

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Topias Kekkonen  
Ville Parjanen

PÄIHDEMUISTISAIRAAN HOITOTYÖ – OPAS UUDEN  
TYÖNTEKIJÄN PEREHDYTTÄMISEKSI

Opinnäytetyö  
Syyskuu 2015



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2015**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

**Tekijät**  
Topias Kekkonen, Ville Parjanen

**Nimeke**  
Päihdemuistisairaahan hoitotyö – Opas uuden työntekijän perehdyttämiseksi

**Toimeksiantaja**  
Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy

**Tiivistelmä**

Alkoholin käyttäminen ikääntyneiden keskuudessa on ollut jatkuvassa kasvussa. Tämä on aiheuttanut sen, että yhä useampi ikääntynyt sairastuu alkoholin aiheuttamaan muistisairauteen. Alkoholin takia muistisairastuneet henkilöt vaativat erityisosaamista, joten Suomeen on perustettu hoitokoteja joihin näiden henkilöiden hoitoa on pyritty keskittämään.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas uuden työntekijän perehdyttämiseksi Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:lle. Tavoitteena oli tehdä oppaasta selkeä ja ytimekäs kokonaisuus, joka helpottaa uuden työntekijän perehdyttämistä työyksikköön. Opinnäytetyön toiminnallisesta tuotoksesta päätettiin tehdä kokemuseräiseen tietoon pohjautuva opas, jotta se palvelisi työyksikön tarpeita mahdollisimman hyvin. Oppaasta on hyötyä sekä työnantajalle että työntekijälle, koska se auttaa perehdyttäjää jäsentämään perehdytystä. Opas voi toimia myös uuden työntekijän tukena ensimmäisten työpäivien aikana. Opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään ikääntyneiden alkoholinkäyttöä, alkoholin vaikutusta muistisairauteen sekä perehdyttämistä.

Toiminnallisen osuuden sisältö on kerätty tietoperustan lisäksi kyselylomakkeilla hoitokodin henkilökunnalta sekä työyksikön esimiehiltä. Jatkossa työyksikkö voi muokata opasta tarpeidensa mukaan. Kyseessä on työyksikön ensimmäinen perehdyttämiseen liittyvä opas, joten käytännön työstä saattaa tulla kehittämisideoita oppaaseen.

**Kieli**  
suomi

**Sivuja** 30  
**Liitteet** 3

**Asiasanat**  
päihdemuistisairaus, alkoholi, ikääntyminen, perehdytys



**THESIS**  
**May 2015**  
**Degree Programme in Nursing**

Tikkarinne 9  
FI-80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 50 405 4816

**Authors**  
Topias Kekkonen, Ville Parjanen

**Title**  
Nursing Care of Patients with Alcohol-Related Memory Disorder– An Orientation Guide for New Employees

**Commissioned by**  
Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy

**Abstract**

Alcohol consumption among older people is increasing constantly. As a result an increasing number of old people fall ill with alcohol-related memory disorders. As nursing care of these people requires special knowledge, efforts have been made in Finland to establish specialised nursing homes for this client group.

The purpose of this thesis was to produce an orientation guide for new employees of Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy. The aim was to devise an explicit and compact guide, which facilitates the orientation of a new employee to this nursing home. In order to serve the needs of the nursing home as well as possible, it was decided that the practise-based part of the thesis will be based on experiential knowledge. The guide is useful for the employer and the employee, because it helps the person in charge of the orientation to structure the process. The guide can also support the new employee during the first days of work.

The content of the practise-based part was based on the theoretical part of the thesis and in addition, a survey was carried out among the staff and the manager of the nursing home. In future, the nursing home can develop the guide according to their needs. Since this is the nursing home's first orientation guide for new employees, development ideas may emerge later from actual practical work.

**Language**

Finnish

**Pages** 30

**Appendices** 3

**Keywords**

alcohol-related memory disorder, alcohol, ageing, orientation

# Sisältö

## Tiivistelmä

## Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Ikääntyneiden alkoholinkäyttö .....	6
2.1	Alkoholin käytön syyt .....	7
2.2	Alkoholin vaikutus ikääntyneeseen .....	8
2.3	Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset .....	9
3	Alkoholin aiheuttama muistisairaus .....	9
3.1	Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä .....	10
3.2	Alkoholidementia .....	12
3.3	Diagnostiikka .....	12
4	Alkoholimuistisairaahan hoitotyö hoitokodissa .....	13
4.1	Käyttöoireet .....	14
4.2	Käyttöoireiden ennaltaehkäisy .....	15
4.3	Turvallisen hoitoympäristön luominen .....	16
4.4	Lääkehoito .....	17
4.5	Kuntouttava hoitotyö .....	17
5	Perehdyttäminen .....	18
5.1	Perehdytyksen tarkoitus ja tavoitteet .....	18
5.2	Perehdyttämishjelma .....	19
5.3	Perehdyttäjän rooli .....	20
5.4	Perehdyttämisen arviointi ja seuranta .....	21
6	Opinnäytetyön tehtävät ja tarkoitus .....	21
7	Opinnäytetyön toteutus .....	21
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	21
7.2	Toimintaympäristön kuvaus .....	22
7.3	Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus .....	23
8	Pohdinta .....	25
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	25
8.2	Ammatillinen kehittyminen .....	26
	Lähteet .....	28

## Liitteet

Liite 1	Kysymykset hoitokodin henkilökunnalle
Liite 2	Toimeksiantosopimus
Liite 3	Opas

## 1 Johdanto

Alkoholiongelmien ikääntyneiden keskuudessa ovat jatkuvasti kasvamassa. Tämän vuoksi ikääntyneiden alkoholinkäyttö on ajankohtainen aihe hoitotyön näkökulmasta. Ikääntyneiden kasvava alkoholinkäyttö on johtamassa siihen, että yhä useampi sairastuu alkoholin aiheuttamiin sairauksiin. (Sulander 2007, 25 - 26.) Suomessa on ryhdytty perustamaan hoitokoteja, jotka ovat erikoistuneet hoitamaan nimenomaan alkoholin takia muistisairaita potilaita. Opinnäytetyössä käsitellään alkoholimuistisairaana hoitotyöhön liittyviä aiheita, kuten käytösoireita ja niiden hallintaa sekä kuntouttavan päivätoiminnan merkitystä.

Hyvällä perehdyttämisellä pyritään vaikuttamaan työyksikön työntekijöiden ammattitaitoon sekä työhyvinvointiin. Perehdytyksen tarkoituksena on, että uusi työntekijä saa kattavan kuvan työstä ja työyksiköstä. Tavoitteena on työn laadun parantaminen ja potilasturvallisuuden lisääminen. (Surakka 2009, 77.) Laadukas perehdyttäminen sisältää paljon ennalta tehtävää suunnittelua, jossa hyödynnetään työpaikalla tehtyä perehdyttämisohjelmaa (Kangas 2000, 7). Perehdyttämisessä on tärkeää myös ottaa huomioon uuden työntekijän koulutus sekä aikaisempi työkokemus (Surakka 2009, 73 - 74).

Opinnäytetyö on tehty toiminnallisena opinnäytetyönä Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:n toimeksiannosta. Hoitokoti on 32-paikkainen, joista 12 paikkaa on varattu vuorohoito- sekä kuntoutusjaksoille. Lopuilla paikoilla hoidetaan ympärivuorokautisesti asukkaita, joilla on päihteiden käytöstä aiheutuneita muistisairauksia. Hoitokoti tarjoaa asumispalveluita, vuorohoitoa, kuntoutus- ja arviointijaksoja. Hoitokoti pyrkii tarjoamaan asukkailleen kodinomaisen asuinympäristön, jossa hoitajat järjestävät kuntouttavaa päivätoimintaa ja tukevat arjen toiminnoissa. (Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy 2011.)

Työn toiminnallisessa osiossa tehdään opas uuden työntekijän perehdyttämisen tueksi. Oppaan tarkoituksena on helpottaa uuden työntekijän perehdyttämistä työyksikköön. Oppaan sisältö on laadittu yhdessä Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:n työntekijöiden kanssa.

## 2 Ikääntyneiden alkoholinkäyttö

Vanheneminen on fysiologinen tapahtuma, joka etenee yksilöllisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että vanhenemiselle tyypillisiä muutoksia, kuten hiusten harmaantumista, lihaskunnon heikkenemistä ja sairauksia, tulee eri ihmisille eri-ikäisinä. Vanhuudelle ei voida asettaa tiettyä ikärajaa, koska jokaisen omakohtainen kokemus vaikuttaa siihen, miten vanhuuden määrittelee. Ihmisten elinajanodotteen jatkuva kasvu on aiheuttanut sen, että vanhukset ovat iäkkäämpiä kuin koskaan aikaisemmin. (Kivelä 2005, 13-14.) Opinnäytetyössä tarkoitetaan ikääntyneellä tai vanhuksella yli 65 vuotta täyttänyttä henkilöä.

Alkoholilaki (1994/1143) määrittelee alkoholipitoisen aineen sellaiseksi tuotteeksi, joka sisältää enemmän kuin 2,8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia (3. §.) Alkoholin kuuluu keskushermostoa lamaaviin aineisiin. Se on käymisen tai tisläämisen avulla valmistettavaa väritöntä vesiliukoista nestettä. Se vaikuttaa nopeasti imeytymällä ruoansulatuskanavasta, josta se leviää kaikkiin kudoksiin, mukaan lukien aivoihin. (Dahl & Hirschovits 2002, 130.) Välittömän liikakäytön vaikutuksena alkoholi aiheuttaa päihtymistilan ja lopulta sammumisen. Runsaalla pitkäaikaiskäytöllä katsotaan olevan monia kansanterveydellisiä haittavaikutuksia. (Holopainen 2011.) Yhdeksi alkoholiannokseksi lasketaan esimerkiksi 0,33 litraa keskiolutta, 12 cl viiniä tai 4 cl kirkasta viinaa (Poikolainen 2009).

