

Riitta Tähtinen

JOS EN ENÄÄ MUISTA, MUISTATHAN SINÄ MINUT!
KANKAANPÄÄN OPISTON MUISTIHOITAJAKOULUTUKSEN
VAIKUTTAVUUS VANHUSTYÖSSÄ

Vanhustyön koulutusohjelma

2011

JOS EN ENÄÄ MUISTA, MUISTATHAN SINÄ MINUT!

KANKAANPÄÄN OPISTON MUISTIHOITAJAKOULUTUKSEN

VAIKUTTAVUUS VANHUSTYÖSSÄ

Tähtinen, Riitta

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Vanhustyön koulutusohjelma

Marraskuu 2011

Ohjaaja: Kankaanranta, Päivi

Sivumäärä: 83

Liitteitä: 7

Asiasanat: muistisairaudet, dementia, kokonaisvaltainen hoitotyö, muistihoitaja, vaikuttavuus

Opinnäytetyöni oli työelämälähtöinen ja tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen vaikuttavuutta vanhustyössä. Tavoitteena oli selvittää, miten hyvin muistihoitajat osaavat muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisen hoitotyön vanhustyössään, minkälaisen hyödyn he ovat saaneet vanhustyöhönsä ja miten Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutusta tulisi edelleen kehittää.

Teoreettinen viitekehys sisältää tietoa muistisairauksista, hyvistä hoitokäytännöistä etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa, muistihoitajan työnkuvasta ja muistihoitajakoulutuksesta. Tutkimusaineisto kerättiin avoimilla kysymyksillä ja vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Avoimet kysymykset lähetettiin 78 muistihoitajaksi valmistuneelle sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle ja niistä palautui takaisin 52.

Tutkimustulosten mukaan muistisairaana ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö tunnistettiin hyvin. Muistihoitajat näkivät muistisairaana ihmisen yksilönä ja kokonaisvaltainen hoitotyö nähtiin fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja hengellisenä toimintakykynä. Muistihoitajakoulutus antoi paljon varmuutta muistisairaana ihmisen hoitotyöhön, se tuki jo aikaisempaa osaamista sekä antoi paljon uusia valmiuksia. Muistihoitajakoulutus todettiin erittäin hyödylliseksi vanhustyötä tekeville hoitotyön ammattilaisille.

Muistisairaana kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamisen estäviksi tekijöiksi nähtiin riittämättömät henkilökuntaresurssit, kiire ja vääränlainen fyysinen hoitoympäristö. Muistiosaamisen hyödyntämistä vanhustyössä estivät tietämättömyys muistihoitajan työnkuvasta ja esimiesten tietämättömyys hoitohenkilökunnan erityisosaamisesta. Muistihoitajakoulutuksen sisällön tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi nähtiin vuorovaikutustaidot muistisairaana ihmisen kanssa.

IF I CAN'T REMEMBER ANYMORE, WILL YOU REMEMBER ME!
KANKAANPÄÄ INSTITUTE'S MEMORY NURSE TRAINING AND ITS
EFFECTIVENESS IN ELDERLY CARE

Tähtinen, Riitta

Satakunta University of Applied Sciences

Degree programme in Elderly care

November 2011

Supervisor: Kankaanranta, Päivi

Number of pages: 83

Appendices: 7

Keywords: memory diseases, dementia, holistic nursing, memory nurse, effectiveness

My thesis is based on my experiences in working as a memory nurse and on the qualitative research I did to find out what kind of effectiveness the memory nurse training had on nurses, how well the memory nurses knew what a holistic nursing is and how to take care of elderly memory patients, what kind of benefits they have received for their elderly care and how Kankaanpää Institute's memory nurse training could be developed further.

The theoretical framework includes information about memory diseases, recommendations for best practices in the treatment of progressive memory diseases, the work profile of memory nurse and memory nurse training. As for methods, the research material was collected with open questions and the results were analyzed by inductive content analysis. Inquiries were sent to 78 people with memory nurse training, some of them were health and social care professionals. 52 of them sent back their answers.

According to the results, memory nurses recognized the importance of holistic nursing and treating a patient with memory diseases as an individual. Holistic nursing was seen as a physical, psychological, social and spiritual action. Memory nurse training gave the trainees confidence and new resources for meeting patients with memory diseases and added to their former education. According to feedback, memory nurses felt the training was very useful for health care professionals who work with the elderly.

Inadequate personnel resources, lack of time and wrong kind of physical treating environment were seen as obstacles for holistic nursing of those with memory diseases. Also, the special know-how of memory nurses was not always put in use: both employers and other personnel were not aware of memory nurses' job description or their special skills. To develop the memory nurse training further, nurses wanted more knowledge about how to communicate with patients with memory diseases.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	MUISTI.....	9
3	MUISTISAIRAUDET.....	10
3.1	Yleistä muistisairauksista	10
3.2	Etenevät muistisairaudet	11
3.3	Kognitiiviset oireet muissa sairauksissa ja häiriötiloissa.....	14
3.4	Työikäisten ihmisten muistisairaudet	17
4	MUISTISAIRAAN IHMISEN KOKONAISSVALTAINEN HOITOTYÖ	18
4.1	Muistisairauksien ehkäisy ja varhainen toteaminen	20
4.2	Muistisairaahan ihmisen muiden sairauksien sekä muistisairauksien hoito.....	21
4.3	Muistisairaahan ihmisen haasteellinen käyttäytyminen, ja hoito	23
4.4	Muistisairaahan ihmisen ravitseminen ja ruokailu	26
4.5	Muistisairaahan ihmisen oikeudet sekä hänen omaistensa oikeudet	27
4.6	Henkilöstö ja työhyvinvointi	30
4.7	Muistisairaahan ihmisen elämän loppuvaiheen hyvä hoito.....	31
5	MUISTIHOITAJA JA MUISTIHOITAJAN TEHTÄVÄNKUVA ERI TOIMIPISTEISSÄ	32
6	KANKAANPÄÄN OPISTON MUISTIHOITAJAKOULUTUSOHJELMA	34
7	AINEISTOON LIITTYVIÄ AIKAISEMPIÄ TUTKIMUKSIA	40
8	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	41
9	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	41
9.1	Avoin kysely ja aineiston keruu.....	41
9.2	Tutkimusmenetelmä.....	42
9.3	Tutkimuksen aineiston analysointi	43
9.4	Kohderyhmä.....	45
9.5	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	45
10	TUTKIMUSTULOKSET	47
10.1	Taustatiedot.....	47
10.2	Muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö muistihoidajien kuvaamana	48
10.2.1	Varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus.....	49
10.2.2	Arvot ja toimintatavat	50
10.2.3	Lääkehoito ja lääkkeetön hoito	51
10.2.4	Ravitseminen	52
10.2.5	Kuntoutus	53
10.2.6	Vuorovaikutustaidot ja muistisairaahan ihmisen haasteellinen käyttäytyminen	54

10.2.7	Henkilökunnan ammattitaito ja työhyvinvointi	55
10.2.8	Kuntoutumista edistävä hoitoympäristö	56
10.2.9	Moniammatillisuus	56
10.3	Muistihoitajakoulutuksen antama hyöty vanhustyössä.....	57
10.4	Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen sisällön kehittäminen	61
10.4.1	Vuorovaikutustaidot ja muistisairaana ihmisen haasteellinen käyttäytyminen	62
10.4.2	Muistisairaana hoitopolku, saattohoito ja hengelliset asiat	63
10.4.3	Muistisairauslääkkeet ja muistisairauksien erityispiirteitä	63
10.4.4	Muistisairauksien varhainen tunnistaminen.....	64
10.4.5	Muistisairaana ja omaisten ohjaus sekä erilaiset tukimuodot.....	64
11	JOHTOPÄÄTÖKSET	65
12	POHDINTA.....	71
12.1	Oman oppimis- ja opinnäytetyöprosessin arviointia	72
12.2	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimukset.....	73
	LÄHTEET.....	76
	LIITTEET	

*Minä olen unohtanut eilisen,
en tunne tätä päivää.
Vuodenajat ovat menneet sekaisin.*

*Kävelen tammikuiseen säähän.
Kuokkimaan perunoita, hatutta, paljain päin.*

*Tuntemattomien sukulaisten määrä lisääntyy,
kasvot ovat tulleet samanlaisiksi.
Poikani muuttuvat vieraiksi, tunnistamattomiksi.*

*Yöllä nousen, etsin eilistä.
Pakkaan tavarani,
minun on lähdettävä, paettava pois.
En löydä kotiani,
omaisiani, jostain.*

*Kauhu täyttää sydämeni,
käteni vapisevat.
Tarvitsen apua, ihmistä rinnalleni,
joka minua ymmärtäisi.
Antaa anteeksi puutteeni.*

*Tarvitsen turvallisuutta, ymmärtämistä,
rohkaisua murheeseeni.
Haluan tehdä ja olla hyödyksi.*

*Kulje kanssani.
Ota minua kädestä.*

(Terttu Varjo 1998.)

1 JOHDANTO

Väestön vanhenemisen myötä muistisairaudet ovat lisääntyneet yhteiskunnassamme. Vuonna 2000 Suomessa arvioitiin olevan noin 80000 keskivaikea- ja vaikea-asteista ja noin 30000 lieväästeista dementiaa sairastavaa potilasta. Muistisairauksien esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Koska iäkkäiden määrä kasvaa seuraavina vuosikymmeninä, tulee myös muistipotilaiden lukumäärä kasvamaan. Vuonna 2030 maassamme on ennusteiden mukaan jo noin 128 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta potilasta. Varhain aloitetut perustutkimukset jouduttavat hoidettavien sairauksien löytymistä ja hoitoa. Muistisairaana ihmisen varhainen hoito ja omaisten asianmukainen neuvonta ja tuki edistävät kotihoidon jatkumista ja siirtävät kalliiseen laitoshoidon joutumista. Keskeisessä asemassa tuen ja ohjauksen antajina ovat terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaiset, joten on tarkoituksenmukaista, että sosiaali- ja terveystoimi toimivat yhteistyössä muistisairaana ihmisen hoitoketjussa. Yhteistyön ja hoidon jatkuvuus edellyttää yhteistä näkemystä ja tietoa muistisairaana ihmisen hoidosta ja ohjauksesta. Muistisairauksissa on kyse sosiaali- ja terveydenhuollon suuresta haasteesta – yhdestä isosta ”kansantaudistamme”. (Lupsakko, Joiniemi, Karhu & Remes 2005, 6; Viramo & Sulkava 2010, 28–29.) Uudet Käypä hoito -suositukset muistisairaiden ihmisten hoidossa julkaistiin 2010. Niiden mukaan suuri osa muistisairauksista jää tunnistamatta. Käypä hoito -suositukset painottavat muistioireiden syiden selvittämistä ja yksilöllisen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman tärkeyttä muistisairaana ihmisen hoitotyössä. (Käypä hoito -suositus 2010, 2–3.)

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen vaikuttavuutta vanhustyössä. Aihe on ajankohtainen, sillä muistisairaiden ihmisten määrän lisääntyessä on myös muistisairauksiin ja muistisairaiden ihmisten hoitotyöhön erikoistuneiden ammattilaisten tarve kasvanut. Opinnäytetyössäni kartoitin Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen käyneiden hoitotyöntekijöiden tietoja ja taitoja muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisessa hoitotyössä, heidän muistikoulutuksensa hyötyä vanhustyössä sekä Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen kehittämistarpeita. Tein opinnäytetyöni laadullisena tutkimuksena kyselylomakkeiden avulla. Opinnäytetyöni tuloksia tullaan käyttämään Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen kehittämisen välineenä.

Käsitteellä muistisairaus tarkoitan opinnäytetyössäni yleisempiä eteneviä muistisairauksia sekä myös muita eriasteisia muistihäiriöitä. Opinnäytetyöni pyrkii kuvaamaan muistihoitajakoulutuksen vaikuttavuutta vanhustyössä, olen silti teoriaosuudessa käsitellyt hieman myös työikäisten muistisairauksia ja niiden tunnistamista, sillä heilläkin mahdollisimman varhainen toteaminen ja hoitoon ohjaus varmistaa paremman ikääntymisen. Käytän myös käsitettä dementia, sillä se liittyy eteneviin muistisairauksiin. Suomalaiset muistiasiantuntijat puhuvat mielellään muistisairauksista ja muualla päin maailmaa puhutaan dementiasta. Teoriaosuudessa käyttämässäni kirjallisuudessa käytän molempia sanoja, sillä kansainvälisessä kirjallisuudessa puhutaan usein dementiasta ja dementoitumisesta.

Suomessa muistihoitaja-nimike on melko tuttu käsite, kansainvälisesti vastaavaa nimitystä ei ole käytössä. Suomalaiset muistiasiantuntijat ovat käyttäneet englanninkielelle kääntämässään muistisairaussuosituksessaan muistihoitajasta sanaa Memory nurse, joten olen myös käyttänyt englanninkielisessä tiivistelmässäni sitä sanaa. Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään sanontaa, dementiaan erikoistunut sairaanhoitaja. Suomessa muistihoitajakoulutusta on järjestetty jo muutaman vuoden ajan. Koulutukset ovat hyvin eripituisia ja sisällöltään erilaisia. Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutus on 15 opintopisteen arvoinen ja kestää noin vuoden. Koulutus toteutetaan monimuoto-opetuksena ja lähipäiviä on noin yksi päivä kuukaudessa. Muistihoitajakoulutus-sanaa ei myöskään löydy kansainvälisistä lähteistä, joten siitä käytän sanoja Memory nurse training.

Opinnäytetyössäni kerron ensin muistista ja muistisairauksista. Sitten avaan käsitettä muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö. Muistihoitajan toimenkuvaa ja Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen sisältöä käsittelem teoriaosuuden loppuosassa. Toteutusosassa selvitän tutkimuksen tarkoitusta, tutkimusongelmat, käyttämäni tutkimusmenetelmän ja tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Tutkimustuloksissa kuvaan Kankaanpään opistosta valmistuneiden muistihoitajien vastauksia. Johtopäätösten jälkeen on omaa pohdintaa ja kehittämisehdotuksia sekä jatkotutkimusaiheita.

2 MUISTI

Ilman muistia emme selviäisi jokapäiväisistä toiminnoistamme, se on meille kaikille välttämätön asia. Muisti koostuu erilaisista osatoiminnoista: mieleen painamisesta, säilytyksestä ja mieleen palauttamisesta. Muisteja on erilaisia. Lyhytkestoinen muisti toimii työmuistina, työmuistissa tieto säilyy vain muutamia sekunteja ja se onkin ihmisen tiedonkäsittelyjärjestelmä. Sensorinen muisti, eli aistimuisti on se, missä näkö-, kuulo- ja tuntoaistimukset jäävät hyvin lyhyeksi ajaksi aistielimiin. Nämä tiedot ovat tarvittaessa heti mieleen palautettavissa. Pidemmäksi ajaksi tiedot talletetaan pitkäkestoiseen muistiin, josta ne sitten voidaan palauttaa mieleen tarvittaessa. Tietomuisti, eli sementtinen muisti, sisältää tietoa, ja tapahtumamuisti, eli episodinen muisti, sisältää tapahtumia ja kokemuksia. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 11–16.)

Muisti toimii aivoissa; kun pitää huolta aivoistaan, pitää silloin huolta myös muististaan ja samalla ehkäisee muistisairausten alkamista. Säännöllinen liikunta, monipuolinen ravinto ja positiivinen elämänsäsenne ovat hyvää huolenpitoa aivoille. Aivoille pitää antaa myös lepoa, eli yönun pitää olla hyvää ja riittävää, ja aivoille pitää lisäksi tarjota virikkeitä, jotta niillä on mielenkiintoista tekemistä. Liiallinen stressi, murheet ja huolet sekä tyytymättömyys elämään rasittavat aivoja ja samalla heikentävät muistia. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2008, 22.)

Joillakin ikääntyvillä ihmisillä alkaa esiintyä muistiongelmia, ja ikääntyminen vaikuttaa erityisesti työmuistiin ja oppimiseen. Oppiminen hidastuu, mutta se ei lopu, ja uusien asioiden oppiminen ei myöskään lopu. Muutokset ikäihmisten muistissa ovat yksilöllisiä ja ne ilmenevät yleensä mieleen painamisessa ja mieleen palauttamisessa. Muistiin painettu asia palautuu kuitenkin terveellä ikäihmisellä mieleen vihjeiden ja muistivinkkien avulla, joskin pienellä viiveellä. Keskittyminen vaikeutuu, ikäihminen ei pysty enää keskittymään moneen asiaan yhtäaikaisesti, uusien ongelmien ratkaisukyky heikkenee ja näistä asioista selviytymiseen tarvitaan yhä enemmän ponnistelua. Nämä kaikki muutokset kuuluvat normaaliin vanhenemiseen eikä näistä muistiongelmista tarvitse huolestua. Muististaan kannattaa silloin huolestua, kun normaalista arkielämästä selviytymisessä alkaa olla runsaasti ongelmia. Hyvin

sujuneissa työtehtävissä paperit katoavat ja sovitut asiat ja tapaamiset alkavat unohtua. Tavarat hukkuvat, tuttujen ihmisten nimet ja lääkkeiden otto unohtuvat, uusien asioiden oppiminen on hankalaa, ihminen alkaa kertoa samaa asiaa monta kertaa, ek-syy oudossa paikassa, on saamaton, masentunut, eristäytyy muista ja persoonallisuudessa tapahtuu muutoksia. Sanoja voi olla vaikea löytää ja silloin usein sitä peitel-läänkin käyttämällä kiertoilmaisuja. (Erkinjuntti ym. 2008, 18–21.)

3 MUISTISAIRAUDET

3.1 Yleistä muistisairauksista

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tie-donkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja ja näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 19). Muistipotilaiden kasva-va määrä ja hoidon tarve ovat kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen haaste kunnissamme jo nyt, ja jatkossa muistisairaiden ihmisten määrä on vain lisääntymäs-sä. Aikaisemmin, kun etenevistä muistisairauksista puhuttiin, käytettiin sanaa demen-tia. Nykyään termin dementikko sijaan käytetään sanaa muistisairas. Dementoivat muistisairaudet lisäävät ikäihmisille tarkoitettujen palveluiden tarvetta ja ne aiheutta-vat eniten ympärivuorokautisen pitkäaikaishoitopaikkojen tarvetta. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 9–13.) Kaikki muistihäiriöt tulisi aina tutkia, sillä osa muistihäiriöistä voi olla hoidettavissa tai parannettavissa olevia. Muistihäiriöiden aiheuttajana voivat olla etenevät eli dementiaan johtavat muistisairaudet tai kogniti-viset oireet muissa sairauksissa ja häiriötiloissa. (Strandberg & Alhainen 2010, 208.)

Dementiaalla tarkoitetaan useamman kuin yhden älyllisen toiminnon heikentymistä niin paljon, että se heikentää henkilön selviytymistä päivittäistoiminnoissa, työssä ja sosiaalisissa suhteissa. Dementiaan liittyy sekä muistin että muiden älyllisten toimin-tojen heikentymistä, joka rajoittaa sairastuneen itsenäistä selviytymistä. (Erkinjuntti 2010, 86–87.) Dementiasta on paljon vääriä käsityksiä, usein se koetaan pelottavana ja se koskee monia ihmisiä ammatin, sukulaisuuden tai ystävyyden kautta. Demen-toivat muistisairaudet ovat yksi sairaus muiden sairauksien joukossa. Hyvässä asuin-

ympäristössä ja hoidossa muistisairaana ihmisen elämä voi tuntua normaalilta ja hän voi tyytyväisenä eellä elämäänsä. (Kotilainen, Virkola, Eloniemi-Sulkava & Topo 2003, 6–7.)

Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus, ja sen aiheuttajana voi olla useita toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. Sairastuneella henkilöllä esiintyy myös aivojen kuorikerroksen toiminnan häiriöitä, kuten afasiaa, apraksiaa ja agnosiaa. Afasia on kielellinen häiriö, joka aiheuttaa vaikeuksia puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä. Apraksia taas vaikuttaa kätevyYTEEN ja aiheuttaa vaikeuksia suoriutua motorisista toiminnoista, esimerkiksi voi olla vaikeuksia pukeutua. Agnosia on hahmottamisen häiriö, joka aiheuttaa tunnistamisvaikeutta. Henkilö ei kykene tunnistamaan kasvoja tai esineitä normaaleista aisteistaan huolimatta. Tällöin tulee myös eksymisiä, aluksi oudoissa paikoissa ja myöhemmin myös tutuissa paikoissa. (Suomen dementiahoitoyhdistys ry 2004, 11–12.)

Tällä hetkellä Euroopan unionin alueella on yli kuusi miljoonaa dementoiviin muistisairauksiin sairastunutta ihmistä ja väestön ikääntymisen myötä määrän uskotaan kaksinkertaistuvan seuraavien 20 vuoden aikana. Myös miljoonat omaishoitajat hoitavat vanhuksia, usein rajallisilla resursseilla, ja eri valtioissa maksetaan tukea hyvinkin vaihtelevasti. Joissakin Euroopan maissa palvelut ja tukimuodot ovat hyvin kehittyneitä ja toisissa taas asiat on vastaavasti erittäin huonosti hoidettu.” Parasta kotona” ajatus muistisairaana hoidosta vallitsee koko Euroopassa. (Alzheimer Europe 2008, 20)

3.2 Etenevät muistisairaudet

Eteneviin muistisairauksiin ei ole vielä parantavaa hoitoa, mutta sairastuneen ja hänen lähipiirinsä ja omaistensa hyvää oloa voidaan lisätä monin eri tavoin ja mahdollisiin käyttöoireisiin voi saada apua. Eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus (aikaisemmin vaskulaarinen dementia), Lewyn kappale-tauti (aikaisemmin Lewyn kappale-dementia), Parkinsonin tauti ja vaikeuksia tiedon käsittelyssä (aikaisemmin Parkinson-dementia) ja otsalohkorappeumasta johtuva muistisairaus (aikaisemmin frontaalilohkodementia). (Granö 2010.)

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti. Alzheimerin tauti alkaa kaikessa hiljaisuudessa ja etenee hitaasti. Tauti todetaankin usein vasta, kun se on jo rappeuttanut aivoja monen vuoden ajan. Alzheimerin tauti tulee yleensä vanhemmille ihmisille (65-vuotiaille tai vanhemmille) ja vähitellen vaikuttaa yksilön muistiin, ajatteluun ja käyttäytymiseen. On laskettu, että joka kymmenennellä yli 85-vuotiaalla ihmisellä on Alzheimerin tauti. (Erkinjuntti ym. 2006, 49; Strömqvist 2005, 5.)

Alzheimerin taudin käytösoireita ovat esimerkiksi masennus, ahdistus, levottomuus ja aggressiivisuus. Fyysisinä oireina esiintyy laihtumista, virtsan pidätyskyvyttömyyttä ja sairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa lisäksi jäykkyyttä ja kävelyvaikeutta. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2007, 6–7.) Viimeisimmän kansainvälisen Alzheimerin tauti -raportin mukaan muistisairaudet ovat maailmanlaajuisen haaste ja valtava taloudellinen ongelma tulevina vuosina. Lisäksi sairastuneiden määrä on vain lisääntymässä. (World Alzheimer Report 2010, 8.)

Alzheimerin tauti voidaan jakaa neljään vaikeusasteeseen sen mukaan, miten paljon älylliset kyvyt ovat heikentyneet ja kuinka paljon apua tarvitaan päivittäisissä toiminnoissa. Tällainen luokittelu helpottaa sairastuneen ja hänen omaisensa sopeutumista tilanteeseen. Alzheimerin tauti jaetaan varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126–127.)

Varhaisessa vaiheessa oppiminen vaikeutuu ja unohtaminen lisääntyy. Myös opitun aineiston viivästetty mieleenpalautus heikkenee, eikä vihjeistäkään ole apua. Varhaisessa vaiheessa henkilö itse tunnistaa muistissaan muutoksia. Tässä vaiheessa sairastuneella ei yleensä ole vielä muistisairautta todettu, vaan hän kuuluu MCI-ryhmään, eli lievä kognitiivinen häiriö. Hänen tilaansa tulee seurata ja arvioida säännöllisesti, sillä useammalle heistä kehittyy myöhemmin Alzheimerin tauti. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 130.)

Lievässä vaiheessa muistisairas henkilö tarvitsee jo kaupparesseillaan muistilappuja, uusien lääkkeiden ottaminen vaikeutuu, hän kyselee ja toistelee samoja asioita päivittäin. Omatoimisuus heikentyy ruoanlaitossa, rahankäytössä ja usein tapahtuu myös harrastuksista vetäytymistä. Myös ajokyky ja oikeudellinen toimintakyky heikkenevät. Tällainen henkilö pärjää vielä yksin kodissaan mutta tarvitsee päivittäistä ohjau-

ta ja valvontaa. Myös käytösoireet, kuten apatia ja ärtyvyys lisääntyvät ja monella alkaa esiintyä laihtumista vaikka ravitsemustila on hyvä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 131.)

Keskivaikeassa vaiheessa muistisairas henkilö tarvitsee apua arkitoimissaan jo paljon ja pystyy olemaan kotona vain lyhyitä hetkiä, eikä siis pysty enää asumaan yksin. Päättelyä ja muistamista vaativat tehtävät eivät häneltä onnistu ilman apua ja kyky huolehtia itsestä on satunnaista ja vaaratilanteita syntyy usein. Muistisairas henkilö ei osaa esimerkiksi pukeutua sähän sopivalla tavalla, hän tarvitsee apua peseytymisessä ja päättelykyky on heikentynyt. Tässä sairauden vaiheessa ”tavarat on varastettu” ja ”puolisokin on vaihdettu”. Harhaluuloisuus onkin yleisintä juuri keskivaikeassa vaiheessa. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 131–133.)

Vaikeassa vaiheessa muistisairas henkilö tarvitsee jatkuvaa ja säännöllistä apua, yksinkertaisinkaan päättelyä tai muistamista vaativa tehtävä ei onnistu itsenäisesti. Päivittäisissä toiminnoissaan tällainen henkilö tarvitsee jatkuvaa auttamista. Tässä vaiheessa turvallisuuden tunne vahvistuu, liikuntaa voi harrastaa kykyjen mukaan ja muistellaan hyviä asioita sekä kuunnellaan mielimusiikkia. Kävely on hidasta ja askeleet lyhyitä ja loppuvaiheessa hän menettää kävelykykynsä, on pidätyskyvytön ja syötettävä. (Alzheimer keskusliitto 2005, 6; Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 134.)

