

DEMENTIAPOTILAAN HYVÄ HOITO

Henkilökunnan kokemuksia palvelukeskus Henrikinhovissa

Asta Mäkinen
Opinnäytetyö, syksy 2011
Diakonia-ammattikorkeakoulu,
Diak. Länsi Pori
Hoitotyönkoulutusohjelma
Diakonisen hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK) + kirkon
diakonissan virkakelpoisuus

Tuntematon kirjoittaja:

*Sitten, kun en enää muista nimeäni,
sitten, kun tämä päivä on sekoittunut eiliseen,
sitten, kun aikuiset lapseni ovat kasvaneet muistoissani pieniksi jälleen,
sitten, kun en enää ole tuottava yksilö.*

*Kohdelkaa minua silloinkin ihmisenä,
välittäkää minusta, antakaa rakkautta,
koskekaa hellästi!*

*Kello hidastaa -
eräänä päivänä se pysähtyy kokonaan -
mutta siihen on vielä aikaa.
Antakaa minulle ARVOKAS vanhuus.*

TIIVISTELMÄ

Mäkinen Asta

Dementiapotilaan hyvä hoito. Henkilökunnan kokemuksia palvelukeskus Henrikinhovissa 49 s, 4 liitettä. Kieli: suomi.

Pori, syksy 2011.

Diakonia ammattikorkeakoulu.

Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto.

Sairaanhoitaja AMK + kirkon diakonissan virkakelpoisuus

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää, minkälainen sairaus on dementia ja miten siihen sairastuneita hoidetaan palvelukeskus Henrikinhovissa Kokemäellä.

Tutkimus on tehty siksi, että hoitajat voisivat itse havaita, miten he itse voisivat parantaa työolosuhteitaan niin, että kaikilla osapuolilla olisi hyvä ja turvallinen olla Henrikinhovissa.

Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen ja aineiston hankinta, menetelmänäni oli kyselylomake ja havainnointi. Kyselylomakkeissa oli avoimia kysymyksiä. Keväällä 2011 hoitajien täytettäväksi jätettiin kyselylomakkeita 30 kpl. Vastaus kaavakkeita palautettiin 10 kpl. Vastausten tuloksia käsiteltiin kesällä 2011. Työn ohessa suoritettiin havainnointia koko ajan ja kirjattiin tutkimuksen kannalta merkittäviä tapahtumia dementian hoidosta yleisellä tasolla.

Tutkimuksen vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysillä. Vastaus vastaukselta ne ryhmiteltiin alaryhmiin ja niille haettiin yhteinen tekijä, jolla saadaan aikaan hyvä hoito. Taulukoiden avulla saatiin vastaus mistä kaikista aineista saadaan molempia osapuolia tyydyttävä hoitopaikka. Tätä yhteenvetoa suoritettiin jokaisen kysymyksen kohdalla. Näin lopulta saatiin vastaus, mitä on dementian hyvä hoito, henkilökunnan kokemana, mihin asioihin he haluavat muutosta ja mihin heillä on kehitysehdotuksia.

Tutkimuksen mukaan hyvän hoidon tärkeimpiä onnistumiskriteerejä on hyvä hoitopaikka. Tilat, joissa toimitaan, vaikuttavat suuresti henkilökunnan työnlaatuun ja työmotivaatioon ja näin ollen myös sairastuneen saamaan hoitoon. Potilaan kannalta ympäristö ja hoitopaikan tilat taas luovat turvallisuutta ja rauhallisuutta, poistavat turhia pelkoja ja antavat mahdollisuuden rauhallisiin ja turvallisiin päiviin elämän loppuvaiheessa. Riittävä henkilökunta on seuraava onnistumisen kriteeri.

Näin ollen ikäihmisten laatusuosituksen toteutuminen kokonaisuudessaan olisi ihanne. Niiden toteutuminen takaisi molemmille osapuolille, niin hoitajille kuin sairastuneelle, parhaat mahdolliset olosuhteet työskennellä ja saada hoitoa. Suositukset eivät kuitenkaan voi toteutua tässä taloudellisessa tilanteessa, jota Suomen kunnissa tänä päivänä eletään.

Avainsanat: dementia, arvokas vanhuus, hyvä hoito

ABSTRACT

Mäkinen Asta

Good care of dementia patients. 49 p., 4 appendices. Language: Finnish.
Pori, Autumn 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.
Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse + Deaconess.

The aim of this thesis was to describe symptoms of dementia and how the personnel in a service centre called Henrikinhovi treat their patients.

In all, 30 questionnaires were distributed for the personnel to fill; 10 responded. Because the response rate was so low observations had to be made.

According to the research, good dementia treatment consists of safe and functional premises. It is necessary that the amount of personnel is sufficient and they are qualified.

There is national framework for high-quality services for the elderly but it can be considered some kind of an ideal situation because in reality the economical conditions of Finnish municipalities are poor.

If the above mentioned framework came true, it would guarantee both the parties, personnel and patients, the best possible circumstances to work and get care and treatment.

Key words: dementia, ageing with dignity, good treatment

TIIVISTELMÄ	
ABSTRACT	
SISÄLLYS	
1. JOHDANTO	
2. DEMENTIA.....	8
2.1. Dementia oireyhtymä.....	8
2.2. Dementiaa aiheuttavat tekijät.....	10
2.2.1. Alzheimerin tauti.....	10
2.2.2. Vaskulaarinendementia.....	11
2.2.3. Lewyn kappale tauti.....	12
2.2.4. Frontotemporaaliset degeneraatiot.....	13
3. DEMENTIAN PERUSHOITO.....	14
3.1. Lääkehoito.....	14
3.2. Perushoito.....	15
4. LAIT JA LAATUSUOSITUKSET.....	18
4.1. Vanhuspalveluihin vaikuttavat lait.....	18
4.2. Kokemäen vanhustyön strategia laitoshoidon osalta.....	19
5. PALVELUKESKUS HENRIKINHOVI.....	23
6. TUTKIMUS DEMENTIAA SAIRASTAVIEN HOIDOSTA HENRIKINHOVISSA.....	25
6.1. Tutkimuksen viitekehys.....	25
6.2. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma.....	26
6.2.1. Tutkimuksen kohderyhmä.....	26
6.2.2. Aineiston hankinta.....	27
6.2.3. Aineiston analyysi.....	27
7. TULOKSET.....	29
7.1. Dementiapotilaan hyvää hoitoa hankaloittavat tekijät.....	29
7.2. Dementian yleistymisen syyt hoitajien kuvaamana.....	33
7.3. Dementian hyvän hoidon keinot.....	35
7.4. Henrikinhovin hoitajien vahvuudet dementiaa sairastavan hoitotyössä.....	38
7.5. Dementiaa sairastavan hyvä hoito Henrikinhovissa.....	40
8. POHDINTA JA KEHITYSEHDOTUKSET.....	42
LÄHTEET.....	47
LITTEET.....	49

1 JOHDANTO

Aloitin tutkimukseni luomalla katsauksen oireyhtymään nimeltä dementia. Varsinaiseen tutkimukseeni, miten dementiaa sairastavien hoito olisi parasta järjestää niin, että hoitajat ja potilaat saisivat parhaan mahdollisen hoidon, viitekehukseksi tällä ajatuksella olen ottanut terveyden edistämisen.