Suomalaisten ikääntyneiden keskuudessa elintavat ovat kehittyneet viime vuosikymmenien aikana suotuisaan suuntaan. Eläkeikäisistä yhä harvempi tupakoi, ja ihmisten ruokailutottumukset ovat muuttuneet parempaan suuntaan, mutta toisaalta alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Nykyisin yksi keskeinen varttuneen väestön terveyteen liittyvä uhkatekijä on alkoholin liikakäyttö. Alkoholiongelmaisten määrä on lisääntynyt, johtuen luultavasti vuoden 2004 veronalennuksesta. (Sulander 2007, 25 - 28.)

Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä on seurattu esimerkiksi Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK) -kyselyllä. Kysely on toteutettu kahden vuoden välein vuodesta 1985 lähtien. Kyselyn avulla on pystytty seuraamaan 65-

84- vuotiaiden keskimääräisen alkoholinkäytön kehityssuuntaa. (Sulander 2007, 25 - 28.)

Suomessa monet tuntevat miehille sekä naisille suositellut alkoholin liikakäytön riskirajat, mutta usein ei kuitenkaan oteta huomioon sitä, että vanhuksille nämä rajat ovat liian korkeat. Tämä johtuu siitä, että ikääntyneiden elimistö ei kestä enää alkoholia samalla tavalla kuin nuorempana. Ikääntyneiden alkoholinkäyttöön liittyvät suositukset ovat haasteellisia, koska ikääntyneet käyttävät paljon lääkkeitä ja heillä on enemmän sairauksia. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut suositukseksi vuonna 2006, että yli 65-vuotiaiden ihmisten alkoholinkäytön enimmäisraja on kaksi annosta kerralla tai seitsemän annosta viikossa. (Sulander 2007, 25 - 28.)

## **2.1 Alkoholin käytön syyt**

Ikääntyneistä yhä useampi juo alkoholia säännöllisesti, ja suurin kulutus ikääntyneiden keskuudessa kasaantuu juuri eläkeiän ylittäneille ihmisille. Vanhuusiällä alkoholin juomiseen voivat olla syinä mahdolliset elämänvaiheeseen liittyvät stressitekijät. Näitä ovat esimerkiksi sairaudet, leskeytyminen, yksinäisyys, lähipiirissä tapahtuvat kuolemat sekä vanhuuden mukanaan tuoma haurastuminen. Lisäksi ikääntyneen juomiseen voivat vaikuttaa lähimenneisyydessä opitut juomatavat tai aikaisemmin syntynyt riippuvuus alkoholiin. (Vilkko, Sulander, Laitalainen & Finne-Soveri 2012.) Alkoholinkäytön lisääntymisen näkymiseen tilastoissa vaikuttaa suurelta osin se, että suuret ikäluokat, joiden nuoruudessa alkoholinkäyttö on ollut huomattavasti hyväksyttävämpää, ovat jäämässä eläkkeelle. Tätä ilmiötä kutsutaan niin sanotuksi kohortti-ilmiöksi. (Vilkko, Sulander, Laitalainen & Finne-Soveri 2010, 146.)

Alkoholiriippuvuus eli alkoholismi määritellään krooniseksi sairaudeksi, jossa elimistö on riippuvainen alkoholin saamisesta. Alkoholismille on tyypillistä alkoholin jatkuva, toistuva sekä pakonomainen käyttö. Alkoholiriippuvuuteen liittyy fysiologinen riippuvuus, jolloin henkilön kyky sietää alkoholia kehittyy. Tällöin alkoholin käytön lopettamisen jälkeen esiintyy usein vieroitusoireita. Nämä vieroitusoireet voivat saada riippuvaisen henkilön jatkamaan alkoholinkäyttöä. Riippuvuudelle

on tavanomaista aineen hallitsematon käyttö, jossa on tyypillistä muistikatkokset ja sammuminen. Riippuvainen henkilö ei usein omasta tahdostaan huolimatta pysty lopettamaan alkoholin haitallista käyttöä. (Huttunen 2013.)

## **2.2 Alkoholin vaikutus ikääntyneeseen**

Iäkkäät ovat alkoholin kulutuksen erityisryhmä, koska heillä alkoholin haittavaikutukset ovat voimakkaampia (Aira 2007, 37). Alkoholin päihdyttävä vaikutus tulee vanhukselle huomattavasti nopeammin ja voimakkaampana kuin nuoremmalle henkilölle. Tämä johtuu suurelta osin ikääntymisen aiheuttamasta alkoholin jakaantumistilavuuden muutoksesta. Jakaantumistilavuuden muutoksella tarkoitetaan sitä, että elimistön rasvapitoisuus kasvaa ja vesipitoisuus pienenee. Tästä johtuen vesiliukoisen alkoholin pitoisuus elimistössä kasvaa suuremmaksi ja johtaa korkeampiin veren alkoholipitoisuuksiin iäkkäillä, vaikka iäkkäät joisivat saman verran alkoholia kuin nuoremmat. Toinen syy siihen, että alkoholi vaikuttaa iäkkäisiin voimakkaasti, on keskushermoston sietokyvyn heikkeneminen. Tutkimusten perusteella on huomattu, että iäkkäiden kuolemaan johtaneet alkoholi-myrkytykset ovat tulleet pienemmillä veren alkoholipitoisuuksilla kuin nuoremmilla. (Rintala 2010, 121.)

Vanhuuden aiheuttama lihaskunnon rappeutuminen, yleinen tasapainon heikkeneminen ja verenpaineen heittely johtavat siihen, että ikääntyneillä on korkea riski kaatumiseen. Tämä yhdistettynä alkoholinkäyttöön aiheuttaa tapaturmia vanhuksilla. (Aira 2007, 37-38.) Kaatumiset ovat suurin yksittäinen syy vanhusten sairaalahoitoon hakeutumiselle ja tapaturmaisille kuolemille. Kaatuminen on vanhukselle riskialttiimpaa, koska murtuman jälkeen toipuminen samalle fyysisen toimintakyvyn tasolle ei usein enää onnistu. Vanhukselle kaatumisen aiheuttama murtuma tulee todennäköisemmin, koska luun rakenne on heikentynyt ja luun määrä vähentynyt selvästi 50 ikävuoden jälkeen. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2006, 3.)



### **2.3 Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset**

Ikääntyneet käyttävät yleensä enemmän lääkkeitä kuin työikäinen väestö. Alkoholi voi vaikuttaa kaikkiin lääkeaineen farmakokineettisiin ominaisuuksiin, eli lääkkeen jakautumiseen, imeytymiseen, erittymiseen ja metaboliaan. Lääkeaineet voivat muuttaa alkoholin vaikutusta, ja alkoholi voi puolestaan muuttaa lääkeaineiden vaikutusta. Tämä voi aiheuttaa odottamattomia reaktioita elimistössä, kuten päänsärkyä, ihon punoitusta, verenpaineen laskua, pahoinvointia tai takykardiaa eli sydämen tiheälyöntisyyttä. (Seppälä 2010, 190-195.)

Esimerkkinä yhteisvaikutuksista mainittakoon yleinen vanhusten käyttämä veren hyytymistekijöihin vaikuttava lääkeaine varfariini, joka yhdessä runsaan alkoholinkäytön kanssa aiheuttaa verenvuotovaaran. Tämä johtuu siitä, että alkoholi estää varfariiniin metabolian tapahtumista. (Seppälä 2010, 190-195.) On myös huomattu, että mieliala- ja unilääkkeitä käyttävät suurten ikäluokkien naiset juovat alkoholia useammin tai vähintään yhtä paljon kuin henkilöt, jotka eivät käytä näitä lääkkeitä. (Vilkko ym. 2010, 149.)

## **3 Alkoholin aiheuttama muistisairaus**

Muistitoiminnot tapahtuvat aivojen useissa eri toimintoja säätelevissä osissa, jotka muodostavat yhtenäisen verkoston. Muistin avulla ihminen pystyy oppimaan uusia asioita ja selviytymään itsenäisesti arjestaan. Kaikki ajattelu ja tiedonkäsittelytoiminta tapahtuu aivoissa muistitoimintojen alueella. Muisti jaetaan moniin erilaisiin osiin, kuten esimerkiksi lyhytkestoiseen työmuistiin sekä pitkäkestoiseen säilömuistiin. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2009, 12-13.)

Alkoholista johtuva muistisairaus on tauti, jonka taustalla on pitkäaikainen alkoholin suurkulutus. Tällainen muistisairaus on monitekijäinen sairaus, jonka syntyyn vaikuttavat usein myös alkoholinkäyttöön epäsuorasti liittyvät tekijät, kuten pään vammat, aivoverenkierron häiriöt sekä immunologiset ja ravitsemukselliset puutostilat. On todettu, että runsaasti alkoholia käyttävistä yli 65-vuotiaista joka

neljännellä on muistisairaus. (Vataja 2010a.) Alkoholin aiheuttaman muistisairauden diagnosoinnin tekee hankalaksi se, että pitkään jatkuneesta, runsaasta alkoholinkäytöstä seuraa usein paljon muitakin neurologisia ongelmia (Joutjärvi 2013).

On ristiriitaista näyttöä siitä, vaikuttaako etanoli muistisairauden puhkeamiseen. Alkoholimuistisairauden puhkeamiseen liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi tiamiinin, folaaatin ja niasiinin puute sekä maksan toimintahäiriöstä johtuva enkefalopatia eli aivosairaus. Muistisairauden syntyyn vaikuttavat myös alkoholin käytöstä johtuvat fyysiset vammat, kuten kaatumiset ja päähän kohdistuneet iskut. (Vataja 2010a.)

Alkoholin aiheuttamat dementiaoireet saattavat parantua täysin, jos juominen lopetetaan kokonaan ja mikäli muistisairaus on vielä lievä tai alkuvaiheessa. Varsinaista lääkitystä alkoholin aiheuttamille muistisairauksille ei ole olemassa. Parannusprosessi kestää vuosia, mutta suurin parannus näkyy jo kuukausien kuluttua alkoholinkäytön lopettamisesta. Aivoihin ei muodostu enää uusia hermosoluja, mutta alkoholin vahingoittamat hermosolut korjaantuvat vähitellen. Mikäli alkoholin runsasta juomista jatketaan, se johtaa todennäköisesti vaikeaan alkoholidementiaan. (Joutjärvi 2013.)

