



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Yhteisöllisyyden tukeminen psykogeriatrisessa hoitoyksikössä

Piispa, Jenni

2014 Laurea-ammattikorkeakoulu Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Yhteisöllisyyden tukeminen psykogeriatrisessa hoitoyksikössä

Jenni Piispa
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2014

Jenni Piispa

Yhteisöllisyyden tukeminen psykiatriassa hoitoyksikössä

Vuosi

2014

Sivumäärä

26+liite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhteisöllisyyttä psykiatriassa osastolla muistisairaiden potilaiden arjessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä yhteisöllisyyttä tukevaa toimintaa psykiatrisen osaston arjessa.

Opinnäytetyö toteutettiin psykiatriassa osastolla. Menetelminä käytettiin havainnointia ja haastattelua. Asiakasymmärryksen lisäämiseksi osaston potilaita havainnointiin ja heihin tutustuttiin kolmen viikon ajan. Lisäksi haastattelin psykiatrisen osaston osastonhoitajaa yhteisöllisyydestä ja sen toteutumisesta osastolla. Opinnäytetyön toiminnallinen osa sisälsi kolme erillistä yhteisöllisyyttä tukevaa virikehetkeä, jotka järjestettiin osaston potilaille kuu-kauden päästä havainnointijaksosta. Virikehetket sisälsivät levyraadin ja tuolijumppaa ja niiden kohderyhmä oli muistisairaat potilaat.

Yhteisöllinen toiminta, joka toteutui virikehetkinä osoittautui pääosin mieleiseksi sisällöltään. Osallistujien määrä kasvoi tuolijumpassa ja potilaiden yleinen mieliala oli ensimmäisen tuolijumppakerran jälkeen edellistä positiivisempi. Innostuneisuus ja osallistumishalukkuus leimasivat tuolijumppakertoja. Levyraadin aikana potilaat taas olivat hyvin keskittyneitä ja rauhallisia.

Opinnäytetyön toteuttamisessa nousi esiin se, kuinka tärkeää yhteisöllisyyttä tukevassa toiminnassa on kohderyhmän hyvä tunteminen. Yhteisöllisyyttä tukevassa toiminnassa on otettava huomioon muistisairaiden potilaiden yksilöllisyys ja sen tukeminen sekä mielekkään tekemisen löytyminen. Myös tukeminen ja kannustaminen ovat tärkeitä muistisairaalle potilaalle itsetunnolle. Rauhallisella viriketoimintaan varatulla ympäristöllä ja tilalla on merkitystä virikehetkien onnistumiselle.

Jatkokehitysehdotuksena tämän opinnäytetyön pohjalta tulisi kiinnittää huomiota siihen, että yhteisöllisyyttä tukeva toiminta tulisi lähteä potilaasta käsin. Potilaiden toiveiden kuunteleminen ja kiinnostuksenkohteiden huomioon ottaminen tulee olla ensijaista, sillä yhteisöllisyys ei täysin toteudu hoitajälähtöisessä viriketoiminnassa.

Asiasanat, yhteisöllisyys, muistisairaus, viriketoiminta

Jenni Piispa

Supporting communality in a psychogeriatric treatment unit

Year	2014	Pages	26+1 appendix
------	------	-------	---------------

The purpose of this thesis was to develop communality in the everyday lives of psychogeriatric patients. The aim of the thesis was to increase the amount of activities which support communality in the everyday life at the psychogeriatric ward.

The thesis was actualized at the psychogeriatric ward. The functional part of the thesis consisted of three separate recreational activities that were arranged for the patients of the ward. The recreational activity periods included a music panel and chair aerobics. Their main target group were people with memory disorder. The methods used in the development work were observation and interviews. In order to gain a deeper understanding of the customers, patients were observed in the ward for three weeks to guarantee the suitability of the recreational activities. The recreational activities were organized a month after the observation period. I interviewed the head nurse of the psychogeriatric ward concerning communality and the way it is actualized in the ward.

The recreational activities conducted at the psychogeriatric ward proved satisfying. The number of participants increased in chair aerobics and the general mood of the patients was more positive than before. Enthusiasm and willingness to participate were commonplace in the chair aerobics sessions. During the music panel, patients were very focused and calm.

The execution of the thesis showcased how important it is to know your target group in activities intended to improve communality. The individuality of patients with a memory disorder should be taken into consideration in activities that support communality. This could be done by, for instance, providing them with meaningful things to do. Support and encouragement are important for the self-confidence of a memory disorder patient. A calm environment and area reserved for the recreational activities can be meaningful for the successful implementation of recreational activities.

Based on the findings of this thesis, as a further development idea, I would suggest that the activities supporting communality should be patient-driven. It is essential that the wishes and interests of the patients are prioritized because nurse-driven recreational activities do not seem to result in strong communality.

Keywords: communality, memory disorder, recreational activities.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	7
3	Muistisairaudet ja muistisairauksien hoitopolku.....	7
	3.1 Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet ja psykologiset oireet	10
	3.2 Muistisairauksien hoito	11
	3.3 Laitoshoito muistisairaana hoitoympäristönä.....	12
4	Yhteisöllisyys ja yhteisöllisyyden tukeminen.....	14
5	Ikääntyneiden yksinäisyys	15
6	Viriketoiminta muistisairaana toimintakykyä ja yhteisöllisyyden tukena	16
7	Opinnäytetyön toteuttaminen	17
	7.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö	17
	7.2 Asiakasymmärryksen lisääminen kehittämistyön tueksi	18
	Haastattelu.....	18
	Osastonhoitajan haastattelu	18
	Havainnointi asiakasymmärryksen lisäämiseksi	19
	7.3 Viriketoiminnan toteutus	20
8	Arviointi.....	22
	8.1 Jatkokehittämisehdotukset.....	23
	Lähteet	25
	Liitteet.....	27
	Liite 1 Osastonhoitajan haastattelun kysymykset	28

1 Johdanto

Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee arvojen mukaan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä on taas ennustettu nousevan 6,1 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä, mikä tarkoittaisi 349 000 yli 85-vuotiasta. (Tilastokeskus 2007.)

Tiedonkäsittely aivoissa hidastuu jonkin verran ihmisen vanhetessa. Korkea ikä lisääkin selvästi muistisairauden todennäköisyyttä. Suomessa keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta kärsii Suomessa 65-74-vuotiaista vajaa viisi prosenttia, 75-84-vuotiaista noin 10 prosenttia ja yli 85-vuotiaista noin kolmannes. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.) Tavallisimpia muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia ja Lewyn kappale-tauti.

Nykyinen muistisairauksia käsittävä hoitolinja korostaa kotona asumisen tärkeyttä. Muistisairas ihminen asuu kotona mahdollisimman pitkään palveluiden taatessa turvallisen ja miellyttävän olemisen kotona. Kotona asuminen on muistisairaalle tärkeää, koska muistisairas ihminen selviytyy parhaiten tutussa ympäristössä, tuttujen rutiinien keskellä. Alussa muistisairas ihminen voi pärjätä kotipalvelun turvin, myöhemmin avuntarve voi kasvaa ja kotisairaanhoidon käynnit tihentyä. Kotona asumisen mahdollisuuteen vaikuttaa suuresti myös omaisen jaksaminen mahdollisena omaishoitajana. Omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti. (Omaishoitajat ja läheiset-liitto ry.) Sairauden vaikeutuessa avuntarve kasvaa esim. kävely- ja pidätyskyvyn heiketessä sekä turvattomuuden lisääntyessä. Näiden tekijöiden esiintyminen ennakoivat kotihoidon loppumista. Suurin tekijä, joka ennakoivat laitoshoidon siirtymistä on muistisairaahan käyttäytymisen muutokset, mitkä omaiset kokevat raskaina. Käyttösoireet ovatkin tavallisin syy joutua laitoshoidon. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen. 2006.) Tilanteet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja niihin vaikuttavat läheisten mahdollisuudet omaishoitoon, perheen sisäiset suhteet, omaishoitajan psyykinen ja fyysinen terveydentila sekä saatu tuki ja apu. (Muistiliitto.) Muistisairaahan potilaan pitkäaikaishoitoon siirtyminen etenee yleensä asteittain. Ensin sairastunut käy pitkäaikaisosastolla tai hoivakodissa jaksottaishoidossa esimerkiksi yhden viikon kuukaudessa. Näiden tukitoimien avulla pyritään helpottamaan omaishoitajan jaksamista ja edesauttamaan sairastuneen mahdollisuutta asua mahdollisimman pitkään kotonaan. (Duodecim 2012.)

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on kehittää yhteisöllisyyttä psykogeriatrisella osastolla muistisairaiden potilaiden arjessa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä yhteisöllisyyttä tukevaa toimintaa psykogeriatrisen osaston arjessa. Järjestän opinnäytetyön puitteissa psykogeriatrisella osastolla kolme virikehetkeä, joiden tarkoituksena on tukea yhteisöllisyyden kokemusta.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää yhteisöllisyyttä psykogeriatrisella osastolla muistisairaiden potilaiden arjessa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä yhteisöllisyyttä tukevaa toimintaa psykogeriatrisen osaston arjessa.