Verisuoniperäinen muistisairaus aiheutuu aivojen pienten tai suurten valtimoiden vaurioista sekä valkean aineen vaurioista. Riskitekijöitä verenkiertoperäiselle muistisairaudelle ovat mm. verenpaineauti, sydämen rytmihäiriöt, diabetes ja suvussa esiintyvät samanlaiset tapaukset. Tässä sairaudessa muisti säilyy yleensä paremmin kuin Alzheimerin taudissa ja alku on äkillisempää. Oireet vaihtelevat sen mukaan, missä aivojen osassa vaurio on. Vaurio aivopuoliskon vasemmalla puolella aiheuttaa kielellisiä vaikeuksia ja oikean puolen vaurio puolestaan aiheuttaa hahmotushäiriöitä. Aivojen syvissä osissa oleva valkean aineen vaurio aiheuttaa muistivaikeuksien lisäksi myös jähmeyttä ja hitautta. Tavallisimpia käytösoireita ovat masennus, unihäiriöt ja ahdistuneisuus. (Juva 2007, 13–14.)

Lewyn kappale-tauti on saanut nimensä solunsisäisten muodostumien mukaan. Taudin syy on tuntematon, sairaus on etenevä ja parantavaa hoitoa ei ole. Tähän sairaus-

teen sairastuneilla on usein hallusinaatioita, yksityiskohtaisia näköharhoja sekä Parkinsonin taudin kaltaisia oireita, kuten jäykkyyttä, hitautta, kävelyhäiriöitä, lepopäivää ja kognitiivisen tilan vaihtelua. Sairastuneen tarkkaavaisuus ja vireystila vaihtelevat usein, hän kaatuilee ja pyörtyy selittämättömistä syistä ja kärsii ohimenevistä tajuttomuuskohtauksista. Lukeminen, hahmottaminen ja kätevyys heikentyvät. (Suomen dementiahoitoyhdistys 2004, 14.)

Parkinsonin tautiin liittyy älyllisten toimintojen heikkenemistä, mutta muisti yleensä säilyy paremmin kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. Muistia vaativissa tehtävissä usein vihjeet auttavat muistamaan asioita. (Rinne 2010, 172.) Parkinsonin tautiin liittyy dementoitumista joillakin potilailla sairauden loppuvaiheessa. Oireet ja aivomuutokset ovat samankaltaisia kuin Lewyn kappale-taudissa ja myös käytösoireet ja hoito ovat samanlaisia näissä molemmissa sairauksissa. (Sulkava ym. 2007, 10.) Suomessa on suunnilleen 10 000 Parkinsonin tautia sairastavaa henkilöä ja heistä 30 %:lla arvioidaan olevan Parkinsonin taudin muistisairaus. Heille tehdään samanlaisia muistitutkimuksia kuin muillekin muistiongelmista kärsiville henkilöille. (Suhonen & Martikainen 2010, 7–8.)

Otsalohkorappeumat ovat ryhmä eteneviä sairauksia, jotka vaurioittavat erityisesti aivojen otsalohkoja. Nämä alkavat yleensä 45 ja 65 ikävuosien välillä. Keskeisiä muutoksia tapahtuu persoonallisuudessa ja käyttäytymisessä, sairastuneilla voi esiintyä estottomuutta, huolettomuutta ja arvostelukyvyyttömyyttä. Estottomuus ilmenee esimerkiksi siten, että sairastunut voi tehdä sopimattomia seksuaalisväritteisiä ehdotuksia tai sanoa ja tehdä asioita, joita ei aikaisemmin missään tapauksessa olisi sanonut tai tehnyt. Sairauden edetessä tulee kävelyvaikeuksia, hidasliikkeisyyttä ja tartumis- ja imemisrefleksejä. Spesifistä lääkettä ei ole, joten tämän sairauden käytösoireet ovat suuri haaste omaisille ja hoitohenkilökunnalle. (Rinne & Remes 2010, 165–167.)

3.3 Kognitiiviset oireet muissa sairauksissa ja häiriötiloissa

Muistioireen takana voi olla jokin yleissairaus, jonka syy on diagnosoitava, koska parhaimmillaan yleissairauden hoito voi johtaa jopa muistioireen korjaantumiseen.

Tällaisia yleissairauksia ovat: kilpirauhasen vajaatoiminta, diabetes ja hypoglykemia eli liian matala veren sokeri, B 12- vitamiinin puutos, foolihapon eli folaatin puutos, hyponatremia eli liian alhainen suola-arvo, lisämunuais sairaudet ja kalsiumaineenvaihduntasairaudet, liian matala tai liian korkea kalsiumpitoisuus. (Strandberg & Alhainen 2010, 208–210.)

Masennus- ja uupumustilat saattavat myös heikentää muistia. Muistisairaus voi ilmetä depressiona ja ikääntyneen hoitamaton masennus voi aiheuttaa muistisairauteen johtavia keskushermoston muutoksia. Muistiongelmia, oppimis- ja keskittymiskyvyn vaikeudet sekä ajoittainen sekavuus saattavat olla keskeisiä oireita ikäihmisen sairastuessa depression, eli masennukseen. (Kivelä & Räihä 2010, 227–230.) Työuupumus ilmenee väsymyksenä, työ ei tunnu enää mielekkäältä, henkilö ”kynnistyy” ja ammatillinen itsetunto heikkenee. Sairastuneella saattaa esiintyä myös ahdistusta, joka taas saattaa heikentää tarkkaavuutta, keskittymistä ja lyhytkestoista muistia. (Varjonen & Suhonen-Malm 2010, 237.)

Päihteiden käyttö aiheuttaa myös kognition puutoksia. Päihteiden käytöllä haetaan mielihyvää, ja päihteitä ovat mm. alkoholi, lääkkeet ja näiden sekakäyttö, huumeet ja liuottimet. Alkoholin osalta on tutkittua tietoa siitä, että rankankin juomisen jälkeen kognitiivinen toiminta voi korjaantua muutamassa viikossa merkittävästi raittiuden aikana. Myös amfetamiinin käytön lopettaneilla henkilöillä todettiin muistin ja tiedon käsittelyn kohentuneen jonkin verran. (Rapeli 2010, 326.)

Sekavuustila eli delirium on elimellinen aivo-oireyhtymä, joka aiheuttaa muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa, ajattelussa ja käyttäytymisessä. Vanhoilla ihmisillä lääkkeet tai alkoholi ovat yleinen deliriumin syy. Delirium on seuraus kortikaalisten aivoalueiden laaja-alaisesta toimintahäiriöstä ja sitä on usein vaikea tunnistaa. Asianmukainen hoito, kuten nestehoito, unen rauhoittaminen ja orientaation ylläpito vähentävät deliriumia esimerkiksi iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla. (Pitkälä, Laurila, Erkinjuntti & Leppävuori 2010, 222–225.)

Myös pysyvä jälkitila aivoissa voi aiheuttaa muistihäiriöitä. Aivohalvauspotilailla esiintyy usein häiriöitä tiedon vastaanotossa, käsittelyssä ja säilyttämisessä ja aivoverenvuoto huonontaa henkistä toimintakykyä ja elämänlaatua. Neuropsykologiset tes-

titulokset ovat huonot ja ne liittyvät infarkteihin ja aivoatrofiaan. Hydrokefalia eli vesipääisyys voidaan hoitaa ns. sunttileikkauksella, jossa nestekierron häiriö korjataan. Joskus tästä toimenpiteestä huolimatta potilaan kävely, liikkuminen ja virtsanpidätyskyky heikkenevät, samoin muisti ja päättelykyky heikkenevät ja pahimmassa tapauksessa voi seurata pysyvä dementoituminen. (Pohjasvaara 2010, 255; Vilkki & Öhman 2010, 257.)

Aivovammat aiheuttavat kognitiivisia jälkioireita, esimerkiksi muistivaikeuksia, hidastumista, aloitekyvyn heikkenemistä, keskittymisvaikeuksia ja luonteen sekä käyttäytymisen muutoksia. Aivovammojen merkitystä pysyvien kognitiivisten oireiden aiheuttajana on aliarvioitu. Muistihäiriö on useimmiten tavallisin jälkioire ja se koskee lähimuistia. Vakavimmissa vammoissa myös pitkäkestoisessa muistissa esiintyy ongelmia. (Tenovuo 2010, 262–263.) Aivokasvaimet taas puolestaan aiheuttavat paikallisen vaurion aivokudoksessa ja oireissa ilmenee niin sanottuja neuropsykologisia häiriöitä. Niitä ovat kielelliset häiriöt, eli puhumisen ja puheen ymmärtämisen vaikeudet, lukemisen ja kirjoittamisen häiriöt. Häiriöiden vaikeus riippuu vaurion laajuudesta. Näkökenttäpuutoksia ja hahmottamisongelmia esiintyy takalohkon vaurioissa ja hippokampusalueen kasvaimet aiheuttavat muistiongelmia. (Kallio 2010, 265–266.) Aivovammat saattavat aiheuttaa myös dementiaa vastaavaa laajaa kognitiivisen tason laskua, tästä esimerkkinä ammattinyrkkeilijöiden päävammat ja myös monet jääkiekkoilijat ovat joutuneet lopettamaan uransa lukuisten aivotärähdysten vuoksi, koska seuraava aivotärähdys saattaisi jo aiheuttaa pysyvät vammat. (Tenovuo 2004, 6–7).

MS-taudissakin esiintyy kognitiivisia häiriöitä. Tavallisesti häiriöitä on muistiin, tarkkavaisuuteen ja toiminnanohjaukseen liittyvissä toiminnoissa, muistamisessa mieleen painaminen vaikeutuu herkimmin. MS-tautiin liittyy myös poikkeuksellinen uupumus, joka haittaa arkielämästä selviytymistä. (Ruutiainen & Hämäläinen 2010, 282–283.)

Kehitysvammaisten ikääntyessä myös heidän muistihäiriönsä ja dementiansa lisääntyvät. Downin oireyhtymään liittyy lähes aina dementia. Kehitysvammaistenkin päivittäisissä toiminnoissa tapahtuvia muutoksia on hyvä seurata. Neuropsykologiset tutkimukset, kliininen tutkimus, kuvantamistutkimukset ja laboratoriokokeet varmis-

tavat kehitysvammaisen muistisairauden ja dementian diagnoosin. Ohimenevät ja hoidettavat syyt hoidetaan kehitysvammaisilla kuten muillakin ihmisillä. Aiemmin opitut arkielämän taidot ja kielellinen kyky heikkenevät ja häviävät. Sekavuus lisääntyy, joten unohtaminen, ymmärtämisen vaikeutuminen ja omatoimisuuden heikkeneminen yleistyvät. Dementoituminen alkaa kehitysvammaisilla paljon nuorempana kuin muulla väestöllä ja heilläkin dementia lisääntyy ikääntymisen myötä. Heillä älyllisen toimintakyvyn arvioi aiheeseen perehtynyt neuropsykologi. (Iivanainen 2010, 296–297.)

3.4 Työikäisten ihmisten muistisairaudet

Myös työikäisillä ihmisillä saattaa olla eteneviä muistisairauksia. Suomessa arvioidaan olevan noin 7000 alle 65-vuotiasta muistisairaudesta kärsivää henkilöä. Työikäisillä perinnölliset muistisairaudet ovat yleisempiä kuin ikäihmisillä, esimerkiksi otsalohkorappeumat ovat yleisiä työikäisillä ihmisillä. Alkava muistisairaus saatetaan joskus sekoittaa työuupumukseen. Yleensä työikäisen alkava etenevä muistisairaus todetaan jo ennen varsinaista dementiaoireen kehittymistä. Alzheimerin taudin lievät tapahtumamuistin häiriöt tulevat esiin ennen merkittävää työ- ja toimintakyvyn laskua. Alzheimerin tauti saattaa edetä työikäisellä ikään kuin hiipien, työnteko vaikeutuu, työtehtävien tekoon kuluu kauemmin aikaa, samoin asioiden tarkastamiseen kuluu aiempaa enemmän aikaa, varsinaisia virheitä ei välttämättä tule. Tällainen henkilö masentuu ja uupuu ja toimintakyky heikkenee entistä enemmän, usein diagnoosi selviää psykiatristen tutkimusten yhteydessä. Kun muistisairaus etenee, jossain vaiheessa työikäinen muistisairas tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa, ja silloin voi olla ongelmana ikä. Työikäisen ihmisen ei ole helppo sopeutua ikäihmisten kanssa samalle dementiaosastolle ja myös maksusitoumuksessa ilmenee usein ongelmia vammaispalvelun ja vanhuspalveluiden välillä. (Juva 2010, 583–588.) Alzheimerin tauti ja otsalohkorappeumat ovat kaksi yleisintä muistisairautta, jotka johtavat dementoitumiseen jo varhaisella iällä, alle 65 vuoden ikäisenä (Krüger 2010, 15).

4 MUISTISAIRAAN IHMISEN KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin asettama työryhmä on laatinut Käypä hoito -suosituksen muistisairaahan ihmisen hoitotyöhön. Käypä hoito -suositus on päivitetty 13.8.2010 ja sen tavoitteena on edistää yleisimpien muistisairauksien ehkäisyä, vaaratekijöiden tunnistamista ja hoitoa sekä tehostaa ja yhdenmukaistaa muistioireista ja etenevistä muistisairauksista kärsivien diagnostiikkaa ja lääkehoitoa osana kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. Käypä hoito -suosituksen mukaan muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon kokonaisuuden edellytyksenä on saumaton hoito- ja palveluketju. Se koostuu aivojen terveyden edistämisestä ja muistisairauksien ehkäisystä, muistioireiden varhaisesta tunnistamisesta ja hoitoonohjauksesta, muistisairauksien ja muistisairaahan ihmisen avohoidosta yksilöllisen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman mukaisesti sekä muistisairaahan ihmisen pitkäaikaishoidosta kuntouttavan hoitotyön ja yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan, päättyen muistisairaahan ihmisen loppuvaiheen hyvään hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. (Käypä hoito -suositus 2010, 25; Raivio 2011, 6–8.) Muistisairaiden ihmisten hoitoketju saadaan kunnissa asiakaslähtöisemmäksi osaavalla kehittämisellä ja johtamisella, moniammatillisella yhteistyöllä, muistisairauksiin erikoistuneilla ammattihenkilöillä sekä taloudellisilla resursseilla (Suhonen 2009, 8).

Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristön kokonaisuus koostuu viidestä eri osiosta: toiminta-ajatus ja arvot, kuntoutumista edistävä hoitotyö, läheiset osana hyvää hoitoa, henkilöstö ja työhyvinvointi ja kuntoutumista edistävä hoitoympäristö. (Granö ym. 2009, 6). Suomalaisten muistiasiantuntijoiden mukaan muistisairaahan ihmisen hoitoon tarvitaan muistisairauksiin koulutettua, moniammatillista, yhteistyötaitoista ja vastuullisesti toimivaa henkilökuntaa, jotta muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltainen hoito toteutuu laadukkaasti (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 536–537). Muistisairaahan ihmisen hoitotyö ymmärretään monessa työyhteisössä työnä, jossa tarvitaan monenlaista osaamista. Ei riitä, että tunnistetaan oireet ja patologiset muutokset, vaan tarvitaan myös erilaisia terapiamuotoja ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Tällainen moniammatillisuus on vasta tiensä alkupäässä, sillä harvoin löytyy työyhteisöjä, joissa muistisairaahan hoitotyötä tekevillä ammattihenkilöillä olisi samankal-

taiset hoito- ja ihmiskäsitykset tai mahdollisuus toteuttaa yhdessä tätä työtä. (Saareheimo 2008, 6.)

Muistisairas ihminen tarvitsee kokonaisvaltaista hoitoa. Kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteena on muistisairauden mahdollisimman varhainen diagnoosi ja oikea lääkitys. Muistisairaahan ihmisen toimintakykyyn vaikuttavat myös hänen muut sairautensa ja lääkkeet, ravitsemustila, vuorovaikutussuhteet, fyysinen ja psykososiaalinen ympäristö, käytösoireiden tunnistaminen ja moniammatillinen yhteistyö sekä yhteistyö myös sairastuneen ja omaisten kanssa. Käytösoireet ovat usein synnä siihen, että kotihoito päättyy, siksi käytösoireiden hoito vaatii erityisosaamista hoitotyöntekijöiltä. Muutkin kotihoitoa uhkaavat riskitekijät on tunnistettava ja suunniteltava palvelut siten, että kotona asumista voidaan jatkaa mahdollisimman kauan. Myös omaishoitajille pitää järjestää ohjausta ja neuvontaa sekä tukea heitä muistisairaahan omaisensa hoidossa, sillä tällä tavalla säästetään paljon yhteiskunnan varoja. (Valkonen 2011.)

Jokaisen lääkärin ja hoitajan tulee osata muistisairaahan potilaan kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet. Muistisairaus vaikuttaa edetessään sairastuneen ymmärtämiskykyyn ja hänellä on vaikeuksia ilmaista ajatuksiaan ja tunteitaan ja ottaa tietoa vastaan. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen on haasteellista ja hoitotyön ammattilaisten tulee osata keskustella ja toimia potilaslähtöisellä ja ymmärrettävällä tavalla. Muistisairaahan ihmisen hoitoon liittyy myös eettisiä kysymyksiä, kuten itsemääräämisoikeus, hoitotahto, muiden vaikeiden sairauksien hoito ja terminaalivaiheen hoito. (Elo-niemi-Sulkava 2010 ym., 3144.) Yleensä terveydenhuollossa nopeista käsistä ja jaloista on hyötyä, mutta muistisairaahan hoidossa liika vauhti ja nopeus estävät hyvän hoidon toteutumista. Kuka tahansa ei voi hoitaa muistisairaita ihmisiä vaan siihen tarvitaan tietoa ja taitoa. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 10.)

Muistisairaahan ihmisen hoidon kaikissa vaiheissa esiintyy vieläkin karikoita. Diagnoosi, hoito ja huolenpito ovat aina moniammatillista työtä ja siihen kuuluu myös työskentelyä omaisten kanssa. Vaikeuksia voi olla monenlaisia: ne voivat olla henkilökohtaisia tai liittyä perheisiin, kotona asumiseen, terveyskeskus- ja sairaalahoitoon, sosiaalipalveluihin sekä raha- ja lakiasioihin. (Raivio 2007, 18.)

Toiminta-ajatus ja arvot ohjaavat jokaista hoitotyöntekijää työssään, ja jotta muistisairaahan ihmisen hyvä hoito toteutuisi, siihen tarvitaan erityisosaamista ja moniammatillista yhteistyötä, sitoutumista hyvän hoitotyön periaatteisiin ja dementoituneen ihmisen inhimillisten oikeuksien huomioimista. Kunnat ovat lakisääteisesti vastuussa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja kunnilla pitää olla strategiat toiminnan pohjana. Muistisairaiden hoitoyhteisöissä arvo-perustana tulisi olla Dementoituneiden ihmisten inhimilliset oikeudet (Liite 3) ja hoitotyötä tulee toteuttaa näitä arvoja noudattaen. Myös muistisairaiden ihmisten ja heidän hoitajiensa oikeusjulistus Alzheimer Europe 2008 (Liite 4) pyrkii parantamaan sairastuneen ja hänen omaistensa elämänlaatua. (Granö ym. 2009, 4-6.)

4.1 Muistisairauksien ehkäisy ja varhainen toteaminen

Aivoterveysten hoitaminen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy ovat osa muistisairauksien hoitoa. Muistisairauksien riskitekijät ovat hyvin samanlaisia kuin valtimotaupeissa, eli valtimotautien riskitekijöiden ehkäisy, kuten verenpaineen ja kolesterolin hyvä hoito, liikunta ja sosiaalinen aktiivisuus, päävammojen välttäminen, monipuolinen ravinto ja alkoholin kohtuullinen käyttö ovat tärkeässä asemassa. (Suhonen & Martikainen 2010, 9.) Varhainen taudinmääritys on tärkeää, koska silloin saadaan oikea diagnoosi ja aloitetaan oikea lääkehoito. Parannettavissa olevat syyt saadaan selville ja ne voidaan hoitaa, jolloin olo tila paranee ja näin estetään myös lisävaurioiden synty. Samoin hoidetaan myös muistisairaahan ihmisen kaikki muutkin sairaudet. Muistisairauden etenemistä voidaan hidastaa ja samalla lykätä kalliiseen laitoshoittoon siirtymistä. (Juva 2007, 9; Suhonen ym. 2008, 9.)

Muistisairausedepäilyt tulisikin tutkia mahdollisimman varhain. Sen vuoksi perusterveydenhuoltoonkin on nykyään perustettu muistipoliklinikka tai ainakin muistihoitajien vastaanotto, kotihoitoon on koulutettu muistihoitajia, samoin pitkäaikaishoidossa ja kolmannella sektorilla on myös koulutettuja muistiammattilaisia. Aikaisemmin muistisairauksien alkukartoitukset tehtiin erikoissairaanhoidossa, mutta väestön ikääntyessä ja muistisairauksien lisääntyessä alkututkimusten teko on aloitettu perusterveydenhuollossa, mikä nopeuttaa selvästi diagnoosin saamista. Näin voidaan kal-

liiseen laitoshoitoon siirtymistä lykätä useilla vuosilla eteenpäin. (Erkinjuntti & Vi-ramo 2010, 50–55.)

Muistisairauksien alkuvaiheessa pyritään lisäämään sairastuneen ihmisen toivoa ja elämänlaatua tunnistamalla hänen jäljellä olevat voimavaransa, ja sairauden edetessä tavoitteena on hänen toimintakykynsä ylläpitäminen. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on ympärivuorokautista, eikä se saa vain olla rutiininomaista perushoitoa, jossa pyritään suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista mahdollisimman nopeasti kunnioittamatta muistisairaana ihmisen yksilöllisyyttä, omatoimisuutta ja elämänlaatua. Jokaiselle muistisairauteen sairastuneelle ihmiselle laaditaan hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma, joka sitten ohjaa päivittäistä hoitotyötä. Suunnitelma laaditaan moniammatillisesti ja mukaan otetaan myös sairastunut sekä hänen lähiomaisensa. Suunnitelmaa on tarkastettava sovitusti tai tarpeen vaatiessa. Myös hoitotyön kirjaaminen on erittäin tärkeä asia kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Kirjaaminen on erityisen tärkeää hoitohenkilökunnan oikeusturvan takia, jos muistisairaalle ihmiselle tapahtuu jotakin odottamatonta. Jokainen työvuorossa oleva hoitotyöntekijä kirjaa tarkasti vointia, vireystilaa, mielialaa ja poikkeavaa käytöstä kuvaavia asioita, ja tällöin voidaan seurata esimerkiksi lääkityksen vaikutusta. Kirjaaminen lisää myös työn mielekkyyttä. (Granö ym. 2009, 8; Stenberg & Sillanpää-Nisula 2004, 11.)

4.2 Muistisairaana ihmisen muiden sairauksien sekä muistisairauksien hoito

Muistihäiriön syy tulee aina ensin tutkia. Mikäli muistihäiriö johtuu hoidettavasta sairaudesta, kuten esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminnasta, B12-vitamiinin imeytymishäiriöstä tai masennuksesta, nämä sairaudet hoidetaan tarkoituksenmukaisella lääkehoidolla. Muistihäiriö voi johtua myös käytössä olevista lääkkeistä. Silloin sairastuneen kokonaislääkitys tulee arvioida uudelleen ja muistia heikentävien lääkkeiden määrä on minivoitava. Kohonnutta verenpainetta, rytmihäiriötä, diabetesta ja muita sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä tulee ehkäistä ja hoitaa, sillä niitä hoitamalla saatetaan ehkäistä Alzheimerin tautia sekä verenkiertoperäistä muistisairautta. (Kivelä & Räihä 2007, 55.)

Muistisairaahan ihmisen kivun hoito on tavallista vaikeampaa, koska sairastunut ei välttämättä osaa itse kertoa kivuistaan. Kipu voi ilmetä levottomuutena ja aggressiivisuutena tai öisenä valvomisena. Parasetamoli on turvallinen kipulääke, tulehduskipulääkkeitä voi käyttää myös, mutta miedoimmatkin opioidit saattavat aiheuttaa myös sekavuutta, aistiharhoja ja pahoinvointia. Lääkehoidon ohella kipujen lievitykseen voi käyttää erilaisia fysikaalisia hoitoja kuten kylmää, kuumaa, hierontaa, erilaisia apuvälineitä ja kirurgiaa. (Viramo, Huusko, Joiniemi & Sulkava 2004, 43–44.)

Alzheimerin taudin lääkityksen suhteen on suuria odotuksia. Alzheimerin tauti vain lisääntyy ja sairautena se on yhteiskuntamme kalleimpia hoidettavia. Nykyisillä lääkkeillä voidaan jo vähentää kustannuksia, koska oireiden etenemistä voidaan hidastaa ja samalla parantaa sairastuneen ja hänen omaistensa elämänlaatua ja lykätä kalliiseen laitoshoitoon siirtymistä. Etu on sekin, että sairastunut voi aloittaa oikean lääkityksen oikeaan aikaan, mikäli diagnoosi saadaan sairauden varhaisessa vaiheessa. (Viramo ym. 2004, 50–51.)

Muistisairauslääkkeiden viralliset käyttöaiheet ovat Alzheimerin tauti ja Parkinsonin tauti ja vaikeuksia tiedon käsittelyssä. Varhaisessa vaiheessa diagnoosin saanut voi myös aloittaa lääkehoidon varhain ja tällöin voidaan parantaa sairastuneen kognitiotta, hidastaa toimintakyvyn laskua sekä helpottaa käytösoireiden hoitoa tai lykätä niiden ilmaantumista. Samalla helpotetaan myös omaisten taakkaa. Muistisairauslääkkeet ovat osa muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa. Muistisairauslääkkeet tarkoittavat aivoissa asetyylikoliinia hajottavan asetyylikoliiniesteraasientsyymien estäjiä (AKE-estäjiä) ja liiallisen glutamaattivaikutuksen estäjää. AKE-lääkkeitä ovat donepetsiili, galantamiini ja rivastigmiini sekä glutamaatin estäjä on memantiini. (Pirttilä, Suhonen, Rahkonen & Erkinjuntti 2010, 465–466.)