### **3.1 Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä**

Wernicken enkefalopatia on alkoholin aiheuttama muistisairaus, joka oireilee erilaisina muistin häiriöinä. Wernicke-Korsakoffin oireyhtymää pidetään tämän taudin kroonistuneena muotona. (Pieninkeroinen & Rapeli 2006, 327.) Wernicke-Korsakoffin taudista on olemassa tietoa jo yli sadan vuoden ajalta, mutta taudin esiintyvyydestä ei edelleenkään ole täysin luotettavia tietoja. Tämä johtuu siitä, että tautia on diagnosoitu suhteellisen vähän ennen kuolemaa, joten tietoa taudin esiintyvyydestä ihmisten elinkaaren aikana on verrattain vähän. (Hillbom & Marttila 2010.) Ruumiinavaustutkimuksissa on arvioitu, että elinaikana jää diagnosoimatta Wernicke-Korsakoffin oireyhtymää sairastaneista noin 75-80 % (Vataja 2010a.) Suurin Wernicke-Korsakoffin oireyhtymää aiheuttava tekijä alkoholisteilla on ravitsemuksen puutostila. Tutkimusten perusteella näyttää siltä, että alkoholiin

liittyvät muistinmenetykseen liittyvät oireyhtymät johtuvat nimenomaan tiamiinin puutteesta. Tämä johtuu siitä, että alkoholistin ravinto koostuu enimmäkseen etanolista, joka huonontaa tiamiinin imeytymistä.

Tiamiini on foolihapon ja nikotiinihapon kanssa tärkeä vitamiini aivojen toiminnan kannalta. Kun juominen lopetetaan, niin tiamiini alkaa imeytyä elimistöön enteralisesti, eli ruoansulatuskanavan kautta, vasta kuuden viikon raittiuden jälkeen. Suomessa on käytäntönä, että hoitoon hakeutuneille alkoholisteille aloitetaan tiamiiniin parenteraalinen, eli ruoansulatuskanavan ulkopuolinen, annostelu, jotta mahdollinen puutostila saadaan korjattua. Koska alkoholisteilla ei useinkaan ole kuuden viikon raittiusjaksoa, on tiamiinin puutostila todennäköisesti jatkuvasti elimistössä, ja riski sairastua Wernicke-Korsakoffin oireyhtymään on tällöin olemassa. (Pieninkeroinen & Rapeli 2006, 327.)

Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä alkaa tyypillisesti alkoholin aiheuttaman deliriumin oirein. Tällöin on usein nähtävissä erilaisia hallusinaatio-, masennus-, agitaatio- sekä euforiaoireita. (Vataja 2010a.) Muita selkeästi nähtäviä oireita ovat mieleenpainamiskyvyn häiriöt, muistiongelmien sekä katseen konjugaation ongelmat eli silmät vaikuttavat katsovan eri suuntiin. Oirekuvaa voivat hallita desorientoituminen, välinpitämättömyys sekä aloitekyvyn puuttuminen. Oireet eivät ole kaikilla yksiselitteisiä, koska osalla potilaista ei välttämättä ole näitä oireita ollenkaan, vaan tauti näyttää edenneen suoraan Korsakoffin vaiheeseen. (Pieninkeroinen & Rapeli 2006, 327-328.)

Vähemmän täydellisestä tiamiinin puutoksesta johtuva, hiljalleen kehittynyt Korsakoffin vaihe on myös mahdollinen. Tällöin ei Wernicken tyyppistä akuuttivaihetta sairaudessa ole. Kaikilla Korsakoffin oireyhtymää sairastavilla potilailla on taipumusta satuiluoireeseen, jonka ajatellaan johtuvan tilanteen aiheuttamasta ahdistuksesta, peittelyn tarpeesta sekä mieleenpainamiskyvyn puutteesta. Pitkään jatkuneeseen Korsakoffin oireyhtymään liittyy usein masentuneisuutta sekä satuiluoireen vähenemistä. (Pieninkeroinen & Rapeli 2006, 327-328.)

### 3.2 Alkoholidementia

Alkoholidementia on sairaus, joka voi kehittyä runsaasti alkoholia käyttävälle ihmiselle. Alkoholidementia aiheuttaa henkisten toimintojen heikkenemistä, työkyvyn laskua, sosiaalisia ongelmia, lähimuistin heikkenemistä, muutoksia persoonallisuudessa sekä muutoksia liikkumisessa. Alkoholidementian alkuvaiheen oireet voivat ilmentyä jopa kahdessa viikossa. Näitä oireita ovat muun muassa silmän liikehäiriöt, hallusinaatiot, masentuneisuus sekä lyhytkestoiset muistiongelmat. (Muistiliitto, 2015). Tapahtumajärjestyksen ja ajan käsittäminen sekä uusien asioiden oppiminen voi olla vaikeaa alkoholidementiaa sairastavalle. Alkoholidementiassa on yleistä myös, että muut älylliset toiminnot säilyvät melko hyvin. (Käypä hoito- suositus, 2010a).

### 3.3 Diagnostiikka

Euroopan neurologiyhdistys suosittelee, että muistioireiden taustalla olevat syyt tulee aina selvittää. Kyseessä on moniulotteinen sairaus, joten diagnosointi edellyttää kokemusta ja erityisosaamista. Muistiin liittyvät tutkimukset ja sairauksien seuranta täytyy keskittää asiaan erikoistuneisiin hoitoyksiköihin. Hoitoyksiköt, joissa muistisairauksia tutkitaan, hyödyntävät moniammatillista osaamista, sillä hoitava työryhmä koostuu hoitajista, neurologeista, geriatreista sekä psykiatreista. Tutkimukset jaetaan perusselvityksiin sekä lisätutkimuksiin, jotta potilaan tilanteesta saadaan kokonaisvaltainen kuva. (Käypä hoito -suositus 2010b). Alkoholi häiritsee aivojen toimintaa pitkään vielä juomisen lopettamisen jälkeen, joten kliininen diagnoosi alkoholidementiasta voidaan tehdä vasta 60 päivän raittiuden jälkeen (Rapeli 2010, 318).

Perustutkimuksissa potilaan ja läheisten haastattelu ja anamneesin, eli oirekuvan, huolellinen selvittäminen ovat tärkeitä diagnostiikan kannalta. Perusselvityksessä käydään läpi muun muassa potilaan lääkitys, terveydentila, päihteidenkäyttö sekä arvio muistioireista. Lisäksi kliinisellä tutkimuksella selvitetään potilaan liikuntakykyä sekä verenkiertoelimistön tilaa. Perusselvitys antaa viitteitä siitä, minkälainen muistisairaus on mahdollisesti kyseessä. Lisätutkimuksissa voidaan selvittää potilaan tilaa muun muassa aivojen kuvantamistutkimuksilla,

selkäydinnesteen tutkimuksilla sekä aivobiopsialla. (Käypä hoito -suositus 2010b). Wernicke-Korsakoffin oireyhtymässä on kuvantamistutkimuksissa todettu näkyvän atrofiaa eli rappeumaa otsalohkoissa sekä väliaivojen alueella (Pieninkeroinen & Rapeli 2006, 328).

#### **4 Alkoholimuistisairaahan hoitotyö hoitokodissa**

Muistisairauden edetessä vaiheeseen, jossa potilas tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa, on muistisairauden hoidossa erityisosaaminen tarpeen (Käypä hoito -suositus 2010b). Potilaan laitoshoidon siirtymiseen vaikuttavat muun muassa fyysisen toimintakyvyn heikentyminen, dementoivan sairauden vaikeusaste, käytösoireet, muut oheissairaudet sekä omaisten jaksamiseen liittyvät asiat. Potilaan sosiaalisen verkoston puute sekä yksin asuminen ovat riski varhaiseen laitoshoidon joutumiselle. Suomessa on perustettu dementiayksiköitä, jotka ovat erikoistuneet dementoituvien ihmisten hoitoon, mutta dementoituneita ihmisiä hoidetaan myös tavallisissa vanhainkodeissa. (Winblad & Heimonen 2004, 73-74.)

Hoitokodeissa järjestetään palveluita, jotka huomioivat potilaan hoidossa demen-tian lisäksi muitakin sairauksia. Ympärivuorokautisessa hoidossa on tärkeää huomioida myös omaiset, koska heiltä voi saada olennaista tietoa potilaan hoidosta. (Käypä hoito -suositus 2010b). Läheisiltä saadut tiedot potilaan elämänhistoriasta, elintavoista ja persoonasta auttavat hoidon suunnittelussa. Omaisten kautta pystytään usein saamaan sairastuneen oma mielipide hoitoa koskeviin asioihin, vaikka sairastunut ei pystyisi mielipiteitään enää ilmaisemaan. Hoidon suunnittelussa on myös olennaista selvittää potilaan allergiat, lääkitys sekä hoito- ja sairaushistoria. (Kalliomaa 2012.)

Yhdessä potilaan ja hoitavan organisaation kanssa suunniteltu hoito säästää hoitokodin sekä potilaan kustannuksia, koska tällöin välttyään ylimääräisiltä seurantakäynneiltä ja tutkimuksilta (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pirttilä & Erkinjuntti

2010, 537). Potilasta on hoitopaikassa kohdeltava yhdenvertaisesti ja oikeudenmukaisesti, jolloin potilaalla on oikeus osallistua päätöksentekoon omien kykyjensä mukaan. Hoidon tärkeimpänä tavoitteena on hyvän elämänlaadun turvaaminen sairauden vaikeudesta riippumatta. (Käypä hoito -suositus 2010b.)

#### **4.1 Käyttöoireet**

Dementiapotilaan käyttöoireilla tarkoitetaan haitallisia psykologisia oireita, joita ovat ahdistuneisuus, masennus, käyttäytymisen muutokset, kuten yliseksuaalisuus ja vaeltelu. Käyttöoireet ovat tavallisin syy laitoshoidon joutumiselle, koska ne kuormittavat hoitajia sekä omaisia eniten. (Vataja 2010b, 91.)