3 Muistisairaudet ja muistisairauksien hoitopolku

Kognitiivista heikentymistä aiheuttavista rappeuttavista eli degenaratiivisista aivosairauksista käytetään käsitettä etenevät muistisairaudet. Taudin edetessä potilaat dementoituvat, jolloin puhutaan dementiapotilaista. Muistisairauksiin liittyviä oireita ovat muistin, päättelyn ja toiminnanohjauksen häiriöt. Muita oireita ovat afasia (kielelliset häiriöt, esim. sanat eivät löydy), agnosia (hahmottamisen häiriöt, esim. potilas eksyy helposti, ei löydä esineitä, vaikka ne ovat nenän edessä) ja apraksia (kätevyuden häiriöt, esim. pukeutumisessa on vaikeuksia). Kognitiiviset oireet ovat usein eteneviä, kuten Alzheimerin taudissa. Muistisairaudet ovat tärkein pitkäaikaishoitoon johtava oireyhtymä. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg & Sulkava toim. 2010, 120-121.)

Etenevistä muistisairauksista tavallisin on Alzheimerin tauti, joka aiheuttaa noin 60 % kaikista dementiatapauksista. Alzheimerin tauti alkaa yleensä lievillä muistihäiriöillä, lähinnä mieleen painamisen ja palauttamisen vaikeutena. Kun tauti etenee potilaan lähimuisti, johon kuuluu mm. tapahtumamuisti, tyypillisesti heikentyy niin, että hän ei muista muutamaa minuuttia aiemmin tapahtuneita asioita. Ajantaju häviää ja myöhemmin myös paikantaju. Tyypillistä on tavaroiden katoaminen ja etsiskely. Sanojen löytäminen hankaloituu ja potilas käyttää kiertoilmaisuja tai nk. tyhjiä sanoja ja pronomineja. Monimutkaiset motoriset toiminnot, kuten pukeutuminen ja ruoanlaitto, vaikeutuvat. Potilaan sairaudentunto heikkenee tai häviää. Vaikka potilaalla olisi huomattavia käytännön elämää haittaavia häiriöitä, saattaa hän vakuuttaa olevansa täysin kykenevä huolehtimaan kaikista asioistaan. Koska sosiaalisen keskustelun taidot säilyvät usein pitkään, saattaa lääkäri arvioida potilaan selviytymisen liian hyväksi, mikäli hänellä ei ole käytössään läheisten esitietoja tilanteesta. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen toim. 2010, 123.)

Toiseksi eniten, 15%, esiintyy vaskulaarista dementiaa, jossa potilas kärsii aivoverisuonisairaudesta, joka johtuu aivojen pienten ja suurten valtimoiden tukoksista. Vaskulaarinen dementia on hyvin heterogeeninen oireyhtymä, jonka takana on kymmeniä eri tautimekanismeja. Oireet vaihtelevat henkilöstä toiseen sen mukaan, missä vaurio on. Multi-infarktidentiaan eli kortikaalisen vaskulaarisen dementiaan liittyy jonkinasteinen älyllisten toimintojen huononeminen. Tapahtumamuisti huononee lievästi, kun taas suunnittelu ja asi-

oiden suorittaminen vaikeutuu selvästi. Osa potilaista kärsii puheen tuottamisen tai hahmotamisen häiriöistä, jonka vaikeassa muodossa potilas ei tunnista halvaantunutta puolta kehoaan eikä koe eikä näe halvaantuneen puolen maailmaa.

(Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen toim. 2010,127)

Aivokuorenalaiseen eli subkortikaaliseen vaskulaariseen dementiaan liittyy toiminnanohjauksen häiriö. Taudinkuva etenee yleensä tasaisesti ja oireet saattavat myös pysyä ennallaan. Yleisiä jo taudin alkuvaiheessa havaittavia oireita ovat yöllinen sekavuus, depressio ja kävelyvaikeudet. Potilaiden sairaudentunto säilyy paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Aivoverisuonisairauksesta kärsivällä potilaalla voidaan todeta rigideettia ekstrapyramidaalisena oireena ja spastisuutta merkkinä aivohalvauksista. Kävely voi olla töpöttelevä ja leveäraiteista. Käyttöoireita esiintyy enemmän kuin Alzheimerin taudissa. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen toim.2010,127.)

Alzheimerin tautia ja vaskulaarista dementiaa vähemmän esiintyy Lewyn kappale -tautia, jota esiintyy noin 15%:lla kaikista dementiatapauksista, joten se on kolmanneksi yleisin dementia aiheuttava sairaus. Älyllisen tason heikentyminen saattaa olla taudin alkuvaiheessa suhteellisen lievää. Virkeänä potilas saattaa vaikuttaa täysin normaalilta, mutta väsyneenä muistaminen vaikeutuu eikä looginen ajattelu onnistu. Toisin kuin Alzheimerin taudissa, Lewyn kappale-taudissa oppimiskyky ja lähimuistia voi olla huomattavasti jäljellä. Usein potilaan kanssa pystyy puhumaan täysin normaalisti, joskin puhe käykin parkinsonmaiseksi, puuromaiseksi ja äänen voimakkuus vähenee. Oivaltamiskyky ja huumorintaju säilyvät sekä asioiden looginen perustelukyky. Potilaat vastaavat hyvin hitaasti. Taudin edetessä ja kognitiivisten oireiden lisääntyessä lauseet lyhenevät ja jossain vaiheessa sanat loppuvat kokonaan tai lähes kokonaan. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen toim.2010, 128-129.)Lewyn kappale-tautiin liittyviä ekstrapyramidaalisia oireita ovat jäykkyys ja hitaus, kasvojen ilmeettömyys, askelten lyheneminen ja mataloituminen, eteenpäinkaatumistaipumus ja lepovapina. Lewyn kappale-tautia sairastavilla on usein oireiden ja vireystason vaihteluita. Esimerkiksi aamulla potilas saattaa olla henkisisä toiminnoissa selkeä ja jutella normaalisti, kun taas iltapäivällä voi ilmetä sekavuutta, harhoja eikä potilas tunnista läheisiään. Lewy-potilailla on usein harhoja, etenkin näköharhoja. Harhat ovat hyvin yksityiskohtaisia, värikkäitä ja todentuntuisia. Taudin alkuvaiheessa potilas ymmärtää näkemiensä asioiden olevan harhoja. Myöhemmin hän pitää niitä todellisina ja saattaa suuresti ahdistua niiden näkemisestä. Harvinaisempia oireita Lewyn kappale-taudissa ovat kuuloharhat ja harhaluuloisuus, mikä saattaa ilmetä potilaan uskomuksena siitä, että hänet aiotaan surmata laittamalla myrkkyä ruokaan tai laskemalla kaasua huoneeseen. Masentuneisuus ja ahdistuneisuus ovat yleisiä Lewy-potilailla. Aggressiivisuus tai äkkipikaisuus on melko tavallinen piirre. Aggressiivisuus saattaa ilmetä kiroiluna, huutamisena tai lyömisenä. Suuttumiselle löytyy kuitenkin usein syy, joskin melko mitätön,

kuten vedon saaminen suihkutilanteessa. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen toim. 2010, 129-130.)

Alkoholin ongelmakäyttö voi aiheuttaa muistisairauden. Kiistanalaista on kuitenkin se, aiheuttaako alkoholi eli etanoli suoraan muistisairauden vaurioittamalla aivoja, vai liittyvätkö alkoholisteilla esiintyvät kognitiiviset ongelmat muihin alkoholin ongelmakäyttöön liittyviin sairauksiin sekä alko-holiriippuvuuteen liittyviin muihin riskitekijöihin. Alkoholiriippuvuuteen liittyviä riskitekijöitä ovat pään vammat, muut sairaudet, kuten maksasairaudet ja verenkiertohäiriöt, tupakointi, huono ravitsemus ja siihen liittyvät vitamiinipuutokset, varsinkin tiaminiin (B1-vitamiini) ja foolihapon puute. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder toim. 2014, 297.)

Varsinkin nuorilla ja keski-ikäisillä potilailla muistihäiriöiden syynä voi olla runsas alkoholin käyttö. (TherapiaFennica) Alkoholi on monien muistisairauksien riskitekijä, mutta voi olla myös itsenäisesti aiheuttamassa joitakin muistisairauksia, kuten Wernicke-Korsakovin oireyhtymää. Alkoholi myös vaikeuttaa muiden muistisairauksien oireita ja niiden hoitoa. Pitkäaikaishoitoon päätyneistä muistisairaista joka kolmannella on suurkulutushistoria. Muistisairausriski on joidenkin tutkimusten mukaan suurempi niillä ongelmakäyttäjillä, joiden alkoholinkäyttöä leimaa vahva humalahakuisuus. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder toim. 2014, 296.)

Neuropatologisista tutkimuksista ja kuvantamistutkimuksista on saatu epäsuoraa näyttöä alkoholin suorasta aivoja vaurioittavasta vaikutuksesta. Alkoholiriippuvuutta sairastavien aivojen kokonaispaino ja kokonaistilavuus ovat pienemmät kuin kohtuukäyttäjien. Suurin osa vähenemisestä kohdistuu aivojen valkeaan aineeseen, joka koostuu pääasiassa aksoneista, aivohermosolujen informaatioita kuljettavista rakenteista. Selvintä tämä kato on aivojen otsalohkojen sekä pikkuaivojen alueella. Myös aivohermosolujen soomaosista, soluelimet sisältävistä rakenteista, koostuvan harmaan aineen tilavuus on vähentynyt samoilla alueilla. Tämä näkyy magneettikuvauksessa aivokuoren poimutuksen uurteiden syvenemisenä ja levenemisenä sekä aivokammioiden koon kasvuna. Merkittävää on se, että kaikki edellä mainitut muutokset ovat aianakin jossain määrin palautuvia, mikäli alkoholinkäyttö jää pois. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder toim. 2014, 297.)

Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairauden oireisto painottuu toiminnanohjauksen häiriöihin enemmän kuin muistioireisiin. Oireet näkyvät ongelmanratkaisukyvyyn heikentymisenä, ajattelun konkretisoitumisena, suunnitelmallisuuden puutteena ja juuttumisena tiettyihin toimintatapoihin ja malleihin. Nämä oireet vaikeuttavat entisestään alkoholiriippuvuutta sairastavan elämänhallintaa. Läheiset kokevat muutokset usein persoonallisuuden muuttumisena. Tutkimusten mukaan toiminnanohjauksen vaikeudet sekä käyttäytymisen muutokset johtavat alho-lisairamuistisairaudesta kärsivään ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan jo suhteellisen

varhain, selvästi parempimuistisina kuin esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavat henkilöt. Suojatussa ympäristössä alkoholin käytön loputtua sairastuneiden kognitio usein kohenee Mini-Mental-asteikolla (MMSE) mitattuna keskimäärin 1-2 pistettä vuodessa. Alzheimerin tautia sairastavilla kognitio heikkenee keskimäärin 3 pistettä vuodessa. Alkoholin käytön lopettaminen on tärkeä ja ainoa alkoholimuistisairauden hoitomuoto. Alzheimerin taudin oireenmukaiseen hoitoon käytettyjä lääkkeitä on kokeiltu alkoholimuistisairauden hoitoon, mutta näyttöä niiden tehosta ei ole saatu. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder toim. 2014, 297-299.)

3.1 Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet ja psykologiset oireet

Muistisairauksiin liittyy erityyppisiä käytösoireita ja psykologisia oireita. Käytösoireet ovat dementoituneen potilaan havainnoitavissa olevia käyttäytymisen piirteitä. Psykologiset oireet antavat tietoa dementoituneen mielen sisällöstä, ja ne tulevat tavallisesti esille potilasta ja omaista haastateltaessa. Käytösoireet ovat tärkein potilaan laitostumisen riskiä ja omaishoitajien stressiä lisäävä tekijä. Oireet aiheuttavat luonnollisesti dementoituneelle itselleenkin kärsimystä. Omaisille ylimääräistä rasitetta aiheuttaa käytösoireiden nopea vaihtelu ja ennalta arvaamattomuus. Usein käytösoireet johtavat turhaan tai liialliseen rauhoittavaan lääkitykseen, joka saattaa heikentää potilaan ennustetta. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen toim. 2010, 133.)

Käytösoireiden takaa löytyy yleensä useita syitä. Tärkein käytösoireita selittävä tekijä on potilaan sairastama aivosairaus ja sen vaikeusaste. Lisäksi käytösoireiden syntyyn vaikuttaa dementoituneen persoonallisuus ja hyvin merkittävästi ympäristö, jossa hän elää. Alzheimerin taudin alkuvaiheessa psykologiset oireet, kuten masennus ja ahdistus ovat tavallisia ja taudin vaikeassa vaiheessa käytösoireet. Lewyn kappale-taudissa käytösoireista näköharhat, harhaluulot sekä aggressiivisuus ovat tavallisia. Mielialahäiriöitä ja aggressioita voivat dementoituneessa aiheuttaa yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen häiriöt. Ympäristö, jossa muistisairas elää, muovaa ja pahimmillaan jopa synnyttää käytösoireita. Tutussa ja turvallisessa ympäristössä, kuten kotona käytösoireet ovat yleensä vähäisempiä. Toisaalta tuttuakin ympäristö voi muistisairaasta tuntua vieraalta, saada eksyksiin ja aikaansaada harhaluuloja muistuttavia pelkoja. Ympäristön tunnelmalla ja kanssaihminen asenteilla on merkitystä käytösoireisiin. Hoitajan tai lääkärin epäarvostava käytös, ymmärtämätön asenne tai pakottava suhtautuminen aiheuttaa herkästi käytösoireita. Ihmissuhdeongelmat ja kiireisyys, jotka hiertävät hoitopaikan henkistä ilmapiiriä ovat altistavia tekijöitä muistisairaahan käytösoireille. Haitallisilla ympäristötekijöillä, kuten meluisuudella, liiallisella ärsykkeiden määrällä ja alati vaihtuvilla ihmisillä on osansa käytösoireiden lisääjänä. Vuorokaudenajalla on myös merkitystä; alkuillasta potilailla esiintyy usein käytösoireita. Myös potilaan kivut, nälkä, huono olo, vaikeus ilmaista itseään ja turhautuminen altistavat käytösoireille. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen toim. 2010, 133-134.)

Käyttöoireiden hoidossa ensisijaisia ovat lääkkeettömät hoidot, lääkehoidot ovat vasta toissijaisia. Käyttöoireita tulee hoitaa, jos oire rasittaa potilasta tai omaista, heikentää dementoituneen kykyä itsestään, vaarantaa sosiaalista kanssakäymistä tai aiheuttaa vaaratilanteita. Usein hoidossa joudutaan kuitenkin tyytymään oireiden lievittymiseen ja osittaiseen hoitotulokseen. Käyttöoireiden hyvään hoitoon kuuluu hoitoympäristön muuttaminen turvalliseksi ja virikkeiden yksilöllinen optimointi. Ympäristön ilmapiirin negatiivisiin ilmiöihin on tärkeää puuttua, sillä hoitavien henkilöiden kommunikaatiotaitojen kehittäminen vähentää käyttöoireisiin johtavia tilanteita. Käyttöoireita laukaisevien tekijöiden tunnistaminen ja poistaminen sekä muiden sairauksien hyvä hoito lievittävät käyttöoireita.

3.2 Muistisairauksien hoito

Muistisairauden aiheuttamat muutoksia voivat olla niin vähittäisiä, että vasta jonkin ajan kuluessa huomataan, että asiat eivät ole kuten ennen. Muistisairauksien oireita ei olekaan aina helppo huomata. Melko usein lähipiiri huomaa muutokset ennen kuin sairastunut itse huomaa tai tunnustaa niitä. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder(toim.)2014, 69.)

Toimintakykyä haittaavat ja itseä tai omaista huolettavat muistioireet on aina syytä selvittää. Läheisen huolestuessa puolisonsa tai vanhempansa muistista, on tarvetta muistitutkimuksiin. Varhainen ongelmaan puuttuminen tarkoittaa myös parempia hoitotuloksia ja oikea-aikaista tukea, kuntoutusta ja palveluja, jolloin kotona asuminen on mahdollisimman pitkään mahdollista sairastuneella. Perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa tehdään muistisairauksien seulontatutkimukset tavoitteena löytää jatkoselvityksiä vaativat muistihäiriöt. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder(toim.) 2014, 33-37.) Muistisairauksien lisätutkimukset, diagnoosi ja hoidon aloitus tapahtuu muistisairauksiin erikoistuneessa yksikössä, kuten muistipoliklinikalla, josta löytyy moniammatillinen työryhmä, lääkäri ja muistihoitaja. Tavoitteena on selvittää muistisairauden syy. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder (toim.) 2014, 40-41.)

Muistisairaana ja hänen läheisensä tarvitsema palveluiden määrä ja laatu on yksilöllinen. Palveluiden tarve ei etene kaikilla samalla tavalla muistisairauden eri vaiheissa. Diagnoosin saamisvaiheessa, sairastuneelle ja hänen läheiselleen järjestetään muistihoitajan tai koordinaattorin vastaanotto. Muistisairauden varhaisvaiheessa on mahdollista saada tukea esimerkiksi vertaisryhmästä, järjestöstä tai tukihenkilöltä. Virikeryhmät, liikuntaharrastukset ja päivätoiminta auttavat toimintakyvyn ylläpitämisessä. Sosiaaliturvan tukien hakeminen tuo turvaa sairastuneelle ja hänen koko perheelleen. Tarvittavien testamenttien, valtuutusten ja hoitotahtojen toteuttaminen varmistaa sairastuneen oman tahdon toteutumisen myös sairauksen edetessä. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder(toim.) 2014, 203-206.)

Kotona asuvan muistisairaahan on mahdollista saada tukipalveluja kotiin. Palveluiden tarvetta arvioidaan ja käynneillä kartoitetaan tilannetta ja pyritään löytämään toimivia ratkaisuja elämän sujumisen avuksi. Alkuvaiheessa voivat riittää muistihoitajan tai-koordinaattorin käynnit. Varsinaiset kotihoidon käynnit aloitetaan kotisairaanhoidajan tai sosiaalityöntekijän arvointikäynnillä. Käynnillä sovitaan palvelujen sisällöstä ja tarpeesta ja päätetään, tarvitseeko sairastunut kotihoidon vai kotisairaanhoidon käynntejä. Muita kotiin tuotavia kunnan tai yksityisten yritysten tuottamia palveluja voivat olla hoivapalvelut, sairaanhoito- ja lääkäripalvelut, ateriapalvelu, siivouspalvelu, pyykkipalvelu ja kauppapalvelu. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder(toim.) 2014, 208-209.)