Sulkavan (2008, 13) mukaan muistilääkkeiden teho on yksilöllistä. Monilla potilailla vointi kohenee nopeasti, toisilla taas lääkityksellä ei ole mitään vaikutusta ja joskus vaikutus voi tulla vasta jonkin ajan kuluttua ja isommilla annoksilla. Ellei lääkitys auta kolmessa tai neljässä kuukaudessa, silloin voidaan kokeilla lääkkeen vaihtoa. Jotkut potilaat saavat ikäviä sivuvaikutuksia muistilääkkeistä, kuten virtsankarkailua, pahoinvointia ja oksentelua. Elleivät oireet katoa muutamassa vuorokaudessa, annostusta tulee pienentää, ja mikäli haittavaikutukset eivät lopu, lääkitys on lopetettava.

AKE-lääkkeet kannattaa ottaa aina kunnon ruokailun jälkeen, joko aamiaisen tai lounaan jälkeen, laastarimuotoisella lääkityksellä ei ajankohdalla ole niin suurta merkitystä. AKE-lääkkeet ja memantiini vähentävät myös käytösoireita, mutta joskus ne voivat myös aktivoida liikaa. Jos esimerkiksi yöllinen levottomuus lisääntyy, annoksia pienennetään tai lääkitys lopetetaan väliaikaisesti. Myös useimmat Lewyn kappale-tautia sairastavatkin henkilöt hyötyvät AKE-lääkkeistä.

4.3 Muistisairaahan ihmisen haasteellinen käyttäytyminen, ja hoito

Haasteellista käyttäytymistä eli käytösoireita esiintyy tutkimusten mukaan eniten muistisairaahan keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Käytösoireet heikentävät muistisairaahan ihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua huomattavasti. Käytösoireisen muistisairaahan ihmisen hoitotyössä ja hänen kohtaamisessaan tarvitaan erityisosaamista, tietoa oireista ja taitoa valita oikea auttamismenetelmä. (Granö ym. 2009, 11.)

Käytösoireilla tarkoitetaan muistisairaahan ihmisen haitallisia psykologisia oireita. Tavallisimpia käytösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, uni-valverytmin häiriöt, aggressiivisuus, kiroilu, lyöminen, esineiden särkeminen, keräily ja piilottaminen, karkailu, vaeltelu, hoitajien varjostaminen, näkö- ja kuuloharhat, mustasukkaisuus ja niin sanotut seksuaaliset käytösoireet. Käytösoireiden vuoksi moni omaishoitaja ei enää jaksaa hoitaa muistisairasta omaistaan ja useimmiten juuri omaishoitajien uupumisen vuoksi hoidettava siirtyy pysyvään laitoshoitoon. Infektiot, kivut ja muut sairaudet aiheuttavat tai pahentavat käytösoireita. Käytösoireiden esiintymisestä onkin muistettava aina kysyä myös omaishoitajilta ja heitä on myös rohkaistava kertomaan näistä asioista. Usein omaiset ja omaishoitajat häpeävät näitä asioita, eivätkä sen vuoksi halua tuoda niitä ongelmia esiin. (Vataja 2010, 91–95; Eloniemi - Sulkava 2002, 15.)

Käytösoireiden hoidossa ja ennalta ehkäisyssä ensisijaisena hoitona käytetään aina lääkkeettömiä hoitoja. Jos käytösoireet aiheuttavat haittaa tai jopa vaaraa ympäristölle, niin ne aiheuttavat myös kärsimystä muistisairaalle itselleenkin. Usein ne johtavat turhaan tai jopa liialliseen rauhoittavien lääkkeiden käyttöön ja näin taas heikennetään muistisairaahan ihmisen toimintakykyä. Pitäisikin muistaa, että käytösoireista kär-

sivän muistisairaahan ihmisen ensisijainen hoito on lääkkeetön. Muistisairaahan ihmisen haasteellinen käyttäytyminen kuvastaa usein pahaa oloa. (Eloniemi-Sulkava & Vataja 2007, 77; Pitkälä 2004, 11.)

Oikeaoppisella kohtaamisella ja vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys muistisairaahan ihmisen hoitotyössä, etenkin jos oikeita sanoja ei enää löydy eikä muistisairas ihminen enää ymmärrä, mitä hänelle sanotaan. Muistisairas ihminen tulee sitä paremmin ymmärretyksi, mitä paremmat tiedot ja taidot hoitajilla on muistisairauksista ja muistisairaahan ihmisen hoitamisesta. Vuorovaikutustaidot korostuvat kaikessa ihmishuone- ja hoitotyössä mutta muistisairaahan ihmisen hoitotyössä niiden merkitys on hyvin suuri. Muistisairaahan ihmisen hoitotyössä myös sanattoman viestinnän merkitys korostuu, ja vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa tapahtuukin tunnetasolla. Erityisesti kosketuksen merkitys korostuu. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2004, 6, 28–30.) Hoitohenkilökunnan arvostava ja ystävällinen käytös sekä hellä kosketus lisäävät muistisairaahan ihmisen henkistä turvallisuutta ja parantavat näin myös elämänlaatua. Muisti on hiipumassa mutta tunteet säilyvät. Hyvin keskeisenä asiana muistisairaahan ihmisen hoidossa on hänen elämäntarinansa tunteminen ja sen huomioiminen arjen työssä. (Räsänen 2011, 85–86.) Hoitajien vuorovaikutustaidot vaikuttavat laitoshoidossa olevien muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun. Muistisairaille ihmisille ei tule leperellä kuin lapsille vaan heidät tulee kohdata aikuisina ihmisinä. (Pietilä ym. 2010, 261–262.)

TunteVa-toimintamalli on vuorovaikutusmalli, joka auttaa ymmärtämään muistisairaahan ihmisen maailmaa. Tampereen kaupunkilähetys on kehittänyt oman suomalaisen menetelmänsä muistisairaahan henkilön arvostavasta kohtaamisesta ja tämä TunteVa-menetelmä pohjautuu Naomi Feilin validaatio-menetelmään. Vaikka sanat katoavat muistisairaalta ihmiseltä, tunteet ja tarpeet säilyvät, ihminen on arvokas muistisairaanaakin: ”Tunteet ovat totta, vaikka tarina voi olla epäuskottava.” Tunteista keskusteleminen lisää läheisyyttä ja helpottaa muistisairaahan ihmisen olotilaa. Muistisairasta ihmistä ei saa pakottaa tulemaan hoitajan maailmaan, vaan hoitaja menee muistisairaahan ihmisen maailmaan. (Kämäräinen 2008, 2-7.)

Myös aktiivinen arki, mikä muistiliiton hyvän hoidon kriteeristöissäkin määritellään osaksi muistisairaahan ihmisen elämää, estää sekä helpottaa haasteellista käyttäytymis-

tä. Muistisairaahan ihmisen toimintakykyä ja aktiivista arkea voidaan tukea monenlaisella tekemisellä. Se voi olla ulkoilua, liikuntaa, kuntosaliharjoittelua, hierontaa, haalamista, ulkonäöstä huolehtimista, lehtien lukua, elokuvien katselua, maalausta, musiikkia, tanssia, laulua, muistelua, leipomista ja ylipäänsä muistisairaahan ihmisen mukaan ottamista arjen askareisiin hänen voimavarojensa mukaan. Toimintakyvyn tukeminen tuo voimavaroja ja kohottaa samalla muistisairaahan ihmisen itsetuntoa. Käytösoireet saattavat johtua juuri tekemisen puutteesta. Muistisairas ihminen haluaa olla hyödyksi, tuntea itsensä arvokkaaksi ja tärkeäksi, vaikka ei ehkä enää tiedä, mikä päivä nyt on tai mikä paikka tämä on. (Granö ym. 2009, 14.)

”Musiikki, keskustelu, valokuvat, kirjojen lukeminen, runot, elokuvat, työkalut, huonekalut sekä vuodenaikoihin kuuluvat erilaiset säät ja luonnon muutokset voivat toimia muistojen herättäjänä” (Kivelä 2005, 104–105). Mitkä muistot sitten kannattelevat ja mitkä painavat? Johtoajatus on, että muistoista ihminen saa voimaa ja itsetuntoa. Jokaisella on muistoja, elettyä elämää, tarinoita jaettavaksi. Muistelutyö on demokraattisin työmuoto, jokainen on tavallaan oikeassa. Ei ole oikeaa tapaa muistella eikä liioin oikeaa tapaa niitä työstää. Lopputuloksia ei tarvitse verrata mihinkään. Muistelu ja muistelemineen auttavat muistisairaita ihmisiä ja hoitohenkilökuntaa tutustumaan toisiinsa. Muistisairaahan ihmisen elämänkaaren tunteminen auttaa tässäkin ja näin ollen hoitohenkilökunnalla on paremmat mahdollisuudet ymmärtää muistisairasta ihmistä. (Hohenthal-Antin 2009, 9–11.)

Laulaminen ja musiikki sekä musiikkiin liitetty liikunta lisäävät toiminnallisuutta ja toiminnallisuus taas on yksi muistisairaahan ihmisen elämänlaadun ja kuntoutuksen väline. Laulamalla annetut ohjeet menevät hyvin perille ja niinpä muistisairaahan päivittäisiä toimintoja, kuten pesuille menoa, voidaan tahdittaa laulun avulla. Laulu toimii hyvänä vuorovaikutusvälineenä. (Numminen 2009, 8–9.) Musiikkiterapia soveltuu erinomaisesti dementoituneen ihmisen hoitotyöhön. Musiikin avulla saavutetaan tunnetason kontakti muistisairaahan ihmisen kanssa. Musiikki koskettaa erityisesti ihmisen tunnepuolta, se herättää muistoja ja vahvistaa kokemusmaailmaa. Musiikkiterapia tasapainottaa mielialaa ja helpottaa pelkotiloista ja stressistä kärsiviä muistisairaita ihmisiä. (Virtanen 2011.) Myös eläimillä, esimerkiksi hevosilla, on merkittävä vaikutus muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun. Eläinten käyttö hoitomuotona muisti-

sairaiden ihmisten hoidossa tuntuu hyvältä menetelmältä ja sen käyttöä voisi myös laajentaa. (Lukumies 2011)

Vaikka muistisairaahan ihmisen käytöshäiriöitä pyritään ensisijaisesti estämään ja hoitamaan lääkkeettömällä hoitomuodoilla, toisinaan on pakko turvautua lääkehoitoon. Lääkehoito on paikallaan, jos käytösoireet rasittavat sairastunutta itseään, heikentävät sosiaalista vuorovaikutusta ja toimintakykyä sekä aiheuttavat vaaratilanteita niin sairastuneelle itselleen kuin hoitajillekin. Jokaisen muistisairaahan ihmisen hoitotyössä olevan henkilön tulee osata oikean lääkehoidon periaatteet työssään (Koponen & Saarela 2010, 491–495.)

4.4 Muistisairaahan ihmisen ravitseminen ja ruokailu

Kaikilla ikääntyvillä ihmisillä ravitsemustilan heikentyminen on asia, johon tulee puuttua nopeasti. Muistisairailta ihmisillä ensimmäisiä oireita jo ennen diagnoosia saattaa olla painonlasku. Tällöin vielä usein kotona asuvan muistisairaahan ihmisen ravinnonsaannista ja sen riittävydestä tulisikin keskustella omaishoitajan kanssa. Monipuolisella ravitsemuksella saatetaan jopa hidastaa taudin etenemistä ja käytösoireiden ilmaantuessa tulee huolehtia siitä, että sairastunut saa riittävästi energiaa ja proteiinia ravinnossaan. Muistisairailta ihmisillä tulee usein hahmottamisongelmia, ruokailu unohtuu, ruokahalu saattaa heiketä, tulee nielemisongelmia ja seurauksena on laihtumista. Laihtuminen taas puolestaan heikentää entisestään toimintakykyä, pahentaa sairauksia ja lisää kaatumisia. Näлкä lisää muistisairaalla myös univaikeuksia ja käytösoireita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 17–18, 33–36.)

Muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen vaativat hyvää ravitsemustilaa. Muistisairaahan ihmisen ravitsemustilan arviointiin voidaan käyttää ikääntyvien ihmisten ravitsemustilan arviointiin kehitettyä MNA-testiä (Mini Nutritional Assessment). Sen avulla voidaan tunnistaa ne muistisairaajat henkilöt, jotka ovat riskissä virhe- ja aliravitsemukselle ja jotka jo kärsivät ali- tai virheravitsemuksesta. Ravitsemusta tulee pitää yhtä tärkeänä osa-alueena kuin lääketieteellistä hoitoa. (Eloniemi-Sulkava 2007, 57.)

Muistisairaahan ihmisen syöttämistilanteen pitää olla rauhallinen. Hoitaja voi ruokailutilanteen aikana keskustella ruuasta ja kertoa mitä syöttää. Hoitajan pitää asettua syöttäessään samalle tasolle syötettävän kanssa eikä syöttää seisaaltaan. Syöttäminenkin vaatii ammattitaitoa, ja onkin sairastuneen edun mukaista, että ruokailutilanteen hoitaa hänet hyvin tunteva henkilö, koska dementian loppuvaiheessa esiintyy nielemisongelmia ja silloin on osattava syöttää oikealla tavalla. (Mäkelä 2005, 8.)

Ruokailu on myös eettinen kysymys. On väärin, jos potilaalle ei anneta tarpeeksi ruokaa tai häntä syötetään väkisin. Joskus luotetaan liikaa potilaan omaan taitoon ja kykyyn syödä omatoimisesti ja silloin saattaa käydä niin, että potilaalle jää nälkä ja jano, koska ruoka ja juomat on viety liian nopeasti häneltä pois. (Leino-Kilpi 2009, 233–234.)

4.5 Muistisairaahan ihmisen oikeudet sekä hänen omaistensa oikeudet

Omaiset ja omaishoitajat ovat muistisairaahan ihmisen hoidossa erittäin arvokkaita tietolähteitä ja kumppaneita, mutta muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa tukeminen kuuluu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja erityisesti muistihoitajille. (Mäenpää-Lakka 2002, 39). Sairastuneet ja heidän omaisensa kaipaavat tiedollista tukea, sosiaalista hyvinvointia edistävää tukea, kotona asumista turvaavaa tukea sekä tietoa lakisääteisistä sosiaaliturvaetuuksista (Huhtamäki-Kuoppala & Koivisto 2010, 529–533; Patjas 2010, 11).

Etenevien muistisairauksien alkuvaiheessa on usein puututtava myös sairastuneen ajokykyyn. Lääkärin on ilmoitettava poliisiviranomaisille henkilöstä, joka ei lääkärin mielestä kykene enää liikkumaan turvallisesti ajoneuvolla liikenteessä. (Suhonen ym. 2008, 17; Pajanti 2005, 5.) Useammalla muistisairaalla ihmisellä on toiveena saada asua kotona mahdollisimman kauan, ja tämän toiveen toteuttavat omaishoitajat. Sosiaali- ja terveysministeriö teki selvityksen omaishoidosta vuonna 2004, ja raportissa todettiin, että puolet omaishoidon tuella hoidettavista, eli 11400 muistisairasta henkilöä, olisi jonkinasteisessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa ilman omaishoitajaa. Omaishoidon tukemisesta ja omaishoitajien aseman parantamisesta on puhuttu ja kirjoitettu paljon, mutta suhteessa hoidon vaativuuteen omaishoidon tuki on liian alhainen.

Omaishoidon tukeminen olisi kunnille hyvin edullista, mutta siitä huolimatta jotkut kunnat myöntävät tukea nihkeästi, useimmiten rahapulaan vedoten. (Saarenheimo & Pietilä 2006, 69–70.)

Palveluohjauksella tuetaan muistisairaahan ihmisen ja hänen omaistensa arkea. Palveluohjaus on asiakaslähtöinen ja asiakkaan etua korostava. Palveluohjaus on kehitetty sosiaali- ja terveysalan asiakastyön yhdeksi toimintatavaksi ja sillä tarkoitetaan toimintatapaa, jossa hyödynnetään asiakkaan koko verkostoa palvelun jatkuvuuden takaamiseksi. Palveluohjauksessa tilanteen, tuen ja hoidon tarve pohjautuu vuorovaikutukseen. (Mönkkönen 2007, 137.) Palveluohjaajan on hyvä olla ulospäin suuntautunut, yhteistyökykyinen, sosiaalinen ja innostunut työstään. Hän on asiakkaansa rinnalla kulkija, pitää asiakkaansa puolia sekä vahvistaa asiakkaansa itseluottamusta. Palvelutarpeiden arviointitilanne on usein pitkä ja palvelutarpeita kartoitettaessa tulee ottaa huomioon vanhuksen voimavarat, fyysinen, kognitiivinen, emotionaalinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä asuin- ja lähiympäristö. Lisäksi on hankittava tietoa mahdollisista muista palveluista. Mitä on tarjolla, mikä sopisi juuri tälle asiakkaalle, mitä se maksaa? Palveluohjaus ei saa olla tilapäistä ohjausta, vaan se jatkuu, kunnes hoivan tarve loppuu ja asiakas siirtyy pitkäaikaishoitopaikkaan. (Kaaja 2008, 50–61.)

Muistisairaahan ihmisen kuuluu saada kuntoutusta. Kuntoutukseen kuuluvat muun muassa neuvonta ja ohjaus, ensitieto, sopeutumisvalmennus, päiväkuntoutus, kuntoutus lyhytaikaishoidossa sekä myös erilaiset terapiat. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 16.) Muistisairaahan ihmisen kuntouttava hoitotyö ja kuntoutus sekoitetaan usein keskenään. Kuntouttava hoitotyö on omaishoitajien ja hoitohenkilökunnan toteuttama muistisairaahan ihmisen toimintakykyä ylläpitävää ja parantavaa moniammatillista, ympärivuorokautista toimintaa. Fyysinen kuntoutus on fysioterapeuttien ohjeiden mukaan toteutettavaa kuntoutusta. (Käyhty & Ahvo 2001, 23.) Usein käsitykset muistisairaahan ihmisen kuntoutumisesta ovat negatiivisia. Kuitenkin muistisairaiden aktiivinen kuntoutus ehkäisee laitoshoidon joutumista. Muistisairaahan ihmiset hyötyvät säännöllisestä liikunnasta, tasapainoharjoittelusta sekä kuntosalitoiminnasta. Muistisairauksien edetessä kävely muuttuu epävarmaksi, tulee horjahtelua, kompastelua ja kaatumisia, ja tällöin tuleekin panostaa monipuolisesti luustoa ja lihaksistoa parantavaan liikuntaan. (Huusko 2001, 24–26; Kindstedt, Forder & Valvanne 2009, 22–23.)

Muistisairaat ihmiset eivät välttämättä pysty puolustamaan oikeuksiaan ja usein heidän omaisensakin ovat joko väsyneitä tai eivät osaa niitä vaatia. Muistisairauden edessä ihminen ei enää kykene ilmaisemaan tahtoaan, ja tällöin olisikin hyvä, jos muistisairaalla ihmisellä olisi hoitotahto. Pätevä hoitotahto on sellainen, että sen tekijä on ymmärtänyt sen sisällön. Siksi hoitotahto tulisikin tehdä hyvissä ajoin, mielellään mahdollisimman terveenä. Muistiliitolla on oma hoitotahtolomake ja se on tulostettavissa osoitteesta www.muistiliitto.fi. Myös Suomen muistiasiantuntijoilla on oma elämänlaatutestamentti ja se on tulostettavissa osoitteessa www.muistiasiantuntijat.fi. Myös suullinen hoitotahto on pätevä, siitä tulee kuitenkin olla selkeät merkinnät potilasasiakirjoissa ja potilaan itse on varmennettava merkintä. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 7.)

Myös muistisairaahan ihmisen oikeudellinen kyky heikkenee sairauden edessä. Muistisairaahan ihmisen asioita voidaan hyvin hoitaa valtakirjan avulla. Edunvalvontavaltuutusta koskeva laki tuli voimaan 1.11.2007. Edunvalvontavaltuutus tehdään kirjallisesti testamentin tapaan. Edunvalvontavaltuutuksella henkilö valtuuttaa valitsemansa henkilön huolehtimaan asioistaan sen varalta, että ei itse myöhemmin sairauden vuoksi kykene hoitamaan asioitaan. Muistiliiton sivuilta löytyy myös edunvalvontavaltuutuksesta kaksi valtakirjamallia. Jos muistisairaahan ihmisen etuja ei saada turvattua esimerkiksi valtakirjalla tai edunvalvontavaltuutuksella, voidaan hänelle määrätä edunvalvoja. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 26–27.)

Muistisairaahan ihmisen hoitoympäristön tulee olla turvallinen ja kuntoutusta edistävä (Hänninen 2011, 13). Asunnon muutostöillä voidaan helpottaa muistisairaahan ihmisen ja hänen omaistensa päivittäistä selviytymistä kodissaan. Asunnon muutostyöt ovat vammaispalvelulain mukaisia palveluja, joihin kunnilla on järjestämisvelvollisuus. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2009, 11.) Riittävä valaistus ja selkeät värit sekä turhan melun välttäminen auttavat muistisairasta ihmistä suoriutumaan päivittäisistä toiminnoistaan paremmin. Luonto ja piha ovat meille kaikille hyvin tärkeitä asioita ja myös muistisairailta ihmisillä tulisi olla esteetön ja turvallinen pääsy piha-alueelle. Auringon valo luo lämpöä ja auttaa muistisairasta näkemään ja hahmottamaan paremmin. Valaistus tukee myös ajan käsittelyä, päivällä on valoisa ja ollaan hereillä, vastaavasti illalla on pimeää ja silloin mennään nukkumaan. Muistisairaahan ihmisen askel on usein laahaava ja matala, jolloin tukevastikin asetettu matto voi aiheuttaa

kompastumisia. Erilaisten taulujen, seinävaatteiden ja viherkasvien avulla luodaan hoitokodeissa kodikkuutta, mutta täytyy kuitenkin muistaa, että mitään myrkyllisiä kasveja ei muistisairaiden hoitoympäristössä saa olla, koska he saattavat syödä niitä. Muistisairailla ihmisillä pitää olla mahdollisuus liikkua vapaasti, sillä jatkuvat kiellot ja määräykset aiheuttavat ahdistusta ja levottomuutta. (Eloniemi-Sulkava 2003, 8–11.)

4.6 Henkilöstö ja työhyvinvointi

Muistisairaiden ihmisten hoitotyöntekijöiltä edellytetään sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen lisäksi muistisairauksien ja kokonaisvaltaisen hoitotyön erityisosaamista. Vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa vaatii luovuutta ja siksi sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee noudattaa täydennyskoulutussuosituksia. (Laaksonen 2007, 14.) Asiakkaat tunteva ja osaava henkilökunta tunnistaa ongelmatilanteita ja pystyy näin ennalta ehkäisemään käytösoireiden syntyä. Muistisairaahan ihmisen hoitotyöhön tarvitaan riittävästi hoitajia. Ikäihmisten laatusuosituksessa hyväksi hoitohenkilömitoitukseksi katsotaan 0,7–0,8 hoitajaa asiakasta kohti, kun kyseessä on ympärivuorokautisen hoidon tarve. Henkilökunnalla on työssään oikeus myös lepotaukoihin, työnohjaukseen ja vuosittaisiin kehityskeskusteluihin esimiehensä kanssa. Kun henkilökunta voi hyvin ja työ tuntuu mielekkäältä, se heijastuu myös asiakkaiden hyvinvointiin, sillä nämä kaksi asiaa liittyvät hyvin tiiviisti toisiinsa. (Granö ym. 2009, 19.) Kun henkilökunnalla on vaikutusmahdollisuuksia suunnitella omaa työtään, se lisää sitoutumista työhön eivätkä kiire ja työn vaativuus välttämättä aiheuta haitallista stressiä. Työntekijän vastuun lisääminen saa työntekijän kokemaan työn enemmän omakseen ja silloin siihen panostetaan myös enemmän. (Sinervo 2011, 11.)

Myös työyhteisön johtamisella vaikutetaan henkilökunnan jaksamiseen. Hyvin organisoidussa työyhteisössä hyvin voivat hoitotyöntekijät ovat avainasemassa ja näin myös heidän ammatillinen kasvunsa mahdollistuu. Johtaminen koostuu sekä asiattista ihmisjohtamisesta. On tärkeää, että työntekijöiden erityisosaamista hyödynnetään ja erilaisuus nähdään rikkautena työyhteisössä. Johtajan tulee tuntea työntekijöidensä osaamisalueet ja kannustaa työntekijöitä kehittämään itseään. Muistisairai-

den ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien ammatillinen osaaminen rikastuttaa asiakkaiden elämää. Jotta muistisairaana ihmisen laadukas hoitotyö toteutuisi, tarvitaan jatkuvaa johtamisen, yhteisön toimintatapojen ja henkilöstön osaamisen kehittämistä. (Voutilainen 2011, 8.) Terveystieteiden ammattilaisten työn tuloksellisuus riippuu osaamisesta ja asiantuntijuudesta sekä näiden hyödyntämisestä organisaatiossa. Tuloksellinen toiminta on nähtävissä kaikkien osapuolten, eli asiakkaiden, työntekijöiden ja johtajien hyvinvointina. (Airu 2006, 8.)

Väitöskirjassa ”Jos mittää et anna niin mittää et saa” selvitettiin, miten vanhustyössä toimivat henkilöt vastasivat strategisen kehittämisen haasteeseen. Tutkimuksessa ilmeni, että työntekijöiltä kyllä odotetaan aktiivisuutta ja vastuullista toimintaa, mutta käytännössä mahdollisuudet toteuttaa näitä odotuksia olivat vain rajalliset. Strategisessa kehittämisessä ei tunnusteta tarpeeksi hyvin arjessa työskentelyä. Jatkossa onkin mietittävä, miten tulevaisuudessa työelämää ja johtajuutta kehitetään. (Laulainen 2010,8.)