Käyttöoireita esiintyy arvioiden mukaan jopa 90 %:lla muistisairauksia sairastavista potilaista. Nämä käyttöoireet vaikuttavat potilaan laitoshoidon tarpeeseen. Käyttöoireiden hoitamisessa käytetään psykoosilääkkeitä, käyttäytymisterapiaa sekä erilaisia ryhmätoimintoja. Käytännön hoitotyössä on todettu, että lääkehoidon sekä terapioiden yhdistäminen on aiheellista. Käyttöoireiden taustalla olevat syyt on aina selvitettävä, koska ne voivat liittyä johonkin muuhun fyysiseen sairauteen tai kipuun. Käyttöoireet voivat osaltaan vaikuttaa potilaan hoitopaikan valintaan. (Koponen & Saarela 2010, 485.)

Dementiapotilaalle tyypillisiä käyttöoireita ovat masentuneisuus, apaattisuus, aggressiivisuus sekä levottomuus. Näiden lisäksi dementiapotilailla voi esiintyä psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja ja unihäiriöitä. Käyttöoireiden syntyyn vaikuttavat potilaan terveydentila, lääkitys, dementiasairauden luonne, hoitoympäristö, persoonallisuus sekä suhteet omaisiin. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 178-181.)

Vaikeat käyttöoireet tulevat yleensä esiin dementian vaikeassa vaiheessa. Vaikeiden käyttöoireiden hoidossa toimivat parhaiten lääkehoito sekä hoitoympäristön muutokset. Osaan käyttöoireista lääkeshoidolla ei välttämättä ole juurikaan vaikutusta, mutta esimerkiksi levottomuus ja harhaisuus reagoivat lääkehoitoon yleensä erittäin hyvin. Lääkehoidossa on myös tärkeää huomioida, että potilaan jatkuva lamaannuttaminen lääkkeiden avulla ei ole eettisesti hyväksyttävää. (Al-

hainen, Viramo & Sulkava 2004, 22-23.) Kun lääkeshoidolla hoidetaan käytösoireita, on tärkeää huomioida tähän liittyvät periaatteet, eli lääkitystä pyritään käyttämään vain vähän aikaa ja pienellä annoksella, jotta mahdolliset sivuvaikutukset jäisivät vähäisiksi (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 183).

Dementiapotilaan sitomisesta ei ole olemassa erityisiä lainsäädännöllisiä ohjeistuksia, joten sitomistilanteissa tulee noudattaa hyvää hoitokäytäntöä. Yleisin syy potilaan sitomiseen on aggressiivinen käyttäytyminen. (Alhainen ym. 2004, 22-23.)

#### **4.2 Käytösoireiden ennaltaehkäisy**

Dementiapotilaan aggressiiviseen käytökseen tulee reagoida ennaltaehkäisevästi, ihmisläheisiä keinoja hyödyntäen. Tällaisia keinoja ovat potilaan kanssa keskustelu ja huomion siirtäminen johonkin toiseen asiaan. Nämä on todettu miellyttävämmiksi vaihtoehtoiksi omaisten ja hoitajien näkökulmasta kuin pakkolääkitseminen ja eristäminen. (Duxbury, Pulsford, Hadi & Sykes 2013.) Käytösoireet voivat olla pitkäkestoisia, mutta oireita voidaan hillitä puuttumalla taustalla oleviin tekijöihin, kuten masennukseen, stressiin ja pelkoon. Lääkehoidolla voidaan myös osaltaan hallita käytösoireita. Useimmiten lääkehoitona käytetään psykoosilääkkeitä ja mielialan tasaajia. (Erkinjuntti ym. 2009, 155.)

Aikaisemmin vaikuttaneen ajattelutavan mukaan käytösoireet ovat neurologinen ongelma, joita dementia aiheuttaa ja joita tulisi hoitaa psykoosilääkkeillä ja eristämällä. Nykyisin on kuitenkin tullut yhä yleisemmäksi hyödyntää potilaskeskeistä ajattelutapaa, jossa aggressiivinen käyttäytyminen nähdään dementiapotilailla enemmänkin yrityksenä kommunikoida ja ilmaista tarpeitaan. Tällöin on tärkeää pyrkiä ymmärtämään, miksi potilas käyttäytyy tällä tavoin. Tällaiset keinot ovat enemmänkin sosiaalisia ja psykologisia kuin lääkinnällisiä tai fyysisiä. Potilaskeskeisten toimintatapojen on todettu johtavan parempaan lopputulokseen kuin lääkehoidon. Eristämistä tulee käyttää viimeisenä keinona, kun kaikki muut mahdolliset puuttumisen keinot on käytetty. (Duxbury ym. 2013.)

Potilaiden elämänhistorian tunteminen voi osaltaan auttaa hoitajia toimimaan heidän kanssaan. Elämänhistorian tunteminen lisää kommunikointia potilaiden

kanssa, ja lähestymistavasta hoitotyöhön tulee tällöin potilaskeskeisempää. Tämä puolestaan voi parantaa potilaan elämänlaatua sekä vähentää ongelmallista käyttäytymistä. (Buron 2010.)

### **4.3 Turvallisen hoitoympäristön luominen**

Potilaan omaa tilanteiden hallintaa ja selviytymistä voidaan tukea tarkoituksenmukaisella hoitoympäristöllä. Helppokäyttöinen toimintaympäristö antaa mahdollisuuden muistisairaalle onnistumisen kokemuksiin ja näin ollen vähentää epäonnistumisista aiheutuvaa turhautumista. On tärkeää, että hoitokodeissa, joissa hoidetaan muistisairaita, melun tasoa voidaan säätää ja peilejä ei tulisi sijoittaa muualle kuin aula-, eteis- tai kylpytiloihin, sillä nämä voivat osaltaan lisätä käytöshäiriöitä. Tämä johtuu siitä, että dementoituneiden henkilöiden stressinsietokyky on laskenut, joten sekä yli- että alivirikkeiset ympäristöt voivat aiheuttaa käytösoireita. (Koponen & Saarela 2010, 490.)

Hoitokodeissa, joissa on aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttämisen uhka, tulisi hyödyntää toimintamallia, jolla pyritään ennakoidaan ja ehkäisemään väkivalta-tilanteita. Esimerkkinä tällaisesta toimintamallista on AVEKKI. Tämä tulee sanoista aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy, kouluttaminen, kehittäminen ja integraatio. Tehtävien suorittamiseen, itsensä suojaamiseen sekä eri hoitotoimenpiteiden suorittamiseen on hyvä olla olemassa AVEKin kaltainen toimintatapamalli. Yhtenevät toimintatapamallit takaavat asiakas- sekä työturvallisuuden. Toimintamalli pyrkii löytämään tavan hoitaa potilaan aggressiivista käyttäytymistä kivuttomasti, hallitusti sekä potilasta kunnioittavasti. Yhteisöllisyyden ja yhdessä tekemisen teemat ovat aggressiivisen käyttäytymisen ehkäisemiseen liittyvän koulutuksen lähtökohtia. (Hakkarainen, Heikkinen, Hietanen, Jokiniemi, Lommi & Taatola 2007.)

Hoitajat, jotka työskentelevät käytösoireisten potilaiden kanssa, tarvitsevat paljon koulutusta ja tukea, jotta he jaksavat tehdä raskasta työtä, jossa negatiivisen palautteen saaminen on lähes päivittäistä. Hoitajien rooliin sisältyy myös jatkuva



lääkityksen haittavaikutusten arviointi sekä lääkityksen vasteen seuranta. Yhteydenpito vertaisryksiköiden kanssa sekä mahdollisuus ammatilliseen kehittymiseen tukevat hoitohenkilökunnan jaksamista. (Koponen & Saarela 2010, 490.)

Muistisairaiden hoidossa on tärkeää tarkkailla esineiden ja ympäristön yksilöllistä merkitystä potilaille. Muistisairaalle voi olla tärkeää esimerkiksi se, että hän saa käyttää joka päivä samanlaisia vaatteita. Tämä voi antaa potilaalle turvallisuuden tunnetta, koska hän tuntee, että kaikki muu ympärillä on uutta ja ymmärryksen ulottumattomissa. (Koponen & Saarela 2010, 490.)

#### **4.4 Lääkehoito**

Lääkkeillä ei ole parantavaa tehoa muistisairauksien hoidossa, vaan lääkehoidolla pyritään hidastamaan oireiden etenemistä, jolloin tauti olisi mahdollisimman pitkään lievemässä vaiheessa (Erkinjuntti ym. 2009, 118). Muistisairauksien lääkehoidossa käytetään Suomessa rivastigmiiniä, donepetsiiliä, memantiinia ja galantamiinia riippuen siitä, millainen muistisairaus on kyseessä. Varhain aloitettu lääkehoito voi osaltaan vähentää kognitiivisia oireita ja hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 465-479.)

Paras hoitovaste saadaan silloin, kun lääkehoito aloitetaan mahdollisimman varhain. Kuitenkin myös taudin myöhemmässä vaiheessa aloitetulla lääkehoidolla on havaittu olevan vaikutusta potilaiden toimintakyvyn parantamisessa. Lääkehoito helpottaa käytösoireiden hoitoa sekä viivästyttää niiden ilmaantumista. Näin ollen lääkehoito helpottaa hoitajien työtaakkaa. Lääkkeet kuuluvat yhtenä osana muistisairaalan potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 465-479.)

#### **4.5 Kuntouttava hoitotyö**

Kuntouttaminen käsittää kaikki keinot, joiden avulla pyritään lisäämään ja ylläpitämään vajaakuntoisen potilaan sekä häntä ympäröivien ihmisten voimavaroja. Vajaakuntoisuus tarkoittaa sitä, että potilaan fyysiset tai psyykkiset voimavarat

eivät riitä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Kuntouttaminen on ympäristön ja ihmisen muutosprosessi, jolla pyritään luomaan parempaa elämänhallintaa. Kuntoutusta ovat esimerkiksi erilaiset psyykkisiä voimavaroja tukevat terapiat sekä fyysinen kuntoutus. Kuntouksella pyritään vaikuttamaan dementoituneen potilaan toimintakyvyn säilymiseen sekä hänen elämänhallintaansa. (Winblad & Heimonen 2004, 76.)