Muistisairauden edetessä ja hoitavan läheisen tilanteen vaatiessa on hyvä olla mahdollisuus siirtyä muistisairaahan tilapäishoittoon tai vuorohoittoon. Tilapäishoidolla tarkoitetaan tavallisesti yksittäistä lyhyttä hoitojaksoa, kun taas vuorohoidolla, jaksottaishoidolla tai intervallihoidolla tarkoitetaan jollakin aikavälillä toistuvaa hoitojaksoa kodin ulkopuolella hoitopaikan ollessa muuten kotona. Läheiselle voi olla raskasta ja hänelle voi muodostua korkea kynnyks jättää muistisairas vieraiden hoitoon, vaikka toisaalta lyhytaikaishoito tarjoaakin hänelle mahdollisuuden lepoon, omaan elämään ja irtautumiseen. Muistisairaalle lyhytaikaishoito voi olla miellyttävä mahdollisuus päästä vertaistensa seuraan ja ymmärtävien hoitajien hoitoon. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder(toim.) 2014, 210.)

Kun kotona asuminen sujuu turvallisesti ja tukipalvelut ja -verkostot ovat tilanteeseen nähden riittävät, on kotona asuminen muistisairaalle oikea ratkaisu. Useimmiten jossakin vaiheessa kuitenkin jokin muu asumismuoto tulee kysymykseen sairastuneen tai läheisen tarpeen niin vaatiessa. Mitä pidemmälle sairaus etenee, sitä vaikeampaa siihen sopeutumisesta tulee, koska voimavaroja siihen ei ole riittävästi. Muuhun asumismuotoon siirtymisen arviointi tehdään asianomaisten ja asiantuntijoiden kanssa. Syitä pysyvään ympärivuorokautiseen hoitoon aiheutumiseen ovat: toimintakyvyn heikentyminen, turvallisuuden avarmistaminen, terveydentilan epävakaus, taloudellinen tilanne, oma halu ja omaisen uupuminen. Tavallisimpia ympärivuorokautisten hoitopaikojen nimityksiä ovat palveluasunto, palvelutalo, ryhmäkoti, hoivakoti ja terveyskeskuksen vuodeosasto. Uusi asumismuoto tulisi valita niin, että siinä on mahdollista asua elämän loppuun asti. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder(toim.) 2014, 211-212)

3.3 Laitushoito muistisairaahan hoitoympäristönä

Lyhytaikaisella laitoshoidolla pyritään tukemaan ikäihmisten kotona selviytymistä ja häntä hoitavan omaisen jaksamista. Samalla ehkäistään pysyvän laitoshoidon tarvetta. Lyhytaikaishoitajaksot voivat toistua säännöllisesti kotona asumisen kanssa, kuten intervallijaksot tai ne voivat olla satunnaisia. Pitkäaikaista laitushoitoa taas annetaan henkilölle, jolle ei voida jär-

jestää hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Hoitoon sisältyy lisäksi ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Ikäihmisten laitoshoidosta kunnassa päättää yleensä työryhmä, johon tavallisesti kuuluvat ainakin kotisairaanhoidaja ja/ tai kotipalvelutyöntekijä, pitkäaikaishoidosta vastaava lääkäri ja vanhustyön sosiaalityöntekijä. Mukana voivat olla mahdollisuuksien mukaan myös esimerkiksi psykologi ja fysioterapeutti. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan vanhainkodeissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla, mm. psykogeriatrisilla osastoilla ja erilaisissa hoito-, hoiva-, veljes- ja sairaskodeissa. Myös yksityiset yritykset ja järjestöt tuottavat laitospalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Suomessa reilu 50 000 ihmistä tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa. Laitoshoidosta huolimatta ihmisellä on mahdollisuus arvokkaaseen elämään, turvalliseen asumiseen ja mielekkääseen yhteyteen muiden ihmisten kanssa. Laitoshoidon tavoitteena on hyvä elämänlaatu. Edellytyksenä tämän tavoitteen toteutumiselle on asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi, toimintakyvyn ja kuntoutuksen ylläpitäminen ja edistäminen sekä sairauksien hyvä hoito. Ympärivuorokautisen hoidon ydinkysymys on laatu erityisesti muistisairaille ihmisille, sillä kahdella kolmesta ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista on muistisairaus ja heillä sairauden aste on vähintään keskivaikea. Muistisairaana ihmisen elämänlaadun puitteet määrittävät hoitavan henkilökunnan arvot ja osaaminen. Riittävä määrä osavaa henkilökuntaa on edellytys hyvän hoidon turvaamiseksi. Hyvän ympärivuorokautista hoitoa tarjoavan hoitoyksikön toiminnassa korostuu vahvan yhteishengen luominen ja yhteisö. (Käypä hoito 2010.)

Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä hoito perustuu siihen, että muistisairaana ihmisen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat otetaan tavoitteellisesti käyttöön. Pyritään tunnistamaan ja tukemaan muistisairaalle ominaista tapaa toimia, osata, haluta ja olla. Oleellisissa ovat päivittäiset rutiinit, tavat, normit, mielihalut, mielenkiinnon kohteet ja mielihyvää tuottavat asiat. Kuntoutumista ja toimintakykyä edistävän hoidon perusta ovatkin erilaiset säännölliset aktiviteetit eli mielekäs tekeminen. Toiminnassa tavoitteena on tukea muistisairaana ihmisen normaalisuutta, orientaatiota aikaan ja paikkaan, itsetunota sekä mahdollistaa aikaansaamisen ja onnistumisen kokemuksia. Itse toiminta on arvokasta, ei se mitä saadaan aikaiseksi. Toiminnan järjestämisessä on tärkeää ottaa huomioon yksilöllisyys ja perustaa tekeminen asioihin, jotka liittyvät muistisairaana elämäntilanteeseen. Mielekäs tekeminen tulee muokata voimavaroihin, niin että ne tuottavat sopivasti haastetta ja onnistumisen kokemuksia. Palautteen, rohkaisun, tunnustuksen ja tuen antaminen ovat muistisairaana itsetunnolle tärkeitä. Toimintojen tavoitteellinen ja innostava ohjaaminen tartuttaa innostusta myös osallistujiin. (Käypä hoito 2011.)

4 Yhteisöllisyys ja yhteisöllisyyden tukeminen

Ihmiselle on luonnollista liittyä elämänsä aikana erilaisiin ryhmiin: perhe, ystävät, parisuhde, työyhteisö, harrastusryhmät, uskonnolliset ja poliittiset ryhmittymät ovat esimerkkejä yhteisöistä elämän varrelta. Ihminen haluaa tuntea itsensä rakastetuksi ja hyväksytyksi sekä kokea olevansa tarpeellinen ja huomattu. Ihmisen itsetunto muodostuu ja vahvistuu yhteisöllisesti, suhteessa toisiin ihmisiin ja positiivinen palaute ravitsee sitä. Yhteisö ja yhteisöllisyys ovat ihmisen olemassaolon, toiminnan ja hyvinvoinnin edellytyksiä. Yhteisö, jossa on mahdollista kokea yhteenkuuluvuutta on ihmiselle tärkeä voiman lähde. Rauramon (2012) mukaan yhteisö määritellään alueellisesti rajatuksi vuorovaikutuksen ja yhteenkuuluvuuden muodostumaksi. Hyvässä yhteisössä yksilö ja hänen persoonallisuutensa kukoistavat. (Rauramo 2012, 104-105.)

Kurki (2007) esittää aidon yhteisöllisen suhteen syntyvän, kun sinä-minä-vaiheesta siirrytään kaikkien ystävyys- eli yhteisyys- suhteeseen. Yhteisyydessä korostuu jokaisen oikeus persoonallisuuteen, arvojen jakaminen, yhteiset kokemukset ja solidaarisuuden ilmaiseminen iloissa ja suruissa yksilöllisyyttä unohtamatta. (Kurki 2007, 42.)

Heikkinen (2003) kirjoittaa ikääntyneiden vuorovaikutussuhteiden merkityksestä. Ystävyys- suhteiden ylläpitäminen ja uusien rakentaminen luovat henkistä hyvinvointia. Tutkimusten mukaan laitoksissa ei uusia ystävyys- suhteita synny ja vanhoista huolehtiminen on työlästä. Iäkäs ihminen tarvitsee keskustelukumppania, sillä keskustelussa toisten kanssa oma identiteetti rakentuu ja vahvistuu. Ihmissuhteiden sujuvuus synnyttää yhteisyyden tunnetta, mikä tukee psyykkistä hyvinvointia, vahvistaa itsetuntoa ja virkistää mieltä. Ikääntyessä vuorovaikutuksessa ongelmia tuottavat kuitenkin sairaudet, erityisesti liikkumiskyvyn ja aistien heikkeneminen, koska ne vaikeuttavat vastavuoroisen vuorovaikutuksen ylläpitoa. Esimerkiksi elimistön hormonasapaino, lääkkeiden vaikutus psyykeen ja aivotoinnin häiriöt vaikuttavat myös mielen tasapainoon. (Heikkinen 2003, 93-94.)

