ympäristö.** Asioita tehdään yhdessä yhteisön jäsenten kanssa. Toiminnallisuutta tuetaan mahdollistamalla läheisesi osallistuminen harrastuksiin. Ulkoilutoimintaa tukevat opiskelijat ja vapaaehtoiset ulkoiluttajat sekä omaiset. Kodinomaisuutta luodaan osaston ja huoneiden siisteydellä sekä läheisesi omilla tavaroilla ja koriste-esineillä. Läheisesi voi käyttää omia vaatteitaan, jotka tulee merkitä tunnistamisen helpottamiseksi. Kodinomaisuutta luodaan myös arvostavalla, ystävällisellä ja kiireettömällä ilmapiirillä.

Hoitotyömme tavoitteena ei ole tarjota ikuista elämää vaan **hyvä, laadukas ja arvokas loppuelämä.** Elämän loppuvaiheen hyvä hoito ja sen kehittäminen on ohjenuorana toteuttaessamme hoitotyötä. Pyrimme hoitamaan läheisesi loppuun saakka, huomioiden sairaalahoidon tarve. Meillä on mahdollisuus saattohoitoon, johon voit osallistua toiveittesi mukaisesti.

Jokaiselle asiakkaalle laaditaan yksilöllinen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma. Sairauden edetessä suunnitelmaa tarkistetaan ja päivitetään tilanteen mukaan. Toivomme Sinun kertovan toiveesi ja havaintosi läheisesi voinnista.

# Saattohoito



Saattohoito on oireenmukaista, turvallista, ihmisarvoa kunnioittavaa ja läheiset huomioon ottavaa hoitoa.

Saattohoito tarkoittaa elämän loppuvaiheen hoitoa, jonka tarkoituksena on hoitaa läheistäsi niin, että hänen elämänsä laatu on mahdollisimman hyvä loppuun asti. Saattohoitoon siirrytään, kun sairaus on edennyt yleisvoinnin ja oireiden perusteella loppuvaiheeseen. Saattohoidon pääsääntönä on turvata mahdollisimman hyvä olo ja oireettomuus.

Päätöksen saattohoidosta tekee lääkäri yhdessä henkilökunnan ja omaisten kanssa. Saattohoidossa otetaan huomioon Sinun ja läheisesi toiveet. Voit halutessasi olla läheisesi vierellä. Saattohoidon tarkoituksena on tukea myös omaisten selviytymistä.

Meillä on valmiudet toteuttaa saattohoitoa inhimillisesti ja turvallisesti. Palvelukeskuksen alakerrassa on erityinen tila hiljentymistä varten. Siellä voit rauhassa hyvästellä läheisesi ja järjestää muistohetken. Kaikissa hoidon vaiheissa voit kääntyä puoleemme ja kertoa toiveesi.

## Lähteet

HÄNNINEN, Juha 2012. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Sahalan kirjapaino.

KIVELÄ, Sirkka-Liisa 2012. Hyviä vuosia, arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.

Muistiliitto. <http://www.muistiliitto.fi>

Omaisena edelleen r.y. [www.omaisenaedelleen.fi](http://www.omaisenaedelleen.fi)

POIJULA, Soili 2002. Surutyö. Helsinki: Kirjapaja.

Suomi- julkishallinnon palvelut kansalaiselle.

<http://www.suomi.fi>

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.

<http://www.valvira.fi>

# Muistiinpanoja

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Yhteystiedot:

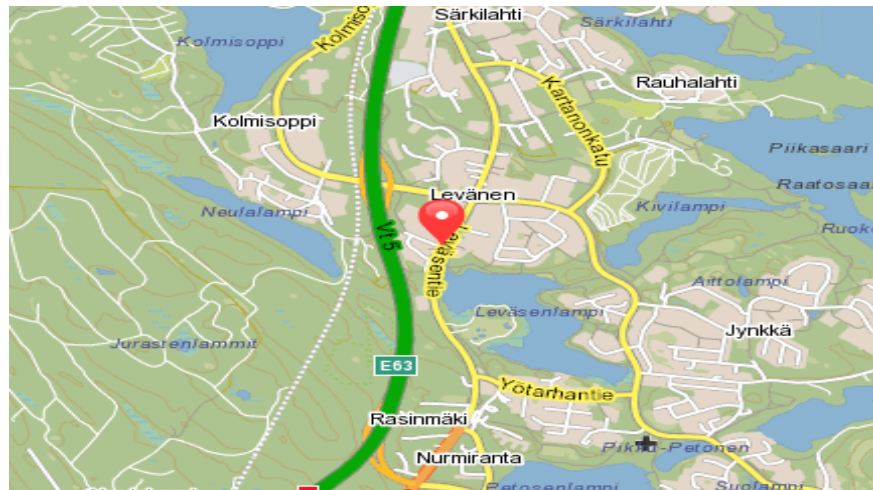
|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| Osasto 1, Satakieli, kanslia | 0447 183627  |
| Osasto 2, Tähtelä, kanslia   | 0447 183 628 |
| Osasto 3, Kuusela, kanslia   | 0447 183 629 |
| Osastonhoitaja               | 0447 18 3622 |
|                              |              |
| Dementiayksikkö Värttinä     | 0440 183 519 |
| Hoitokoti 1, Kehräjä         | 0447 183 521 |
| Hoitokoti 2, Wellamo         | 0445 183 527 |
| Osastonhoitaja               | 0447 183588  |

Osoite:

Leväsen palvelukeskus

Leväsentie 27

70780 Kuopio



Tämä opas on tehty opinnäytetyönä

Savonian ammattikorkeakoulussa

Tekijät:

Laukkanen Niina ja Remes Minna