Dementoivan sairauden, kuten Alzheimerin taudin myötä sairastunut menettää vähitellen kognitiivista, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyään. Sairauden loppuvaiheessa hän on täysin riippuvainen muista ihmisistä. Dementiaan sairastuminen on suuri uhka hyvinvoinnille. Riski joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon on suuri. Iäkkäille suunnatuista laitospaikoista on 80-90 % sellaisten henkilöiden käytössä, joilla on alentunut kognitiivinen toimintakyky. Muistisairaudet tulevat lisääntymään tulevaisuudessa jo ehkä siksi, että tautia tutkitaan ja diagnosoidaan nykyään herkemmin. Ajoissa aloitettu lääkitys voi tuoda monta hyvää vuotta lisää.

Mielenkiintoni tutkia dementian hoidon tilaa heräsi, kun Palvelukeskus Henrikinhovissa ei perustettukaan dementia osastoa. Kuntokoto, nimisestä osastosta, jossa keskitetysti asui dementiaa sairastavia. Osaston nimi poistettiin käytöstä keväällä 2011, eikä osastoa toistaiseksi perustettu, ovet avattiin kaikille vanhuksille ja dementiaa sairastavia henkilöitä alkoi olla enenevässä määrin tavallisilla osastoilla, intervallissa ja asumispalveluyksikössä, jossa hoitajia on muita osastoja vähemmän. Kesällä 2011 Henrikinhovissa asui 46 asukasta pitkäaikais- tai tehostetun palveluasumisen yksikössä, heistä 23 asukkaalla on dementiadiagnoosi.

Intervallijaksoilla käy kotoa hyvin dementoituneita henkilöitä, joita omaiset hoitavat kotona. Tämä muutos asuinpaikassa luo intervalliosastolle aivan omat ongelmat, kun joukossa on myös ”hyväkuntoisia” vanhuksia, ja näiden yhteen sovittaminen on joskus hoitajille aika työlästä ja hankala.

Mielenkiintoista oli selvittää, miten hoitajat ja heidän kautta myös talossa asukkaat kokivat dementiaa sairastavat vaeltelevat ja toistuvasti samoja kysymyksiä esittävät

henkilöt. Miten hoitajat kokevat karkailevat ja sekavat asukkaat ja kuinka uudet hoitomuodot otetaan vastaan käytännön kentille vai käytetäänkö niitä lainkaan.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli koota hoitajien näkemys dementiaa sairastavien asukkaiden laitoshoidon tilasta ja siihen odotettavissa oleviin muutoksiin, mitä koettiin hankalana ja missä koettiin onnistumisia. Miten dementoituneiden asukkaiden toimintakykyä edistämällä voidaan vaikuttaa myös henkilökunnan hyvinvointiin ja jaksamiseen.

2 DEMENTIA

2.1 Dementiaoireyhtymä

Dementian käsitteellä on pitkä historia. Jo egyptiläisessä kirjallisuudessa kuvataan ”vanhuuden toista lapsuutta” vuonna 200 eKr. Dementian käsite on läpi historiansa liitetty ”hulluuteen” ja merkittävään yhteiskunnallisten ja sosiaalisten kykyjen rajoitukseen. Puhutaan vanhuuden ”höperyydestä”. Vuodesta 1800 alkaen tieteellinen tutkimus on täsmentänyt dementoivien sairauksien luonnetta (Alhainen & Erkinjuntti & Rinne & Soininen ym. 2006, 14.)

Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus, jonka aiheuttajana voi olla useita eri etiologioita ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia (Alhainen ym. 2006, 14.) Dementiaan liittyy muistihäiriö sekä muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen, joka heikentää potilaan omatoimista selviytymistä. Kyse on siis oireyhtymästä, ei erillisestä sairaudesta (Alhainen, 2001, 91.)

Suomessa on yleisesti käytössä Amerikan dementiayhdistyksen määritelmä dementiasta.

A. Heikentyminen usealla älyllisen toimintakyvyn osa-alueella mukaan lukien

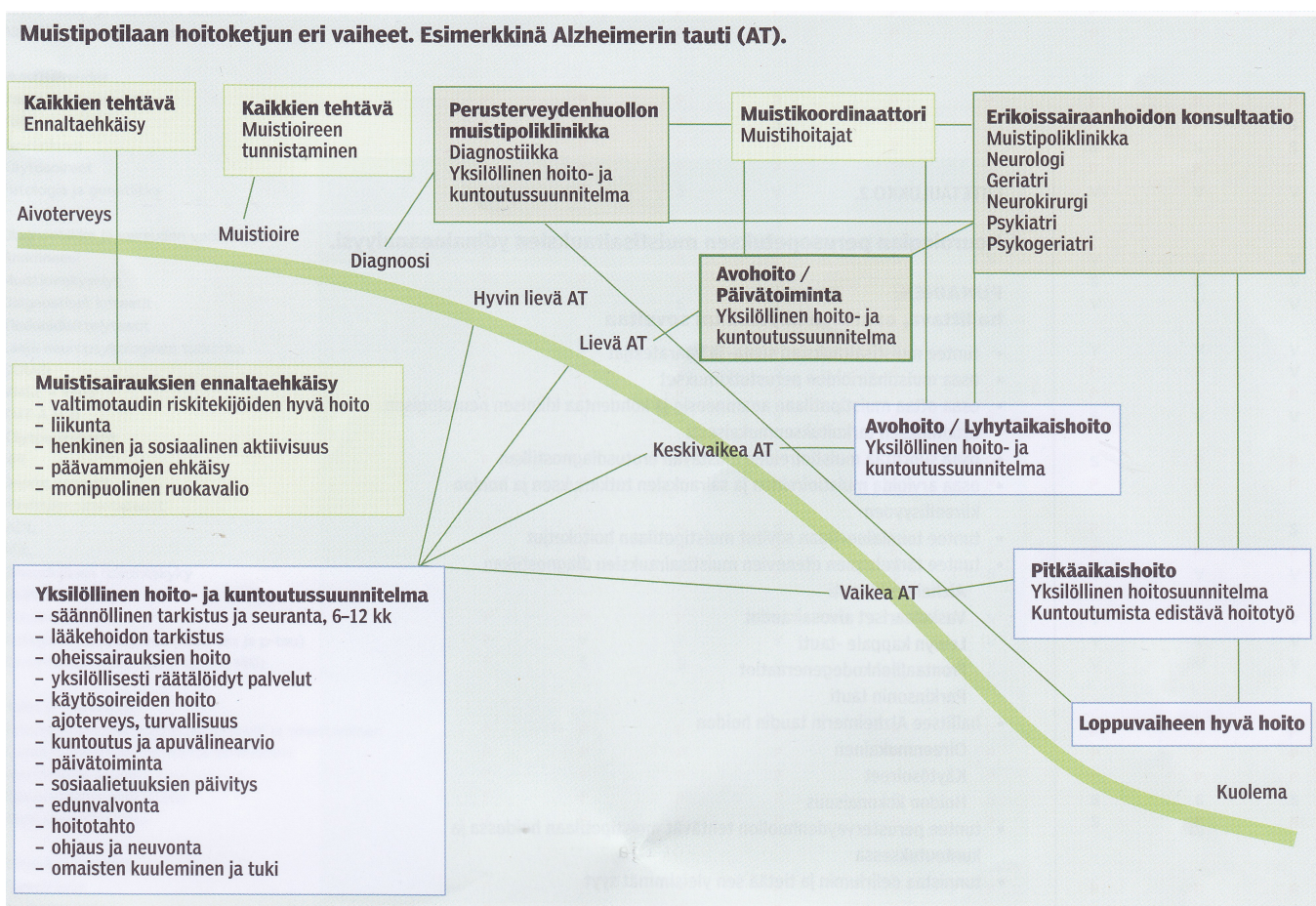
- 1) Muistihäiriö (uuden oppimisen vaikeus ja vaikeus palauttaa mieleen aiemmin opittua.)
- 2) Ainakin yksi seuraavista
 - a) Afasia (kielellinen häiriö)
 - b) Apraksia (liikesarjojen suorittamisen vaikeus vaikka motoriikka kunnossa)
 - c) Agnosia (nähdyn esineen tunnistamisen vaikeus vaikka näköhavainnoin jäsentäminen on normaali)
 - d) Toiminnan ohjaamisen häiriö (mm. suunnitelmallisuus, kokonaisuuden jäsentäminen, järjestelmällisyys, abstrakti ajattelu)sekä

B Älyllisen toimintakyvyn muutokset aiheuttavat merkittävän sosiaalisen tai ammatillisen toiminnan rajoittumisen (Alhainen ym. 2001, 99.)