4.7 Muistisairaana ihmisen elämän loppuvaiheen hyvä hoito

Suomalaisten muistiasiantuntijoiden mukaan muistisairaana ihmisen hoitoketju alkaa muistisairauksien ennaltaehkäisystä, muistisairauksien varhaisesta tunnistamisesta ja hoitoon ohjauksesta, kuntouttavasta ja toimintakykyä ylläpitävästä hoitotyöstä. Hoitoketju päättyy muistisairaana ihmisen hyvään ja arvokkaaseen kuolemaan. Tavallisin kuolinsyy muistisairailla on keuhkokuume. Paras paikka kuolla muistisairaalla ihmisellä lienee se paikka, missä häntä on pitkään hoidettu ja missä hänet ja hänen tarpeensa tunnetaan parhaiten. Hyvällä perushoidolla, kuten asentohoidolla, fysikaalisilla kivunlievityskäytännöillä sekä ravinnosta ja hygieniasta huolehtimisella helpotetaan muistisairaana ihmisen viimeisiä elinpäiviä. Liman imeminen ja huulien kostuttelu helpottaa oloa ja muistisairasta ihmistäkin tulee käsitellä hellästi. Hänelle voi puhua, vaikka hän ei enää sanoja ymmärräkään, mutta äänensävyyn hän kyllä vaistoo. Hänelle annetaan vain välttämättömät lääkkeet. (Sulkava 2006, 6–7.) Sulkavan (2009, 11–12) mukaan usein jää epäselväksi, onko muistisairaalla ihmisellä kipuja. Muistipotilas ei kykene kertomaan omaa mielipidettään hoidostaan. Muistipotilaan kuuluu

lähteä täältä elämästä arvokkaasti. Hyvä ohje lääkäreille ja hoitajille on vanha eettinen periaate: hoida potilasta kuten toivoisit hoidettavan omaa isääsi tai äitiäsi.

”Jos en enää muista mitään, en edes sitä, että olen, muistathan sinä minut!” Tämä on erään Alzheimer-potilaan rukous. Elämäkatsomuksen ja sielunhoidon tukeminen on alue, jossa kullakin ammattiryhmällä on oma ammatillinen tietotaitonsa käytössään eikä sitä silloin pitäisi jättää vain pappien tehtäväksi. Kun dementoitunut kohdataan kokonaisvaltaisesti, myös hengellisen työn merkitys korostuu. Myös dementoituneen henkilön elämänkaarella ja uskolla on oma merkityksensä, kun kuolema lähestyy. Dementoituneen potilaan saattohoito on hyvään kuolemaan saattamista. Tavoitteena on tässäkin hyvä ja turvallinen olo, toisen ihmisen läsnäolo ja kosketus. Saattorukous voi olla iltarukous, virsi, se voi olla Isä meidän -rukous, Herran siunaus ja saattorukouksen voi toimittaa pappi tai hoitaja. (Kivikoski 2002, 7–14.)

5 MUISTIHOITAJA JA MUISTIHOITAJAN TEHTÄVÄNKUVA ERI TOIMIPISTEISSÄ

Eri oppilaitokset järjestävät laajuudeltaan erimittaisia muistihoidajakoulutuksia täydennyskoulutuksena. Koulutukseen pääsemiseen on yleensä vaatimuksena jokin aiempi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan tutkinto sekä kokemusta alan töistä. Koulutuksessa käsitellään mm. muistin toimimiseen ja eteneviin muistisairauksiin liittyviä asioita, lääkehoidon erityiskysymyksiä, muistisairaahan ihmisen kuntoutusta, hoitotyön sekä toimintakyvyn arviointia ja sen tukemista. Muistihoitaja on sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksen saanut hoitaja, joka toimipaikassaan vastaa muistisairaahan ihmisen hoidosta ja siihen liittyvistä asioista ja on saanut syventävän koulutuksen muistisairaahan hoitotyöstä. Muistihoitajan työtä voidaan tehdä kotihoidossa, muistipoliklinikoilla, dementiayksiköissä, palvelutaloissa, vuodeosastoilla sekä vanhainkohteissa. Työnkuvaan kuuluu neuvonta, ohjaus, muistitestien ja muiden testien tekeminen, sairastuneen ja omaisten tukeminen, hoitotyö ja hoidon seuranta sekä arviointi. Suomalaiset muistisairauksien asiantuntijat ovat määritelleet muistihoitajan tehtäviä toimipaikan mukaan. (Muistimarkkinat [www-sivut](http://www.muistimarkkinat.fi) 2011.)

Muistipoliklinikoiden ja seniorineuvolan muistihoitajien työssä korostuvat muistipotilaiden ja heidän omaistensa yksilöllinen neuvonta ja tukeminen sairauden kaikissa vaiheissa. Lisäksi muistihoitajien tulee olla yhteistyötaitoisia ja osata muisti- ja toimintakykytestien käyttö sekä palvelujärjestelmän tukimuodot. Heidän on osattava erilaisten muistisairauksien arviointivälineiden hallinta ja heillä pitää olla palvelujärjestelmän tuntemusta. Heillä tulee olla myös taitoa kuulla ja tukea sairastunutta ja hänen omaistaan sekä huolehtia potilaan jatkohoitoon pääsystä sekä seurannasta. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3144.)

Kotihoidossa työskentelevän muistihoitajan tulee hallita muistipotilaan ja hänen omaisensa kokonaisvaltainen tukeminen. Muistihoitajan on tunnistettava muistisairauksien varhaisoireet sekä osattava huomioida kotona olevat vaaratekijät. Myös palveluverkoston tuntemusta pitää olla sekä hyvät yhteistyötaidot perheiden ja muiden muistiammattilaisten kanssa. Lisäksi erilaisten muistitestien ja toimintakykyarvioiden käyttö tulee hallita. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3145; Vuori & Heimonen 2007, 7.)

Muistisairaahan ihmisen pitkäaikaishoidossa korostuu muistisairaahan kokonaisvaltainen hoito, jossa on osattava erityisesti käytösoireiden hoito ja hyvä loppuvaiheen hoito. Pitkäaikaishoitopaikan muistihoitajan tulee osata laaja-alaisesti gerontologista hoitoa. Muistisairaahan ihmisen hoitotyö on moniammatillista työtä: muistihoitajan tavallisimpia yhteistyötahoja ovat lääkäri, muut muistihoitajat, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja musiikkiterapeutti, pappi ja omaishoitajat. Sosiaali- ja terveydenhuolto on merkittävän haasteen edessä, koska muistisairaiden ihmisten määrä vain lisääntyy. Tähän haasteeseen yritetään vastata tehostamalla muistisairauksien varhaista tunnistamista ja kehittämällä muistisairaahan ihmisen hoitoketjua. ”Muistipotilaan hoitoketjun laadun edellytyksenä on osaava, muistisairauksiin koulutettu, yhteistyötaitoinen ja vastuullisesti toimiva henkilökunta.” (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 3146.)

6 KANKAANPÄÄN OPISTON MUISTIHOITAJAKOULUTUSOHJELMA

Kankaanpään opisto on oppilaitos, jonka tarkoitus ja koulutustehtävät on määritetty opetusministeriön antamassa päätöksessä (19990107/Dnro 40/460/98). Kankaanpään opisto on luotettava ja korkealaatuisesta toimintakulttuuristaan alueellisesti ja valtakunnallisesti tunnetuksi tullut koulutuspalvelujen tuottaja, jolla on vahvuutena kyky reagoida nopeasti ajan haasteisiin ja varmistaa järjestämänsä koulutuksen edellyttämä asiantuntijuus ja alan viimeisin tietous. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 20.6.2011.)

Koulutuksessa opiskelijoiden saama vahva ammattitaito ja osaamisen jatkuva kehittäminen nähdään sekä alueellisesti että valtakunnallisesti menestymisen ja kaikenpuolisen hyvinvoinnin perustana. Tämän varmistamiseksi Kankaanpään opisto uudistaa ja kehittää: koulutustarjontaa, opetussisältöjä ja opiskelijoiden ohjausta, oppimisympäristöä, opetusjärjestelyitä ja opetustiloja. Kankaanpään opisto myöskin vaalii oppilaitoksen arvokkaita perinteitä ja sosiokulttuurista ympäristöä ja tarjoaa opiskelijoille mahdollisuuden kehittyä omassa osaamisessaan sekä vaalii ja kehittää yhteistyötä ja kumppanuutta eri toimijatahojen kanssa haluttujen tavoitteiden toteuttamista. Tavoitteellisen toiminnan toteutumisen ja jatkuvan kehittymisen varmistamiseksi Kankaanpään opistossa noudatetaan ISO 9001:2008 ja ISO 14001:2004 standardien pohjalta rakennettua toimintajärjestelmää. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 20.6.2011.)

Kehittämistyötä ohjaa vahvasti koulutuksen järjestäjille asetettujen vaatimusten noudattaminen, kunkin opiskelijan yksilöllinen huomioiminen ja tiivis yhteistyö työelämän edustajien kanssa. Kehittämisen toteuttamisesta vastaa motivoitunut ja osaava henkilöstö. Kankaanpään opisto on mukana yhdeksän kansanopiston muodostamassa G-laatuopistot hankkeessa, jonka tavoitteen on ylläpitää ja kehittää laadukasta opistotoimintaa. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 20.6.2011.)

Opiskelija pyrkii itseohjautuvuuteen ja ottaa itse vastuun omasta oppimisestaan. Hän rakentaa itse tietonsa ja kokemustensa perusteella tiedollista ja taidollista pääomaa sekä omia oppimisvalmiuksiaan. Koulutuksen työmenetelmissä suositaan yhteisto-

minmallisen oppimisen muotoja, kuten keskusteluja, ryhmätyötä, oppimiskahviloita ja projektioppimista. Opettajan tehtävänä on tarjolla erilaisia näkemyksiä, jäsentää niitä ja rakentaa elävää vuorovaikutusta olemalla avoimessa ja luottamuksellisessa yhteistyössä opiskelijan kanssa, jotta oppiminen vahvistuu syvälliseksi ymmärrykseksi ja kriittiseksi pohdinnaksi. Taidot ja kyvyt kehittyvät ryhmäprosessissa, jossa voi kommunikoida ja ottaa osaa keskusteluun, neuvotella, olla osallisena julkisessa keskustelussa, tunnistaa ja hyväksyä erilaisuutta sekä käyttää oppimisen apuna tieto- ja viestintäteknikkaa ja sen eri sovellutuksia. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 20.6.2011.)

Kankaanpään opisto aloitti muistihoidajakoulutuksen opistolla vuonna 2008. Ensimmäisissä koulutuksissa oli paljon Pohjois-Satakunnan peruspalvelu liikelaitoskuntayhtymän (Posa) hoitohenkilökuntaa, mutta myös Porista, Turun suunnalta ja Tampereen seudulta. Opinnäytetyön tekijä esimerkiksi suoritti ihan ensimmäisten joukossa kyseisen koulutuksen. Koulutus tapahtui Kankaanpään opistolla mutta nykyään Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutusta järjestetään myös Porissa, Tampereella ja Uudessakaupungissa. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010)

Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutus oli kymmenen opintoviikon eli 15 opintopisteen suoritus. Muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon onnistumisen edellytyksenä on työntekijöiden erityisosaaminen ja moniammatillinen yhteistyö sekä dementoituvan ihmisen inhimillisten oikeuksien toteutuminen. Muistihoidajakoulutus toteutettiin monimuoto-opetuksena ja keskeisiksi sisältöalueiksi oli koottu muistioireisen ja muistisairaahan hyvän hoidon kriteerit ja toimintaa ohjaavat arvot, läheiset osana hyvää hoitoa, lääkehoidon erityiskysymykset, muistitestit ja niiden tulkinta, hoitopolku, kuntoutumista edistävä toimintaympäristö, työyhteisön vuorovaikutustaidot sekä verkostoituminen alan valtakunnallisiin toimijoihin, kuten Muistiliittoon ja Suomen muistiasiantuntijoihin. Kymmenen opintoviikon monimuotoinen opintokokonaisuus oli rakennettu siten, että lähijaksot muodostivat noin sadan tunnin lähiopetuskokonaisuuden, etäopetuksen osuus oli noin sata tuntia ja omassa vanhustyössä oppiminen noin 200 tunnin kokonaisuuden. Koulutus on ammatillista täydennyskoulutusta. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Työssä oppiminen tapahtui käytännön toiminnan, uuden tiedon omaksumisen, ymmärryksen ja soveltamisen kautta. Keskeisenä tavoitteena siinä oli omien uskomusten, oletusten ja ajattelumallien tiedostaminen sekä muutostarpeiden löytäminen ja nimeäminen. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Toiminnan kautta oppimisen työmuotoina voivat olla vaikka omassa työssä oppiminen, mallioppiminen ja työkierto. Tässä myös työnantaja voi edistää oppimista antamalla selkeät tehtävät ja oppimistavoitteet. Opiskelijan oma motivaatio, oppimishalukkuus ja herkkyys ottaa vastaan uutta tietoa tukevat opiskelijan edistymistä. Ymmärryksen kautta tapahtuva oppiminen edellyttää keskusteluja asioista vaikkapa työparin tai tiimin kanssa ja tämä taas edellyttää työnantajan tukea. Oppimista edistää se, että työyhteisössä arvostetaan asioiden ymmärtämisen merkitystä ja vuorovaikutuksen tarpeellisuutta, joten työssä pitäisi olla varattuna aikaa arvioida ja reflektoida asioita. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Myös tiedon soveltaminen teoriasta käytäntöön tapahtui työn lomassa, oman työn puitteissa, uusiin tehtäviin tarttumalla ja tiedon siirtämisellä koko työyhteisöön. Uuden tiedon soveltamiselle ja tiedottamiselle on annettava aikaa esimerkiksi palaverien, tiedotuksen ja koulutusten järjestämiseksi. Jokaisen lähijakson jälkeen opiskelijat kirjoittivat oppimispäiväkirjaa ja antoivat palautteen lähijaksosta. Myös Kankaanpään opiston laatujärjestelmään kerättiin palaute kerran koulutuksen aikana. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Ensimmäisen lähijakson tarkoituksena oli lisätä opiskelijoiden tietämystä sekä päivittää perustietämystä muistisairauksien tilanteesta Suomessa asiakkaan näkökulmasta katsottuna. Samalla opiskelijat perehdytettiin Moodle-oppimisalustan käyttöön. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti ja Muistiliiton hyvän hoidon kriteerit käytiin läpi ja opiskelijat joutuivat vielä etätehtävänänsä lukemaan raporttia ja pohtimaan eettisten periaatteiden toteutumista omassa työssään. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Toisen lähijakson aiheina olivat Cerad-testi ja läpileikkaus toimintakykytesteistä pääpiirteittäin sekä muistiin vaikuttavat ja dementoivat aivosairaudet. Testien opetuksen tavoitteena oli yhtenäinen käytäntö niiden tekemisessä. Testit esiteltiin ja sit-

ten käytiin kohta kohdalta läpi. Jokainen opiskelija sai tehtäväksi harjoitella testejä työkaverin tai omaistensa kanssa ja harjoitella niiden tekemistä myös omassa työssään. Muistihäiriöitä aiheuttavat sairaudet sekä dementoivat muistisairaudet käytiin myös läpi. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Muistisairauksien varhainen tunnistaminen ja muistioireiden syyn varhainen selvittäminen ovat tärkeitä asioita niin sairastuneen kuin hänen läheistensä elämänlaadun kannalta. Seulontatestien avulla pyritään tavoittamaan eri muistisairauksien keskeiset ja varhaisimmat piirteet. Aikaisemmin perusterveydenhuollossa on käytetty Minimal Mental State Examinationia (MMSE) ensivaiheen arviointimenetelmänä, mutta nykyään on käytössä kansainvälisestikin tunnettu CERAD-tehtäväsarja. (Hänninen & Pulliainen 2010, 356–360.)

MMSE koostuu useista lyhyistä tehtävistä. Maksimipistemäärä on 30 pistettä ja kriittisenä raja-arvona pidetään 24 pistettä. MMSE:n tulos on riippuvainen iästä ja koulutuksesta, joten se ei anna luotettavaa tulosta. (Sulkava, Vuori & Ylikoski 2007, 5–7.)

Cerad-tehtäväsarja koostuu yhdeksästä kognitiivisia osa-alueita kartoittavasta tehtävästä. Cerad-tehtäväsarja on ollut Suomessa käytössä jo yli kymmenen vuotta. Ceradilla seulotaan lähinnä Alzheimerin tautia sairastavat, mutta testi toimii melko hyvin myös muissa muistisairauksissa. Vuoden 2010 aikana suomalaiset muistiasiantuntijat ja tutkijat muuttivat hieman pisterajoja, sillä pisterajat, joilla tulos muuttuu poikkeavaksi, olivat heidän mielestään liian matalia. Myös lievää muistisairautta jo sairastavat saattavat saada normaalin suorituksen vanhojen pisterajojen mukaan. Nämä muutokset tekevät Ceradin entistä tarkemmaksi ja herkemmäksi Alzheimerin tautia ja muista muistisairauksista kartoitettaessa. (Juva 2010, 6–7.)

Toimintakykytestejä on monenlaisia mutta Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksessa opastettiin käyttämään ADL- ja IADL-toimintakykyarvioita. Kysely tehdään yleensä omaiselle mutta myös sairastuneelta voidaan asioita kysellä, näin saadaan selville muistisairaana ihmisen sairaudentunto. Toimintakykyarvion tekeminen on erittäin tärkeä osa-alue muistisairaana ihmisen tutkimuksissa. (Alhainen & Rosenvall 2010, 387–390.)

GDS-30:a, eli ikäihmisten masennustestiä, käytetään muistisairaahan ihmisen masennustestinä. GDS-30 on itsearviointiasteikko, mutta muistisairaahan ihmisen ollessa kyseessä hoitajan on hyvä kysyä kysymykset ja täyttää kyselylomake vastausten mukaan. Vastauksina on vaan kyllä tai ei. (Vuori 2007, 40.)

Omaisten haastattelut ja kyselylomakkeet antavat erittäin hyvää ja arvokasta tietoa muistisairaahan ihmisen elämästä ja suoriutumisesta arjessa. On hyvin tärkeää tietää, ovatko muistioireet alkaneet äkillisesti vai pitkän ajan kuluessa ja millaisia ongelmia ja muistioireita on kyseessä. Omaiset täyttävät kyselylomakkeen joko vastaanotolla tai sitten he saavat sen kotiin ja toimittavat sen sitten takaisin. Muistisairausdiagnoosin teossa omaisten kyselylomakkeella on suuri merkitys, siitä lääkärit saavat erittäin arvokasta tietoa. (Pulliainen, Kuikka & Salo 2010, 373.)

Muistipotilaan hoitoketju koostuu valtakunnallisista, useampien eri ammattilaisten ja asiantuntijoiden suosituksista ja hoitoketju tulee lähivuosina painottamaan ennen kaikkea muistisairauksien ennalta ehkäisyä. Hoitoketjun jatkuvalla kehittämisellä, muistipoliklinikalla ja moniammatillisella muistitiimillä pyritään vastaamaan etenevien muistisairauksien aiheuttamaan haasteeseen mahdollisimman hyvin. (Hänninen & Pulliainen 2010, 547–548.) Etätehtäväkseen opiskelijat saivatkin selvittää oman kotikuntansa muistipotilaan hoitoketjua (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010).

Kolmas lähijakso koostui muistihoitajan tehtäväkentän kuvauksesta muistineuvolas-
sa, aivoterveysten edistämisen keinoista ja työikäisten muistisairauksiin liittyvistä erityiskysymyksistä. Lisäksi selvitettiin vielä erilaisia toimintakykyarvioinnin välineitä, kerrottiin eri tukipalveluista, potilaan ja omaisten ohjauksesta ja neuvonnasta sekä hiljattain muistisairauteen sairastuneille järjestettävästä ensitietopäivästä ja sen sisällöstä. Myös työikäisten muistisairaudet käsiteltiin, niiden tunnistamista ja niihin liittyviä asioita. Etätehtäväksi opiskelijat saivat tehdä vähintään kaksi Cerad-testiä omassa työssään ja palauttaa testien tekemisestä raportti. Näin opiskelija sai harjoitella käytännössä testien tekoa ja miettiä, missä asiassa tarvitsee vielä harjoitusta ja mitä muita kysymyksiä tuli mieleen testiä tehdessä. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Neljännessä lähijaksossa käsiteltiin muistisairaahan ihmisen ravitsemusta sekä omaisten ja läheisten ohjausta. Tunneilla kerrottiin ikääntyvien ihmisten uusimmat ravitsemussuositukset sekä muita asioita, mitkä liittyvät muistisairaahan ihmisen ravitsemukseen sekä ruokailuun. Omaiset ja läheiset liitto ry:n edustaja kertoi liiton toiminnasta ja sieltä saatavasta palveluohjauksesta. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Viidennen lähijakson aiheina olivat muistitestien teon syventävät opinnot ja tulkinnat sekä lääkehoidon erityiskysymykset muistisairauksissa. Ceradin tekoa käytiin vielä läpi ja keskusteltiin testien teon aikana esiin nousseista kysymyksistä ja ongelmista. Opiskelijoita yritettiin ohjata testien käytössä sekä vahvistaa heidän itsetuntoaan testien teossa ja tulkinnassa. Muistisairaiden ihmisten lääkityksessä on monenlaisia ongelmia ja epäselvyyksiä, joita sitten pyrittiin selittämään opiskelijoille. Aiheina olivat lääkehoito muistisairauksissa, muistisairaiden ihmisten muiden sairauksien lääkkeet ja muistisairaille ihmisille sopimattomat lääkkeet. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Kuudes lähijakso koostui kokonaan muistisairaahan ihmisen ja hänen omaistensa palveluohjauksesta. Opiskelijat saivat tietoa muistisairaahan ihmisen palveluista ja siitä, miten ihmisiä tulee ohjata palveluiden piiriin. He saivat hyvin käytännönläheisiä esimerkkejä, oheislukemista sekä tiettyjä kirjoja luettavaksi. Tehtäväksi tuli pohtia asioita ja laittaa oppimismuistioon opittuja sekä mieltä askarruttavia asioita. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Seitsemännessä lähijaksossa kehitettiin vuorovaikutustaitoja ja viestintää työyhteisössä. Opiskelijoille selvitettiin vuorovaikutustaitojen ABC:tä, opetettiin, miten vuorovaikutustaitoja voi kehittää ja miksi vuorovaikutustaitoihin pitää puuttua jo varhaisessa vaiheessa. Opiskelijat saivat myös tällä lähijaksolla paljon käytännön esimerkkejä. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Kahdeksannella lähijaksolla opiskelijoita opastettiin käyttämään lääkkeettömiä hoitomuotoja muistisairaahan ihmisen hoidossa. Lähijaksolla käytiin hyvin tarkasti läpi TunteVa-menetelmä sekä liikunnan ja erilaisten terapioiden käyttö muistisairaahan ihmisen hoidossa. Muistelun voimaannuttava vaikutus ja TTAP olivat myös lääkkeet-

tömän hoidon osiossa esiin tuotuja asioita. TTAP on professori Linda Madorin kehittämä, taiteita hyödyntävä vanhusten ja kehitysvammaisten kuntoutusmenetelmä, jonka on todettu olevan myös muistisairaahan ihmisen hoitotyössä erittäin hyvä ja kuntouttava menetelmä. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

Kahdella viimeisellä kerralla opiskelijat esittelivät toisilleen omassa työyhteisössään tekemiään kehittämistehtäviä. Opiskelijat kertoivat myös omia kokemuksiaan oppimisestaan, antoivat palautetta koulutuksesta, verkostoituivat muiden muistihoitajien sekä valtakunnallisten muistijärjestöjen kanssa sekä saivat todistuksensa. (Ketola henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.)

7 AINEISTOON LIITTYVIÄ AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Muistihoitajakoulutuksen vaikuttavuutta ei tietääkseni ole koskaan aikaisemmin tutkittu, koska koko koulutus on vielä melko uutta, ja oppilaitoksesta riippuen myös hyvin erilaista ja eripituista.

Muistikoordinaattoritoimintaa ja sen vaikuttavuutta on Suomessa tutkittu. Muistikoordinaattoritoiminta alkoi Suomessa vuonna 2007. Ensimmäiset muistikoordinaattoripioneerit aloittivat toimintansa Espoossa, Helsingissä, Porvoossa ja Sodankylässä. Tämän toiminnan tavoitteena on turvata muistisairaahan ihmisen turvallinen kotona asuminen, heidän hyvinvointinsa, laadukkaan elämän ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Muistikoordinaattoritoiminnan avulla on selkeästi pystytty pidentämään muistisairaahan ihmisen kotona asumista. (Toljamo & Koponen 2011, 15–17.)

Muistihoitaja- muistiyhdyshenkilöverkoston toimivuutta, vaikuttavuutta ja kehittämistarpeita on myös tutkittu. Verkostoituminen koettiin tässä tutkimuksessa ammatillisuutta vahvistavana vuorovaikutuskanavana. Verkostotoiminnasta saatiin paljon vertaistukea ja myös tiedon välitys lisääntyi. (Lindvall & Suma 2010, 6, 46.)

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuutta vanhustyössä. Tavoitteena on muistihoidajien antamien vastausten ja ehdotusten pohjalta kehittää entisestään Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutusta vastaamaan sitä tarvetta, mikä muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisessa hoitotyössä on tärkeää.

Tutkimusongelmat ovat:

- Miten hyvin Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen käyneet hoitajat tunnistavat muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisen hoitotyön periaatteet?
- Minkälaista hyötyä Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutus on antanut vanhustyöhön?
- Mitä kehittämistarpeita Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen sisältöön on tullut esille?

Teoriaosuudessa tarkastelen muistia, muistisairauksia sekä niiden hoitoa Muistiliiton hyvän hoidon kriteerien, suomalaisten muistisairauksien asiantuntijoiden ohjeistuksen ja Käypä hoito -suositusten mukaisesti, sillä myös Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutus pohjautuu näihin ohjeistuksiin.

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

9.1 Avoin kysely ja aineiston keruu

Hain tutkimusluvan Kankaanpään opiston rehtorilta kirjallisesti helmikuussa 2011 ja sain sen. (Liitteet 1-2). Hain tutkimusluvan myös Satakunnan ammattikorkeakoululta. Tutkimussuunnitelman hyväksymisen ja tutkimuslupa-asioiden selvittyä lähetin kyselylomakkeeni 78:lle Kankaanpään opistosta valmistuneelle muistihoidajalle. Itse en vastannut tähän tutkimukseen. Kankaanpään opisto kustansi kirjekuoret ja postimaksut sekä huolehti postituksesta valmistuneille muistihoidajille. Kyselylomakkeen

vastaamiseen annoin aikaa kuukauden. Opinnäytetyössäni pyrin avoimen kyselyn avulla kartoittamaan muistihoidajiksi valmistuneiden hoitotyöntekijöiden ajatuksia ja kokemuksia muistiosaamisestaan ja sen toteuttamisesta omassa vanhustyössään. Vastauksia tuli kuukauden aikana 49 kappaletta ja kolme kappaletta vielä vähän myöhemmin, viimeisin tuli kahden kuukauden kuluttua. Yhdessä vastauksessa luki vain, että kävin ensimmäisellä kerralla ja lopetin siihen, ei ollut minun juttuni. Kaksi kirjekuorta oli palautettu takaisin Kankaanpään opistolle ”osoite tuntematon ” -merkinnällä. Vastausprosentti oli mielestäni hyvä, sillä se oli yli 60 prosenttia.