Kuntouttamisessa täytyy ottaa huomioon potilaan kuntouttamisen tavoitteet. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että heikkokuntoisella iäkkäällä helppokäyttöisen apuvälineen saaminen voi olla tärkeämpää kuin lihasvoiman paraneminen. Kuntouttamisessa on oleellista, että muuttamalla asenteita sekä ympäristöä tai käyttämällä apuvälineitä voidaan helpottaa potilaan osallistumista sekä toimintaa kuntoutuksessa. (Autti-Rämö & Komulainen 2013.)

## **5 Perehdyttäminen**

Perehdyttäminen tarkoittaa niitä toimenpiteitä, joilla pyritään sopeuttamaan uusi työntekijä työyhteisöön sekä parantamaan hänen kykyään hallita tulevia työtehtäviä. Perehdyttämiseksi määritellään kaikki ne toimenpiteet, joilla henkilöstöä perehdytetään organisaatioon, organisaatioympäristöön, omaan työhön sekä välittömään työympäristöön. (Vartia 1992, 8.)

### **5.1 Perehdytyksen tarkoitus ja tavoitteet**

Perehdyttämistä ohjaa Suomessa työturvallisuuslaki. Lain 14.§:n mukaan työnantajan on annettava työntekijälle riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä sekä huolehdittava siitä, että työntekijä perehdytetään riittävästi omaan työtehtäväänsä. (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Perehdytystä annettaessa huomioidaan uuden työntekijän aikaisempi työkokemus sekä koulutus. Uudella työntekijällä on itsellään vastuu olla aktiivinen perehtyjä ja selvittää vastaan tulevia ongelmia sekä etsiä uutta tietoa. Perehdyttämisen tavoitteena on, että uusi työntekijä

kijä saa muodostettua käsityksen yksikön toiminnasta sekä tehtävästä työstä. Tavoitteena on myös, että työntekijälle muodostuu kokonaiskuva organisaatiosta. Laadukkaan perehdyttämisen avulla voidaan ehkäistä töissä tapahtuvia virheitä sekä edistää paineensietokykyä. (Surakka 2009, 77.) Lisäksi tärkeä perehdyttämisen tavoite on hoitotyön laadun parantaminen (Laaksonen & Voutilainen 1994, 93).

Hyvin toteutettuna perehdyttäminen voi viedä paljon aikaa, mutta siihen käytetty aika helpottaa työntekijän toimimista tulevaisuudessa. Mitä nopeammin työntekijä saadaan perehdytettyä työyksikköön, sitä vähemmän hän joutuu kyselemään ohjeita ja neuvoja muilta työntekijöiltä. Tämä lisää osaltaan työyhteisön hyvinvointia vaikuttamalla myönteisesti motivaatioon, mielialaan ja jaksamiseen. (Kangas 2000, 5-6.)

Perehdyttämisen tavoitteina on työntekijän sekä työnantajan etu, koska laadukas perehdyttäminen lisää työntekijän motivoitumista aktiiviseksi työntekijäksi. Perehdyttäminen kuuluu kaikille työpaikan työntekijöille. (Surakka 2009, 77-78.) Laadukkaan perehdyttämisen avulla pystytään vaikuttamaan uuden työntekijän mielialaan ja jaksamiseen, mikä vaikuttaa osaltaan koko työyhteisön hyvinvointiin (Kangas 2000, 5-6). Perehdytys antaa esimerkiksi opiskelijoille käsityksen ammatista, johon he ovat mahdollisesti valmistumassa. Suurin osa sairaanhoitoalaa opiskelevista harkitsee hakeutuvansa töihin sellaiseen työyksikköön, jossa he ovat olleet harjoittelussa opiskeluaikanaan. (Surakka 2009, 77-78.)

## **5.2 Perehdyttämisohjelma**

Hyvä perehdyttäminen vaatii ennalta tehtävää suunnittelua (Laaksonen & Voutilainen 1994, 93.) Tällaisen suunnittelun tukena kannattaa käyttää perehdyttämisohjelmaa, joka voidaan laatia esimerkiksi työpaikalla suoritettavien työtehtävien perusteella. Huolellisesti laadittu perehdyttämisohjelma toimii muistilistana sekä suunnitelmana siitä, mitä asioita perehdytettävälle tulee kertoa. Perehdyttämisohjelma voi olla työpaikalla tehtävä suunnitelma esimerkiksi kesätyöntekijöiden

perehdyttämiseksi. Tällaisessa tapauksessa työpaikalla on jokin yleinen opaslehtinen tai ohje, jota käytetään kaikilla uusilla työntekijöillä, jotka tulevat työyksikköön töihin. (Kangas 2000, 7.)

Perehdytys suunnitelma tulee laatia yksilöllisesti jokaiselle uudelle työntekijälle. Perehdyttäjä laatii suunnitelman yhteistyössä uuden työntekijän kanssa. Perehdytys suunnitelmassa tulee ottaa huomioon uuden työntekijän aikaisempi työkokemus, koulutus sekä siihen liittyen suoritettut käytännön harjoittelut. Uuden työntekijän tulee lisäksi perehtyä itsenäisesti työpaikalla oleviin työyksikön toimintaa koskeviin oppaisiin ja ohjeistuksiin. Perehdytys suunnitelmaan tulee liittää aikataulu, jonka mukaan uutta työntekijää perehdytetään. Varsinaisen perehdytyksen päätyttyä jatkuu työntekijän omaehtoinen perehtyminen tiedon syventämisen, työssäoppimisen sekä täydennyskoulutusten avulla. Terveystieteiden alalla työtehtävät kehittyvät ja uutta opittavaa tulee jatkuvasti, joten osaavan työntekijän mittarina voidaan ajatella sitä, että hän tietää selviytyvänsä vastaan tulevista haasteista ja tilanteista. (Surakka 2009, 73-74.)

### **5.3 Perehdyttäjän rooli**

Perehdyttäjän valitseminen on tärkeää, koska hän tukee uuden työntekijän ammatillista kasvua. Perehdyttäjän tulee olla henkilö, joka on sitoutunut työyksikkönsä toimintamalleihin ja arvoihin sekä pystyy välittämään nämä uudelle työntekijälle. Tämän lisäksi perehdyttäjän tulee olla johtamistaitoinen, ja hänellä tulee olla kyky vastata omien päätöstensä seurauksista. (Laaksonen & Voutilainen, 90-91.)

Perehdyttäjä on uudelle työntekijälle valmentaja, opettaja, roolimalli, rohkaisija sekä mahdollistaja. Käytännössä perehdyttämisen tulee olla järjestelmällistä, koska tällöin perehdyttämisen asetetut tavoitteet saavutetaan parhaiten ja perehdytys suunnitelmaan kirjatut asiat tulevat toteutetuksi. (Laaksonen & Voutilainen, 90-91.)

## **5.4 Perehdyttämisen arviointi ja seuranta**

Jatkuva perehdytyksen edistymisen arviointi on tärkeää, jotta tulevaisuudessa osataan kehittää työyksikön perehdyttämisohjelmaa sekä työpaikan toimintatapoja (Kangas 2000, 25). Esimiehen, perehdyttäjän sekä uuden työntekijän tulee yhdessä arvioida uuden työntekijän kehittymistä säännöllisin väliajoin järjestettävissä arviointikeskusteluissa. Tämän lisäksi uusi työntekijä arvioi itse omaa edistymistään. Työntekijä saa myös mahdollisuuden antaa palautetta saamastaan perehdytyksestä ja ohjauksesta. Palautekeskusteluissa on tärkeää olla avoin ilmapiiri, jotta uusi työntekijä kykenee tuomaan esille myös luottamuksellisia asioita. Lisäksi esimiehen ja perehdyttäjän on hyvä muistaa, että jokainen oppii omaan tahtiinsa ja eri tavoilla. (Surakka 2009, 77.)

## **6 Opinnäytetyön tehtävät ja tarkoitus**

Opinnäytetyön tehtävänä on laatia opas uuden työntekijän perehdyttämiseksi päihdemuistisairaita hoitavaan hoitokotiin. Työn tarkoituksena on helpottaa uuden työntekijän töiden aloittamista Pielisen-Karjalan dementiakodissa.

## **7 Opinnäytetyön toteutus**

### **7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö**

Ammattikorkeakoulussa tehtävää lopputyötä kutsutaan opinnäytetyöksi, ja se toteutetaan joko tutkimuksellisenä tai toiminnallisena. Opinnäytetyön tarkoituksena on, että opiskelija pystyy tämän avulla osoittamaan kykenevänsä toimimaan oman alansa asiantuntijatehtävissä sekä osaa tähän liittyvät tutkimuksen ja kehittämisen perusteet. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön työn opastaminen, ohjeistaminen, järjeistaminen tai jonkin toiminnan järjestämi-

nen. Olennaista toiminnallisen opinnäytetyön laatimisessa on, että siinä yhdistyvät raportointi tutkimuksellisia keinoja käyttäen sekä käytännön toteutus, eli työ koostuu tutkimuksellisesta raporttiosasta sekä toiminnallisesta osiosta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tarkoituksena on pyrkiä hankkimaan tietoa, jonka avulla tekijä voi perustella työn toiminnallista tuotosta (Vilkkä 2010). Tutkimustietoa kerättyäessä on olennaista muistaa lähteiden kriittinen analysointi, eli työn laatijan tulee pohtia, mistä esitettävät tiedot on hankittu ja miten luotettavuus on varmistettu. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53.) Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas uuden työntekijän perehdyttämisen tueksi päihdemuistisairaita hoitavaan hoitokotiin.