Arvioiden mukaan tällä hetkellä Suomessa on yli 70 000 potilaalla dementoiva sairaus ja eliniän kasvamisen myötä sairaus tulee lisääntymään. Tautia pidetään ikääntyneiden sairautena, sillä useimmiten se alkaa yli 65-vuotiaana. Sairaus aiheuttaa aivoissa muutoksia, jotka johtavat muistijärjestelmän toimintaan liittyvien hermosolujen ja aivoalueiden tuhoutumiseen. Alzheimerin tauti etenee yleensä hitaasti ja sen etenemiselle on tyypilliset vaiheet (Kaavio 1).

Dementia on suurin ihmisiä laitostuttava oireyhtymä. Dementian oireista juuri käytösoireet kuormittavat omaisia ja hoitajia eniten ja ne ovat tavallisin syy potilaan joutumiseen laitoshoitoon. Tavallisimmat käytösoireet ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet esim. näkö- ja kuuloharhat sekä harhaluulot, persoonallisuuden muutokset, uni- valverytmin häiriöt ja useilla jossain vaiheessa esiintyvät seksuaaliset käytösoireet. (Alhainen ym. 2001, 99.)

Kaavio 1. Muistipotilaan hoitoketju (Lääkärilehti 39/1.10.2010)



2.2 Dementiaa aiheuttavat tekijät

Dementiasta on tulossa merkittävä kansantauti, joka yleistyy iän myötä ja on yleisempi naisilla kuin miehillä. Suomalaisista 1 350 000: lla on joko psykiatrinen tai somaattinen aivosairaus, joista dementiaa sairastaa 50 750. (Neurologiasäätiö viitattu 23.9.2007). Vanhusten hoitoa käsittelevässä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa kosketusta pidetään tärkeänä dementiaa sairastavan hoitotyössä aisteja stimuloivana, sanattomassa kommunikaatiossa ja fyysisen ja tunneperäisen mielihyvän herättäjänä. (Hoitonetti/2008 Turun AMK.)

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava, parantumaton sairaus. Muita ovat vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -dementia ja frontotemporaaliset degeneraatiot.

2.2.1. Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus, yli puolet dementiapotilaista sairastaa Alzheimerin tautia. Aikuisilla esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Tauti etenee tyypillisin vaihein aivoissa alueella jossa vaurio on. (Liite 1) Sairaus alkaa muistihäiriöillä ja muisti on koko sairauden ajan vaikeimmin häiriintynyt älyllisen toiminnan osa-alue. Käytösoireet vaihtelevat taudin eri vaiheissa. Alzheimerin tauti jaetaan neljään vaiheeseen sen etenemisen mukaan: Varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. (Alhainen ym. 2001, 122-139.)

Alzheimerin taudin aivomuutoksissa todetaan laaja-alainen hermosolukato sisemmässä ohimolohkossa ja kolinergisissä ratayhteyksissä etuaivoalueelta kuorikerrokselle. Hermosolukadosta seuraa aivoatrofia. Aivojen hermovälittäjäainejärjestelmässä tapahtuu heikentymistä. Kliininen oirekuva kehittyy ajallisesti määrätysjärjestyksessä. Aivomuutosten ja toiminnan mukaan tauti voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa oireeton, mutta viimeisessä vaikeimmassa asteessa se vaikuttaa jo oleellisesti toimintaan. (Alhainen ym. 2006, 129-130.)

Alzheimerin tauti etenee hitaasti ja tasaisesti. Keskeisinä oireina ilmenevät käytösoireet kuten, masennus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus sekä levottomuus. Myöhemmin arkisista toimista selviytyminen heikkenee ja lopulta edessä on laitoshoido. Taudin loppuvaiheessa sairastuneella on käytössään vain harvoja ilmauksia joilla hän voi itseään ilmaista, raajat jäykistyvät, hän ei pysty kävelemään, on pidätyskyvytön ja syötettävä, niin kauan kun muistaa niellä (Alhainen ym.2006, 370-372.)

Mini Mental State Examination -testillä (MMSE) voidaan seurata sairauden etenemistä. Lievässä dementiaassa MMSE- tutkimuksen muutos on 2-4 pistettä vuosittain otettuna, keskivaikeassa sairaus etenee nopeammin 4-6 pistettä/vuosi. Vaikeassa vaiheessa tauti etenee hitaammin. Testin kokonaispistemäärä on 30 pistettä ja vääristä vastuksista pisteet vähenevät. 24 pistettä tai alle merkitsevät jo poikkeavaa toimintaa. Testiä tehdessä on kuitenkin hyvä ottaa huomioon potilaan yleissivistys, se voi vaikuttaa tulokseen. Paremmin koulutetut saava vielä sairaudenkin aikana parempia tuloksia. (Liite 3) (Alhainen ym.2001, 139.)

Lievää Alzheimerin taudin aiheuttamaa dementiaa sairastavista puolet siirtyy kolmen seuraavan vuoden aikana vaikeimpiin demencianvaiheisiin. Viiden vuoden kuluessa jopa 75 % joutuu laitoshoidoon. (Alhainen ym. 2001, 140.)

2.2.2. Vaskulaarinen dementia

Vaskulaariset demenciat liittyvät erityyppisiin aivoverenkierron häiriöihin. Tärkeimpänä ovat suurten kaula- ja aivoverisuonten tauti, sydänperäinen embolinen aivoinfarkti ja pienten aivoverisuonten tauti, sekä aivoverenvuodot. (Alhainen ym. 2001)

Vaskulaariselle demencialle altistavia riskitekijöitä ovat, esim. aivoverenkiertohäiriöitä lisäävät verenpainetauti, sydänsairaudet ja diabetes. Väestölliset altistavat tekijät ovat mm. ikä ja koulutus. Syynä ovat myös geneettiset muutokset, esim. jos suvussa on todettu aivohalvauksia tai jokin periytyvä aivosairaus, sekä aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät tekijät, aivohalvaus tai aivoalueen iskeemiset vauriot. (Alhainen ym. 2001, 142-143.)