9.2 Tutkimusmenetelmä

Muistihoidajakoulutus on melko uutta täydennyskoulutusta eikä siitä näin ollen ole vielä aiemmin tutkittua tietoa, joten opinnäytetyöni on ensimmäinen työ, jossa tutkitaan muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuutta vanhustyössä. Siksi valitsinkin tutkimusmenetelmäksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja siihen sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen pyrkimys on löytää ja paljastaa tosiasioita eikä niinkään todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161.) Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella pääsen mahdollisimman lähelle ihmisiä ja näin ollen annan heille mahdollisuuden kuvailla käytännön kokemuksiaan omin sanoin.

Kyselyn idea on yksinkertainen. Jos tutkija haluaa saada selville, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii tietyllä tavalla, on järkevää kysyä asiaa häneltä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72.) Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, jossa oli avoimia kysymyksiä. (Liitteet 8-9.) Avoimien kysymysten tavoitteena oli saada mahdollisimman kattavia vastauksia ja antaa vastaajien kertoa mielipiteensä vapaasti. Avointen kysymysten avulla sain myös paremmin selville vastaajien käsityksiä muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä, heidän kokemuksiaan muistiosaamisensa hyödyntämisestä vanhustyössä sekä heidän kehittämis ehdotuksiaan muistihoidajakoulutuksen sisältöön liittyvissä asioissa. Mielestäni vastaajien oli nimettöminä helpom-

pi vastata kysymyksiin ja sitä kautta ehkä arvioida paremmin sekä omaa osaamistaan että muistihoidajakoulutuksen sisältöä.

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

Usein aineiston keruun yhteydessä pohditaan, kuinka paljon aineistoa tulee kerätä, jotta tutkimus olisi tieteellistä, edustavaa ja yleistettävissä. Pohtia pitää sitäkin, millainen aineisto riittää opinnäytetyöhön. Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan niissä pyritäänkin kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa ja ymmärtämään tiettyä toimintaa sekä antamaan ilmiölle teoreettinen tulkinta. Tämän vuoksi laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt joilta tiedot kerätään, tietävät tutkittavasta asiasta paljon ja heillä on ehkä myös kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

9.3 Tutkimuksen aineiston analysointi

Analyysin avulla luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Laadullisessa tutkimuksessa löytyy usein kiinnostavia asioita, jopa sellaisia, joita ei ole ollut tarkoitus tutkia. Ylimääräinen tutkimusaineisto on vain osattava laittaa syrjään ja pyrittävä tarkasti kuvaamaan kaikki se tieto, mikä olennaisesti kuuluu tutkimukseen ja auttaa vastaamaan tutkimusongelmiin. Aloittelevalle tutkijalle tällainen tilanne voi olla hyvinkin hämmentävä ja saattaa tuottaa ongelmia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–92.)

Kyngäs ja Vanhanen kertovat sisällönanalyysin olevan menettelytapa, jolla voidaan analysoida mitä tahansa kirjalliseen muotoon tuotettua materiaalia systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkimuksessa aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoi-

tus on luoda sanallinen ja selkeä kuva tutkittavasta asiasta. Sisällönanalyysin avulla pyritään järjestämään saatu aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon sen sisältämää informaatiota hukkaamatta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–108.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi koostuu kolmesta eri vaiheesta: Aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistäminen eli redusointi on aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe. Sillä tarkoitetaan sitä, että auki kirjoitetusta aineistosta karsitaan kaikki epäolennainen pois, eli koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Aineiston pelkistäminen ohjaa tutkimustehtävää. Toinen vaihe on ryhmittely eli klusterointi. Siinä tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista yhteen kuuluvat asiat. Samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Kolmas vaihe on käsitteellistäminen eli abstrahointi. Siinä on kyseessä yleiskäsitteiden avulla tapahtuvasta tutkimuskohteen kuvauksesta. Tässä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on aiheellista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.)

Saatuani vastauksia takaisin aloitin heti aineistolähtöisen analysoinnin. Numeroin vastaukset palautumisjärjestyksessä, luin ne heti ja perehdyin niiden sisältöön. Litteroin sanatarkasti kaikki vastaukset ja kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 62 sivua, jotka sitten luin useampaan kertaan mahdollisia alleviivauksia varten. Etsin vastauksista useasti esiintyviä samoja ilmaisuja, kirjoitin ne teemoittain ja laskin montako kertaa samoja ilmaisuja esiintyi. Saamani vastaukset laitoin kunkin omaan ryhmäänsä kuuluvaksi. Pelkistetyt ilmaisut kirjasin sanatarkasti, ja alleviivasin ne eri väreillä. Samaa tarkoittavat ilmaisut laitoin samaan kategoriaan, jonka nimesin sisältöä kuvaavalla nimellä. Omassa opinnäytetyössäni halusin löytää vastauksia siihen, miten suuren hyödyn Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutus antaa vanhustyötä tekeville hoitotyöntekijöille ja mitä muistihoidajakoulutuksen sisällössä vielä tulisi kehittää. (Liitteet 5-7.)

9.4 Kohderyhmä

Valitsemani aineisto on koottu Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen suorittaneista hoitotyöntekijöistä. Kaikki hoitotyöntekijät ovat jo ennen muistihoitajakoulutusta ja sen jälkeen omassa vanhustyössään kohdanneet muistisairaita ihmisiä ja heidän omaisiaan. Joten jokainen heistä oli jo ehtinyt toteuttamaan saamaansa muistihoitajakoulutusta käytännössä ja näin ollen pystyivät paremmin arvioimaan omaa osaamistaan ja kehittämistarpeita.

9.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Testasin kyselylomakkeeni kymmenellä hoitotyön tekijällä omalla työpaikallani. Heillä kaikilla oli runsaasti kokemusta vanhustyöstä sekä kokemusta myös muistisairaahan ihmisen hoitotyöstä. Testaamisen jälkeen tein kyselylomakkeeseen hiukan pieniä muutoksia, lähinnä kysymysten muotoiluun. Kyselylomakkeen mukana laitoin saatekirjeen, jonka tarkoituksena oli selvittää muistihoitajille tutkimuksen taustaa ja motivoida henkilöitä vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin.

Jokaisessa tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä ja yksittäisessä tutkimuksessa onkin arvioitava tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa tulevat esiin totuudenmukainen ja objektiivinen tieto. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–136.)

Mielestäni tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimukseni analysoinnissa olen käyttänyt paljon suoria lainauksia. Tutkimustulosten tulkinnassa korostuu ehkä tutkijan oma muistisairaahan ihmisen hoitotyön osaaminen sekä runsas työkokemus muistisairaahan ihmisen hoitotyössä, joten myös aihealueen tunteminen tuo luotettavuutta. Kyselyyn vastanneet ovat hyvin naisvaltaisen alan edustajia, mutta kokeneita ja työhönsä erittäin sitoutuneita hoitotyöntekijöitä, joten sekin lisää luotettavuutta. Vain kaksi miespuolista hoitotyöntekijää oli suorittanut Kankaanpään opiston järjestämän muistihoitajakoulutuksen, mutta en tiedä vastasivatko he kyselyyni. Vastaavasti tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää se, että osa Posassa työskentelevistä hoita-

jista tietää opinnäytetyön tekijän nykyään toimivan luennoitsijana Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksessa, tosin ei ole tietoa siitä, ovatko he edes vastanneet tutkimukseni kyselylomakkeeseen ja ovatko he vastanneet rehellisesti. Joidenkin vastausten kohdalla mietin, olivatko ne varmasti henkilön omia ajatuksia vai haluttiinko tutkimuksen tekijää vaan miellyttää. Kuitenkin vastauksista oli aistittavissa muistihoidajien innostunut asenne ja halu kehittyä vielä paremmaksi muistihoidajaksi, sitä osoittaa mielestäni myös runsas kyselyyn vastanneiden määrä.

Luotettavuutta lisää myös se seikka, että olen teoriaosuudessa käyttänyt hyvin runsaasti eri muistiasiantuntijoiden tutkimuksia. Koska muistisairaudet ovat maailmanlaajuinen ongelma, olen käyttänyt tutkimuksessani myös englanninkielistä sekä ruotsinkielistä materiaalia. Tutkimuksessani käytetty kirjallisuus on melko uutta ja tiedot ovat tuoreita.

Eettisyys on myös osa tutkimuksen luotettavuutta sekä tutkimuksen laatua. Eettinen sitoutuneisuus tutkimuksen aikana ohjaa hyvää tutkimusta. Tutkimuksen tulokset ohjaavat eettisiä ratkaisuja ja tutkijan eettinen kanta puolestaan vaikuttaa tutkimuksessa tehtyihin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Olen pyrkinyt mitään kaunistelematta kirjaamaan tutkimukseni tulokset, sillä huolellisen ja totuudenmukaisen raportoinnin avulla saan varmasti muistihoidajien ajatukset ja kehittämisideat tuotua oikealla tavalla esille.

Opinnäytetyön aineiston keruu tapahtui kyselylomakkeiden avulla. Kyselylomakkeen etusivulla kerroin, että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaajat palauttavat kyselylomakkeet nimettöminä suljetuissa kirjekuorissa. Kyselylomakkeita ei lukenut kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijä ja tutkimuksen valmistuttua kaikki vastauslomakkeet hävitettiin paperisilppurissa. Taustatietoja kysyessäni en kysynyt vastaajien sukupuolta, koska vain kaksi miestä oli ollut muistihoidajakoulutuksessa ja silloin olisin helposti tunnistanut heidän vastauksensa. Muutama Posan alueella toimiva muistihoidajakoulutuksen saanut hoitaja oli palauttanut vastauksensa Posan sisäisessä postissa, vaikka vastauskuoressa oli kotiosoitteeni ja postimaksu oli maksettu. En kuitenkaan pystynyt tunnistamaan näitä vastaajia, mutta pystyin tunnistamaan heidät posalaisiksi.

Avoimia kyselyjä purkaessani oli mielenkiintoista lukea muistihoitajien vastauksia. Aineiston analyysi oli mielestäni laadullisen tutkimukseni aikaa vievin vaihe, joskin se myös samalla oli mielenkiintoista. Sisällönanalyysiä tehdessäni pohdin sitä, että olinko poiminut juuri olennaiset asiat ja osasinko luokitella ne oikein. Koska tein työni yksin, en voinut verrata saamiani tuloksia kenenkään kanssa.

10 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksia kuvaan niin, että ensin selvitän kyselyyn vastanneiden taustatietoja ja sitten tutkimusongelmittain selvitän vastauksia ja tuloksia.

10.1 Taustatiedot

Tähän tutkimukseen vastanneista nuorimmat olivat 30–35 vuotiaita ja vanhimmat yli 55 vuotiaita. Eniten vastaajia sijoittui ikävuosien 45–50 vuotta välille. Yhtään alle kolmekymmentävuotiasta hoitajaa ei vastaajissa ollut. Hoitotyökokemusta hoitajilla oli tutkimuksen tekohetkellä keskimäärin 18 vuotta. Pisin hoitotyökokemus oli 35 vuotta ja lyhin kaksi vuotta. Vanhustyön kokemusta heillä oli keskimäärin 15,5 vuotta. Pisin vanhustyöstä saatu työkokemus oli 35 vuotta ja lyhin kaksi vuotta. Vastaajista 38:lla oli koulutason tutkinto, jota oli täydennetty erilaisilla lyhyemmällä koulutuksilla, kuten esimerkiksi jalkojenhoitajan tutkinnolla ja vanhustyön erikoisammattitutkinnolla. Opistoasteen tutkinnon suorittaneita oli kymmenen ja AMK- tutkinnon suorittaneita oli kolme vastanneiden joukossa. Yksi vastaaja ei antanut taustatietojaan, hän mainitsi vain, ettei ollut hänen juttunsa ja lopetti opiskelun ensimmäisen päivän jälkeen. Tutkimukseen vastanneet hoitotyöntekijät toimivat sekä kunnallisella että yksityisellä puolella mutta myös kolmannella sektorilla ja yksityisinä yrittäjinä. Toimipaikkoina heillä oli hyvin erilaisia paikkoja. Kolme kyselyyn vastanneesta työskenteli seniorineuvolassa tai avopuolen muistipoliklinikalla, seitsemän työskenteli kunnallisella puolella kotihoidossa ja yksityisinä kotihoidon yrittäjinä työskenteli kaksi henkilöä. Kolme vastanneista työskenteli kolmannella sektorilla ja kaikki loput työskentelivät pitkäaikaishoitopaikoissa. Pitkäaikaishoitopaikan valinneista useam-

mat vastaajat olivat laittaneet vielä tarkennuksen: vuodeosasto, vanhusten ympärivuorokautinen tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja yksityinen tehostettu palvelutalo.

10.2 Muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö muistihoitajien kuvaamana

Vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia sisällöltään. Muistihoitajat ovat sisäistäneet muistisairaahan kokonaisvaltaisen hoitotyön merkityksen hyvin.

Kysyttäessä muistisairaahan ihmisen kuntouttavasta ja toimintakykyä ylläpitävästä hoitotyöstä, eli kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä, 40 vastaajista oli sitä mieltä, että sen pitää olla suunnitelmallista, ennakoivaa ja monialaista toimintaa. Se vaatii työntekijöiltä hyvää ammattitaitoa ja jatkuvaa kouluttautumista. Se on kokonaisvaltaista hoitotyötä, jossa huomioidaan muistisairaahan psykofyysissosiaaliset ominaisuudet, toimintakyvyn ylläpito, ravitsemus, lääkitys, oikeaoppinen kohtaaminen ja vuorovaikutustaidot, liikunta ja kuntoutus, viriketoiminta, omaisten kanssa tehtävä yhteistyö, edunvalvonta ja erilaisten sosiaalisten tukimuotojen tarpeen tunnistaminen. Se on hoitoa diagnoosin saannista kuolemaan saakka.

Fyysisen toimintakyvyn tukemisessa korostui toimintakyvyn ylläpitäminen ja voimavarojen tunnistaminen. Liikkuminen, ulkoilu ja omatoimisuuden tukeminen koettiin tärkeiksi asioiksi muistisairaahan ihmisen hoitotyössä. Ulkoilu todettiin erittäin tärkeäksi asiaksi mutta aina siihen ei ollut aikaa eikä henkilökuntaa riittävästi. Omaisia kehoitettiin ulkoilemaan yhdessä muistisairaahan kanssa. Omatoimisuuden tukeminen oli sisäistetty hyvin. Omatoimisuudella tarkoitetaan sitä, että ei tehdä kaikkea muistisairaahan puolesta, vaan annetaan hänen itse yrittää ja suoriutua päivittäisistä toiminnoistaan, mutta tarvittaessa kuitenkin ohjataan ja autetaan häntä. Lisäksi hyvällä ravitsemuksella ja oikealla lääkityksellä havaittiin olevan suuri merkitys fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen.

Psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämisessä koettiin tärkeänä asiana oikeaoppista vuorovaikutusta, kuuntelemista, keskustelua, läsnäoloa ja tunteiden tunnistamista. Kosketuksen, halaamisen, myötäelämisen ja huumorin käytön nähtiin myös tukevan

muistisairaahan ihmisen psyykkistä toimintakykyä. Kodinomaisella ja turvallisella ympäristöllä, muistisairauslääkkeillä, toiminnallisilla menetelmillä ja henkilökunnan asenteilla nähtiin olevan myönteinen vaikutus psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa.

Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisessä korostuivat erilaiset yhteiset tapahtumat, yhteistyö omaisten kanssa ja kaikenlainen viriketoiminta. Erilaiset keskustelut, valokuvien katselu, muistelut ja arvoitusten kyseleminen lisäsivät sosiaalista kanssakäymistä. Yhteistyö omaisten, hoitotyön ammattilaisten ja muiden ammattilaisten kanssa koettiin tärkeäksi asiaksi, jota ilman muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaista hoitotyötä ei voida oikeaoppisesti toteuttaa.

Hengellinen tukeminen tuli esille vain kahdessa vastauksessa ja niissäkin toisessa siten, että se ymmärretään tärkeäksi asiaksi muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaisessa hoitotyössä mutta siihen ei ole oikein taitoja. Toisessa vastauksessa iltarukouksen lukeminen yhdessä asukkaan kanssa sekä sunnuntainen jumalanpalvelus koettiin hengellisen puolen tukemiseksi.

10.2.1 Varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

Muistisairauksien varhainen toteaminen ja hoitoonohjaus koettiin tärkeiksi asioiksi muistisairaahan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Fyysinen toimintakyky muistisairautta epäiltäessä nähtiin tässä kykynä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, joko itsenäisesti, ohjattuna tai avustettuna. Tällaisia päivittäisiä toimintoja ovat esimerkiksi pukeutuminen, peseytyminen, ruokailu ja liikkuminen. Psykkinen toimintakyky oli muistihoitajien mielestä ajan ja paikan tajua, muistia ja mielialaa, ja sosiaalinen toimintakyky puolestaan tarkoitti asioiden hoitoa ja sosiaalista kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa. Muistihoitajat pitivät muistisairauden varhaista tunnistamista erittäin tärkeänä asiana. Varhaisen tunnistamisen mitareina he käyttivät erilaisia testejä, kuten muistitestiä, masennustestiä ja toimintakykyarviota ja uskoivat niiden antavat viitteitä siitä, onko kysymys muistisairaudesta ja tarvitaanko mahdollisesti jatkoselvittelyjä. Muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn mit-

tareina käytettiin MMSE- ja CERAD-testejä ja lisäksi erilaisia masennustestejä, RAVAA ja muita toimintakykyarvioita.

”muistisairaahan kokonaisvaltaisen hoidon perusta on dementoivan sairauden ja mahdollisen toimintakykyä alentavan muun sairauden asianmukaiset tutkimukset, diagnoosi ja hoito.”

”tehdään testejä heti kun huomataan jotain outoa muistamattomuutta tai sekavuutta potilaassa ja yritetään saada lääkäri tekeen lähetteen eteenpäin.”

10.2.2 Arvot ja toimintatavat

Myös arvot ja toimintatavat olivat tuttuja asioita. Omatoimisuutta, kannustamista, itsemääräämisoikeutta, asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä pidettiin itsestään selvinä asioina, mutta kiire ja henkilökunnan vähäinen määrä estivät toisinaan näiden toteutumista. Joissakin pienissä yksiköissä eettiset periaatteet muistisairaahan ihmisen hoidossa toteutuivat melko hyvin, mutta terveyskeskuksen vuodeosasto todettiin aivan vääräksi hoitopaikaksi muistisairaalle ihmiselle, koska siellä oli jatkuva hälinä ja kiire, ei ollut aikaa kuunnella ja keskustella niin kuin pitäisi ja myös geriatriseen tuoliin jouduttiin laittamaan liivillä sidottuna potilaita, koska ei ollut aikaa eikä mahdollisuutta vahtia heitä. Siellä usein myös tehtiin liikaa muistisairaahan ihmisen puolesta, koska ei ollut aikaa antaa potilaan itse suorittaa esimerkiksi päivittäisiä pesuja ja pukeutumista.

”annetaan muistisairaahan tehdä itse niin paljon kuin pystyy.”

”annetaan itse valita minkä mekon tänään haluaa, hoitaja ei valitse sitä.”

”toimintamme lähtee asiakkaan tarpeista ja toimimme hänen parhaakseen.”

”meillä osastolla joudumme usein laittamaan muistisairaahan ihmiset geriatriseen tuoliin istumaan, jotta he eivät karkaisi, kun emme pysty koko ajan vahtimaan heitä, se on kyllä väärin, mutta emme voi muuta, kun muutkin potilaat on hoidettava.”

Omatoimisuuden tukeminen ja voimavarat koettiin hyvänä asiana. Omatoimisuuden tukemisen huomattiin helpottavan n työtä monella tavalla ja yhdessä tekeminen tuntui myös mukavalta. Muistisairaajat ihmiset saivat tekemisestä onnistumisen tunteita ja tämän taas koettiin ehkäisevän jopa käytösoireita.

Useat muistihoidajat kokivat yksilöllisyyden huomioon ottamisessa muistisairaajan elämäntarinan tuntemisen erittäin tärkeäksi asiaksi. Elämäntarinan tunteminen helpotti monessa arjen asiassa, ja siksi elämäntarinalomake pitäisikin täyttää aina, kun uusi asiakas tulee hoitopaikkaan. Muistihoidajien vastauksista ilmeni muistisairaajan ihmisen yksilöllisyyttä kunnioittava ja arvostava hoitotyö. Muistisairaille ihmisille haluttiin turvata ihmisarvoinen elämä ja heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitettiin myös, mikäli siihen vain riitti aikaa ja henkilökuntaa. Ajanpuute ja henkilökunnan vähyyks koettiin estävän ja haittaavan hyvän hoidon toteutumista.

Hoito- ja palvelusuunnitelma nähtiin myös tärkeäksi asiaksi, sillä sen avulla voidaan hyvin suunnitella ja seurata muistisairaajan ihmisen elämää. Muistihoidajien mielestä muistisairaajan hoidon tulee olla suunnitelmallista, ennakoivaa ja monialaista toimintaa.

”yksilöllinen hoitosuunnitelma jokaiselle, tuetaan vielä jäljellä olevia asioita, siten saadaan asukkaalle hyviä kokemuksia ja hyvä mieli ja tarvittaessa tarkistetaan ja muutetaan sitä.”

10.2.3 Lääkehoito ja lääkkeetön hoito

Muistihoidajat ymmärsivät oikein hyvin oikean lääkehoidon tai lääkkeettömien hoitomuotojen käytön muistisairaajan ihmisen hoidossa. Lääkehoidon todettiin vaikuttavan muistisairaajan ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Tässäkin korostuivat taas kiire ja liian vähäinen henkilökunnan määrä, koska silloin helpommin turvauduttiin muun muassa rauhoittavien lääkkeiden käyttöön. Pienessä yksikössä käytettiin paljon lääkkeettömiä hoitumuotoja, kuten ulkoilua, liikuntaa,

muistelua. Rauhoittavia lääkkeitä sekä unilääkkeitä pyrittiin käyttämään hyvin minimaalisesti.

”pääpaino muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitämisessä on oikea ja säännöllinen lääkitys, liikunta, seurustelu, ulkoilu ja rehellinen keskustelu sairausasteen mukaisesti, se lisää luottamusta.”

”lääkitys kohdalleen ja otetaan huomioon muut sairaudet ja niiden lääkitys, mielellään geriatriin määräämä lääkitys.”

”liikunta, raitis ilma, liikkeellä oleminen, viriketoiminta, muisteleminen esimerkiksi vanhat valokuvat, nuoruus ja juhlapyhät, käsityöt kuten kutominen ja virkkaus, siinä lääkkeettömiä ja tehokkaita hoitomuotoja.”

”masennuslääkkeet ja unilääkkeet minimiin, kuitenkin riittävä kipulääkitys, muistilääkkeiden lopettaminenkin saattaa määrätysvaiheessa parantaa toimintakykyä.”

”kohdallaan oleva lääkitys tukee osaltaan päivittäistä selviytymistä ja hidastaa muistin huononemista.”

10.2.4 Ravitseminen

Ravitsemuksen merkitys muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaisessa hoitotyössä koettiin hyvin tärkeänä asiana. Oikealla ravitsemuksella voidaan muistihoitajien mielestä ehkäistä tai siirtää muistisairauksien alkamista, ja oikea ravitseminen todettiin muistisairaahan ihmisen toimintakykyä tukevaksi asiaksi. Monesta vastauksesta kuului kuitenkin se viesti, että keittiöhenkilökunnalla ei välttämättä ole riittävästi tietoa muistisairaahan ihmisen ravitsemuksesta. Pienessä yksikössä, jossa on oma keittäjä, ravitsemusasiat ovat parhaiten kunnossa. Siellä leivotaan usein, pyritään tekemään tuttuja, ikääntyville ihmisille maistuvia ruokia, lisätään voita ja kermaa makua ja energiapiitoisuutta antamaan ja samalla tutut tuoksut tuovat lämpimiä muistoja ja ajatuksia muistisairaiden mieleen. Pienessä yksikössä muistisairaalla on myös mahdollisuus osallistua pöydän kattamiseen ja pöydän pyyhkimiseen, ja henkilökunta voi ruokaila

ja juoda kahvia asukkaiden kanssa yhdessä ja näin omalla esimerkillään ohjata asukasta syömään itsenäisesti. Muistisairaahan omatoimista ruokailua pyrittiin tukemaan myös sillä, että annetaan vain yksi ruokalaji kerralla eteen.

”annetaan pieniä ravitsevia annoksia, annetaan hyvää ruokaa, ilman turhia lisäaineita, luomua, siis periaatteessa vähän mutta hyvää.”

”annetaan syödä veitsellä ja haarukalla niin kauan kuin se onnistuu.”

”meillä on aina päiväkahvilla tuoretta pullaa tai kakkua ja kermaa.”

”annetaan vaan yksi ruokalaji kerralla muistisairaahan eteen, koska muistisairas ihminen kärsii usein hahmottamisen häiriöstä, eikä näin välttämättä hahmota kaikkea tarjottimella.”

”annetaan itse ottaa ruokansa ja viedä astiat tiskiin.”

”meillä on aina täytekakkukahvit, kun jollakin asukkaalla on syntymäpäivä, laskiaisena paistetaan ulkona makkaraa, syödään hernekeittoa ja laskiaispullia sekä kaikkina juhlapyhinä niihin sopivia ruokia”

10.2.5 Kuntoutus

Kuntoutus ymmärrettiin hyvin tärkeäksi asiaksi muistisairaahan hoidossa mutta sitä ei käytännössä järjestetä riittävästi. Monet muistihoitajista olivat sitä mieltä, että kuntoutuksesta huolehtivat kuntoutuksen ammattilaiset, esimerkiksi lyhytaikaishoitajajaksien aikana. Joissakin hoitokodeissa oli omia kuntosaleja tai ainakin joitakin laitteita, joiden avulla pyrittiin lisäämään asukkaiden lihasvoimaa. Myös oikeiden apuvälineiden nähtiin helpottavan arkea ja auttamaan liikkumaan paremmin ulkonakin. Liikunnan merkitys muistisairaahan elämässä nähtiin hyvin tärkeänä asiana, mutta varsinkin kuntoutus kunnissa oli vielä melko huonosti järjestettyä.