## **7.2 Toimintaympäristön kuvaus**

Opinnäytetyön toimintaympäristönä toimi Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy, joka sijaitsee Nurmeksessa, Pohjois-Karjalassa. Hoitokoti toimii kahdessa eri osastossa, jotka toimivat ympärivuorokautisesti. Osasto Kotiniemi on tarkoitettu keskivaikeasti ja vaikeasti muistisairaille asukkaille. Toinen osasto, Kotirinne, on tarkoitettu päihteidenkäytöstä muistisairastuneille henkilöille. Hoitokoti on aloittanut toimintansa vuonna 2007, ja Kotirinteen osasto on liitetty tähän vuonna 2011. Opinnäytetyö on laadittu Kotirinteelle, joka on 32-paikkainen hoitokodin osasto. Kotirinteellä 20 paikkaa on varattu päihteidenkäytöstä aiheutuneita muistisairauksia sairastaville ja 12 paikkaa vuorohoito- sekä kuntoutusjaksoilla oleville henkilöille. (Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy 2011.)

Asiakkaiden hyvinvoinnista vastaa hoitotyön koulutuksen lisäksi erikoiskoulutettu henkilökunta. Yrityksessä työskentelee 55 vakinaista työntekijää: kaksi sairaanhoitajaa, 34 lähihoitajaa, viisi keittiötyöntekijää, kiinteistönhoitaja, taloussihteeri sekä kaksi sosionomia. Jokaiselle hoitokodin asukkaalle nimetään omahoitaja, joka yhdessä asukkaan, tämän omaisten ja moniammatillisen tiimin kanssa laatii voimavaralähtöisen yksilöllisen palvelusuunnitelman. Hoitokodin asukkailla on mahdollisuus tavata neurologi säännöllisesti. (Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy 2011.)

Hoitokodilla järjestetään virkistystoimintaa, joka on ennalta suunniteltua ja viikko-ohjelmaan merkittyä. Tämä virkistystoiminta voi pitää sisällään esimerkiksi kalastamista, saunomista, juhlimista, päiväkodin lasten vierailua sekä erilaisia käden-taitoryhmiä. Yksikön toimintaperiaatteena on kokonaisvaltainen, toimintakykyä edistävä työtapa, joka huomioi asiakkaan elämänhistorian sekä perheen nykytilanteen. (Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy 2011.)

### **7.3 Opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus**

Lähtötilanteen kartoitus tulee aloittaa toimintasuunnitelman laatimisella. Toimintasuunnitelman ensisijainen tarkoitus on, että opinnäytetyön laatija saa jäsennettyä itselleen mitä on tekemässä. Tärkeää on selvittää opinnäytetyön kohde-ryhmä, aiheeseen liittyvät tutkimukset, lähdekirjallisuus ja aiheeseen liittyvä ajan-kohtainen keskustelu. Tämän taustakartoituksen jälkeen pystytään täsmentämään lopullinen toiminnallisen opinnäytetyön tavoite ja aihe. Tämän jälkeen on suunniteltava, kuinka nämä aiheelle asetetut tavoitteet ovat saavutettavissa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26-27.)

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2014 toimeksiannon valinnalla ja toimeksi-antajan tapaamisella, jotta opinnäytetyön aihe saataisiin rajattua. Tapaamisessa opinnäytetyön aihe rajattiin koskemaan perehdyttämiseen liittyvää opasta Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:lle. Opinnäytetyön suunnittelu alkoi tietoperustan sisällön valinnalla. Tietoperustan sisällön valintaan vaikutti näkemys siitä, mitä asioita oppaaseen tulisi.

Varsinainen opinnäytetyön kirjoittaminen alkoi syksyllä 2014 tietoperustan luomisella. Tietoperustaa luotaessa opinnäytetyön tekijät olivat säännöllisesti yhteydessä Karelia-ammattikorkeakoulun opettajiin sekä Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy:n henkilökuntaan. Tällä tavoin on pyritty siihen, että lopputuotoksesta tulee mahdollisimman paljon toimeksiantajan tarpeita vastaava. Tammikuussa 2015 järjestettiin toimeksiantajan kanssa uusi tapaaminen, jossa sovittiin tarkemmin perehdytysoppaan sisällöstä ja ulkoasusta. Tapaamisten aikana hoitokodin

henkilökunta kertoi hoitokodin asiakkaista ja arjen toiminnasta, jotta oppaan laatimiseksi saatiin tarvittavaa tietoa.

Opas on tehty toimeksiantajan toiveiden mukaisesti hoitokodin työntekijöiden kokemusperäiseen tietoon pohjautuen, mutta kuitenkin siten, että oppaassa on myös teoriaan pohjautuvaa tietoa. Hoitokodin henkilökunnalta kokemusperäinen tieto saatiin sähköpostitse lähetettävillä kysymyksillä. Kysymykset oli laadittu siten, että oppaasta saataisiin sellainen kuin tekijät olivat suunnitelleet yhdessä toimeksiantajan kanssa. Sisällöstä on pyritty tekemään mahdollisimman tiivis, jotta se olisi käytännöllinen perehdyttämisen kannalta.

Opinnäytetyön valmistuttua tutkijan on hyvä nostaa erilaisia innovatiivisia ideoita sekä jatkotoimintaehdotuksia toimeksiantajalle, jotta lopputuotosta voidaan mahdollisesti kehittää eteenpäin (Vilkka & Airaksinen 2003, 161). Työ on pyritty laatimaan toimeksiantajan tarpeiden mukaan, jotta tiedon hyödyntäminen työyksikössä olisi mahdollisimman helppoa. Yksikön tarpeita on selvitetty keskustelemalla hoitokodin henkilökunnan kanssa sekä tutustumalla aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Toimeksiantaja saa perehdytysoppaasta sähköisen version, jotta he pystyvät tulevaisuudessa kehittämään opaslehtistä omien tarpeidensa mukaan. Työ on ensimmäinen perehdytysopas kyseiseen yksikköön, joten kun opas otetaan käyttöön uuden työntekijän perehdytykseen, oppaasta voi löytyä kehittämiskohteita käytännön työssä. Tällöin toimeksiantaja voi lisätä oppaaseen tarvitsemiaan asioita. Toimeksiantaja mainitsi jo, että he voivat lisätä perehdytysoppaan alkuun hoitokodin toimintaa ohjaavat arvot, kunhan he ovat näistä asioista ensin keskustelleet.

Opinnäytetyön sisällölliset valinnat onnistuivat hyvin, koska tietoperustan sisältö palveli hyvin opinnäytetyön toiminnallista osiota. Toimeksiantajalta saatu palaute on ollut hyvää. Toimeksiantaja on osallistunut opinnäytetyöprosessin aikana aktiivisesti lopullisen tuotoksen kehittämiseen. Toimeksiantaja on ollut tyytyväinen opinnäytetyön tietoperustaan, koska siinä on ollut hyödyllistä tietoa hoitokodin henkilökunnalle ja esimiehille. Opinnäytetyön toiminnallisesta osiosta tuli toimeksiantajan toiveesta tiivis. Palautteen perusteella vaikuttaa siltä, että oppaasta on hyötyä uuden työntekijän perehdyttämisessä työyksikköön.



## 8 Pohdinta

### 8.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyö on ammattikorkeakoulussa lopputyö, jolla opiskelija pyrkii osoittamaan oman alansa asiantuntijuutta. Lähdekritiikki on välttämätöntä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Käytettävää aineistoa voidaan analysoida alustavasti jo ennen kuin aiheeseen syvennyttään. Aineiston arvioinnissa pohditaan esimerkiksi lähteen laatua ja ikää sekä lähteen tunnettavuutta ja auktoriteettia. (Vilkka & Airaksinen 2003, 10, 72.)

Työssä esitettävien lähteiden kohdalla tarvitaan lähdekritiikkiä lähteitä tulkittaessa ja valittaessa. Tämä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 109.) Lähteiden laatuun tulee panostaa siten, että tutkijan on pyrittävä käyttämään alkuperäisiä julkaisuja ja välttämään toissijaisia eli sekundaarilähteitä. Toissijaiset lähteet sisältävät alkuperäisen tiedon tulkintaa, joten tiedon muuntumisen mahdollisuus on olemassa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 73.)

Työtä laadittaessa on pyritty jatkuvasti kiinnittämään huomiota edellä mainittuihin lähdekriittisyyteen liittyviin seikkoihin. Työ on laadittu monien eri lähteiden pohjalta, ja työssä on pyritty lisäämään luotettavuutta etsimällä lähteitä jotka tukevat toisiaan. Työhön on pyritty ottamaan pelkästään primaarilähteitä. Tämä lisää työn eettisyyttä. Työn luotettavuutta on huomioitu siten, että lähteiden tieto on esitetty sellaisenaan ja tutkijoiden omia johtopäätöksiä on vältetty.

Työtä laatiessa opinnäytetyön tekijät pohtivat sitä, lisääkö vai vähentääkö työn eettisyyttä se, että kaksi ulkopuolista tekijää tekevät perehdyttämiseen liittyvän oppaan työyksikköön, jossa he eivät koskaan ole olleet töissä. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, osaavatko he löytää sellaista tietoa, joka on perehdytysoppaan kannalta olennaista. Työn eettisyyttä pyrittiin lisäämään sillä, että opinnäytetyön tekijät olivat säännöllisesti yhteydessä hoitokotiin, jotta oppaasta tulisi heidän arvonsa mukainen.

Opinnäytetyön tekijät tulivat pohdinnassaan siihen lopputulokseen, että työn eettisyyttä lisää se, että oppaan on laatinut kaksi ulkopuolista tekijää. Tämän avulla oppaasta tulee puolueeton. Opinnäytetyön tekijät saivat hoitokodilta positiivista palautetta siitä, että he saivat heräteltyä hoitokodissa keskustelua siitä, millaiset arvot ohjaavat hoitokodin toimintaa. Opinnäytetyön tekijöiden sekä toimeksiantajan välinen yhteistyö sujui luontevasti. Yhteistyön sujuvuutta paransi se, että opinnäytetyön tekijät olivat säännöllisesti yhteydessä hoitokotiin ja pyysivät palautetta sekä kehittämisideoita hoitokodin työntekijöiltä sekä hoitotyön johtajalta. Toimeksiantaja kuunteli, sekä otti hyvin huomioon opinnäytetyön tekijöiden ajatuksia siitä, millainen perehdyttämiseen liittyvästä oppaasta tulee.