Aivoverenkierron häiriöt ovat toiseksi yleisin dementiaan johtava tila, joka on taustana noin 20 % kaikista dementoivista sairauksista. Niiden oirekuva on sen mukainen, missä osassa aivoja vaurio sijaitsee. Vaurio syntyy tavallisimmin aivojen syvissä osissa tapahtuvissa pienten valtimoiden tukoksissa. Vaskulaarisen dementiaan oireet voivat pysyä kauan samanlaisena, mutta aivokuorella tapahtuvat valtimomuutokset voivat aiheuttaa nopeitakin muutoksia. Tyypillinen oire on kognitiivinen heikkeneminen. Sairauden tunto saattaa säilyä pitkään, tieto sairaudesta lisää masentuneisuutta. Vaskulaarisen dementiaan ennuste on kuitenkin huonompi kuin Alzheimerin taudissa. (Alhainen ym. 2006, 146-153)

2.2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementiaan aiheuttaja. Sairastumisikä keskimäärin 60-65 vuotta, mutta se voi alkaa jo 50 vuotiaana tai vasta 80 vuoden jälkeen. Syytä taudin syntyyn ei tiedetä, mutta muutoksia tapahtuu ainakin dopamiinia ja asetyylikaoliinia välittäjä aineenaan käyttävissä hermosoluissa, kun edellä mainittujen välittäjäaineiden määrällinen suhde häiriintyy. Lewyn kappale -taudissa voi esiintyä myös Alzheimerin aivomuutoksia. Potilailla esiintyy parkinsonismia, erityisesti kävelyvaikeuksia ja hidasliikkeisyyttä. Selväpiirteiset hallusinaatiot ovat tyypillisiä. Sairaus alkaa vähitellen ja jonkin verran yleisempää miehillä kuin naisilla. Parkinsonismin oireita esiintyy 40-90 % potilaista, lepovapina on harvinaisempaa. Visuaalisia hallusinaatioita esiintyy 30-60 %, kun Alzheimerin taudissa sama luku on 5-15 %. Muita tyypillisiä oireita Lewyn kappale -taudissa ovat toistuvat kaatuilut, pyörtyily sekä tuntemattomasta syystä johtuvat tajunnanmenetykset. Potilaat ovat myös herkkiä neurolepteille jo pieni määrä voi aiheuttaa hyvin voimakkaan parkinsonismi pahenemisen. (Alhainen ym. 2001, 158-160)

Lewyn kappale -tauti on saanut nimensä, mikroskooppisista pienistä Lewyn kappaleista joita on aivokuorella ja aivorungossa. Nämä todetaan kuitenkin yleensä vasta kuoleman jälkeen. Keskeisiä oireita on vaihteleva tarkkaavaisuus ja vireystila. Aamulla Lewyn kappale -dementiaa sairastava voi olla selkeä, mutta iltapäivällä hän väsyttään on sekava, harhainen ja kyvytön tunnistamaan läheisiään. (Alhainen ym. 2001, 158.)

On hyvä muistaa, että potilaan ymmärrys voi olla normaali, vaikka sanat ovat hukassa. Melko tavallinen piirre Lewyn kappale -dementiassa on myös aggressiivisuus tai äkkipikaisuus, joka ilmenee huutamisena, kiroiluna tai lyömisenä. Tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta sen oireita voidaan hoitaa lääkkeillä tai ilman. (Taipalus & Vallejo Medina, 2009)

2.2.4 Frontotemporaaliset degeneraatiot

Tämä dementian muoto alkaa yleensä 45-65 ikävuoden välillä. Sairastuvuudessa ei ole eroja miesten ja naisten välillä. Noin puolella sairastuneista on positiivinen sukuhistoria sairaudesta. Persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos on keskeinen piirre frontotemporaalisessa dementiassa. Vaurio tapahtuu aivojen otsalohkossa. Otsalohkot käsittävät suuren osan isoavojen tilavuudesta. Ne ottavat osaa hyvin monien eri toimintojen ja tehtävien suorittamiseen. Kun otsalohkojen toiminta häiriintyy, seuraa siitä tämän taudin oireisto. (Alhainen ym. 2001, 165.)

Yhtenäinen taudin syy puuttuu, sen vuoksi nimi viittaa moninaisuuteen. Kaikista dementioista osuus sairastua tähän on n. 5 %. Oireet alkavat huomaamattomasti ja kehittyvät hitaasti. Ensimmäisinä oireina voivat olla käytöshäiriöt, ja muistin huononeminen tapahtuu vuosien kuluessa. Käyttäytyminen voi muuttua huolettomaksi, estottomaksi ja tahdittomaksi. Puheet saattavat olla seksuaalisesti virittyneitä. Sairastuneella voi olla toisaalta keskittymiskyvyttömyyttä ja levottomuutta, mutta myös apaattisuutta ja aloitekyvyttömyyttä. Spesifiä lääkehoitoa ei tähän dementiaan ole. Käyttöoireita voidaan lääkityksellä jonkin verran helpottaa. (Taipallus & Vallejo Medina 2009.)

3 DEMENTIAN PERUSHOITO

3.1 Lääkehoito

Alzheimerin tautia ei voida toistaiseksi parantaa. Oireita voidaan hidastaa ja potilaan oloa helpottaa. Hoidon tavoitteina on potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen, turvallisen kotona asumisen mahdollistaminen, elämänlaadun parantaminen sekä hänen läheistensä jaksamisen tukeminen. Siihen kuuluvat riittävä ja monipuolinen ravinto, liikunta, ulkoilu sekä puhtaudesta huolehtiminen (wc:ssä käymisestä sekä peseytymisestä muistuttaminen sekä niissä avustaminen). Potilas tarvitsee myös virikkeitä, toimivaa ystäväpiiriä ja läheisiä ihmisiä. Kotona pitää tehdä järjestelyitä, jotka vähentävät tapaturmia, kuten turvalieden ja korotettujen tuolien hankkiminen sekä kynnysten poistaminen. (Alhainen ym. 2001, 463.)

Alzheimerin tauti on ensimmäinen dementiasairaus, johon on kehitetty myös lääkehoitoa. Lääkehoito ei hidasta sairauden etenemistä, mutta pitää yllä potilaan toimintakykyä. Mitä varhaisemmassa vaiheessa sairaus todetaan, sitä varhaisemmassa vaiheessa voidaan aloittaa lääkehoito, ja näin parannetaan potilaan elämänlaatua. Lääkehoito helpottaa erityisesti omaishoitajien taakkaa. Lääkitys tehostaa hermosolujen välistä viestintää parantaen näin älyllistä suorituskykyä. Lääkkeitä käytetään erityisesti lievän ja keskivaikean Alzheimerin taudin vaiheessa. Ne viivästyttävät myös käytöshäiriöiden syntyä. Varhain aloitetun lääkehoidon uskotaan antavan vuoden enemmän aikaa kotona asumiseen. (Alhainen ym. 2001, 463.)

Parantavaa hoitoa ei siis ole sairauteen. Potilaan elämänlaatua voidaan kuitenkin parantaa varhain aloitetulla yksilöllisellä hoidolla. Ensimmäinen lääke tuli markkinoille vuonna 1997. Lääkehoito on kehittynyt sen jälkeen merkittävästi viimeisen kymmenen vuoden aikana. Uudet lääkkeet hidastavat taudin etenemistä ja parantavat potilaan omatoimista selviytymistä. Yksilöllisesti suunnitellun lääkehoidon avulla potilaan sekä hänen läheistensä elämää voidaan helpottaa merkittävästi. Alzheimerin taudin lääkehoidon kulmakivenä ovat lääkkeet, joiden avulla pyritään hidastamaan taudin eteneminen.

3.2 Perushoito

Perustarpeista huolehtiminen on potilaan kannalta ensiarvoisen tärkeää varsinkin sairauden edistyttyä ja potilaan toimintakyvyn heikennyttyä. Perustarpeisiin kuuluvat riittävä ravitsemus, nesteytys, lepo ja hyvä hygienia sekä miellyttävät vaatteet ja ympäristö. Valintojen perusteetonta rajoittamista pyritään välttämään, jotta potilaan omanarvontunne säilyisi sairaudesta huolimatta. (alzheimerinfo.fi 2011.)