”lihasvoimien ylläpitäminen on tärkeää muistisairaalla, hyvä liikuntakyky ehkäisee

kaatumistapaturmia ja muistisairaalla on usein selittämättömiä kaatuiluja.”

”meillä on motomed polkulaite, jota käytetään säännöllisesti.”

10.2.6 Vuorovaikutustaidot ja muistisairaahan ihmisen haasteellinen käyttäytyminen

Muistisairaahan ihmisen oikeaoppinen kohtaaminen, vuorovaikutustaidot ja haasteellinen käyttäytyminen tulivat selkeästi esille melkein jokaisessa vastauksessa. Nämä koettiin tärkeimmiksi asioiksi muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaisessa hoidossa.

”aikaa ja kärsivällisyyttä hoitotilanteisiin.”

”hänet tulee kohdata ammatillisesti, ei oteta henkilökohtaisesti aggressio, itku, pelko ja ilo, vaan myötäeläen, yrittäen ymmärtää syitä tilanteiden taustalla, vaikka sanat voivat jo muistisairaalta puuttuakin.”

”en hermostu vaikka minua syytetään varastamisesta, ymmärrän sen kuuluvan sairauteen.”

”huumori on tärkeä asia muistisairaahan hoitotyössä, tietenkin ottaen huomioon, ettei pilkata vaan iloinen asenne työhön.”

Pyysin muistihoitajia kertomaan yhteistyöstään omaisten ja omaishoitajien kanssa. Muistihoitajien mielestä omaisten ja henkilökunnan välisellä vuorovaikutuksella koettiin olevan suuri merkitys muistisairaahan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta. Muistihoitajat kertoivat, että he kuuntelevat, kannustavat, tukevat ja antavat erilaisia vinkkejä omaisille ja omaishoitajille. Hyvällä keskinäisellä vuorovaikutuksella muistihoitajat kokivat saavuttaneensa paremmin omaisten luottamuksen. Muistihoitajat kertoivat tiedottavansa omaisille avoimesti heidän hoidettavistaan ja pyrkivät käyttäytymään asiallisesti ja ammatillisesti. Yhteiset tilaisuudet, kuten omaisten illat ja pikkujoulut, ovat parantaneet omaisten luottamusta hoitoon. Vertaistuesta ja erilaisista kursseista ja tukimuodoista kertominen sekä ihan konkreettinen halaus ja kosketus kuuluivat myös muistihoitajien mielestä omaisten tukemiseen ja sitä kautta vaikuttivat muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön.

”saada esimerkiksi luottamus omaiseen, että osaan asiani.”

”kehotan liittymään vertaistukiryhmiin.”

”kerron eri tukimuodoista, kuntoutuksesta, sopeutumisvalmennuskursseista, omaishoitajan vapaista ja lomista sekä muistisairaana lyhytaikaishoidosta.”

”terveydenhuollon ammattilaisena minulla on tärkeä tehtävä välittää tietoa läheisen muistisairaudesta, hoidosta, hoitotarvikkeista, apuvälineistä, tukimuodoista ja palveluista, oman jaksamisen tuesta sekä omaishoitajan oikeuksista ja velvollisuuksista.”

10.2.7 Henkilökunnan ammattitaito ja työhyvinvointi

Henkilökunnan hyvä ja vahva ammattitaito nähtiin olevan kaiken lähtökohtana. Omilta esimiehiltä odotettiin erityisosaamisen tunnistamista ja henkilökunnan ammattillisen osaamisen arvostamista. Muistihoitajien mielestä hyvinvoiva henkilöstö on tae myös muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaiselle hoitotyölle. Henkilökuntaa oli melkein jokaisessa työpaikassa liian vähän ja kotihoidossa oli liian vähän aikaa kotikäynnillä. Yksityiset kotihoidon yrittäjät kokivat, että nyt heillä on tarpeeksi aikaa tehdä työnsä hyvin ja huolellisesti, eikä kukaan ollut ”kellon kanssa heitä vahtimassa”.

”ammattitaitoinen ja koulutettu henkilökunta, joka on motivoitunut työhönsä, mahdollistaa hyvän hoitotyön, ilmapäiri on tärkeä.”

”henkilökuntaa on liian vähän joten muistisairaana hyvä hoito ei toteudu kunnolla, kotonakin on vielä paha olo, kun ei ole ehtinyt kunnolla tekemään töitään.”

”jokaisessa vanhustyöpaikassa tulisi olla muistihoidon ammattilaisia.”

10.2.8 Kuntoutumista edistävä hoitoympäristö

Kuntoutumista edistävä hoitoympäristö oli melko vähän esillä muistihoitajien vastauksissa. Muutamista vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että muistisairaahan hoitoympäristön tulisi olla turvallinen, oli se sitten omakoti tai hoitokoti, sairaala tai vanhainkoti. Ympäristössä tulisi olla rauhallinen ja myönteinen ilmapiiri, jotta muistisairas ihminen kokisi olevansa turvassa.

”kaunis ja turvallinen asuinympäristö jossa asukkaat pääsevät vapaasti liikkumaan.”

”riittävästi apuvälineitä kotiin, esimerkiksi kulunvalvontaa, ajastimia ja teknologiaa, jolla kotona asumista voidaan tehdä turvallisemmaksi ja pitkittää sitä.”

”kodinomainen hoitopaikka tai oma koti.”

10.2.9 Moniammatillisuus

Kehotin muistihoitajia omin sanoin kuvaamaan, miten moniammatillisuus toteutuu omassa vanhustyössä? Muistihoitajat ymmärsivät melko hyvin, että muistisairaahan ihmisen hoitotyö on moniammatillista työtä. Muistisairaahan hoidossa tarvitaan monenlaista osaamista ja yhteistyötä eri henkilöiden kanssa. Yhden vastauksen mukaan moniammatillisuus on hyvin ontuvaa, sillä harvoin muistisairasta hoidetaan yhdessä, ja yksi puolestaan totesi, että moniammatillisuus ei toteudu millään tavalla hänen työssään, vaan hän toimii yksin. Kolme muistihoitajaa ymmärsi moniammatillisuuden olevan sitä, että on itse käynyt montaa eri koulua ja hänellä on monta eri ammattia.

”muistisairaajat ihmiset tarvitsevat muitakin ammattiryhmiä kuin hoitajia ja lääkäreitä elämäänsä.”

”moniammatillisuus on yhteistyötä eri tahojen kanssa.”

”palvelutalossamme moniammatillisuus ilmenee jokapäiväisessä työssä, johon osallistuu sh, lähihoitajia, fysioterapeutti, lääkäri, sosionomi, palvelujohtaja, pappi, parturi-kampaaja ja tarvittaessa olemme geriatriin yhteydessä.”

10.3 Muistihoitajakoulutuksen antama hyöty vanhustyössä

Kysyttäessä, miten he ovat toteuttaneet muistiosaamistaan ja miten he ovat voineet hyödyntää sitä omassa vanhustyössään, vastaukset olivat hyvin paljon samanlaisia sisällöltään. Muistihoitajakoulutuksesta katsottiin olleen suurta hyötyä ja suurin osa valmistuneista muistihoitajista oli saanut hyödyntää omaa muistikoulutustaan omassa vanhustyössään. Koulutuksen katsottiin tuoneen runsaasti varmuutta heidän työhönsä, koulutus teki heidät paljon rohkeammiksi kertomaan omia ajatuksiaan ja he uskalsivat myös toimia haluamallaan tavalla.

Vastauksista ilmenee selkeästi se seikka, että suurin osa on voinut hyödyntää osaamistaan ainoastaan tehdessään erilaisia testejä. Omaisten ja muistisairaahan ohjaamiseen oli tullut varmuutta, mutta sitä osaamista ei ole saanut aina hyödyntää. Muistisairaahan hoitotyön kokonaisvaltaisuus oli laajentunut entisestään, mutta sitäkin tietoa ja taitoa ei saanut joka paikassa käyttää. Vastauksista käy lisäksi ilmi se, että kaikki esimiehet eivät ihan selkeästi ymmärrä muistisairaahan ihmisen hoitopolkua ja muistisairaahan ihmisen hoitotyöhön liittyviä erityistaitoja, eivätkä siten osaa hyödyntää hoitohenkilökunnan erityisosaamista.

Yleisin vastaus olikin, että muistitestien tekemiseen sai neuvoja ja harjoitusta ja sitä kautta uskaltaa tehdä niitä ja luottamus omaan ammattitaitoon on kasvanut. Jotkut muistihoitajat ovat opettaneet yksiköissään muillekin testien tekoa. Tässä esiintyi eniten poikkeavuutta eri yksiköissä ja eri esimiesten keskuudessa. Jotkut esimiehet pitivät päivän selvänä asiana, että muistihoitajakoulutuksen käynyt henkilö tekee kaikki testit, toiset esimiehet puolestaan olivat sitä mieltä, että testejä tekevät edelleenkin terveydenhoitajat, vaikka heillä ei olisi siihen koulutusta. Yksityisenä ja itsenäisenä yrittäjänä toimiva muistihoitaja oli sitä mieltä, että hän ohjaa mieluummin asiakkansa julkiselle puolelle muistitesteihin, koska se on siellä edullisempaa. Hä-

nen palkkionsa olisi asiakkaan lompakosta pois ja samalla hän toteaa tekevänsä myös yhteistyötä julkisen puolen kanssa.

”täällä cerad-testejä on tehnyt aina terveydenhoitaja, mutta olen saanut kerran tehdä, kun terveydenhoitaja oli sairas, MMSE- testejä kyllä olen saanut tehdä.”

Oppimista on tapahtunut ja tieto lisääntynyt, vaikka kaikissa vanhustyön paikoissa ei muistiosaamista tunnisteta eikä muistihoidajakoulutuksen antamaa osaamista osata hyödyntää oikein. Kuitenkin muistihoidajakoulutuksen nähtiin lisänneen hoitotyöhön sitoutumista, se on antanut työhön lisää mielekkyyttä ja sisältöä ja lääkkeettömien hoitomuotojen käyttöä on lisätty muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Samalla puolestaan rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käyttö on vähentynyt tai loppunut kokonaan, ja tämä taas on parantanut muistisairaiden ihmisten toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. Tiedon saamisen ja sen lisäämisen katsottiin parantaneen muistisairaiden ihmisten kuntouttavaa hoitotyötä. Tietoja ja muistiosaamista on myös pyritty jakamaan muille työyhteisön jäsenille ja omaisille sekä omaishoitajille.

”sain kokonaisvaltaisen kuvan muistisairaasta ihmisen elämän mustista aukoista ja osaan nyt ehkä paremmin huomioida ja helpottaa muistisairaasta elämää sairautensa kanssa.”

”koulutus syvensi ja tuki paljon käytännön osaamistani ja antoi varmuutta testien tekemiseen ja eri testien esittely oli kyllä hyväksi.”

”päivittäin tunnistan paljon paremmin muistisairaudesta, sen tunnistaminen helpottui paljon, ymmärrys asiakasta kohtaan lisääntynyt, ei tule mieleen hyökätä asiakasta vastaan tai ms.”

Työn psyykkinen kuormittavuus keveni, kun muistisairaita osattiin kohdata vähän paremmin. Monen vastaajan mielestä käytösoireet vähenivät, kun sairastuneiden kanssa osattiin keskustella paremmin, heidän tarpeensa tunnistettiin paremmin ja tunteet tulivat tunnistetuiksi muun muassa TunteVa-menetelmän käytön avulla. Muistisairaiden ihmisten elämänlaatu parani, kun heitä ei tarvinnut sitoa kiinni geriatriseen tuoliin tai heille ei tarvinnut antaa niin paljon rauhoittavia lääkkeitä. Levottomuuteen

osattiin suhtautua paremmin, potilasta tai asukasta vietiin vessaan, annettiin kipulääkettä tai syötävää. Matalan verenpaineen aiheuttama alkuyön levottomuus alkoi monessa paikassa vähentyä, kun sairastuneille antoi lasin maitoa ja voileivän. Muistisairaiden voimavarojen tunnistaminen päivittäisissä toiminnoissa kohensi heidän itsetuntoaan ja antoi mielihyvää. Monessa hoitokodissa koko hoitoympäristö rauhoittui ja kaikilla oli parempi olla ja asua.

Kun muistisairaiden fyysistä aktiivisuutta lisättiin, se lisäsi myös psyykkistä ja sosiaalista aktiivisuutta. Ryhmissä alettiin entistä enemmän harrastaa liikuntaa, muistella, laulaa, tanssia, ulkoilla ja harrastaa aivojumppaa. Muistisairaita potilaita alettiin tuoda sairaalan osastollakin päiväsaliiin muiden joukkoon kahville. Kaiken kaikkiaan kaikkien muistihoitajien ymmärrys ja taito muistisairaiden ihmisten kohtaamiseen ja heidän ohjaamiseensa oikealle hoitopolulle lisääntyi koulutuksen myötä ja suhtautuminen muistiasioihin muuttui paljon kantaa ottavammaksi kuin ennen koulutusta. Muistihoitajista tuli muistisairaiden ”asianajajia”, kuten yksi vastaajista oppimisensa kiteytti.

Muistisairauslääkityksen ja muistisairaana ihmisen muiden sairauksien lääkeyksien vaikuttavuutta alettiin tarkkailla huolella ja aivan eri tavalla kuin ennen. Monella oli ollut ennakkoluuloja muistisairauslääkitystä kohtaan ja se asenne muuttui positiivisemmaksi koulutuksen myötä. Kun muistisairaille ihmisille aloitettiin uusia lääkkeitä, niiden vaikuttavuuden seuranta lisääntyi. Myös asukkaiden säännöllistä painon ja verenpaineen seuranta tehostettiin ja joissakin paikoissa niitä seurattiin vähintään kerran kuukaudessa. Samoin ravitsemukseen alettiin kiinnittää eri tavalla huomiota. Asukkaiden ravitsemusta tehostettiin, ja jos asukkailla epäiltiin aliravitsemusta, heidän ravitsemustaan arvioitiin MNA-testin avulla.

Ensimmäiset ryhmät kävivät Kotkassa Muistojen Talossa opintokäynnillä. Käynti opetti monelle muistihoitajalle sen, miten tärkeää on tietää muistisairaana ihmisen elämäntarina. Tämän opintokäynnin seurauksena kehitettiin elämäkertalomake, jota on alettu käyttää tehokkaasti muistisairaiden ihmisten hoidossa. Samoin omaisia on alettu haastatella enemmän ja heitä on alettu ottaa enemmän mukaan muistisairaana hoitotyöhön. Omaisten ohjaus, palveluohjaus ja omaisten kohtaaminen onnistuu nyt paremmin kuin ennen koulutusta. Erilaisista tukimuodoista ja sosiaalipalveluista alet-

tiin ottaa paremmin selvää ja sitä kautta parannettiin muistisairaiden ja heidän omaistensa asemaa.

”työssä tulee huomioitua enemmän muistisairasta ja hänen omaistaan, koulutus antoi oppia kehittämään omaa toimintaani.”

Muistihoitajakoulutuksen myötä kolme hoitotyöntekijää on nimitetty omassa työyhteisössään kokopäiväiseksi muistihoitajaksi, osa toimii oman työnsä ohessa myös muistihoitajana, yhdessä vastauksessa oli, että jatkossa ehkä tulee muutoksia ja koulutusta hyödynnetään. Vastaavasti kymmenestä vastauksesta ilmeni, etteivät he ole voineet hyödyntää koulutustaan millään tavalla.

”olen saanut koulutusta muuallakin kuin Kankaanpään opistolla, kyllä siellä tuli konkreettisia vaihtoehtoja, miten toimia erilaisissa tilanteissa, yhdistelin aikaisemmin oppimaani uuteen ja kun olin tehnyt työtä käytännössä, syntyi oivalluksia, että olin oikealla tiellä mutta myös ajatuksia, että toisinkin voi toimia.”

Muistihoitajakoulutuksessa saatu oppi nähtiin niin tärkeäksi asiaksi, että joissakin vastauksissa ehdotettiin, että muistisairaudet ja muistisairaana ihmisen hoito ja erilaisen toimintakykytestien teko pitäisi sisällyttää vanhustyöhön erikoistuvien lähihoitajien koulutukseen, koska muistisairaudet ja muistisairaana ihmiset ovat jokapäiväinen asia vanhustyössä.

Lisäksi vastauksista ilmeni se seikka, että muistipoliklinikalla tai seniorineuvoloissa työskentelevät muistihoitajat korostivat enemmän koulutuksensa hyötyjä testien teossa, seurannassa ja tuki- ja sosiaalipalvelutyössä. Kotihoidossa toimivien muistihoitajien mielestä testien tekeminen ei niinkään kuulu heille, vaikka he oppivatkin testejä tekemään, vaan heidän pitää osata katsoa muistisairaana ihmisen kotona pärjäämistä, apujen tarvetta sekä omaisten jaksamista. Pitkäaikaishoidossa työskentelevät muistihoitajat taas kokivat hyödyntävänsä osaamistaan seuraavissa asioissa: asukkaan voimien seuraaminen testien avulla, lääkityksen vaikuttavuuden seuraaminen, lääkkeettömien hoitomuotojen käyttö käytösoireiden hoidossa, omaisten tukeminen, työntekijöiden työssä jaksaminen, muistisairaana kivun tunnistaminen ja hoitoympäristön kodinomaisuus. Muistihoitajakoulutus vahvisti monen hoitajan mielteitä hy-

västä hoitotyöstä, se antoi tavallaan luvan tehdä niin kuin ennen koulutusta oli ajateltu ja osa jo oli tehnytkin, esimerkiksi asukkaan annetaan nukkua pidempään silloin, kun tämä näin haluaa, ja samoin joustetaan ruoka-ajoissa.

”Jokaisessa vanhustyöpaikassa tulisi olla vähintään kaksi muistihoidajakoulutuksen saanutta työntekijää, niin silloin muistisairaita ihmisiä hoidettaisiin paljon paremmin.”

Verkostoituminen koettiin myös yhtenä muistihoidajakoulutuksen hyötynä sillä tämäkin asia oli opittu koulutuksen aikana ja sitä taitoa osattiin myös hyödyntää. Muistihoidajat pitivät yhteyttä toisiinsa sekä osaan luennoitsijoista ja saivat näin tukea, apua ja ohjausta työhönsä. Näin hoitajat saivat lisää varmuutta työskentelylleen sekä myös henkistä tukea toisilta muistihoidajilta, jos kaikki ei itsellä sujunut aina suunnitelmien mukaan. Lisäksi järjestettiin yhteisiä verkostotapaamisia, joissa yleensä oli myös joitakin luentoja.

”verkostoituminen on hyvä juttu, saan toisilta tukea.”

10.4 Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen sisällön kehittäminen

Kysyin kyselylomakkeessani muistihoidajilta, mitä asioita erityisesti tulisi painottaa muistihoidajakoulutuksessa? Yleisesti ottaen koulutukseen oltiin hyvin tyytyväisiä. Ainoastaan yksi vastaaja jätti koulutuksen heti ensimmäisen päivän jälkeen kesken, koska ”se ei ollut hänen juttunsa”. Muistihoidajakoulutuksessa oli hyvin eritasoisia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia ja erilaisissa toimipaikoissa työskenteleviä hoitajia, joten kehittämisajatukset syntyivät siltä pohjalta. Vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa koettiin puuttuneen vallan opetuksesta, 40 vastaajaa oli tätä mieltä. Samoin haasteellisesta käyttäytymisestä ja edunvalvonnasta, omaisten tukemisesta ja erilaisista sosiaalietuuksista kaivattiin enemmän tietoa. Toivottiin myös enemmän esimerkkejä arjen hoitotyöstä ja koulutusta enemmän käytännön läheisemmäksi.

10.4.1 Vuorovaikutustaidot ja muistisairaana ihmisen haasteellinen käyttäytyminen

Tärkeimpänä kehittämistarpeena Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen sisällössä muistihoitajat pitivät vuorovaikutustaitoja muistisairaana ihmisen kanssa. Kehittämisehdotukseksi tuli, että vuorovaikutus muistisairaana ihmisen kanssa, muistisairaana haasteellinen käyttäytyminen ja siihen oikeaoppisesti vastaaminen lisätään koulutukseen. Koulutuksessa käsiteltiin kyllä vuorovaikutustaitoja työyhteisössä, mikä oli muutaman vastaajan mielestä ihan hyvä asia. Vuorovaikutusta muistisairaana ihmisen kanssa ja muistisairaana haasteellista käyttäytymistä ei käsitelty lainkaan eikä niistä annettu käytännön esimerkkejä. Suurin osa vastaajista työskenteli pitkäaikais- hoidossa, jossa erityisesti kaivattiin hyviä vuorovaikutustaitoja. Sen sijaan seniori- neuvoloissa ja muistipoliklinikalla työskentelevät muistihoitajat eivät niinkään painottaneet tätä asiaa vastauksissaan. Kotihoidon työntekijät pitivät myös melko tärkeänä asiana oikeaoppista kohtaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Pitkäaikaishoi- dossa olevilla muistisairailla ihmisillä sairaus on edennyt jo keskivaikeaan tai vaike- aan vaiheeseen, joten siksi siellä työskentelevät muistihoitajat näkivät tämän asian erittäin tärkeäksi ja toivoivat saavansa jotain lisäkoulutusta käytösoireisen muistisai- raan kohtaamisesta ja sen opetuksen lisäämistä muistihoitajakoulutukseen.

”vuorovaikutus muistisairaana kanssa puuttui vallan, oli kyllä vuorovaikusta armei- jassa.”

”enemmän olisin toivonut käytännön ohjeita ja esimerkkejä käytöshäiriöiden hoita- misessa ilman lääkitystä, sillä tuon jokapäiväisen hoitotyön parissahan me hoitajat ollaan, joten käytännön ongelmat / hankaluudet tulevat esiin päivittäin.”

”muistisairaana kohtaamista taudin eri vaiheissa vaikeusasteiden mukana tuomissa käyttäytymishäiriöissä.”

”käytöshäiriöistä myös luentoja, koska tällöin pystyy ymmärtämään muistipotilasta ja pystyy ohjaamaan muistipotilaan omaisia / omaishoitajia.”

10.4.2 Muistisairaahan hoitopolku, saattohoito ja hengelliset asiat

Koulutukseen toivottiin myös lisää muistisairaahan hoitopolun esittelyä. Hoitopolku on tärkeä hoidon alusta loppuun saakka ja sitä voisi käsitellä enemmän, ei vain kuvata jonkun tietyn paikkakunnan hoitopolkua, kuten nyt koulutuksessa tehtiin. Muistisairaahan ihmisen saattohoitoon, kivun hoitoon sekä hengellisistä asioista puhumiseen toivottiin koulutusta kahdessa vastauksessa, sillä he kokivat ne muistisairaahan ihmisen hoitopolussa tärkeiksi asioiksi, mutta tietoa niistä on vähän.

”tunnen itseni niin avuttomaksi hengellisissä asioissa, sitä pitäisi olla koulutuksessa.”

”hoitopolun esittelyä alusta loppuun saakka.”

10.4.3 Muistisairauslääkkeet ja muistisairauksien erityispiirteitä

Lääkehoidon osuus koulutuksessa oli riittävä ja hyvä, mutta sitäkin olisi voinut olla vielä enemmän. Varsinkin muistisairauslääkkeiden käytöstä toivottiin lisää opetusta, esimerkiksi epäselväksi jäi, milloin niiden käyttö voidaan lopettaa. Laajemmin olisi haluttu käsiteltävän eri muistisairauksia, varsinkin niiden erityispiirteitä ja sitten toivottiin myös enemmän aikaa keskusteluille luentojen lomassa.

”käsiteltäisiin jokaista dementoivan sairauden osa-aluetta yksitellen ja niiden tunnusmerkkejä.”

”sairauksien aiheuttamista oireista ja lääkityksestä tieto oli perinpohjaista ja tarpeellista.”

”muistisairauslääkkeiden syventävää opetusta lisää.”

10.4.4 Muistisairauksien varhainen tunnistaminen

Muistisairauksien varhaisen toteamisen opetusta pitäisi olla enemmän: miten ja mistä tunnistaa muistisairauden tarpeeksi ajoissa, milloin pitää tehdä muisti- ja masennustestejä ja milloin ohjata sairastunut hoitoon. Osa muistihoitajista toivoi, että toimintakykytestien ja muistitestien tekemistä olisi käyty läpi vieläkin enemmän, osa taas oli sitä mieltä, että testiopetusta oli riittävästi.

”yleisesti ottaen painottaisin koulutuksessa muistisairauksien havaitsemista ja sairaiden hoitoon ohjausta, seurantaa sekä lääkkeettömän hoidon tärkeyttä osana kokonaisvaltaista hoitoa.”

”enemmän testien tekoa käytännössä ja opetusta, testien tulkintaa ja testin tulosten kirjaamista.”

10.4.5 Muistisairaana ja omaisten ohjaus sekä erilaiset tukimuodot

Omaisten ohjauksesta ja erilaisista tuki- ja sosiaalipalveluista kaivattiin paljon enemmän tietoa ja ohjausta, nyt vastaajien mielestä niistä puhuttiin koulutuksessa aivan liian vähän. Omaisten ja omaishoitajien huomioimisesta saatiin kyllä tietoa, mutta edunvalvonta-asioista, Kelan tuista, sosiaalipalveluista ja vertaistukitoiminnasta kaivattiin lisää tietoa. Nämä asiat koettiin käytösoireiden ohella kaikkein hankalimmiksi asioiksi ja niistä kaivattiin siksi lisää tietoa.

”omaisen äänen kuuleminen ja heidät mukaan vertaistukitointaan.”

”edunvalvonta-asioista lisää tietoa.”

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomalaisten muistiasiantuntijoiden Eloniemi-Sulkava ym. (2010, 3146) mukaan muistisairaiden ihmisten määrän lisääntyminen luo sosiaali- ja terveydenhuollolle merkittävän haasteen, johon pyritään vastaamaan henkilökuntaa kouluttamalla. Muistisairaana ihmisen hoitopolun edellytyksenä on osaava, muistisairauksiin koulutettu, yhteistyötaitoinen ja vastuullinen hoitohenkilökunta.