Yhteisöllisyys nostettiin esiin jo antiikin aikana. Aristoteles puhui luonnollisesta laumahengestä. Käsite on kuitenkin ajan myötä muuttunut. Ihmisestä kumpuavaa yhteisöllisyyttä kutsutaan tällä vuosituhannella sosiaalisesti pääomaksi (Hyyppä 2002). Sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan yleensä sosiaalisen ympäristön tai sosiaalisten suhteiden tiettyjä ulottuvuuksia, kuten sosiaalisia verkostoja, normeja ja luottamusta, jotka edistävät yhteisön jäsenten välistä sosiaalista vuorovaikutusta ja toimintojen yhteensovittamista. Tämän myötä sosiaalinen pääoma tehostaa yksilöiden tavoitteiden toteutumista ja yhteisön hyvinvointia. (Ruuskanen 2002, 5.) Hyyppän (2002) teoksessa Robert D. Putnamin mukaan sosiaalinen pääoma tarkoittaa kansalaisten keskinäistä luottamusta, normeja ja verkostoja, jotka parantavat yhteiskunnan toimintaa. Putnamin mukaan sosiaalinen pääoma myös sitoo toimijat (kansalaiset) toisiinsa. Francis

Fukuyaman mukaan sosiaalisen pääoman ” ydinsisältö ei ilmene luottamuksena, verkostoina, ja kansalaisyhteisönä, vaan niiden taustalla piilevänä välttämättömänä ominaisuutena, joka edistää kahden tai useamman yksilön yhteistoimintaa.”(Hyypä 2002, 48-53.) Ruuskanen(2002) teoksessa Putnamin mukaan sosiaalisella pääomalla on laajoja hyvinvointipoliittisia vaikutuksia. Sosiaalinen pääoma on muun muassa yhteisön toimintaa helpottava voimavara: kun ihmiset ovat paljon toistensa kanssa tekemissä ja luottavat toisiinsa, sosiaalinen vuorovaikutus helpottuu. Lisäksi sosiaalinen pääoma saa ihmiset ymmärtämään sen, että pohjimmiltaan he ovat riippuvaisia toisistaan, mikä vähentää osallistuvien ihmisten kyynisyyttä ja lisää empaattisuutta. Sosiaalisella pääomalla on myös psykologisia ja biologisia vaikutuksia, joiden kautta se parantaa ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. (Ruuskanen 2002, 7.)

5 Ikääntyneiden yksinäisyys

Ikääntyneiden kokemus yksinäisyydestä on yleistä. Laajan suomalaisen kotona asuvien ikääntyneeseen väestöön kohdistuneen tutkimuksen mukaan (N =4113) 39% kärsi yksinäisyydestä ainakin toisinaan ja 5% kärsi usein tai aina. Laitoshoidossa olevat ikääntyneet kokevat yksinäisyyttä vielä enemmän kuin kotona asuvat. Kärsimystä aiheuttava yksinäisyys jatkuessaan johtaa vähitellen raihaantumiseen ja ennenaikaiseen kuolemaan. Käsitteenä yksinäisyys on ongelmallinen. Karkein jako on tarkastella yksinäisyyttä joko myönteisenä tai kielteisenä. Kielteinen yksinäisyys on pelottavaa, ahdistavaa, kärsimystä aiheuttavaa eikä kokemuksesta pääse irti helpolla. Yksinäisyyden kokemuksessa ihminen kohtaa elämän menetykset ja haasteet ilman tarvittavia voimavaroja käsitellä niitä. Ikääntyneen kielteiseen yksinäisyyteen liittyvät usein luopumiset, kuten läheisten ihmisten kuolemat, oman toimintakyvyn heikkeneminen tai kodin lopullinen jättäminen palvelutaloon tai laitokseen siirryttäessä. Yksinäisyyden tunnistaminen ja osoittaminen on haasteellista. Vaikka henkilöllä olisi iso sosiaalinen verkosto ja aina muita ihmisiä ympärillään, saattaa hän sisimmässään kärsiä yksinäisyydestä. Suomalaisessa väestötason tutkimuksessa yksinäisyyden kokemus ei ollut yhteydessä ikääntyneiden vastaajien ja heidän lastensa ja ystäviensä tapaamisten määrään vaan näihin ihmissuhteisiin liittyviin odotuksiin. (Voutilainen & Tiikkanen toim. 2009, 184.)

Tutkimusten mukaan yksinäisyyden kokemus näyttäisi lisääntyvän iän myötä. Ikä ei itsessään selitä yksinäisyyttä, vaan iän mukanaan tuoma toimintakyvyn heikkeneminen ja sosiaalinen eristäytyneisyys. Ikääntymisen myötä oman ikäryhmän ystäviä ja tuttavuuksia kuolee tai tulee niin huonokuntoisiksi, ettei heistä ole enää seuraa. Tämä vähentää sosiaalista aktiivisuutta ja heikentää elämänlaatua ja siten riski yksinäisyyden kokemiseen lisääntyy. Leskeytyminen, tärkeän ihmissuhteen katkeaminen ja yksin asuminen lisäävät yksinäisyyden tunnetta. Heikko subjektiivinen terveys, sairastelu ja toimintakyvyn huononeminen altistavat yksinäisyydelle samoin kuin kuulon ja näön heikkeneminen ja alentunut kognitiivinen kyky. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 186.)

Suomalaisessa ikääntyneeseen väestöön kohdistuneessa tutkimuksessa merkittävimmät ikään-
tyneiden yksinäisyyttä selittävät tekijät olivat masentuneisuus, pessimistinen elämänasenne,
ystävien tapaamiseen liittyvien odotusten toteutumattomuus, yksin asuminen, leskeys, tar-
peettomuuden tunne, lasten tapaamisiin liittyvien odotusten toteutumattomuus sekä heiken-
tynyt subjektiivinen terveydentila. Masentuneisuus oli yleisempää niillä, jotka kokivat yksinäi-
syyttä, kuin niillä, joilla ei ollut yksinäisyyden kokemusta. (Voutilainen & Tiikkainen 2009,
186-187.)

Yksinäisyyden on todettu vähitellen johtavan sairasteluun ja toimintakyvyn heikkenemiseen
sekä sosiaaliseen eristäytyneisyyteen. Yksinäisyyden kokeminen lisää myös dementian toden-
näköisyyttä ja ennenaikaisen kuoleman todennäköisyyttä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009,
187.) Yksinäisyyttä on pyritty lievittämään yksilöön kohdistuvilla ja ryhmäinterventioilla, joista
jälkimmäiset ovat osoittautuneet yksilöinterventioita tai pelkkää ammattiauttajien toimintaa
paremmaksi. Toimintamuotoja ovat olleet kotikäynnit, puhelinkontaktit ja kotieläinterapia.
Ruotsissa 1980-luvulla toteutetuissa tutkimuksissa selvisi, että ryhmätoimintaan osallistuvien
yksinäisyys lievittyi ja kuvataide-elämysten ja niihin liittyvien keskusteluiden vaikutus ikään-
tyneiden yksinäisyyteen oli ryhmäläisten fyysisen terveydentilan paraneminen ja sosiaalisen
kanssakäymisen lisääntyminen. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 188.)

6 Viriketoiminta muistisairaana toimintakyvyn ja yhteisöllisyyden tukena

Mielekkäällä toiminnalla on muistisairaana elämänlaadun ja toimintakyvyn tukemisen kannalta
tärkeä merkitys. Vaikka muistisairaus heikentää toimintakykyä, on sairastuneella kuitenkin
jäljellä voimavaroja ja kykyjä, ja hänelle tulisi luoda mahdollisuuksia käyttää niitä. Elämän-
laadun kannalta on merkityksellistä, miten onnistuneesti dementoituvan ihmisen voimavarat
ja toimintakyvyn säilyneet alueet tunnistetaan ja niitä tuetaan hänelle merkityksellisten akti-
viteettien avulla. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63.)

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus osallistua mielekkääseen toimintaan, jonka tavoitteena on
ylläpitää ja tukea hänen toimintakykyään ja samalla tuoda onnistumisen kokemuksia, elämyk-
sia ja nautintoa. Virikkeellinen toiminta on määriteltävä muistisairaana lähtökohdista käsin;
heikentynyt toimintakyky ei saa olla este viriketoiminnalle. Yhteinen tekeminen ryhmätilan-
teissa vahvistaa yhteisöllisyyttä ja osallisuuden tunnetta. Mahdollisuus toteuttaa itseään, teh-
dä ja kokea onnistumista rikastaa muistisairaana elämää ja tukee hänen identiteettiään. Te-
keminen tuottaa onnistumisen kokemuksia, iloa, hyvää oloa ja toivoa. Toiminta on muutakin
kuin tekemisen seurauksena syntynyt lopputulos. Itse tekemisen prosessi on tärkein. Kukin
muistisairas osallistuu toimintaan valitsemallaan tavalla, mikä tukee itsemääräämistä. Pelkkä
muiden tekemisen seuraaminen voi olla myös osallistumisen tapa. Viriketoimintaan muistisai-

ras tarvitsee opastusta, kannustusta, rohkaisua sekä aikaa ja mahdollisuuksia osallistua toimintaan. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63-64.)