Dementoivan sairauden, kuten esimerkiksi Alzheimerin taudin myötä sairastunut, menettää vähitellen kognitiivista, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyään. Sairauden loppuvaiheessa hän on täysin riippuvainen muista ihmisistä. Dementoivaan sairauteen sairastuminen on laaja-alainen uhka hyvinvoinnille. Dementoituvalla ihmisellä on suuri riski joutua pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Iäkkäille suunnatun pitkäaikaisen laitoshoidon paikoista on arvioitu 80-90 % olevan sellaisten henkilöiden käytössä, joilla on alentunut kognitiivinen toimintakyky. Muistisairaudet tulevat lisääntymään tulevaisuudessa jo ehkä siksi, että tautia diagnosoidaan nykyään enemmän, mutta tosiasia on tämän sairauden kanssa me jokainen jossain vaiheessa tulemme elämään ja sen perusasioista on jokaisen hyvä tietää. (Topo ym. 2007, 5-6.)

Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. Maassamme ei ole toistaiseksi kansallisia suosituksia muistisairaiden hoitoketjussa toimijoilta vaadittavasta tiedoista ja taidoista. Kirjavuutta on niin lääkäreiden kuin hoitajien koulutuksessa. Jokaisen lääkärin ja hoitajan tulisi tuntea muistisairaana potilaan kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet. Edetessään muistisairaudet vaikuttavat sairastuneen kykyyn ymmärtää ja ilmaista ajatuksiaan ja tunteitaan sekä vastaan ottaa tietoa. Muistisairaidenhoitoon liittyy erityisiä eettisiä kysymyksiä, kuten itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen, oman tahdon ilmaisu, muiden vaikeiden sairauksien hoitolinjojen valinta sekä terminaalivaiheen hoitoratkaisut.

Pitkäaikaishoidossa, kuten Palvelukeskus Henrikinhovissa, korostuu muistisairaana kokonaisvaltaisen hoidon osaaminen, joihin kuuluu myös suurelta osalta potilaiden käytöshäiriöiden hoito sekä loppuvaiheen hyvän hoidon erityisosaaminen. Pitkäaikaishoidon hoitotiimiin kuuluu sairauden eri vaiheissa myös muita ammattilaisia lääkärin ja hoitajien lisäksi. Henrikinhovissa näitä ovat sosiaaliohjaaja, kuntahoitaja ja pappi. Muistipotilaiden määrän lisääntyminen muodostaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle merkittävän haasteen. Muistipotilaan hoito vaatii muistisairauksiin koulutettua yhteistyötaitoista ja vastuullisesti toimivaa henkilökuntaa. (Suomen Lääkärilehti 2010, 3, 5.)

Käyttöoireiden hoito tekee hoitotyöstä tosi vaativaa. Erilaisia käytöshäiriöitä ilmenee n. 90 %: lla potilaista. Ne vaikuttavat potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatuun, lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä sekä laitoshoidon tarvetta. Dementiapotilaiden psykiatriset oireet ja käyttöoireet aiheuttavat suuria ongelmia hoidossa, ja henkilökunta kokee ne suurina haasteina. Hoitolinja haetaan käyttöoireiden arvioinnin pohjalta, kun niiden syy on selvitetty: Onko käytöshäiriöiden taustalla kipu, fyysinen sairaus. Onko niillä yhteys ympäristöön, johtuvatko ne vuorovaikutuksen vaikeudesta, henkilö ei kykene ilmaisemaan asioita tai häntä ei ymmärretä. Käyttöoireita pitää hoitaa, kun ne rasittavat potilasta, heikentävät kykyä huolehtia itsestään tai heikentävät sosiaalista vuorovaikutusta. Hoito on aiheellista myös silloin, kun potilaalle aiheutuu käytöksestään vaaratilanteita itselleen tai muille. (Alhainen ym. 2001, 95.)

Oirekohtaisia hoitoja voivat olla esim.

- Kovaääninen huutelu; selvitetään, että huutelun takana ei ole masennus, kipu, hoitamaton sairaus tai fyysinen epämukavuus.
- Voimakasta ympäristömelua tulee välttää. Seinille voidaan ripustaa ryijyjä tai muita absorboivia esineitä. Matot olisivat laitoksissa hyviä, mutta taas käytäntö ei niitä salli, niihin kompastutaan ja ne ovat liukkaita. Hiljaisella taustamusiikilla voi olla myönteisiä vaikutuksia levottomuuden hoidossa. Jos huuto-oire ei kuitenkaan lieviydy tulee pyrkiä ympäristöä muokkaamalla järjestämään niin ettei, se häiritse muita.

- Univalverytmin häiriöt; häiriöstä kärsivien päiväunien ja vuoteessa olo aikaa on rajoitettava. Kirkasvaloaltistuksella on saatu hyötyä univalverytmin häiriöstä kärsivien joukossa.
- Vaeltelua eli levotonta liikkumista voi ilmetä Alzheimerin taudin kaikissa vaiheissa. Akatisiapotilailla on neurologisia oireita. Henkilö kokee tuskaisuutta ja liikkumispakkoa. Ärsykkeen etsijöiltä ja poispyrkijöiltä ovet voidaan peittää ja järjestetään ohjattua liikuntaa. Omien asumistilojen tunnistaminen vähentää dementiaan sairastuneen levottomuus- oireita, kun hoitopaikassa on pienet hoitoyksiköt ja turvalliset kulkureitit, potilas voi liikkua vapaasti ja hänen liikkumistaan ei tarvitse puuttua. Hoitoa tarvitaan silloin, kun potilas on tuskainen, pelokas tai kykenemätön asettumaan lepään vaikka on voipunut. (Alhainen ym. 2001, 463 ja 468 .)

Käyttöoireisten potilaiden hoitajat tarvitsevat paljon tukea ja koulutusta selvitäkseen tästä joskus epäkiitolliselta vaikuttavasta työstään. Dementia täytyy nähdä ammatillisena haasteena, tukiverkkojen pitää hoitajilla olla kunnossa ja hoidoista ja kuormituksista täytyy voida työyhteisössä avoimesti keskustella. Potilaiden yksilöllisesti laaditut hoitosuunnitelmat ovat ehdottoman tärkeitä työvälineitä, se helpottaa hoidon sujuvuutta ja hoidon vaikuttavuus paranee. (Alhainen ym. 2001, 46.)

4 LAIT JA LAATUSUOSITUKSET

4.1 Vanhuspalveluihin vaikuttavat lait

Suomen perustuslain (11.6.1999/731) 25§ mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen, kuten oikeus yhdenvertaiseen ja välttämättömään huolenpitoon. Palvelukeskus Henrikinhovi on kunnan palveluja tarjoava laitos. Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta ja hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta.

Kansanterveyslaki (28.1.1972/66) ja sosiaalihuoltolaki (17.9.1982/710) sanovat, muun muassa, että ikäihmisillä ja heidän omaisilleen on turvattava mahdollisuus saada neuvontaa ja ohjausta matalan kynnyksen neuvontapisteissä, ehkäiseviä kotikäyntejä on lisättävä ja yhteistyötä on lisättävä. Hoitohenkilökunnasta tavoitteena on, että kaikilla ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevillä hoitajilla on sosiaali- ja/ tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus, täydennettynä gerontologisella asiantuntemuksella.

1.5.2011 tuli voimaan uusi terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326). Sen 20§ luvussa sanotaan seuraavasti: Kunnan tulee järjestää alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä palveluja sekä terveellisten elintapojen edistämistä, sairauden ja tapaturmien ehkäisyyn tähtäävää neuvontaa. Laki määrää iäkkäiden kuntalaisten terveydenhoito palveluiden saantia ja toimintakyvyn heikkenemisen jälkeen ohjaa terveysongelmien hoidossa ja auttaa tunnistamaan riskitekijöitä.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Suomen kuntaliitto antoivat ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevat laatusuosituksen vuonna 2001, jotka 2008 uusittiin. Laatusuosituksissa määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset perusteet.