Olen kuvannut Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuutta jo valmistuneiden muistihoidajien näkökulmasta, koska he ovat nyt ehtineet toteuttamaan muistiosaamistaan vanhustyössään muutaman vuoden ajan valistumisensa jälkeen. 51 muistihoidajan vastaukset antoivat melko kattavan kuvan Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuudesta vanhustyössä. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, koska muistihoidajakoulutukset ovat hyvin eripituisia ja erilaisia sisällöltään.

Muistihoidajien vastauksista ilmeni, että he pyrkivät toteuttamaan muistisairaana ihmisen mahdollisimman hyvää ja kokonaisvaltaista hoitotyötä, mikäli heille annetaan siihen mahdollisuuksia. He tunnistivat myös omat mahdollisuutensa toteuttaa muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaista hoitotyötä. Hyvää ja kokonaisvaltaista muistisairaana hoitotyötä estäviksi seikoiksi nähtiin se, että henkilökuntaa oli liian vähän, usein hoitajilla oli liian kiire työssään ja vääränlainen toimintaympäristö aiheutti sen, että muistisairaana ihmisen elämänlaatu ei ollut hyvää eikä turvallista. Työyhteisökouluttaja Mäkisalo-Ropponen (2007, 10–11) toteaa että, muistisairaana ihmisen laadukkaan hoitotyön lähtökohtana on dementoituneiden ihmisten oikeuksien tiedostaminen. Muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisen hoitotyön lähtökohtana ovat hänen voimavaransa ja hänelle iloa tuottavat asiat, eikä ajatella niin, että kaikki on menetetty. Hoitotyö suunnitellaan siitä, mitä on vielä jäljellä ja mitä voidaan tukea ja millä keinoin tuetaan. Fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset perustarpeet kuuluvat myös muistisairaana ihmisen elämään hänen kuolemaan saakka.

Hännisen (2007, 8) mukaan ympäristön merkitys korostuu muistisairailta ihmisillä kognitiivisten toimintojen heikentymisen vuoksi. Hänninen on tutkimuksessaan ha-

vainnut sen, että palvelukodissa asuvilla ikääntyvillä elämänlaatu on parempaa kuin vanhainkodeissa ja vuodeosastoilla olevilla. Kyselylomakkeiden avulla saamistani vastauksista ilmeni myös, että muistihoitajat havaitsivat hoitoympäristöllä olevan paljon vaikutusta muistisairaahan ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Pienessä hoitokodissa nämä asiat toteutuivat melko hyvin, mutta sairaalan vuodeosasto todettiin vääräksi paikaksi muistisairaalle ihmiselle, koska siellä sidotaan muistisairasta ihmistä enemmän sekä fyysisesti että kemiallisesti.

Kaikkien muistihoitajien mielestä muistisairaahan ihmisen oikea hoitopaikka on sairauden alkuvaiheessa oma koti, mikäli se vain on mahdollista, ja sairauden edetessä pieni ja kodinomainen yksikkö, jossa muistisairasta ihmistä voidaan hoitaa hänen elämänsä loppuun saakka, elleivät muut sairaudet vaadi välitöntä sairaalassa oloa. Vuori & Heimonen (2007, 7.) toteavat myös, että kotona asuminen on useimmiten muistisairaahan ihmisen ja hänen omaistensa toive, tuttu kotiympäristö luo turvallisuutta. Muistisairas ihminen ja hänen omaisensa tarvitsevat monenlaisia palveluita ja hoitotyöntekijöiltä vaaditaan erityistä herkkyyttä tunnistaa avun tarve ja tarjota heille näitä palveluita sairastuneen yksilöllisyyttä ja itsemääräämisen oikeutta loukkaamatta. Kotihoidon työntekijöillä on oltava riittävästi tietoa ja taitoa muistisairaahan ihmisen hoitotyöhön sekä moniammatilliseen työskentelyyn.

Raivio (2010, 19) mainitsee väitöskirjassaan, että ihminen elää etenevän muistisairaus diagnoosin jälkeen 10–12 vuotta, naiset elävät ehkä kauemmin. Raivio toteaa myös, että vielä on paljon erilaisia ”sudenkuoppia” sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Muistisairas ihminen ja hänen omaisensa ovat riippuvaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Karikoita esiintyy muun muassa diagnoosin saannissa, hoito- ja palvelusuunnitelmissa sekä akuutin sairauden hoidossa että sairaalahoidossa. Nämä kaikki lisäävät laitoshoidon joutumisen riskiä. Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen tarkoituksena onkin lisätä tietoa ja taitoja näiden asioiden tunnistamisessa ja kehittämisessä.

Muistihoitajat kokivat vuorovaikutuksen muistisairaahan ihmisen ja omaisten kanssa erittäin tärkeäksi asiaksi ja vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa nousikin tutkimuksessa yhdeksi tärkeimmäksi muistihoitajakoulutuksen kehityskohteeksi. Oikeaoppisella vuorovaikutuksella voidaan ehkäistä useampien käytöshäiriöiden syntyä

ja muistihoidajien yhtenä tehtävänä on myös opastaa omaisia muistisairaana ihmisen haasteellisen käyttäytymisen hoidossa. Käyttösoireet ovat suurin riski omaishoitajan jaksamiselle ja muistisairaana ihmisen laitoshoitoon siirtymiselle. Eloniemi-Sulkavan ym. (2009, 23) mukaan turvallisuuden tunteen luominen on tärkeää muistisairaana ihmisen hoitotyössä. Muistitiimin jäseniltä vaaditaan tietoa muistisairauksien aiheuttamista kognitiivisista muutoksista, jotta ne pystytään tunnistamaan. Pietilä ym. (2010, 262.) toteavat myös, että kanssakäymisen tulee olla turvallisen oloista, ei pitkiä selityksiä ja puheita, muistisairasta ihmistä lähestytään rauhallisesti ja häneen luodaan katsekontakti. Sanattomat viestit ovat tärkeimpiä ja tutulla laululla voidaan myös luoda turvallisuutta. Hyvien vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu muistisairaana ihmisen hoitotyössä.

Muistihoidajat toivoivat lisää sellaisia luentoja käyttösoireisen muistisairaana kohtaamisesta, jotka olisivat aiheeltaan ja toteutustavoiltaan käytännönläheisiä ja käsittelisivät hoitotyön arkea. Muistihoidajakoulutuksen jälkeen rauhoittavien lääkkeiden käyttöä oli kuitenkin jo vähennetty ainakin pienissä hoitokodeissa ja lääkkeettömien hoitomuotojen käyttö oli lisääntynyt. Myös vuodeosastoilla oli alettu käyttää enemmän liikuntaa ja TunteVa-menetelmän käyttöä ja näin sielläkin oli saatu rauhoittavien lääkkeiden sekä unilääkkeiden käyttöä vähennettyä. Muistihoidajat olivat ahkerasti levittäneet saamaansa oppia omilla työpaikoillaan ja osa muistihoidajista sai myös muita työyksikkönsä jäseniä ymmärtämään paremmin muistisairasta ihmistä. Koponen & Saarela (2010, 486) toteavat lääkkeettömän hoidon tarkoittavan sitä, että muistisairaana perusteetonta rajoittamista vältetään ja käytetään erilaisia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja. He toteavat, että hoitohenkilöstön kouluttamisella ja tukemisella voidaan luoda vaihtoehtoja muistisairaiden ihmisten psykoosilääkkeiden käytölle.

Kaikki muistihoidajat kokivat, että ajoissa aloitettu muistisairauslääkitys helpotti sekä hoitajien, omaisten että myös muistisairaana ihmisen elämää. Siksi varhainen diagnoosi ja oikea lääkitys koettiin hyvin tärkeäksi asiaksi. Muistisairauslääkkeistä koettiin olevan hyötyä, vaikka sairaus oli jo päässyt etenemään pidemmälle. Näistä asioista koulutuksessa saatiin runsaasti tietoa, mutta hoitajat kaipasivat lisätietoa eri muistisairauksien vaikutuksista ihmiseen. Muutama muistihoidaja oli aikaisemmin suhtautunut muistisairauslääkkeisiin hyvin kriittisesti, mutta koulutuksen myötä sekä

käytännön vanhustyössä he totesivat niistä olevan hyvin paljon apua. Muistisairauslääkkeiden ja myös muistisairaahan ihmisen muiden lääkkeiden vaikuttavuutta alettiin koulutuksen myötä seurata paljon intensiivisemmin kuin aikaisemmin. Muistihoitajat uskalsivat myös ehdottaa tai ainakin sanoa mielipiteensä lääkityksestä myös lääkäreille. Pirttilä ym. (2010, 477) toteavat, että muistisairauslääkkeet ovat osa muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa. Muistisairaahan ihmisen lääkityksen tehoa oireisiin, kognitioon, päivittäisiin toimintoihin ja käytösoireisiin tulee seurata ja kirjata huolellisesti, jotta saadaan tarkkaa faktatietoa niiden vaikuttavuudesta.

Lähes jokainen muistihoitaja tunnisti ravitsemuksen tärkeyden ja merkityksen muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Myös muistisairaahan ihmisen oma-toimista ruokailua pyrittiin tukemaan oikeiden ruokailuvälineiden ja malliopettamisen avulla. Mäkelän (2005, 7–8) mukaan ruoka, ateria ja syöminen ovat tärkeitä asioita myös muistisairaalle ihmiselle. Ateria on muistisairaalle ihmiselle paitsi sosiaalinen tapahtuma, myös hänen terveyttään tukeva ja ylläpitävä asia. On muistisairas ihminen sitten omatoimisesti ruokaileva tai syötettävä, on aina huolehdittava siitä, että hän saa riittävästi ravintoa.

Eloniemi (2002, 66) on tutkimuksessaan todennut, että vaikka dementialla on paljon negatiivisia vaikutuksia parisuhteeseen, on sillä myös paljon positiivisia asioita, jotka antavat voimavaroja omaishoitajille. Muistihoitajien tuleekin osata kertoa omaishoitajille ja omaisille muistisairauden aiheuttamista muutoksista puolisossa tai muussa läheisessä henkilössä. Muistihoitajien on opastettava heitä myös vuorovaikutustaidoissa. Myös Mäenpää-Lakka (2002, 39) mainitsee omassa tutkimuksessaan, että keskustelu omaisten kanssa on oikeutettua, jotta nämä ymmärtävät, mitä muistisairaahan ihmisen maailmassa tapahtuu ja siten ymmärtävät sairastunutta paremmin ja osaavat tarvittaessa myös ehkä auttaa.

Muistisairaudet koskevat yleensä koko perhettä. Patjas (2010, 9) huomioi omassa tutkimuksessaan omaisten ja omaishoitajien suuren roolin muistisairaahan ihmisen hoidossa. Heidän jaksamistaan ja hyvinvointiaan on tuettava erilaisin tukimuodoin, valmennuskurssein sekä omaishoidon tuen että säännöllisten vapaapäivien turvin. Näissä kaikissa asioissa muistihoitajan on osattava ohjata ja opastaa sekä omaisia että omaishoitajia. Muistihoitajat kokivat tutkimuksessani vuorovaikutuksen omaisten

kanssa useimmiten antoisaksi ja hyvän vuorovaikutuksen avulla he arvelivat antavansa hyvän kuvan omaisille omasta osaamisestaan muistisairaahan ihmisen hoitotyöstä. Useamman muistihoitajan mielestä omaisten ohjaaminen sujuu nyt paljon paremmin, koska siihen sai opetusta. Silti lähes kaikki vastaajat totesivat myös, että erilaisista sosiaalietuisuuksista, Kelan antamista tukimuodoista sekä edunvalvonnasta saisi Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksessa olla vieläkin enemmän opetusta.

Jotkut muistihoitajat kokivat erityisosaamisensa menevän osaksi hukkaan, koska kaikki esimiehet eivät tunnista heidän tietotaitoaan ja osaltaan myös organisaation hierarkkisuus vaikuttaa asiaan. Airu (2006, 6-7) on omassa tutkimuksessaan maininnut, että lähiesimiehet ovat ”puun ja kuoren välissä”. Terveystieteiden organisaatio rakentuu paitsi virallisen hierarkian mukaan myös epävirallisen hierarkian mukaan. Epävirallinen hierarkkisuus sisältää valtaa ja vallankäyttöä ja kuitenkin esimiehen olisi tuettava asiakaslähtöistä ja tehokasta toimintaa tukemalla erilaista osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Useammilla vastaajista oli kuitenkin myös myönteisiä kokemuksia esimiesten suhtautumisesta muistihoitajakoulutukseen.

Vain kaksi vastaajaa tunnisti muistisairaahan hengelliset tarpeet ja he molemmat kaipaivat koulutusta muistisairaahan ihmisen hengellisestä hoitotyöstä, saattohoidosta ja kivun hoidosta, joten tästä voisi päätellä, että näiden asioiden huomioiminen muistisairaahan ihmisen hoitotyössä ei ole oikein hyvin tunnistettu asia.

Lähes jokainen vastaaja toi esille kiireen. Kiireestä johtuen hoitajilla ei ollut aikaa muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Kotihoidon henkilökunnalla oli hyvin tiukka aikataulu ja monia tärkeitä asioita saattoi jäädä sen vuoksi tunnistamatta. He kyllä tiedostivat hyvin, mitä heidän erityisesti tulisi tarkkailla, mutta kotikäynti sisälsi usein vain lääkitysasioita ja kylvetysapua. Yksityisinä kotihoidon yrittäjinä työskentelevät henkilöt toivatkin esille sen seikan, että kunnallisella puolella työskennellessään heillä ei ollut riittävästi aikaa toteuttaa hyvää hoitotyötä, mutta nyt he saivat toteuttaa sellaista hoitotyötä, jonka he kokivat muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaiseksi hoitotyöksi. Kiire aiheutti joillekin muistihoitajille henkisiä paineita ja murheita pohdittiin vielä kotonakin.

Ikääntymisen myötä muistisairaita ihmisiä tulee jatkossa olemaan entistä enemmän, joten myös hoitohenkilökunnan koulutuksen tarve muistisairaana ihmisen hoitotyössä tulee lisääntymään. Tutkimuksessani tuli esille, että muistisairaita ihmisiä ei kuulu hoitaa vuodeosastoilla, joissa on alituinen kiire ja hälinä. Heille tulee luoda kodinomaisia ja pieniä yksiköitä, joissa turvallisuus ja esteettömyys on hyvin huomioitu. Aina ei tarvita lisää hoitajia, vaan oikeaoppisella kohtaamisella, oikealla lääkityksellä ja viriketoiminnalla sekä toimivalla ja hoitavalla ympäristöllä voidaan hoitaa muistisairasta ihmistä hyvin ja laadukkaasti sekä ehkäistä haasteellista käyttäytymistä. Räsänen (2011, 170–171) toteaa myös omassa tutkimuksessaan, että hyvä henkilöstömitoitus ei välttämättä merkinnyt asiakkaan hyvää elämänlaatua vaan niukemmälläkin henkilöstömäärällä pystyttiin tuottamaan asukkaille laadukasta ja hyvää elämänlaatua. Tärkeää sen sijaan oli lähellä oleminen, turvallisuuden tuottaminen sekä kohtaaminen ja koskettaminen.

Suomen Alzheimer -tutkimusseuran koolle kutsuma asiantuntijatyöryhmä Eloniemi-Sulkava ym. (2010, 3144–3146) on jo pitkään kehittänyt muistisairaana ihmisen hoitotyössä tarvitsemaa tietotaitoa. Kirjavuutta ja pirstaleisuutta on sekä lääkäreiden että hoitajien koulutuksessa. Muistihoitajakoulutusten sisällöt vaihtelevat oppilaitosten kiinnostusten mukaan. Kuitenkin jokaisen muistihoitajan ja lääkärin on osattava muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisen hoitotyön periaatteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisi osata tunnistaa muistisairauden aiheuttamat rajoitukset ja heidän tulisi osata toimia ja keskustella asiakaslähtöisesti sekä osata muistisairaana ihmisen oikeaoppinen kohtaaminen.

Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksella on pyritty parantamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisesa hoitotyössä. Yhteenvetona voisi sanoa, että yleisesti ottaen muistihoitajat kokivat Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen sisällön hyväksi. Koulutus on antanut monelle rohkeutta toimia haluamallaan tavalla ja vahvistanut entisestään jo aikaisemmin opittuja tietoja ja taitoja. Kankaanpään opiston muistihoitajakoulutuksen sisältöä haluttiin kehittää melko vähän.

Koulutuksen myötä muistihoitajat myös verkostoituivat, mikä mahdollistaa sen, että muistihoitajat voivat vaihtaa kuulumisia, keskustella muistisairaana ihmisen hoito-

työstä sekä tukea toinen toistaan tässä haastavassa ja vaativassa tehtävässä. Kankaanpään opisto on järjestänyt myös muistihoitajien verkostotapaamisia. Turun ammattikorkeakoulussa opiskelleet Tarja Lindvall ja Nina Suma (2010) ovat tehneet oman opinnäytetyönsä Muistihoitaja- Muistiyhdyshenkilöverkoston arvioinnista Muistiluotsi-hankkeessa. He tutkivat verkoston toimivuuden arviointia sekä verkoston vaikuttavuutta jäsenten työssä. Verkostoitumisesta nähtiin olevan hyötyä: sen kautta hoitajat saivat vertaistukea ja iloa arkiseen aherrukseen.

Tutkimukseni tulos muistuttaa osittain Toljamon ja Kuposen (2011, 17) muistikoordinaattoritoiminnan vaikuttavuudesta saatuja tuloksia. Lisäksi tutkimukseni tulos vahvistaa sitä seikkaa, että moniammatillisten ja hyvin koulutettujen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten avulla voimme parantaa muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa elämänlaatua.

12 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe oli mielenkiintoinen ja opinnäytetyön tekijälle hyvin läheinen asia. Muistisairaana ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö on sydäntäni lähellä. Oma isäni sairastui muistisairauteen 1990-luvun alussa. Silloin muistisairauksia ei vielä oikein hyvin tunnistettu eikä muistisairauslääkkeitä käytetty. Tämä asia herätti mielenkiintoni muistisairauksia ja heidän hoitotyötään kohtaan.

Muistisairaudet ovat koko Eurooppaa ja maailmaa koskeva asia. Etenevien muistisairauksien hoitoon ei ole vielä keksitty parantavaa lääkitystä, mutta lääkityksellä voidaan nykyään hidastaa muistisairauden etenemistä. Siksi olisikin erityisen tärkeää tunnistaa muistisairaus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja aloittaa oikea lääkitys. Muistisairaudet koetaan vieläkin hävettävinä sairauksina, niitä ei ymmärretä sairauksina muiden sairauksien joukossa. STM:n (2011) antaman tiedotteen mukaan Euroopan parlamentti hyväksyi joulukuussa 2008 kannanoton prioriteeteista muistisairauksien ehkäisyssä, ja siellä nostettiin esiin myös kansalliset muistiohjelmat.

Suomessa työryhmä alkoi valmistella kansallista muistiohjelmaa 15.11.2010 ja sen pitäisi valmistua 30.11.2011. (STM:n www-sivut 2011.)

Havaitsin opinnäytetyötä tehdessäni ja muistihoitajien vastauksia analysoidessani, että nuoret hoitotyöntekijät eivät olleet kiinnostuneita muistihoitajakoulutuksesta, he eivät luultavasti koe muistisairaana ihmisen hoitotyötä omakseen. Ehkä vasta useamman vuoden työkokemus vanhustyössä saa hoitotyöntekijän innostumaan muistisairaana ihmisen hoitotyöstä. Eikä kaikkien tarvitse innostua siitä lainkaan, hoitotyöntekijöitä tarvitaan niin monenlaiseen osaamiseen.

12.1 Oman oppimis- ja opinnäytetyöprosessin arviointia

Pohdin opinnäytetyötä tehdessäni myös omaa oppimistani. Tämä on ensimmäinen tekemäni opinnäytetyö, joten voisin sanoa, että kyseessä on harjoituskappale. Opinnäytetyöprosessi, aiheen saannista valmiiseen työhön kesti noin vuoden verran. Tarkana on työntäyteinen, mutta mielenkiintoinen ajanjakso. Opinnäytetyötä tehdessäni heräsin toive saada yhdistää geronomin tutkinto ja muistisairaana hoitotyö jollakin tavalla yhteen.

Opiskeluni alkuajoista saakka olen suunnitellut, että teen opinnäytetyöni yksin. Koska pidän paljon lukemisesta ja kirjoittamisesta, koen, että opinnäytetyöhöni käytetty työmäärä ei ollut liian suuri. Kolmivuorotyötä tekevänä ihmisenä sain itse päättää ajankohdat, milloin kirjoitin opinnäytetyötäni. Sain tehdä työstäni myös itseni näköisen, josta sitten myös itse kannan vastuuni. Pystyn myös kirjoittamaan paremmin yksin ollessani ja usein sain inspiraatioita hyvinkin epämääräisinä aikoina, jolloin kaveri ei välttämättä olisi ollut yhtä innokas kuin minä.

Sain tämän aiheen Kankaanpään opistolta ja kuulin, että minun pitää lähettää kyselylomake 78 valmistuneelle muistihoitajalle. Ajattelin, että en saa ikänä työtäni valmiiksi ja toivoin, että posti ei toisi enää yhtään kirjekuorta, kun vastauksia tuli alussa runsaasti kerralla. Olin hyvin yllätynyt näin runsaasta vastausten määrästä. Joidenkin käsialasta oli ajoittain vaikeuksia saada selvää, mutta uskoisin lukeneeni ja tulkinneeni ne oikein. Loppujen lopuksi selviydyin litteroinnista ja aineiston ana-

lysoinnista ihan hyvin. Olin asettanut tavoitteekseni, että työni on valmis heinäkuun lopulla 2011, ja näin myös tapahtui. Pientä hiomista, lisäystä ja muokkausta olen kyllä sen jälkeen tehnyt opinnäytetyöhöni ja tarkistanut muun muassa lähdeviitteitä ja lähdeluetteloa.

Opinnäytetyöni aihe ja tekeminen tuntuivat alusta loppuun saakka mukavalta, koska se oli mukaansa tempaavaa ja mielenkiintoista. Teoriaosuuden rajaaminen tuotti vaikeuksia, koska muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö on niin laaja käsite. Lähdekirjallisuutta löytyi varsin runsaasti. Osa kirjallisuudesta on kertynyt minulle itselleni vuosien saatossa, kun olen opiskellut ja hakenut tietoa muistisairauksista. Suurin osa kirjallisuudesta oli tuttua, joten oikeat asiat löytyivät suhteellisen helposti. Opinnäytetyöni valmistuttua huomasin kyllä, että monia asioita olisin voinut tehdä eri tavalla, joten otan tämän opinnäytetyön tekemisen myös hyvänä harjoituksena ja oppina tulevaisuutta varten. Ensi kerralla olen, toivottavasti, sitten hieman taitavampi. Ja ehkä en olisi tehnyt näin laajaa opinnäytetyötä, ellei tätä työtä olisi pyydetty Kankaanpään opistolta.

Toivon, että opinnäytetyöni herättää keskustelua muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä ja muistihoidajakoulutuksen tarpeellisuudesta ja sen kehittämisestä siten, että se vielä paremmin palvelisi jatkossa muistisairaiden ihmisten hoitotyötä tekeviä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Toivon myös, että tämän opinnäytetyön myötä muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö ymmärretään hoitohenkilökunnan keskuudessa entistä paremmin ja sitä myös toteutetaan hyvän hoidon kriteerien mukaisesti. Muistisairaahan ihmisen hoitotyö on samalla tavalla erityisosaamista vaativaa hoitotyötä kuten esimerkiksi diabetesta sairastavan hoitotyö.

12.2 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimukset

Muistisairaiden ihmisten määrä on vaan lisääntymässä, joten työnantajien pitäisi ehdottomasti järjestää muistisairaahan ihmisen hoitotyöstä täydennyskoulutusta työntekijöilleen. Johtamistavalla voidaan tukea hyvää ilmapiiriä työyhteisössä ja samalla luoda hyvät edellytykset muistisairaiden ihmisten hyvinvoinnille. Myös vanhusten-

hoidossa toimivien esimiesten koulutuksissa tulisi tuoda esille se seikka, että muistisairaiden ihmisten hoitotyö on erityisosaamista vaativaa hoitotyötä.

Omaishoitajille tulee järjestää myös pieniä koulutuksia muistisairauksista ja muistisairaahan ihmisen hoidosta. Omaishoitajien asemaa tulee kehittää paremmaksi ja heidän jaksamistaan tulee tukea huomattavasti enemmän ja paremmin. Lisäksi tulee kehitellä lisää muistisairaille ihmisille tarkoitettuja lyhytaikaishoitopaikkoja. Paikka pitää olla joka kerta sama paikka, eikä niin, kuten nyt monessa kunnassa menetellään, viedään sinne, missä tilaa kulloinkin sattuu olemaan. Paikan pitää olla turvallinen ja siellä pitää olla koulutettua henkilökuntaa. Tällaiseen paikkaan omaishoitaja voi turvallisesti mielin luovuttaa hoidettavansa ja pitää hänelle kuuluvat vapaa- ja lomapäivänsä.

Tutkimukseni tiimoilta mieleeni nousi mahdollisia jatkotutkimusaiheita tai lisäselvityksiä muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuudesta vanhustyössä. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia muidenkin oppilaitosten järjestämän muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuutta, ja näitä tuloksia voisi verrata keskenään. Tällöin saisi selville muidenkin ajatuksia ja kokemuksia muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuudesta ja kehittämisestä.

Lisäksi mieltäni askarruttaa ikääntyvien muistisairaiden maahanmuuttajien tutkimus ja hoito. Olin opiskeluni aikana mukana projektissa, missä tämä aihe konkreettisesti tuli esille. Miten heitä tutkitaan ja testataan? Mitä tulkin käyttö vaikuttaa esimerkiksi testien tuloksiin? Miten kotihoidossa osataan tunnistaa maahanmuuttajan mahdollinen muistisairaus? Olisiko tarpeellista kouluttaa maahanmuuttajataustaisista hoitotyöntekijöistä muistihoidajia, jotta he osaisivat tunnistaa, testata ja hoitaa muistisairasta ihmistä hänen omalla äidinkielellään, sillä muistisairas ihminen palaa lapsuudessa opittuun kieleen muistisairauden edetessä?