Viriketoiminnassa on huomioitava se, että viriketoiminnan ei tarvitse aina olla järjestettyä, se voi olla luontevasti osa päivittäisiä hoitotilanteita ja siihen voi tarttua melkein minä hetkenä hyvänsä. Viriketoimintaan sisältyvien aktiviteettien tulisi olla riittävän haasteellisia, kaikkia aisteja stimuloivia ja aikuisen minäkuvaa tukevia. Tekemisen olisi hyvä soveltua muistisairaana aikaisempiin sosiaalisiin rooleihin, kiinnostuksen kohteisiin ja säilyneisiin kykyihin. Tärkeintä ei ole lopputulos, vaan osallistuminen, vaikka vain sivusta seuraamalla. Hoitajalta virikkeellisen toiminnan järjestäminen edellyttää luovuutta ja joustavuutta sekä voimavarakeskeistä ajattelutapaa. Täytyy löytyä myös halua ja kykyä luottaa asiakkaan kykyihin sekä osaamista käyttää niitä hoitotilanteissa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 64.)

7 Opinnäytetyön toteuttaminen

7.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Opinnäytetyöni toteutin toiminnallisessa muodossa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Osasto on psykiatrian osasto, jossa on 24 potilaspaikkaa. Osasto on jaettu kahteen osaan: psykiatriseen osastoon ja dementiaosastoon. Potilaat voivat tulla osastolle esimerkiksi sairaalasta, terveyskeskuksen muilta vuodeosastoilta, palvelutalosta tai omasta kodistaan. Osastolla hoidettavia sairauksia ovat erilaiset muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin tauti sekä psykiatriset sairaudet, kuten skitsofrenia, masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Osastolla potilaat asuvat pääosin kahden hengen huoneissa, yksilölliset tarpeet huomioiden on myös yhden hengen huoneita. Osaston keskellä on iso päiväsal, jossa paitsi nautitaan ateriat aamiaisesta iltapalaan, myös vietetään aikaa television katselun tai musiikin kuuntelun merkeissä. Osastolta löytyy myös erillinen tv-huone, jonne on mahdollista mennä katselemaan televisiota tai viettää aikaa omaisten kanssa. Osaston päivä alkaa aamutoimilla ja aamiaisella, joka syödään päiväsalissa samassa pöydässä yhdessä muiden potilaiden kanssa. Ennen lounasta pyritään löytämään aikaa pieneen ulkoiluun. Iltapäiväkahvi tarjoillaan toisinaan kesäisin osaston sisäpihalla, josta löytyy pöydät, penkit ja pihakeinu. Pihalla on myös mahdollista potilaiden ulkoilla hoitajien seurassa. Iltapäivästä saatetaan kasata palapelejä tai pelata bingoa päiväsalissa. Alkuillasta on aikaa kuntoutumisen tukemiseen, potilaat kävelevät hoitajien kanssa osastolla kuka eka-telineellä kuka hoitajan käsikynässä. Päivällisen jälkeen alkaa rauhoittuminen iltaa kohden. Ennen iltapalaa tehdään iltatoimet, jolloin nukkumaan voi mennä kun haluaa. Osaston potilaista osa on vaihtelevasti ruotsinkielisiä, joten kaksikielisyys on olennainen osa osaston arkea. Osastolla toteutettavassa hoidossa on kuntouttava ote, mikä toteutuu liikkumisen tukemisen, ulkoilun ja yhteisen tekemisen kautta osaston päiväohjelman sallimissa rajoissa.

7.2 Asiakasymmärryksen lisääminen kehittämistyön tueksi

Opinnäytetyön kehittämismenetelminä käytin haastattelua ja havainnointia. Havainnointi kohdistui psykogeriatrisen osaston arkeen, toimintaan ja potilaisiin. Haastateltavana oli psykogeriatrisen osaston osastonhoitaja aiheena yhteisöllisyys ja sen toteutuminen osastolla.

Asiakkaan ymmärtäminen ja tiedon hankkiminen asiakkaista auttavat kehittämistyön etene- mistä. Asiakasymmärryksessä on kysymys asiakkaan tiedostamattomien ja tietöiden tarpeiden selvittämisestä ja niistä oppimisesta. (Miettinen 2011, 61.) Opinnäytetyössä käyttämäni kehit- tämismenetelmä havainnointi toimii asiakasymmärryksen lisäämisen metodina. Tiedon kerää- minen potilaista auttaa potilaille parhaiten soveltuvan virikkeen järjestämisessä ja heidän tarpeisiinsa tulee näin vastattua. Toisaalta myös osastonhoitajan haastattelu kasvattaa asia- kastietoa.

Haastattelu

Haastattelu on yksi käytetyimmistä tiedonkeruumenetelmistä sekä tutkimus- että kehittämis- työssä. Haastattelu on menetelmänä hyvä, kun halutaan korostaa yksilöä tutkimustilanteen subjektina, yksilön on mahdollista kertoa itseä koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Ke- hittämiskohteen ollessa uusi, on mahdollista saada kerätyksi uusia näkökulmia avaavaa aineis- toa. Haastattelulla saadaan nopesti kerättyä syvällistäkin tietoa kehittämiskohteesta. Kehit- tämistyössä haastattelu kannattaa yhdistää toisiin menetelmiin, sillä useimmiten menetelmät tukevat hyvin toisiaan. Haastattelun tarkoituksena voi olla asioiden selventäminen tai syven- täminen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 95-96.) Haastattelun kesto on tyypillisesti tun- nista kahteen riippuen siitä kuinka paljon tietoa tarvitaan. Haastattelu on etukäteen suunni- teltua ja haastattelijan alulle panemaa ja ohjaamaa vuorovaikutusta. Lisäksi se vaatii moti- voimista ja motivaation ylläpitämistä sekä haastattelijan ja haastateltavan välistä luottamus- ta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 96.)

Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset jätetään avoimeksi, mikä erottaa menetelmän kyselytutkimuksesta. Kysymykset on laadittu ennakkoon, mutta haastattelija voi vaihdella niiden järjestystä haastattelun kulun mukaan. Kysymysten tarkat sanamuodot voivat vaihdella myös. Etukäteen laaditut, mutta tilanteeseen sopimattomat kysymykset voidaan jättää pois ja vastaavasti voidaan kysyä haastattelun kuluessa mieleen tulevia kysymyksiä. (Ojasalo, Moi- lanen & Ritalahti 2009, 97.)

Osastonhoitajan haastattelu

Haastattelin psykogeriatrisen osaston osastonhoitajaa 17.4.2014 liittyen yhteisölliseen tekemiseen osastolla. Valitsin haastateltavakseni osastonhoitajan sillä itse muistisairaiden potilaiden haastattelu olisi ollut haasteellista. Pohtiessani, miten saisin luotettavaa tietoa kohde-ryhmästä päädyin osastonhoitajaan, jolla oli takanaan vuosien kokemus hoitoalalla ja erityisesti muistisairaiden parissa. Käytin puolistrukturoitua haastattelua, joten olin laatinut kysymykset ennakkoon haluamaani järjestykseen. (Liite 1) Haastattelutilanne kuitenkin ”eli” sen mukaisesti että esitin kysymykset eri järjestyksessä kuin olin ne kirjoittanut. Haastateltavan eli osastonhoitajan suulaus ja innokkuus kertoa teki haastattelutilanteesta luontevan ja karsi liikaa muodollisuutta. Osastonhoitajan mukaan osastolla on aikaisemmin ollut säännöllisesti kerran viikossa yhteisöllistä toimintaa, jota ovat ohjanneet kaksi hoitajaa kerrallaan. Yhteisöllinen tekeminen on ollut ohjelmoituna osaston viikkoon osastonhoitajan toimesta. Potilaille järjestettävä yhteisöllinen tekeminen on voinut olla esimerkiksi leipomista, perunoiden paistamista, bingon pelaamista tai ulkoilua. Osastonhoitaja on antanut hoitajille ns. ”vapaat kädet” toteuttaa laajasti yhteisöllistä tekemistä.

Osastonhoitajan mukaan yhteisöllistä tekemistä käytetään apuvälineenä havainnoinnissa ja vuorovaikutuksessa. Musiikki synnyttää muistikuvia ja ”heräämisiä” potilaille ja esimerkiksi piirtämisessä keskitytään väreihin, kynän pitämiseen, hahmottamiseen kaikkien aistien ollessa mukana. Jotta yhteisöllinen tekeminen olisi käytösoireita helpottavaa, täytyy sen olla tukevaa ja rauhoittavaa ja tapahduttava tutussa ym-päristössä tuttujen hoitajien ohjaamana.

Osastonhoitajan kertoman mukaan yhteisöllisen tekemisen toteutumiseen osastolla vaikuttaa se, että vain osa hoitajista on mielenterveys- ja päihdepuolen hoitajia, sillä osasto on entinen terveyskeskuksen vuodeosasto. Osastolla on käyty pitkä kehitystyö, jossa on keskitytty kirjaamisen opetteluun ja psykiatriaan. Osastonhoitajan mukaan aamuvuorossa perushoitamisen jälkeen hoitajilla ei enää välttämättä ole jaksamista toteuttaa yhteisöllistä toimintaa. Osastonhoitajan näkemyksen mukaan yhteisöllinen tekeminen toteutuu osastolla jossain määrin, joskin kehitettävää olisi. Erityisesti iltavuorossa on toteutunut yhteisöllinen tekeminen, mikä osastonhoitajan mukaan olisi riittävää. Hoitajilta yhteisöllinen tekeminen vaatii mielikuvitusta ja spontaaniutta.