Strategisia linjauksia suositus sisältää kolmelta osa-alueelta:

- 1) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen.
- 2) Henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen.
- 3) Asumis- ja hoitoympäristö.

Laatusuosituksissa otetaan huomioon myös dementiaoireisten ihmisten erityistarpeet. Dementoivat sairaudet ovat ikäihmisellä tärkeimpiä palvelutarvetta lisääviä tekijöitä. Erityisen tärkeää on turvata joustavat, dementoituvan ihmisen toimintakyvyn muutokseen sopeutetut palvelut koko hoito- ja palvelujatkumolla:

- Henkilökunnan mitoittamisen peruslähtökohta on asiakkaiden toimintakyky ja avuntarve.
 - Henkilökunnan ammatillisen kelpoisuuden tulee olla riittävä.
 - Täydennyskoulutusta tulee olla saatavilla.
 - Ikääntyneiden palveluissa on turvattava ammattitaitoinen ja riittävä johto.
 - Henkilöstön työhyvinvointia ja työturvallisuutta on edistettävä.
- (Ikäihmisten palveluiden laatusuositukset 2008, 3,12,28-29,32 ja 41-43.)

4.2 Kokemäen vanhustyön strategia laitoshoidon osalta

Kokemäen kaupungin vanhustyön strategia on laadittu vuosille 2006 – 2015. Ikäihmisten palvelustrategian tarkoituksena on tuoda yhteiseen keskusteluun ja päätettäväksi ne keskeiset kehittämistoimenpiteet, joilla turvataan asiakaslähtöiset ja joustavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kokemäkeläisille ikäihmisille. Tavoitteena on kuvata laatu- ym. suositukset ja määritellä strategian perusteeksi valittava taso. Strategiassa on kuvattu tämänhetkinen ikäihmisten määrä ja nykyinen palvelurakenne. Strategiassa arvioidaan väestöennusteeseen perustuva ikäihmisten määrä vuonna 2015 sekä arvioidaan tuleva palvelutarve. Kaikkein muutokseen ei voida varautua, koska muutostahti on nopea. Kokemäen kaupungin palveluita pitää kehittää asiakkaiden muuttuvien tarpeiden sekä toimintaa säätelevien normien mukaan. (Kokemäen kaupungin vanhustyön strategia 2006-2015.)

Kokemäen kaupungin ikäihmisten palveluiden järjestämisessä pidetään tärkeänä seuraavien arvojen toteutumista: asiakaslähtöisyys, omatoimisuuden tukeminen ja turvallisuus. Samat arvot on myös valittu Kokemäen vanhustyön laatukäsikirjan perustaksi.

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2030 alle 55-vuotiaiden miesten ja naisten lukumäärä on 15 % nykyistä pienempi, mutta tätä vanhempien lukumäärä on selvästi suurempi kuin vuonna 2000. Muutos on suurin yli 75-vuotiaiden miesten määrässä heidän lukumääränsä kasvaa 179 %; naisilla vastaava muutos on 82 %. Tämän asteinen ikärakenteen muutos lisää runsaasti kaikkia vanhimpiin ikäryhmiin painottuvia sairauksia, neurologisista sairauksista ennen kaikkea aivoverenkierron häiriöitä, dementiaa sekä Parkinsonin tautia. Lääkärit ja muu hoitohenkilökunta ovat kiinnittäneet lisääntyvästi huomiota asiakkaan/potilaan muistihäiriöihin ja on syytä olettaa diagnosoinnin tehostuvan. Myös omaiset ohjaavat läheisiään muistitukimuksiin ja hoitoihin aikaisempaa aktiivisemmin. On oletettava, että juuri muistihäiriöistä kärsivät asiakkaat muodostavat jatkossa suuren osan palveluntarpeessa olevista asiakkaista. Heille on kehitettävä sekä avopuolella että palveluasumisessa monipuolisia palveluja, jotta laitoshoidossa olisivat ainoastaan vaikeasti dementoituneet toimintakykynsä menettäneet asiakkaat. (Vanhustyön strategia 2006-2015.)

Vuonna 2030 edellä mainitut luvut kaksinkertaistuvat. Keskivaikeaan ja vaikeaan dementiaan sairastuu 7 600 kansalaista ja tämän asteista dementiaa sairastaa 41 000 potilasta, joista 7 000 menehtyy sairauteensa. Dementoituneiden potilaiden hoitoon käytetään 3,97 miljoonaa hoitopäivää. Lieväasteista dementiaa sairastavien lukumäärästä väestössä ei ole tarkkoja tietoja, mutta heitä arvioidaan olevan ainakin yhtä paljon kuin edellä mainittuja vaikeampiasteista dementiaa sairastavia yhteensä. (Vanhustyön strategia 2006-2015.)

Vanhainkoti Henrikinhovi (1.6.2010 alkaen Palvelukeskus Henrikinhovi) on perustettu 53-paikkaisena, joista osa on tarkoitettu lyhytaikaisasiakkaille. Vanhainkodissa on ollut vaihtelevasti 56-66 asukasta. (Vanhustyön strategia 2006-2015.)

Syyskuussa 2011 kävi intervallijaksoilla 43 eri henkilöä ja hoitopäiviä kertyi yhteensä 426. Kuormitusprosentti oli siis 118,39 %. (Henrikinhovin hoitopäivät syyskuulta 2011.)

Sosiaalihuoltolakiin on lisätty säännös palvelutarpeen arvioinnista 1.3.2006 alkaen. Kiireellisissä tilanteissa palvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Tämä oikeus koskee kaiken ikäisiä. Ei kiireellisissä tilanteissa kunnan on järjestettävä 80 vuotta täyttäneille sekä KELA:n erityishoitotukea saaville pääsy palvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. Palvelutarpeen arviointi edellyttää usein moniammatillista yhteistyötä ja toimintakyvyn ulottuvuuksien selvittämistä. (Vanhustyön strategia 2006-2015.)

Kokemäellä toimii SAS-ryhmä (suunnittele, arvioi, sijoita), joka kokoontuu neljä kertaa vuodessa. Viranomaistyöryhmään kuuluu edustus kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, vanhainkodeista ja terveyskeskussairaalaista sekä sosiaaliohjaaja ja vanhustyönjohtaja. Työryhmä kutsuu tarvittaessa asiantuntijoita keskustelemaan ajankohtaisista asioista. Ryhmä arvioi vanhainkoti- ja asumispalvelujonossa olevien asiakkaiden palvelun- ja avuntarvetta sekä tilanteen kiireellisyyttä. Hakemukset ovat kirjallisia ja asiakkaiden toimintakyky ja hoidon tarve on arvioitu mm. Rava-indeksillä. Hoitopaikan vapautuessa arvioidaan kiireellisimmän hoidon tarpeessa oleva, jolle paikka myönnetään. (Vanhustyön strategia 2006-2015.)

Tilastollisesti tarkastellen Kokemäellä ollaan jäljessä kotipalvelun kehittämisessä. Vuoteen 2015 mennessä kotipalvelun asiakkaista yli 75-vuotiaita pitäisi olla kaksinkertainen määrä nykyiseen verrattuna. Lisäksi pitkäaikaisessa laitoshoidossa on asiakkaita suosituksia enemmän. (Taulukko 1) Suositukset henkilökunnan määrästä suhteessa hoidettavat (Vanhustyön strategia 2006-2015.)