## **8.2 Ammatillinen kehittyminen**

Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyön tekijät saivat paljon tietoa alkoholin aiheuttamista sairauksista sekä niiden hoidosta. Opinnäytetyön tekijät saivat arvokkaita taitoja tiimityöskentelystä sekä näkivät, minkälaisia asioita projektiluontoisissa töissä täytyy huomioida. Näitä asioita olivat esimerkiksi palaverien järjestäminen sekä yhteydenpito eri tahoihin. Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyön tekijät havaitsivat, että on tärkeää huomioida ja kuunnella työparin näkemyksiä siitä, millaisia asioita opinnäytetyössä tulee ottaa esille. Tällä tavoin on pyritty löytämään yhteinen näkemys siitä, millainen opinnäytetyöstä tulee. Opinnäytetyötä kirjoittaessa opinnäytetyön tekijät kokivat oppineensa paljon uusia taitoja raportointia koskien. Lähteisiin on tutustuttu ennen kirjoittamista, jotta tekstistä tulee mahdollisimman yhteneväistä ja helppolukuista.

Yhteistyö hoitokodin henkilökunnan kanssa sujui hyvin. Opinnäytetyön tekijät esittivät näkemyksiään opinnäytetyön sisällöstä hoitokodin esimiehelle, ja hän antoi palautetta sekä kertoi, mitä kaikkea työssä olisi olennaista huomioida. Palautteen saaminen opettajilta ja hoitokodin henkilökunnalta auttoi osaltaan ymmärtämään, millainen kokonaisuus toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksesta rakentuu. Lisäksi opinnäytetyön tekijät kokivat, että heidän tiedonhaun taitonsa syventyivät ja he oppivat etsimään tietoa luotettavista lähteistä. Opinnäytetyön tekijät kokivat saaneensa lisää tietoa siitä, kuinka opaslehtinen tulee suunnitella ja

toteuttaa. Opinnäytetyön laatiminen opetti paljon siitä, kuinka työparina tulee toimia. Näitä taitoja opinnäytetyön tekijät kokevat tarvitsevänsä tulevissa sairaanhoitajan työtehtävissä.

## Lähteet

- Aira, M. 2007. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.). Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 35-43.
- Alkoholilaki 1143/1994.
- Autti-Rämö, I. & Komulainen, J. 2013. Kuntoutus perustuu tietoon - kuntoutumisen mahdollistavat asenteet, prosessit, osaaminen ja yksilöllisyys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto.jsessionid=8D68E77FE58AE49DE3DBBAE263B5D5CF?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo10857](http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto.jsessionid=8D68E77FE58AE49DE3DBBAE263B5D5CF?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10857). 26.11.2014.
- Buron, B. 2010. Life history collages. Effects on nursing home staff caring for residents with dementia. Journal of gerontological nursing. <http://web.b.ebsco-host.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2175afea-c61f-4651-86d3-ef0ade7fd802%40sessionmgr115&vid=20&hid=116>. 25.11.2014
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. Helsinki: YAD Youth Against Drugs ry.
- Duxbury, J. Pulsford, D. Hadi, M. & Sykes, S. 2013. Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. Journal of psychiatric and mental health nursing. <http://web.b.ebsco-host.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2175afea-c61f-4651-86d3-ef0ade7fd802%40sessionmgr115&vid=13&hid=116>. 25.11.2014
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2009. Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taatola, S. 2004. AVEKKI. Väkivallan ehkäisy ja hallinta. Oppilaan käsikirja. Savonia-ammattikorkeakoulu. [http://portal.savonia.fi/pdf/julkaisutoiminta/AVEKKI-toimintatapamalli\\_Oppilaan\\_kasikirja.pdf](http://portal.savonia.fi/pdf/julkaisutoiminta/AVEKKI-toimintatapamalli_Oppilaan_kasikirja.pdf). 26.11.2014.
- Hillbom, M. & Marttila, M. 2010. Vitamiinipuutosten aiheuttamat enkefalopatiat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. [http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99067](http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99067). 7.11.2014.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holopainen, A. 2011. Alkoholi ja aivot. Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/213-alkoholi-ja-aivot>. 5.11.2014.
- Huttunen, M. 2013. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00196](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196). 5.11.2014.
- Joutjärvi, M. 2013. Viinan viemää. Tehy (8), 30-31.

- Kalliomaa, S. 2012. Muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille. Kustannus Oy Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00899](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899). 26.11.2014.
- Kangas, P. 2000. Perehdyttäminen palvelualoilla. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485-497.
- Kivelä, S.-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Käypä hoito –suositus. 2010a. Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00353#s11>. 20.5.2015.
- Käypä hoito -suositus. 2010b. Muistisairaudet. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044#s9>. 20.11.2014.
- Laaksonen, K. & Voutilainen, P. 1994. Potilaskeskeisen hoitotyön tukijärjestelmät. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.). Potilaskeskeinen hoitotyö – Askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä, 85-93.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Muistiliitto, 2015. Vintti kirkkaana – asiaa alkoholin vaikutuksista muistiin ja aivoterveysteen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. [http://muistiliitto.fi/files/2613/9504/4039/Vintti\\_kirkkaana\\_-\\_Asiaa\\_alkoholin\\_vaiikutuksista\\_muistiin\\_ja\\_aivoterveysteen\\_sosiaali-\\_ja\\_terveysalan\\_ammattilaisille.pdf](http://muistiliitto.fi/files/2613/9504/4039/Vintti_kirkkaana_-_Asiaa_alkoholin_vaiikutuksista_muistiin_ja_aivoterveysteen_sosiaali-_ja_terveysalan_ammattilaisille.pdf). 20.5.2015.
- Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2006. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2006:8. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78142/2006b08.pdf?sequence=1>. 6.11.2014.
- Pielisen-Karjalan Dementiakoti Oy. 2011. <http://www.kotiniemi.eu/etusivu/>. 8.12.2014.
- Pieninkeroinen, I. & Rapeli, P. 2006. Päihteet ja kognitiivinen suoriutuminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 323- 335.
- Poikolainen, K. 2009. Alkoholinkäyttö. Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00154](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00154). 19.11.2014.
- Rapeli, P. 2010. Päihteet ja kognition puutokset. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 314-327.
- Rintala, J. 2010. Iäkkäiden alkoholinkäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119-124.
- Seppälä, T. 2010. Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 189-196.
- Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 536-548.

- Sulander, T. 2007. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö tilastojen valossa. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.). Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 23-33.
- Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Tammi.
- Työturvallisuuslaki 738/2002.
- Vartia, M. 1992. Työhön perehdyttäminen sosiaalitoimessa ja terveydenhuollossa. Teoksessa Elovainio, M. (toim.). Perehdyttäminen ja tiimityö – Sosiaali ja terveydenhuollon kehittämismahdollisuuksia. Helsinki: Vapokustannus, 5-76.
- Vataja, R. 2010a. Alkoholinkäyttöön liittyvä muistisairaus. Käypä hoito. <http://kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01619>. 7.11.2014.
- Vataja, R. 2010b. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 91-100.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Hanna Vilkka. [http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen\\_ont.pdf](http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf). 8.12.2014.
- Vilkko, A., Sulander, T., Laitalainen, E. & Finne-Soveri, H. 2010. Teoksessa Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.). Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 142-153.
- Vilkko, A., Sulander, T., Laitalainen, E. & Finne-Soveri, H. 2012. Miten iäkkäät juovat? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholitutkimus/suomi-juo/ika-ja-juominen/miten-iakkaat-juovat-#kulutus>. 19.11.2014.
- Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatussa laitoksesta – kuntouttavan lyhytaikaisen hoidon haasteet. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.). Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita Publishing Oy, 73-85.

## Kysymykset hoitokodin henkilökunnalle

### PEREHDYTYSOPAS

Hei, olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa, ja teemme opinnäytetyönä hoitokotiinne opaslehtistä uuden työntekijän perehdyttämiseksi. Olemme alustavasti suunnitelleet perehdytysoppaan sisällön seuraavanlaiseksi:

1. Sisällysluettelo
2. Kotirinteen esittely
3. Päiväohjelma
4. Johdatus asiakasainekseen (teoriatietoa päihteiden aiheuttamista muistisairauksista)
5. Kuntouttava päivätoiminta ja sen merkitys
6. Elämänhistoria ja sen tuntemisen merkitys
7. Aggressiivinen käyttäytyminen ja sen ennaltaehkäisy
8. Hälytysjärjestelmän toimintaperiaate
9. Mitä asioita tulee uuden työntekijän ottaa huomioon?
10. Työnohjaus ja työssäjaksamisen tukeminen

Perehdytysoppaaseen keräämme kokemuseräistä tietoa henkilökunnaltanne. Toivoisimme, että voisitte vastata mahdollisimman pian alla mainittuihin kysymyksiin, jotta saamme tarvitsemaamme tietoa hoitokotiinne työntekijöiltä.

1. Minkälaista kuntouttavaa päivätoimintaa hoitokodilla järjestetään?
2. Mitä kuntouttavalla päivätoiminnalla pyritään saavuttamaan?
3. Kuinka asukkaiden elämänhistorian tunteminen auttaa hoidossa?
4. Mitä ennaltaehkäisykeinoja käytätte aggressiivisten tilanteiden ehkäisemiseksi?
5. Kuinka AVEKKI- toimintatapamalli näkyy päivittäisessä toiminnassanne?
6. Mikä merkitys työnohjauksella on ollut? Onko se auttanut työssäjaksamisessa?
7. Kuinka varaudutte arvaamattomiin tilanteisiin (esim. aggressiivinen käyttäytyminen)?
8. Mitä asioita uuden työntekijän tulee huomioida tullessaan hoitajaksi työyksiköönne?
9. Tuleeko mieleenne muita asioita, joita toivoisitte perehdytysoppaassa olevan?

## Toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Peksen-Karjatan Dehennakori Oy
Toimeksiantajan edustaja:	Kirsi Toivanen
Osoite:	Komnichentie 21
Puhelinnumero:	045/655508
Sähköposti:	kirsi.toivanen@virkka-korva.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön ko
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1200160 Ville Parjanen 1201274 Topias Kekkonen
Puhelinnumero:	044 347 2433 / 040 529 5544
Sähköposti:	ville.parjanen@edu.karelia.fi topias.o.kekkonen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Päihdehuuhtelun hoitotapa, perhdyttämispäät
Toteutusmuoto	Toiminnallinen
Aikataulu	Syysy 2014 - kevät 2015
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	

Toimeksiantajan sitoumukset	

Opiskelijan sitoumukset	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Sami Arola

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 19.7.2015	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Ville Parjanen Topias Kekkonen
Päiväys 19.1.2015	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Kirsi Toivanen
Päiväys 18.3.2015	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Sami Arola



PEREHDYTYSOPAS

PIELISEN-KARJALAN DEMENTIAKOTI OY



# SISÄLTÖ

- 1 KOTIRINNE
- 2 PÄIVÄOHJELMA
- 3 ALKOHOLIN AIHEUTTAMAT MUISTISAIRAUDET
- 4 KUNTOUTTAVA PÄIVÄTOIMINTA
- 5 ASUKKAIDEN ELÄMÄNHISTORIAN  
TUNTEMISEN MERKITYS HOIDOSSA
- 6 KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN ENNALTAEHKÄISY
- 7 UUTENA TYÖNTEKIJÄNÄ TYÖYKSIKÖSSÄ
- 8 MUISTIINPANOJA

## KOTIRINNE

Kotirinne on 32 paikkainen hoitokoti, josta 20 paikkaa on varattu päihteidenkäytöstä aiheutuvia muistisairauksia sairastaville ja 12 paikkaa vuorohoito-, sekä kuntoutusjaksoille. Pielisen-Karjalan dementia kodilla työskentelee 55 vakinaista työntekijää, jotka vastaavat asukkaiden hyvinvoinnista. Jokaiselle hoitokodin asukkaalle on nimetty omahoitaja, joka laatii voimavaroalähtöisen yksilöllisen palvelusuunnitelman yhdessä asukkaan ja tämän omaisten kanssa.

# **PÄIVÄOHJELMA**

07:00 Aamuraportti

08:00 Aamupala

11:30 Lounas

13:30 Päiväkahvi

14:10–14:40 Päiväraportti

16:00 Päivällinen

19:00 Iltapala

Iltaraportti ennen vuoron vaihtoa

Lisäksi ruokailujen väleissä asukkaille järjestetään ennalta sovittua kuntouttavaa päivätoimintaa.

## **ALKOHOLIN AIHEUTTAMAT MUISTISAIRAUDET**

Alkoholin aiheuttama muistisairaus on tauti, joka voi puhjeta ihmisille, joilla on pitkä ja runsas alkoholin käyttöhistoria. Kyseessä on monitekijäinen muistisairaus johon vaikuttaa monia muitakin tekijöitä kuin pelkästään alkoholin käyttö, kuten esimerkiksi ravitsemuksen aiheuttamat puutostilat. Muistisairauden syntyyn vaikuttavat myös alkoholin käytöstä johtuvat fyysiset vammat, kuten kaatumiset ja päähän kohdistuneet iskut.

Alkoholin aiheuttamat dementiaoireet saattavat parantua täysin, jos juominen lopetetaan kokonaan ja mikäli muistisairaus on vielä lievä tai alkuvaiheessa. Aivoihin ei muodostu enää uusia hermosoluja, mutta alkoholin vahingoittamat hermosolut korjaantuvat hiljalleen. Mikäli alkoholin runsasta juomista jatketaan, niin se johtaa todennäköisesti vaikeaan alkoholidementiaan.

## KUNTOUTTAVA PÄIVÄTOIMINTA

Hoitokodilla järjestetään päivittäin erilaista kuntouttavaa päivätoimintaa. Tällaista toimintaa ovat esimerkiksi ulkoilu, kuntosalilla käyminen, erilaiset ryhmät (liikunta, luku, musiikki, muistelu, kädentaidot) sekä levyraadit, bingo ja askartelu. Lisäksi hoitokodilla järjestetään erilaisia ulospäin suuntautuvia toimintoja, kuten retkiä, kaupassa- ja asiointikäyntejä sekä yksilöllisiä virkistätymishetkiä. Hoitokoti on asukkaille koti, joten pyrimme kuntouttamaan asukkaita myös ihmisten normaaliin arkeen kuuluvilla toiminnoilla. Tällaista toimintaa on esimerkiksi siivous, leivonta ja ulkotyöt. Nämä arjen askareet ovat tärkeitä asukkaiden toimintakyvyn ylläpitäjiä. Arviointi- ja kuntoutusjaksolaisten kohdalla näiden taitojen ylläpitäminen ja vahvistaminen on ehdottoman tärkeää mahdollisen kotiutumisen kannalta.

Kuntouttavalla päivätoiminnalla pyritään lisäämään sekä ylläpitämään asukkaiden omia voimavaroja. Kuntouttavan päivätoiminnan tavoitteena on huomioida

asukkaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ja sen ylläpitäminen. Kuntouttavaa päivätoimintaa suunnitellessa otetaan huomioon asukkaan elämänhistoria ja toimintakyky. Kuntouttava päivätoiminta antaa asukkaalle mielekästä tekemistä arkeen sekä vaihtelevaa sisältöä elämään.

## **ASUKKAIDEN ELÄMÄNHISTORIAN TUNTEMISEN MERKITYS HOIDOSSA**

Pyrimme selvittämään asukkaiden elämänhistoriaa mahdollisimman paljon, koska tällä on suuri merkitys kuntouttavan hoidon kannalta. Elämänhistorian tuntemisen avulla asukkaille pystytään paremmin järjestämään sellaista päivätoimintaa, josta he pitävät. Muistisairaiden henkilöiden elämänhistorian tuntemisella voidaan selvittää millainen päivätoiminta heille on mielekästä, vaikka he eivät itse sitä saisi kerrottua.

Elämänhistorian tunteminen auttaa ymmärtämään asukkaiden käyttäytymistä ja toimintatapoja. Asukkaiden historian tunteminen voi olla tärkeää myös rauhoittelun kannalta. Päivittäiset hoitotoimenpiteen saattavat sujua mukavammin, jos voidaan yhdessä muistella vanhoja asioita.



# KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN ENNALTAEHKÄISY

Muistisairaiden asukkaiden kanssa erilaiset käyttäshäiriöt ovat melko tavallisia. Hoitokodilla pyritään ennaltaehkäisemään hankalaa käyttäytymistä esimerkiksi rauhoittamalla asukkaita keskustelun avulla. Keskustelussa on tärkeää suhtautua asukkaaseen rauhallisesti ja kunnioittavasti.

Jokainen asukas on kuitenkin yksilö, joten tässäkin tapauksessa asukkaiden tuntemisella on suuri merkitys sen suhteen kuinka hankalaa käyttäytymistä lähdetään ennaltaehkäisemään. Hoitotoimenpiteet pyritään ajoittamaan sellaiseen hetkeen, jolloin asukkaalla tiedetään olevan sopiva hetki toimenpiteisiin. Hoitotoimenpiteissä on tärkeää kertoa asukkaalle selkeästi mitä ollaan tekemässä. Hoitotoimenpiteisiin on varattava riittävästi henkilökuntaa mukaan, jos tiedetään, että asukkaalla on vaikeuksia esimerkiksi peseytymisen kanssa.

Hankalan käyttäytymisen ilmetessä on tärkeää, että hoitajat pyrkivät pysymään rauhallisena eivätkä provosoidu hankalasta käyttäytymisestä. Tarvittaessa on perustel-

tua käyttää lääkärin määräämiä tarvittavia lääkkeitä ennen toimenpiteitä, jos asukasta ei saada muilla keinoilla rauhoiteltua.

Asukkaiden suhtautuminen toisiinsa vaihtelee, joten on tärkeää huomioida ketä istutetaan ruokailutilanteissa samaan pöytään.

Ennakoimattomiin tilanteisiin pyritään varautumaan miettimällä minkälaisia yllättäviä tilanteita hoitokodilla voi tulla vastaan. Hoitajat kantavat mukanaan hälyttimiä ja pyytävät tarvittaessa työkaveria apuun. Hoitokodilla on käytössään AVEKKI-toimintatapamalli, jossa hoitajat saavat eväitä aggressiivisen käyttäytymisen kohtaamiseen ja ennaltaehkäisemiseen. Tarvittaessa työkaverilta voi aina pyytää apua, jos johonkin tilanteeseen meneminen tuntuu arveluttavalle.

Muistisairas henkilö aistii hoitajan tunnetilat herkästi ja peilaa hoitajan käyttäytymistä. Muistisairas myös siirtää omaan toimintaansa toisten tunteita.

## UUTENA TYÖNTEKIJÄNÄ TYÖYKSIKÖSSÄ

Uuden työntekijän on hyvä varautua siihen, että työyksikössä esiintyy haasteellista käyttäytymistä. Haasteellinen käyttäytyminen johtuu suurelta osin asukkaiden elämänhistoriasta sekä opituista käyttäytymismalleista. Asukkaisiin tulee suhtautua ennakkoluulottomasti, mutta kuitenkin mahdolliset riskit huomioiden. Oman käyttäytymisen on hyvä olla rauhallista ja ennakoivaa.

Pyrimme kertomaan uudelle työntekijälle yhteisesti sovitusta asioista ja käytänteistä, jotta työyksikköön asetuminen kävisi mahdollisimman helposti. Toivomme myös aktiivisuutta ja rohkeutta uusien asioiden selvittämisessä ja asukkaisiin tutustumisessa. Uuden työntekijän tulee huolehtia omasta jaksamisestaan. Mieltä askarruttavista asioista kannattaa aina keskustella työyhteisössä, jotta asiat saadaan selvitettyä.

Työpaikalla on mahdollisuus työnohjaukseen, jossa hoitajat pystyvät keskustelemaan luottamuksellisesti mieltä askarruttavista asioista. Työnohjauksella on koettu olevan suuri merkitys työssäjaksamisen kannalta ja siksi

on suositeltavaa, että uudet työntekijät kävisivät työohjauksessa pohtimassa mieleen nousseita kysymyksiä. Huumori ja positiivinen elämänsäsenne ovat tärkeitä voimavaroja!

## MUISTIINPANOJA