Havainnointi asiakasymmärryksen lisäämiseksi

Havainnointi (observointi) on tärkeä ja hyödyllinen kehittämistyön menetelmä, jonka avulla on mahdollista saada tietoa siitä miten ihmiset käyttäytyvät ja mitä tapahtuu luonnollisessa toimintaympäristössä. Vaikka ihminen havainnoi päivittäin erilaisia asioita, tutkimuksellinen havainnointi ei ole vain satunnaista katselemista vaan systemaattista tarkkailua. Havainnointia käytetään joko itsenäisesti tai haastattelun ja kyselyn tukena. Havainnointi mahdollista pääsyn luonnollisiin ympäristöihin ja sen avulla on myös mahdollista selvittää toiminvatko ihmiset

niin kuin sanovat. Havainnointi solveltuu kehittämistehtäviin, joiden kohde on yksilön toiminta ja vuorovaikutus toisten kanssa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 103.)

Tätä opinnäytetyötä varten käytin havainnointiin kolme viikkoa, jotka olin psykiatriosastolla työharjoittelussa. Tänä aikana opin tuntemaan potilaita, heidän elämän tarinoitaan, mieltymyksiään, aikaisempia harrastuksiaan ja nykyisiä kiinnostuksen kohteitaan. Pääsin tutustumaan potilaiden luonteisiin, käyttäytymiseen ja tapoihin hoitamisen lomassa. Tiedon kerääminen potilaista tapahtui tutustumalla heihin, jututtamalla heitä, kyselemällä ja antamalla heille aikaa kertoa itsestään. Opinnäytetyötä varten oli tärkeää tutustua potilaisiin ja tunnistamaan heidän voimavaroja, jotta osaisin järjestää juuri heille sopivaa viriketoimintaa.

Yhteisöllisyys toteutuu psykiatriosastolla pitkälti jo ruokailutilanteissa: kaikki tulevat syömään samaan tilaan saman pöydän ääreen. Varsinainen yhteisöllisyyttä tukeva tekeminen sijoittuu päivästä riippuen joko aamupäivään ennen lounasta tai iltapäivään ennen päivälähtöä.

7.3 Viriketoiminnan toteutus

Työharjoitteluni toisella kuukauden pituisella jaksolla suunnittelin ja ohjasin kolme virikehetkeä osaston potilaille. Virikehetket toteutuivat 22.4.2014, 26.4.2014 ja 27.4.2014. Toimintatuokioiden pituudeksi määräytyi noin 20 minuuttia, sillä se tuntui olevan sopiva aika potilaille jaksaa keskittyä. Toimintatuokioiden sijoittuivat aamupäivään ennen lounasta, jolloin potilaiden vireystila oli havainnointini mukaan parhaimmillaan. Virikehetkien sisältö oli musiikin kuuntelua levyraadin muodossa ja tuolijumppaa. Musiikin kuuntelun valitsin, sillä siitä oli helppo keksiä keskustelua. Osaston potilaista osa oli ruotsinkielisiä, joten valitsin levyraatiin musiikkiksi sekä suomen-, että ruotsinkielistä musiikkia. Levyraadin paikaksi valikoitui päiväsaali, josta löytyi tarpeeksi tilaa sekä cd-soitin musiikin kuuntelua varten. Osaston valikoimissa oli runsaasti cd-levyjä, joista pyrin valitsemaan tunnettuja kappaleita, joita dementoituneetkin potilaat voisivat tunnistaa.

Yhteisöllisyyttä tukevat toimintatuokioiden oli tarkoitettu koko osaston eli psykiatriosaston ja dementiaosaston potilaille. Kaikilla potilailla oli mahdollisuus osallistua toimintatuokioiden, vaikka tekeminen olikin laadittu muistisairaita potilaita ajatellen. Mahdollisesti nuoruudesta tutun musiikin kuuntelulla oli mahdollisuus herättää muistoja, mielikuvia ja tunteita muistisairailta potilailta. Tuolijumpan tarkoituksena oli virkistää olotilaa ja piristää mieltä yhdessä tekemisen kautta. Vaikka kaikkia osaston potilaita pyydettiin osallistumaan yhteiseen toimintaan, oli pääosa osallistujista dementiaosaston potilaita ja naisia.

Levyraatiin osallistui kaikkiaan kymmenen potilasta ja kolme hoitajaa minun lisäksi. Levyraadin aikana potilaat istuivat pääosin ruokapöydän ääressä. Päiväsalissa oli myös potilaita, jotka eivät varsinaisesti osallistuneet levyraatiin, mutta istuivat jo valmiiksi päiväsalissa levyraadin alkaessa. Potilaat kuuntelivat musiikkia hyvin hiljaa ja keskittyneesti. He pysyivät paikoillaan, eikä ylimääräistä levottomuutta tai liikehdintää esiintynyt. Potilaat tunnustivat soitetut kappaleet ja se herätti heissä ulospäin näkyvää ilahtumisen tunnetta. Usean potilaan kasvot kääntyivät hymyyn musiikin soidessa. Osa potilaista suhtautui neutraalisti musiikkiin, eivätkä he halunneet spontaanisti kertoa musiikin herättämiä mielipiteitä. Keskusteluun osallistui vaihtelevasti 3-4 potilasta ja kaksi hoitajaa. Potilailta kyseltiin oliko kappale ennestään tuttu, mitä potilas piti musiikista ja minkä arvosanan hän kappaleelle antaisi. Kun kysymykset osoitti tietylle potilaalle, potilas yleensä antoi vastauksen. Spontaanista keskustelua ja mielipiteiden vaihtoa ei kuitenkaan syntynyt. Merkittävää toimintatuokiassa oli potilaiden keskittyminen musiikin kuuntelemiseen, rauhoittuminen ja levottomuuden puuttuminen. Käyttäytymisensä perusteella potilaat näyttivät ottavan musiikin kuuntelun vakavissaan.

Tuolijumppaa oli seuraavana kahtena viriketoimintahetkenä. Osallistujia oli 7-8 kerrasta riipuen ja minun lisäksi hoitajista yksi osallistui tuolijumppaan. Tuolijumppa oli päiväsalissa, josta löytyi tarpeeksi tilaa ja tuoleja jumpan toteuttamiseen. Tuolit oli aseteltu ympyränmuotoon, jotta potilaiden oli helppo nähdä tekemäni liikkeitä ja toteuttaa ne perässä. Liikkeet olivat helppoja tuolissa toteutettavia jumppaliikkeitä. Potilaat olivat tuolijumppassa pääosin innostuneesti mukana ja tekivät kukin oman jaksamisensa puitteissa liikkeitä. Eräs naispotilas nuokkui välillä, mutta heräsi kutsuttaessa ja jatkoi liikkeiden tekemistä. Suurin osa osallistujista oli dementiaosaston potilaita. Taustalla soi musiikki, ensin Katri Helenaa ja toisella kerralla Olavi Virtaa. Musiikin vaikutus potilaiden jumppaamiseen oli positiivinen ja innostava.

Toisella tuolijumppakerralla potilaiden innokkuus osallistua oli kasvanut. Hekin, jotka eivät ensimmäisellä kerralla liikkuneet paljon, tekivät nyt liikkeitä suurieleisesti ja selvästi nauttien. Kysyin potilailta heidän ehdottamiaan jumppaliikkeitä ja yhdellä miespotilaalla oli liike jonka kaikki tekivät perässä. Päiväsalin reunassa nojatuolilla istui hyvin hiljainen ja vähäeleinen mies, joka ei halunnut tulla tuolirinkiin, mutta nojatuolissa istuessaan teki innokkaasti ja suurieleisesti liikkeitä mukana ja seurasi toimintaa. Naispotilas, joka kieltäytyi edellisestä tuolijumppasta jyrkästi oli nyt mukana tekemässä innoissaan ja hymyssäsin jumppaliikkeitä ja jopa itse keksimiään liikkeitä, joita muut tekivät perässä. Kiitettyäni naispotilasta jumpan loputtua osallistumisesta, tuli potilaalle kyöneleet silmiin. Huomattavaa tuolijumppaa sisältävissä toimintatuokioissa oli musiikin positiivinen vaikutus potilaiden osallistumiseen ja innostus päästä osallistumaan uudestaan ja saada lisää yhteistä tekemistä. Tuolijumppa oli kaivattu lisä osaston arkeen.

Viriketoimintaa haittaavia tekijöitä esiintyi. Päiväsalissa oli istumassa tuolijumppaan osallistumattomia potilaita, jotka levottomalla käytöksellään häiritsivät muiden potilaiden keskittymistä. Myös levyraatiin osallistuvan miespotilaan sekava käytös häiritsi hetken ajan musiikin kuuntelua. Vaikka häiritsevä käytös kesti molemmilla kerroilla vain hetken, niin viriketoiminta ilman häiriötekijöitä olisi tietysti ihanteellista muita osallistujia ajatellen.

8 Arviointi

Yhteisöllisen tekemisen eli viriketoiminnan arviointia varten lähdin purkamaan potilaiden lausahduksia ja reaktioita, jotka olin viriketoiminnan aikana kirjoittanut ylös. Levyraati herätti monenlaisia reaktioita, joista on pääteltävissä yhteisöllisen toiminnan pääperiaatteet.