**Henkilöstömitoitussuositukset hoitotyöntekijää/asukas keskivertomitoitus
(Taulukko 1) (Vanhustyön strategia 2006-2015).**

Tehostettu asumispalvelu (yhden avustamana, ympärivuorokautinen hoito)	0,40 - 0,50
Tehostettu asumispalvelu (dementiayksikkö)	0,50 - 0,60
Vanhainkodin laitoshoido	0,50 - 0,60
Vanhainkodin laitoshoido (dementiayksikkö)	0,60 - 0,70
Vanhainkodin laitoshoido (lyhytaikaisosasto)	0,60 - 0,70
Terveyskeskuksen laitoshoido	0,60 - 0,70

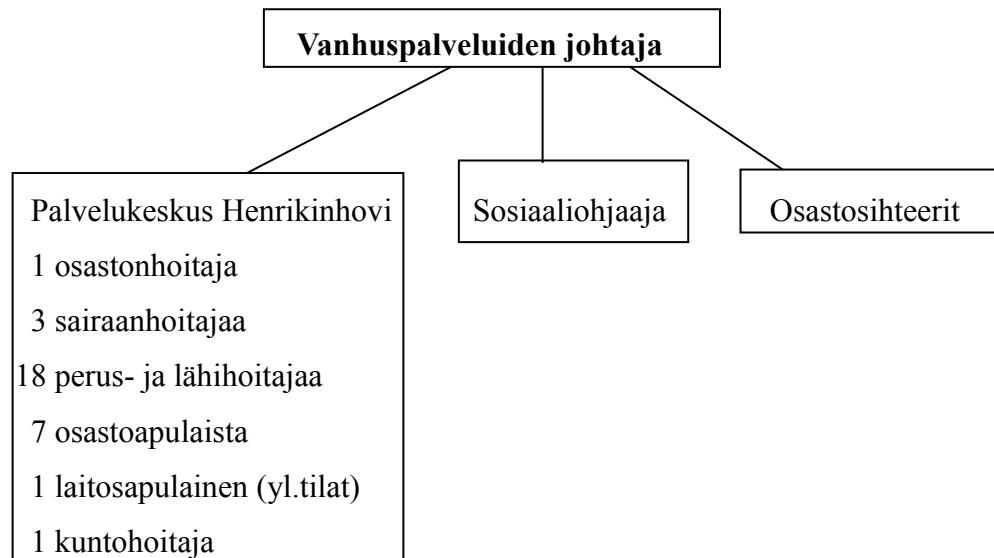
5 PALVELUKESKUS HENRIKINHOVI

Palvelukeskus Henrikinhovin hoitoideologiana on tarjota hoivaa ja huolenpitoa turvallisessa ja kodinomaisessa ympäristössä. Toiminnan lähtökohtana ovat asukkaiden yksilölliset tarpeet ja toiveet. Auttaminen ja tukeminen ammattitaitoisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen yhteistyössä omaisten ja läheisten kanssa. (Palvelukeskus Henrikinhovin perehdyttämiskansio 2010.)

Hoitotyöllä tarkoitetaan terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisemiseen ja yksilöllisten tarpeiden mukaiseen hoitoon ja kuntoutukseen tähtäävää, vuorovaikutukseen perustavaa toimintaa, joka edellyttää terveydenhuoltoalan ammatillista koulutusta. Hoitotyölle on ominaista suunnitelmallisuus, kokonaisvaltaisuus sekä ratkaisujen yksilöllisyys ja tilanteenmukaisuus. Hoitotyöhön kuuluu asiakkaiden päivittäisistä toiminnoista sekä psyykkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta huolehtimista, erikoishoitoja, tutkimuksia ja terveystasvatusta. Hoito on luonteeltaan poikkitieteellistä ja yhdessä lääkärin työn kanssa se muodostaa keskeisen kokonaisuuden terveydenhuoltopalveluissa. (Palvelukeskus Henrikinhovin perehdyttämiskansio 2010.)

Henrikinhovi on perusturvalautakunnan alainen Kokemäen kaupungin vanhuspalveluita tarjoava yksikkö. Henrikinhovissa on toimintaa viidellä eri osastolla. Toistaiseksi Kuntokoto, Lystiluhti ja Piilopirtti ovat pitkäaikaisosastoja, Kaskukamari on tehostetun palveluasumisenyksikkö ja Tarinatupa on intervalliosasto. Kaikkiaan asukaspaikkoja on n. 60. Palvelukeskuksen tilat valmistuivat syksyllä 1991. (Palvelukeskus Henrikinhovin perehdytyskansio 2010.)

Vanhuspalveluidenjohtaja vastaa vanhusten hoitopaikoista ja hoidon toteutumisesta Kokemäellä. Palvelukeskuksen osastonhoitaja vastaa hoivan ja huolenpidon/ hoitotyön suunnittelusta, kehittämisestä sekä toteutumisesta (Palvelukeskus Henrikinhovin perehdytyskansio 2010.)

(Kaavio 2) Henrikinhovin organisaatiosta

Henrikinhovin organisaatio selviää edellä olevasta kaaviosta (Kaavio 2). Henrikinhovissa työskentelee moniammatillista hoitohenkilökuntaa ja pyrkivät järjestämään asukkaille parhaan mahdollisen hoidon.

Henkilökunta järjestää asukkaille virikkeellistä toimintaa mahdollisuuksien mukaan kylissä, kuten esim. leipomista, lehtien lukemista, lauluhetkiä, teatterimatkoja, juhlia (vappu-, juhannus- sekä joulujuhlia yms.) ja ulkoilee heidän kanssaan. Kesäisin on ns. kesätytöt, jotka vievät vanhuksia ulos. Lisäksi talossa ovat käytettävissä kuntahoitaja, jota talon asukkaat voivat vapaasti pyytää käymään luonaan tai hoitajat pyytävät, kun huomaavat esim. voidepotilaille liikeratojen aukaisutarvetta. Kuntahoitaja järjestää myös ryhmäliikuntaa. Ulkopuolisia ohjelman järjestäjiä talo myös ottaa mielellään vastaan, mm. vanhusneuvosto järjestää säännöllisesti kesäjuhlia ym. vanhusten virkistämiseksi. (Palvelukeskus Henrikinhovin perehdytyskansio 2010.)

6 TUTKIMUS DEMENTIAA SAIRASTAVIEN HOIDOSTA PALVELUKESKUS HENRIKINHOVISSA

6.1 Tutkimuksen viitekehys

Olen ottanut varsinaisen tutkimukseni viitekehyyksi terveyden edistämisen, joka on arvoihin perustuvaa tavoitteellista toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Siihen sisältyy promotiivisia ja preventiivisiä toimintamuotoja. Tuloksissa ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalveluiden kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Savola, Koskinen-Ollonqvist, 2005.)

Terveyden edistäminen ymmärretään terveyteen sijoittamisena sekä tietoisena voimavarojen kohdentamisena ja terveyden taustatekijöihin vaikuttamisena. Kunnassa se tarkoittaa kaikkea sitä toimintaa, jonka tavoitteena on väestön terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen, ennen aikaisten kuolemien vähentäminen ja väestöryhmien välisen terveyserojen vähentäminen. Terveyden edistäminen hakee teoreettista ja menetelmällistä pohjaa samanaikaisesti useilta tieteen aloilta. Terveyden säilyttäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen korostuu hoitotieteellisessä terveyden edistämässä. Sosiaalitieteellisessä näkökulmassa taas sosiaalisten verkostojen aktivointi ja elinolojen muuttaminen ovat tärkeitä. (Lahtinen Eero ym, 2003:15).