Työikäisten muistisairaiden ihmisten määrä on myös kasvussa, joten heitä koskevia tutkimusaiheita tulee myös mieleeni. Onko työterveyshuollossa muistisairauksien asiantuntijoita? Miten helposti työikäisten muistisairaudet tunnistetaan ja mistä ne voi tunnistaa? Mikä on työikäisen muistisairaahan ihmisen oikea hoitopaikka, kun kotonalla ei enää pärjää?

Muistisairaiden ihmisten hengelliset tarpeet ja saattohoito sekä muistisairaana ihmisen seksuaalisuus ovat myös mielenkiintoisia tutkimusaiheita.

LÄHTEET

- Airu, L. 2006. Strateginen osaamisen johtaminen terveydenhuollossa lähiesimiehen näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto: Terveystieteen laitos.
- Alhainen, K. & Rosenvall, A. 2010. Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 387-390.
- Alzheimer Europe 2008. Recommendations and examples of good practice in the provision of social support to people with dementia and cares. Dementia in Europe Yearbook 2008. Viitattu 27.6.2011.
http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2008_dementiayearbook_en.pdf
- Alzheimer Keskusliitto 2005. Dementiapotilaan omainen ja hoitaja. Opas. Helsinki: J - Paino Oy.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Supporting community care of demented patients. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 18.7.2011.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-879-3/urn_isbn_951-781-879-3.pdf
- Eloniemi-Sulkava, U. 2003. Dementoituneen ihmisen asumisen tarpeet. Teoksessa H. Kotilainen, C. Virkola, U. Eloniemi-Sulkava & P. Topo. Dementiakoti- koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy, 8-11.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Hyvä ravitseminen tukee toimintakykyä. Teoksessa U. Vuori & S. Heimonen (toim.) Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry, 57. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 4/2007.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Vataja, R. 2007. Käyttöoireet - hoidon haaste. Teoksessa U. Vuori & S. Heimonen (toim.) Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry, 77. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 4/2007.
- Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa S. Sormunen & P. Topo (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 9-13.
- Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Sillanpää- Nisula, H., Forder, M. & Sulkava, R. 2009. Käyttöoireet muistitiimin haasteena. Memo 2, 23–24.
- Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. Suomen lääkärilehti 39, 3144–3146.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M. 2008. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet, Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö

Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86–87.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Käsitteitä ja termejä. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 19.

Erkinjuntti, T. & Viramo, P. 2010. Varhaisen taudin määrittämisen merkitys. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50–55.

Granö, S., Hyvärinen-Meier, P., Härmä, H., Högström, S., Kajjanen, S., Kallioma, S. & Telaranta, P. 2009. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Helsinki: Muistiliitto.

Granö, S. 2010. Muistisairaahan ihmisen kuntoutumisen tukeminen. Viitattu 1.8.2011. http://www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi/mp/db/file_library/x/IMG/31877/file/SirpaGrano.pdf

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

Hohenthal-Antin, L. 2009. Muistot näkyviksi. Muistelutyön menetelmiä ja merkityksiä. Jyväskylä: PS- Kustannus.

Huhtamäki-Kuoppala, M. & Koivisto, K. 2010. Potilaan ja omaisen tukeminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 529–533.

Huusko, T. 2001. Kannattaako dementoitunutta kuntouttaa. Teoksessa P. Viramo, L. Ahvo, U. Eloniemi-Sulkava, E- L. Helkala, T. Huusko, M. Käyhty, T. Semi, R. Sulkava & P. Valvanne. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. 4. painos. Espoo: Novartis Finland Oy, 24–26. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001.

Hänninen, M. 2011. Dementiaa sairastavien ikääntyvien elämänlaatu pitkäaikaishoidossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Terveystieteiden laitos

Hänninen, T. & Pulliainen, V. 2010. Kognitiivinen seulonta. Mini- mental state examination ja CERAD- tehtäväsarja. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 347–362.

Iivanainen, M. 2010. Kehitysvammaisuus ja muistisairaudet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 296–297.

Juva, K. 2007. Perehdy muistisairauksiin. Teoksessa U. Vuori & S. Heimonen (toim.) Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry, 9–14. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu 4/2007.

Juva, K. 2010. Etenevä muistisairaus työikäisellä. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 583–588.

Juva, K. 2010. Uudistunut cerad. Memo 4, 6-7.

Kaaja, M. 2008. Kokonaisvaltaisia ratkaisuja yksilöllisiin tilanteisiin. Selvitys palveluohjauksen toteuttamismahdollisuuksista vanhustyössä Tampellan, Juhannuskylän ja Kyttälän alueilla. Tampere: Tampereen kaupunki. Hyvinvointipalvelujen julkaisu ja 1/2008. Viitattu 20.8.2011.
http://www.tampere.fi/tiedostot/5F942hz0B/1_2008_Palvelusopimusraportti_PDF.pdf

Kallio, M. 2010. Aivokasvaimet. Kognitiiviset häiriöt neurologisissa sairauksissa. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 265–266.

Ketola, K. 2010. Koulutussuunnittelija, Kankaanpään opisto. Kankaanpää. Henkilökohtainen tiedonanto 15.8.2010.

Ketola, K. 2011. Koulutussuunnittelija, Kankaanpään opisto. Kankaanpää. Henkilökohtainen tiedonanto 20.6.2011.

Kindstedt, T., Forder, M. & Valvanne, P. 2009. Fysioterapia osana muistisairaankuntoutumista. Memo 1, 22–23.

Kivelä, S-L- 2005. Vuoroin minussa vanhuus, nuoruus. Suomalaisia runoja vanhenemisestä. Helsinki: Tammi.

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Lääkelaitos. Kela. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2010. Masennus. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 227–230.

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

Koponen, H. & Saarela, T. 2010. Käytösoireiden hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne, & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 491–495.

Kotilainen, H., Virkola, C., Eloniemi-Sulkava, U. & Topo, P. 2003. Dementia koti – koti hyvää elämää varten. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Krüger, J. 2010. Molecular genetics of early-onset Alzheimer's disease and frontotemporal lobar degeneration. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 20.6.2011.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514263156/6/isbn9789514263156.pdf>

Kämäräinen, L. 2008. TunteVa-omaistenopas. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry.

Käyhty, M. & Ahvo, L. 2001. Mitä on dementoituneen kuntoutus ja kuntouttava hoito. Teoksessa P. Viramo, L. Ahvo, U. Eloniemi-Sulkava, E- L. Helkala, T. Huusko, M. Käyhty, T. Semi, R. Sulkava & P. Valvanne. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. 4. painos. Espoo: Novartis Finland Oy, 23. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001.

Käypä hoito -suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Päivitetty 13.8.2010. Viitattu 24.7.2011. <http://www.kaypahoito.fi>

Laaksonen, H. 2007. Henkilöstön osaaminen ja koulutustarpeet muistipotilaan hoitotyössä. *Dementiauutiset* 4, 14.

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2004. Ymmärrä - tule ymmärrettyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. 2. painos. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 6/2002.

Laulainen, S. 2010. ”Jos mittää et anna niin mittää et saa”. Strateginen toimijuus ja organisaatiokansalaisuus vanhustyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Dissertations in Social Sciences and Business Studies. Viitattu 27.6.2011. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0234-4/urn_isbn_978-952-61-0234-4.pdf

Leino-Kilpi, H. 2009. Laitoshoidossa olevan ikääntyneen hoitotyöhön liittyvät eettiset kysymykset. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki Etiikka hoitotyössä. 1.-4. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 233–234.

Lindvall, T. & Suma, N. 2010. Muistihoitaja-muistiyhdyshenkilöverkoston arviointi Muistiluotsi-hankkeessa. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.8.2011. http://www.muistiturku.fi/opinnaytetyo_lopullinen_versio_muistiyhdistykselle.pdf

Lukumies, E. 2011. Social pedagogical horse activity with demented people. Luento kansainvälisessä vanhustyönkonferenssissa Tampereella. Pääteemana monimuotoinen työ vanhusten ja ikääntyneiden keskuudessa ”Work among the elderly” 11–14.9.2011.

Lupsakko, T., Joiniemi, M., Karhu, K. & Remes, A. 2005. Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa. Opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 10/2005.

Muistimarkkinat 2011. Viitattu 2.6.2011. http://www.muistimarkkinat.fi/muistimarkkinat/vanhustyon_koulutus/muistihoidajakoulutus

Mäenpää-Lakka. 2002. Kokemuksia muistin heikkenemisestä. ”Ku ei elä enää siinä muistossa, että niinku sitä olt terävä”. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Terveystieteiden laitos.

Mäkelä, J. 2005. Ateria muistin kutittelijana. *Dementiauutiset* 1, 6.

- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nikumaa, H. 2009. Muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas. Helsinki: Muistiliitto ry.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2007. Dementoituneen ihmisen kohtaamisen ja auttamisen perusteita. *Dementiauutiset* 2, 10.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Numminen, A. 2009. Musiikilla on voima luoda koti. *Memo* 1, 8-9.
- Pajanti, M. 2005. Muistihäiriöpotilaat liikenteessä: Kognitiiviset muutokset ja niiden tiedostaminen. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Psykologian laitos.
- Patjas, H. 2010. Lievää muistisairautta sairastavan ja hänen omaisensa kokemuksia sopeutumisvalmennuskurssilta. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Pietilä, M., Heimonen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Sillanpää-Nisula, H., Frosti, S. & Saarenheimo, M. 2010. Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Gerontologia* 3, 261–262. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu
- Pitkälä, K. 2004. Dementiapotilaiden käytösoireiden yleisyys ja hoito laitoshoidossa. *Dementiauutiset* 3, 11.
- Pitkälä, K., Laurila, J., Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. 2010. Sekavuustila. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 222–225.
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 126–134.
- Pirttilä, T., Suhonen, J., Rahkonen, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 477.
- Pohjasvaara, T. 2010. Kognitiiviset häiriöt neurologisissa sairauksissa. Aivoverenkierron sairaudet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 255.
- Pulliainen, V., Kuikka, P. & Salo, J. 2010. Läheisten haastattelut ja muistikyselyt. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 373.
- Raivio, M. 2007. Karikoita dementoituvien henkilöiden hoidossa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Pitfalls in the Treatment of Persons with Dementia. Viitattu 26.6.2011. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-4337-6>
- Raivio, M. 2011. Muistisairauksien hoidon kokonaisuus diagnoosin jälkeen. *Memo* 2, 6-8.

Rapeli, P. 2010. Päähteet ja kognition puutokset. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 314–326.

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

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimorappeumat. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165–167.

Ruutiainen, J. & Hämäläinen, P. 2010. MS-tauti. Kognitiiviset häiriöt neurologisissa sairauksissa. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 282–283.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2006. Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Teoksessa U. Eloniemi-Sulkava, M. Saarenheimo, M-L. Laakkonen, M. Pietilä, N. Savikko & K. Pitkälä. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön Keskusliitto, 69–70. Tutkimusraportti 14.

Saarenheimo, M. 2008. Moniammatillisuus ikäihmisten hoidossa ja kuntoutuksessa – retoriikkaa vai käytäntöä. *Dementiauutiset* 3, 6-7.

Sinervo, T. 2011. Henkilöstön hyvinvointi ikäihmisten palveluissa. *Memo* 2, 11.

STM:n www-sivut 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen muistiohjelma. Viitattu 15.8.2011. http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/kansallinen_muistiohjelma

Strandberg, T. & Alhainen, K. 2010. Yleissairaudet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 208–210.

Stenberg, A. & Sillanpää-Nisula, H. 2004. Kirjaaminen ja mittarit käytännön hoitotyön välineenä. *Dementiauutiset* 3, 11.

Strömqvist, J. 2005. Vad är Alzheimers sjukdom? Fakta om Alzheimers sjukdom. Åbo: Oy H. Lundbeck Ab. Broschyren av Lundbeck 2/2005.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen lääkärilehti* 10, 12.

Suhonen, J. 2009. Muistitiimin tavoitteena muistipotilaan hyvä hoito. *Memo* 2, 8.

Suhonen, J. & Martikainen, K. 2010. Kun ajatuskin jähmettyy. Parkinsonin taudin muistisairaus. Tietoa sairastuneille, läheisille, hoitohenkilökunnalle. Turku: Suomen Parkinson-liitto ry.

- Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 536–537.
- Sulkava, R. 2006. Dementiapotilaan palliatiivinen hoito. *Dementiauutiset* 2, 6-7.
- Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. 8. painos. Espoo: Janssen- Cilag Oy. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 3/1999.
- Sulkava, R., Vuori, U. & Ylikoski, R. 2007. Mini-Mental State Examination- testi (MMSE) Ohjeet testin tekemiseen. Helsinki: Novartis Finland Oy. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 3/2007.
- Sulkava, R. 2008. Muistiläkkeet käytännön vinkkejä lääkehoidon menestykselliseen toteutukseen. *Dementiauutiset* 3, 13.
- Sulkava, R. 2009. Muistipotilaan hoidon erityiskysymyksiä kuoleman lähestyessä. *Memo* 3, 10–11.
- Suomen dementiahoitoyhdistys. 2004. Dementiamailma. 4. painos. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu. n:o 1.
- Tenovuo, O. 2004. Aivovammat ja dementia. *Dementiauutiset* 4, 6-7.
- Tenovuo, O. 2010. Aivovammat. Kognitiiviset häiriöt neurologisissa sairauksissa. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 262–263.
- Toljamo, M. & Koponen, E. 2011. Muistikoordinaattoritoiminta Suomessa. *Memo* 3, 15–17.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi
- Valkonen, L. 12.1 2011. Muistisairas tarvitsee kokonaisvaltaista hoitoa. Vanhustyön keskusliitto. Ajankohtaista. Viitattu 24.2.2011. <http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Varjonen, J. & Suhonen-Malm, A-S. 2010. Uupumustilat. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 237.
- Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 91–95.

- Vilkki, J. & Öhman, J. 2010. Kognitiiviset häiriöt neurologisissa sairauksissa. Aneurysmaattinen subaraknoidaalivuoto. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 257.
- Viramo, P., Huusko, T., Joiniemi, M. & Sulkava, R. 2004. Dementiapotilaan lääkehoito. Opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 9/2004.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Kustannus Oy Helsinki: Duodecim, 28–29.
- Virtanen, M. 2011. Ikääntyneiden ja dementiapotilaiden musiikkiterapia. Luento Kankaanpään opiston hyvinvointifoorumikoulutuksessa 28.3–29.3.2011.
- Voutilainen, P. 2011. Johtamisella on väliä. Memo 1, 8.
- Vuori, U. 2007. Huolehdi alkuselvityksistä ja ohjaa tutkimuksiin. Teoksessa U. Vuori & S. Heimonen (toim.) Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry, 40. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 4/2007.
- Vuori, U. & Heimonen, S. 2007. Lukijalle. Teoksessa U. Vuori & S. Heimonen (toim.) Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry, 6-7. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu n:o 4/2007.
- World Alzheimer Report 2010. The Journal of DementiaCare. For all who work with people with dementia 6, 8.

Rehtori Marja Kallioniemi
Opistonkatu 5
38700 Kankaanpää

ANOMUS
31.1.2011

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen Riitta Tähtinen ja opiskelen oman perushoitajan työni ohessa Satakunnan ammattikorkeakoulussa geronomiksi. Teen opinnäytetyöni vuoden 2011 aikana ja tavoitteena on valmistua geronomiksi joulukuussa 2011.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tutkia Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen vaikuttavuutta vanhustyössä. Kyselylomakkeen avulla pyrin saamaan tietoa siitä, miten hyvin muistihoidajiksi valmistuneet ymmärtävät muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisen hoitotyön, mitä hyötyä heille on ollut koulutuksesta ja miten he haluaisivat kehittää Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutusta.

Tutkimukseni kohderyhmänä on Kankaanpään opiston muistihoidajakoulutuksen saaneet henkilöt. Tutkimukseni suoritan avoimilla kysymyksillä ja tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Vastaukset analysoin aineistolähtöisen sisälönanalyysin avulla.

Opinnäytetyötäni ohjaa, lehtori Päivi Kankaanranta.

Pyydän lupaa tutkimukselleni opinnäytetyöni toteuttamiseksi vuonna 2011.

Yhteistyöterveisin,
Riitta Tähtinen

Myönnän tutkimusluvan geronomi-opiskelija Riitta Tähtiselle.

Kankaanpää 7.2.2011


Marja Kallioniemi



DEMENTOITUVAN IHMISEN INHIMILLISET OIKEUDET

Jokaisella dementoituvalla ihmisellä on oikeus:

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

(Muistiliitto, hyvän hoidon kriteeristö)

MUISTISAIRAIDEN IHMISTEN JA HEIDÄN HOITAJIENSA OIKEUSJULISTUS ALZHEIMER EUROPE 2008.

1. Ihmisillä, joilla on Alzheimerin taudin tai jonkin muun sairauden aiheuttama dementiaoireisto, on oikeus:

- tietoon sairaudesta, sen hoidoista ja käytettävissä olevista tukimuodoista
- täsmälliseen ja ajallaan tehtyyn diagnoosiin hoidettavissa olevien tilojen ja sairauksien poissulkemiseksi
- neurologiseen ja / tai psykiatriseen erikoislääkärin arviointiin
- päivittäisten toimintojen avun tarpeeseen
- tasa-arvoiseen ja oikeaan aikaan tapahtuvaan lääkehoitoon
- osallisuuteen erityispalveluista, joiden avulla voi selviytyä sairauden aikana ilmenevistä kommunikaation sekä psykologisista ja käyttäytymisen ongelmista
- täyteen osallistumisoikeuteen omaa hoitoaan, hoivaansa ja koko elämäänsä koskevaan päätöksen tekoon
- päästä eroon leimautumisesta, syrjäytymisestä ja laiminlyödyksi tulemisesta
- mahdollisuuteen jakaa kokemuksiaan muiden muistisairaiden ihmisten kanssa
- mahdollisuuteen olla mukana muistisairaiden ihmisten tarvitsemien sekä erikois- että peruslääketieteellisten palveluiden suunnittelussa
- apuun tavallisten mielenkiinnon kohteidensa, aktiviteettiensa, sosiaalisten kontaktiensa ja hengellisen elämänsä säilyttämiseksi niin pitkään kuin mahdollista
- kulloinkin tarvittavaan kotihoidon tukeen, päivätapautumiin ja – toimintaan, kodin ulkopuolisiin taukoihin sekä virkistys- ja muihin palveluihin sairauden kaikissa vaiheissa
- terveys- ja sosiaalipalveluihin tasa-arvoisesti ja oikea-aikaisesti
- lakisääteiseen, inhimilliseen ja yksilölliseen suojeluun silloin, kun sitä tarvitaan sairauden aiheuttaman henkisten voimavarojen vähenemisen vuoksi
- hienovaraiseen ja arvostavaan hoitoon kuoleman lähestyessä.

2. Omaishoitajat ja perheenjäsenet ovat ensisijaisia kumppaneita muistisairaiden ihmisten hoidossa.

Heillä on oikeus:

- tietoon sairaudesta, sen hoidoista ja käytettävissä olevista tukimuodoista
- tietoon sairauden ehkäisemisestä, sairastumisriskeistä, sairauden geneettisistä piirteistä sekä muista siihen liittyvistä tekijöistä
- siihen, että ammattihenkilöstö ja palveluntuottajat tiedostavat omaishoitajan erityisroolin sairauden kaikissa vaiheissa diagnoosista saattohoitoon sekä siihen, että omaiset toimivat ammattilaisten rinnalla ja heidän kumppaneinaan hoidon suunnittelussa
- osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon, mikäli dementoituva ihminen on siihen antanut suostumuksensa
- päästä vapaaksi leimautumisesta sekä syrjityksi ja laiminlyödyksi joutumisesta
- omien tarpeidensa tunnistamiseen ja niitä vastaaviin palveluihin
- palveluihin, joiden avulla saa lepoa ja taukoa hoitotyössä
- siihen, että arvovaltaisella kansallisella tasolla tunnustetaan heidän omaishoitajana toimimisensa kulttuurinen ja taloudellinen arvo
- siihen, että heidän omaishoitajuuttaan tuetaan taloudellisesti erilaisin etuuksin, verohelpotuksin jne.
- mahdollisuuteen jakaa kokemuksiaan muiden omaishoitajien kanssa
- tulla kuulluiksi palveluiden suunnittelussa ja tuottamisessa

3. Ammattihenkilöillä ja vapaaehtoistoimijoilla, jotka työskentelevät muistisairaiden ihmisten ja heidän omaishoitajiensa kanssa, on oikeus sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa:

- tietoon ja koulutukseen muistisairauksista sekä sairastuneiden ihmisten ja heidän omaishoitajiensa erityistarpeista
- riittävään vuorovaikutustaitokoulutukseen muistisairaiden henkilöiden ja heidän hoitajiensa kanssa toimimiseen

- päästä eroon leimaavista ja syrjivistä asenteista muistisairaita ihmisiä ja heidän omaishoitajia kohtaan
- tasa-arvoiseen asemaan muita kroonisia ja ennenaikaiseen kuolemaan johtavia sairauksia sairastavia henkilöitä hoitavien ammattihenkilöiden kanssa
- palkkaan ja työskentelyolosuhteisiin, jotka vastaavat heidän työnsä tärkeyttä

4. Alzheimer- järjestöt työskentelevät tukeakseen muistisairaita ihmisiä ja heidän omaishoitajiaan koko sairauden ajan.

Järjestöillä on oikeus:

- siihen, että Euroopan korkeimmat päättäjät, kansalliset hallitukset, palveluntuottajat ja ammattihenkilöstö tunnustavat niiden tekemän tärkeän työn
- taloudelliseen tukeen, jolla tunnustetaan järjestöjen työn tärkeys
- tiedotusvälineisiin ja muihin yleisiin informaatiovälineisiin pääsyyn
- tulla kuulluiksi sekä paikallisella että kansallisella tasolla dementiapalveluiden ja muistisairaiden ihmisten hoitoa koskevan lainsäädännön suunnittelussa
- saada koko Euroopan kattavat vakuudet siitä, että muistisairauksiin liittyvät kysymykset tulevat käsitellyiksi osana sosiaalista, tutkimuksellista, tiedotuksellista ja terveydenhuollon päätöksentekoa ja että paikallisella tasolla huolehditaan yhdistysten työn tukemisesta ja turvaamisesta
-

5. Kaikilla asianosaisilla on oikeus:

- * yleiseen tietoisuuteen muistisairauksien laajasta esiintyvyydestä, niiden vaikutuksista sairastuneisiin henkilöihin ja heidän omaishoitajiinsa sekä tietoon auttamismahdollisuuksista
- muistisairauksien luonteeseen, syihin ja vaikutuksiin, kaikkiin mahdollisiin hoitoihin ja sairauksien aiheuttamiin sosiaalisiin ja psykologisiin seurauksiin ja näiden kohentamiskeinoihin kohdentuvaan tutkimukseen
- näiden toimintojen rahoitukseen sekä eurooppalaisella, kansallisella että paikallisella tasolla

TAULUKKO 1. Aineiston pelkistäminen eli redusointi

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
<p>”annetaan tehdä itse niin paljon kuin pystyy”</p> <p>”annetaan kävellä niin paljon kuin haluaa”</p> <p>”annetaan itse valita minkä mekon haluaa”</p> <p>”toimintamme lähtee asiakkaan tarpeista ja toimimme hänen parhaakseen”</p>	<p>ylläpidetään toimintakykyä ja voimavaroja</p> <p>ylläpidetään nykyistä kuntoa</p> <p>itseääräämisoikeus</p> <p>asiakaslähtöisyys</p>
<p>”ilmoitan heti lääkärille jos huomaa muistissa ongelmia”</p> <p>”hoito on suunnitelmallista ja sen mukaan edetään ja tarvittaessa tarkistetaan.</p>	<p>muistisairauksien tunnistaminen</p> <p>suunnitelmallista hoitotyötä</p>
<p>”meillä unilääkkeet ja rauhoittavat ovat vähäisessä käytössä”</p> <p>”olen huomannut että muistilääkkeistä on hyötyä toimintakykyyn”</p>	<p>rauhottavien lääkkeiden käyttö</p> <p>muistisairauslääkkeiden tarpeellisuus</p>
<p>”annetaan hyvää ruokaa ilman turhia lisäaineita, luomua, periaatteessa vähän mutta hyvää”</p>	<p>monipuolinen ravinto</p>
<p>”meillä ulkoillaan, luetaan lehdet joka päivä ja joskus on makkaran paistoa, bingoa, askartelua ja käsitöiden tekoa”</p>	<p>asukkaiden viriketoiminta</p>
<p>”kosketus ja huumori auttavat”</p>	<p>positiivinen asenne</p>

TAULUKKO 2. Aineiston klusterointi eli ryhmittely.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
ylläpidetään toimintakykyä ja voimavaroja rauhottavien lääkkeiden käyttö monipuolinen ravinto ylläpidetään nykyistä kuntoa muistisairauksien tunnistaminen	Fyysisen toimintakyvyn tukeminen
vuorovaikutustaidot positiivinen asenne kodinomainen yksikkö muistisairauslääkkeet	Psykkisen toimintakyvyn tukeminen
yhteiset tilaisuudet yhteistyö omaisten kanssa viriketoiminta	Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen
omaisten ohjaus	Yhteistyö omaisten kanssa
henkilökunnan ammattitaito ja koulutus	Henkilökunnan ammatillinen osaaminen
kodinomainen yksikkö	Kodinomaisuus
tarvitaan monenlaista osaamista	Moniammatillisuus
hengelliset asiat	Hengellisen toimintakyvyn tukeminen

TAULUKKO 3. Aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi

Alaluokka	Yläluokka
Fyysisen toimintakyvyn tukeminen Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen Hengellisen toimintakyvyn tukeminen Kodinomaisuus	Muistihoitajien päivittäinen hoitotyö
Yhteistyö omaisten kanssa	Moniammatilliset tietotaidot
Henkilökunnan ammatillinen osaaminen	
Moniammatillisuus	

TAULUKKO 4. Aineiston käsitteellistäminen pääluokkaan muistisairaana ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö

Yläluokka	Pääluokka
Muistihoitajien päivittäinen hoitotyö	Muistisairaana ihmisen kokonaisvaltainen hoitotyö
Moniammatilliset tietotaidot	