”Minulle ei ole koskaan opetettu tämän kaltaista musiikkia. Minä laulan kirkkomusiikkia,” oli naispotilaan närkästynyt kommentti soitettuun musiikkiin. Jotta tämänkaltaisilta tuntemuksilta vältyttäisiin olisi viriketoimintaan osallistuvien musiikkimaku selvitettävä jatkossa etukäteen paremmin. Toisaalta on positiivista, että mielipiteiden kirjo tulee esille viriketoiminnassa. Kaikkien ei tarvitse pitää kaikesta ja on hyvä, jos asiasta herää keskustelua. Havainnointijaksolla kuuntelutin potilailla musiikkia, jotta sain selville potilaiden musiikkimaun, mutta kaikki potilaat eivät näihin musiikin kuunteluhetkiin osallistuneet, enkä näin ollen ollut tietoinen kyseisen potilaan mieltymyksestä kirkkomusiikkiin.

”Minä en osaa arvioida tätä.” Edellä mainittu kommentti on hieman varovainen lausahdus potilaalta, joka ei halua olla kovin suuressa osassa viriketoiminnassa, mutta haluaa kuitenkin ilmaista mielipiteensä. Potilaiden osallistumisen laatu saattaa vaihdella yksilöllisesti ja potilaiden yksilölliseen osallistumiseen ja ilmaisuun pyritään. Kurjen (2007) mukaan yhteisyydessä korostuukin jokaisen oikeus persoonallisuuteen.

”Se on hyvä, jos se on laulettu nuottien mukaan.” Kommentit ja reaktiot laidasta laitaa olivat minulle levyraadoin ohjaajana hyvin tervetulleita. Tarkoituksenaan oli herättää ajatuksia, tunteita ja keskustelua, pyrkiä vaikuttamaan yhteisöllisyyden tunteeseen. Ennen kaikkea järjestää hetki, jossa musiikki saa puhutella muistisairaana mieltä.

”Tätä mä oon kuunnellu, tää on tuttu.” Tavoitteenani viriketoiminnassa oli, että levyraadissa soisi musiikki, joka olisi jollain tapaa potilaille tuttu, jotta he pystyisivät sen tunnistamaan. Tämä toteutui ja potilaat kokivat ilahtumisen hetkiä musiikin parissa.

Yksilöllisyyden huomioiminen viriketoiminnassa on oleellisen tärkeää. Potilaiden yksilölliset tarpeet on huomioitava ja toiminnan on oltava potilaasta lähtöisin, niin että potilas itse päättää millä tasolla hän siihen osallistuu. Heimosen & Voutilaisen (2006, 63-64) mukaan pelkkä

muiden seuraaminen voi olla osallistumisen tapa. Vaikka suurin osa potilaista osallistuikin itse toimintaan, oli päiväsalissa useampi potilas seuraamassa toimintaa ja tuolijumpan aikana sivustaseuraajien saattoi nähdä tekevän jopa jumppaliikkeitä.

Ympäristön tunnelman on oltava rauhallinen samoin kuin paikan, jossa viriketoiminta pidetään. Järjestämäni viriketoiminnan paikka päiväsalin ei ollut toimintaan keskittymisen eikä rauhallisuuden kannalta paras paikka. Erillinen tarpeeksi tilava huone, josta löytyisi suuri pöytä, jonka ääreen potilaat voivat kerääntyä olisivat mielestäni parempi vaihtoehto. Erillinen tila myös vähentäisi viriketoimintaa haittaavia häiriötekijöitä, kun huoneessa olisi vain toimintaan osallistuvat henkilöt.

Erityisesti tuolijumpassa pyrin kannustamaan potilaita liikkumiseen ja liikkeiden tekemiseen. Positiivisella kannutuksella monen potilaan jalat alkoivatkin pikkuhiljaa nousta ja kädet heilua musiikin soidessa. Tukemisella ja kannustamisella on tärkeä roolinsa muistisairaana itsetunnon kohottamisessa. Kanssaihminen eli tässä tapauksessa hoitajien asenteiden on tärkeää olla suotuisat yhteisöllisyyden suhteen, jotta edellytyksiä viriketoiminnan järjestämiselle löytyy.

Potilaiden silmännähtävä ilahtuminen, yhteisestä tekemisestä piristyminen sekä sanallinen kommentti: ”Tällaista (=tuolijumppaa) pitäisi olla joka päivä,” vakuuttivat viriketoiminnan hyödyistä. Potilaat saivat kaivattua tekemistä arkeen, mahdollisuuden onnistumisen kokemukseen ja kokemuksen yhteisöllisyydestä ryhmän toimiessa me-muodossa.

8.1 Jatkokehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön parissa näin yhteisöllisen toiminnan positiivisia vaikutuksia, vaikka yhteisöllistä toimintaa järjestin vain kolme kertaa peräkkäin. Tämä osoitti, että tiheys ja säännöllisyys toiminnan järjestämisessä edesauttavat yhteisöllisen toiminnan hyötyjen esiintulemistä. Se mitä tehdään yhteisöllisen tekemisen nimissä voi olla hyvinkin arkista, tavallista tai jopa itsestäänselvää, mutta olennaisinta onkin mahdollisuus yhteisöllisyyden kokemukseen ja mehenkeen. Toisin sanoen puitteiden ei tarvitse olla ihmeelliset, jotta muistisairaiden potilaiden osallisuuden kokemusta pystyttäisiin lisäämään. Suurempaa osaa näyttölee hoitajien motivaatio ja innostus järjestää yhteisöllistä toimintaa.

Potilaiden mukaan ottaminen yhteisöllisen toiminnan järjestämiseen lisää paitsi yhteisöllisyyden tunnetta, myös takaa toiminnan sopivuuden ja mielekkyyden. Kun potilaat pääsevät kertomaan oman mielipiteensä ja toteuttamaan heille mielekästä tekemistä, vahvistaa se heidän itsetuntoaan ja rikastaa elämänlaatua.

Yhteisöllisyyttä tukevan toiminnan hyötyä muistisairaiden parissa ei voida kiistää, mutta lähtökohdat toiminnan järjestämiselle tulee olla ns.oikeat. Tämän opinnäytetyön yhteisöllinen tekeminen oli lähtöisin opinnäytetyön aiheesta ja halustani tutkia kyseistä aihetta. Näin ollen yhteisöllinen tekeminen sai alusta lähtien hoitajälähtöisen näkökulman. Jotta yhteisöllisen toiminnan kaikki hyödyt saadaan irti tulee toiminnan olla potilaslähtöistä, potilaiden tarpeista, haluista ja kiinnostuksenkohteista syntyvää aitoa tekemistä. On myös muistettava, että viriketoiminta on osa hyvää kokonaisvaltaista ja kuntouttavaa hoitotyötä. (Airila 2000.)

Lähteet

Airila, A. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käytösoireisiin. 2000. Ikäinstituutti. www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/149

Duodecim. Muistisairaankäytösoireiden hoito. 2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00524

Duodecim. Muistisairaankäytösoireiden hoito. 2012.
www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. 2006. Hämeenlinna: Duodecim.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaankäytösoireiden hoito. 2014. Helsinki: Duodecim.

Heikkinen R-L. Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa Anne Hietanen ja Tiina-Mari Lyyra. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2003:2. Helsinki.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. 2006. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hyyppä Markku T. Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys. 2002. Keuruu: Otava.

Kurki, L. Innostava vanhuus. Sosiokulttuurinen innostaminen vanhempien aikuisten parissa. 2007. Helsinki: Finn Lectura.

Käypä hoito. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. 2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=7CB0D04D9E45C0AB6AA2E5F4EB38270A?id=nix01676#NaN>

Miettinen S.(toim.) Palvelumuotoilu-uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. 2011. Tammerprint Oy: Teknologiateollisuus ry.

Muistiliitto. Kotona asuminen.
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/kotona-asuminen/>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 2009. WSOYpro Oy.

Omaishoitajat ja läheiset ry. Mitä omaishoito on?
<http://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>

Rauramo, P. Työhyvinvoinnin portaati. Viisi vaikuttavaa askelta. 2012. Porvoo: Bookwell Oy.

Ruuskanen, P. Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. 2002. Keuruu: Otava.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen ja muisti.
www.thl.fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/...ja.../ikaantymisen-ja-muisti

TherapiaFennica. Dementiat. Auli Verkkoniemi.
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Dementiat>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Laitoshoido. 2011.
http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoido

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkajulkaisu].2007. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 25.9.2014].
http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T. & Sulkava R.(toim.) Geriatria. 2010. Duodecim.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 2009. WSOY.

Liitteet

Liite 1 Osastonhoitajan haastattelun kysymykset	28
---	----

Liite 1 Osastonhoitajan haastattelun kysymykset

Miten ymmärrät käsitteen ”yhteisöllisyys”?

Mitä ajattelet yhteisöllisyydestä psykiatriosastolla?

Onko yhteisöllisyyden käsite tuttu?

Miten yhteisöllisyys toteutuu osastolla?

Onko yhteisölliselle toiminnalle aikaa/motivaatiota/tarvetta?

Miten hoitajat suhtautuvat yhteisölliseen tekemiseen?

Voiko yhteisöllinen tekeminen ja osaston käsittäminen yhteiseksi vähentää käytösoireita, kuten levottomuutta?

Onko osaston potilailla mielestäsi tarpeeksi ohjelmaa/tekemistä?

Mitä mielestäsi voisi tehdä yhteisöllisyyden kokemuksen lisäämiseksi?

Mikä on potilaita kiinnostavaa, heidän toimintakyvyn huomioon ottavaa ja osastolla mahdollista yhteisöllistä tekemistä?