Potilaan elämäntapoihin täytyy puuttua silloin, kun se edistää hänen terveyttään. Elämäntapoihin kytkeytyvät terveyserot ovat hänen terveyttään. Elämäntapoihin kytkeytyvät terveyserot ovat hoitotyössä hankalinta muuttaa, mutta potilaan etu on, että sitä yritetään. Eettisiin kysymyksiin ei koskaan löydy yhtä ja ainoaa oikeaa vastausta,

vaan niitä on pohdittava kunkin tilanteen näkökulmasta. Arjen tilanteissa tulee joskus tahtomattaan välittäneeksi kunnioituksen puutetta, mikä voi johtaa hankaliinkin tilanteisiin. (Tehy -lehti 8. 201, 47.)

6.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Palvelukeskus Henrikinhovin hoitajien kokemuksia dementiaa sairastavien vanhusten hoidosta ja löytää kehittämissuhteita, että talossa hoidon laatu ja hoitajien jaksaminen olisi parasta mahdollista. Työssäni haluan tuoda julki, millainen sairaus dementia on, miten sitä tulisi hoitaa ja miten se tehdään palvelukeskus Henrikinhovissa.

Tutkimusongelmana on selvittää:

1. Dementiapotilaan hyvää hoitoa hankaloittavat tekijät.
2. Dementian yleistymisen syyt hoitajien kuvaamana.
3. Dementian hyvän hoidon keinot.
4. Henrikinhovin hoitajien vahvuudet dementiaa sairastavien hoitotyössä.
5. Dementiaa sairastavan hyvä hoito Henrikinhovissa.

6.2.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyöni kohderyhmänä on palvelukeskus Henrikinhovin koko henkilökunta, kaikki ammattiryhmät. Halusin saada kaikkien hoitotyötä tekevien äänen kuuluville ja mahdollisuuden sanoa, minkä he pitävät työssään haasteena. Lähestyn työssäni aihetta käytännön näkökulmasta. Opinnäytetyön toteutuksessa käytin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Käytin kyselylomaketta, koska halusin hoitajien

yksittäisiä mielipiteitä hoidosta ja sen toteutumisesta palvelukeskus Henrinkinhovissa. (Liite 2). Omalla yli 10 vuoden työkokemuksellani dementiaa sairastavien hoitajana, on suuri merkitys opinnäytetyön teossa. Viimeiset neljä (4) vuotta olen työskennellyt Henrinkinhovissa.

6.2.2 Aineiston hankinta

Tutkimuksen aineistoa keräsin kysymyslomakkeella, joita jätin henkilökunnan täytettäväksi 30 kappaletta. Palautuksena sain (10) kymmenen vastauslomaketta. Toistuvista kehotuksista huolimatta lomakkeita ei palautettu enempää, syy ehkä selviää tutkimustulosten yhteydessä. Tutkimukseni ajankohta osui sellaiseen aikaan, jolloin taloon oli tulossa suuria muutoksia, jotka kuitenkin ovat siirtyneet. Vastausten vähyyden vuoksi olen käyttänyt tutkimukseni tukena havainnointia, jota olen suorittanut työni ohessa palvelukeskus Henrinkinhovissa. Seurasin erilaisia hoitomenetelmiä, joita Henrinkinhovissa käytetään. Havainnointia suoritin talon kaikilla viidellä osastolla. Seurasin työntekijöiden käyttäytymistä ja miten he puhuttelivat dementoituneita henkilöitä. Kirjasin havaintojani ja yritin nostaa niitä keskusteluun. Hain vastausta kysymykseen, mikä koettiin hankalimpana hyvän hoidon järjestämisessä eri tyyppisillä osastoilla. Käytän saamaani tietoa vähäisten kirjallisten vastausten tukena loppupäätelmiä ja kehitysehdotuksia tehdessä.

6.2.3 Aineiston analyysi

Kysymyksiini saatuja vastauksia käsittelen sisällönanalyysillä. Pyrin laittamaan saamani vastaukset isomman kokonaisuuden alle, jolla saadaan aikaan päätavoite eli tässä tapauksessa hyvä ja yksilöllinen hoito vanhuksille ja hyvä työpaikka työtä tekeville. Omalla havainnoillani työpaikalla saan vahvistusta vastauksiin ja näin voin niitä käyttää kehittämisehdotuksia tukevana elementtinä.

Sisällönanalyysiä voidaan pitää menettelytapana, jolla voidaan analysoida miltei mitä tahansa kirjallisia dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysin tavoitteena on kuvata ilmiö tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä aineisto järjestetään johtopäätöksentekoa varten. (Tuomi&Sarajärvi 2009, 03)

Havainnointi jaetaan osallistuvaan ja ulkopuoliseen havainnointiin. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija osallistuu ryhmän toimintaan sen yhtenä jäsenenä ja tapa soveltuu luonnollisiin ympäristöihin ja tilanteisiin, joiden osalta tutkimus tehdään niiden luonnollisessa ympäristössä. (Vilka 2006, 37.)

Havainnointi on tieteellisen tutkimuksen perusmetodi, jota käytetään havaintojen keräämiseen tutkimuksessa. Havainnoinnilla saadaan tietoa, toimivatko ihmisen niin kuin sanovat toimivansa. Havaintoja voidaan kerätä luonnollisessa ympäristössä. (Vilka 2006, 37, 38.)

7 TULOKSET

7.1 DEMENTIAPOTILAAN HYVÄÄ HOITOA HANKALOITTAVAT TEKIJÄT

Ensimmäisessä kysymyksessä sain heti vastauksen, mitä hoitajat pitävät dementiatyössä hankalana (Taulukko 2). Isossa laitoksessa, kuten palvelukeskus Henrikinhovissa, jossa on monenlaisia vanhuksia, dementiapotilaat aiheuttavat hämminkiä ja vaarallisiakin tilanteita.

Levottomuus		
Vaeltelevia ihmisiä		H
Yrittävät ovista ulos		
Hoitajat vartijoina, ettei kaadu, karkaa		Y
Eksyvät	FYYSINEN TURVALLISUUS	
Ottavat toisten tavaroita		V
Hermostuttavat toiset puheillaan ja toistoillaan		
Sotkevat ulosteella		Ä
Syövät kukkia ja kaikkea näkyvillä olevaa		
<hr/>		
Epäasiallinen käytös, aggressiot		
Ääntely, huutaminen	PSYKKINEN TURVALLISUUS	H
Itkeminen		
Ahdistus, tuska, pelko		O
Hoitajaan takertuminen		
<hr/>		
Hyväkuntoisten omatoimisuuden rajoittaminen, ei esim. voi jättää lääkedosettia huoneeseen.		I
Intervallijaksoilla rajoittaa toimintaa suuresti, takertuvat huonetovereihin, eivät keskity mihinkään.	SOSIAALINEN TURVALLISUUS	T
Vaihtopäivät hankalia, osa väestä lähtee kotiin osa tulee, se laukaisee rajun koti-ikävä ja levottomuuden.		O

Taulukko 2. Hoitoa hankaloittavat tekijät

Fyysisen turvallisuuden luominen kaikille asukkaille on hankalaa, koska dementiaa sairastavat kulkevat muillakin osastoilla kuin omalla. Ns. terveet vanhukset kärsivät näistä levottomista ihmisistä, jotka tuskissaan kyselevät ulos pääsyä ja kotia, toiset asukkaat luulevat auttavansa, kun he opastavat muistamatonta ihmistä ulos, yrittävät auttaa näitä avaamalla heille ovia ja hakemalla hoitajaa auttamaan, kun toisella on hätä. Näin levottomuus tarttuu ja vaaratilanteet lisääntyvät.

Dementiaa sairastavat käyvät toisten huoneissa ja ottavat tavaroita. Vuodepotilaat taas pelkäävät huoneeseen tulevaa outoa ihmistä, jolle eivät aina käskyt mene perille. Vaeltelevat ihmiset yöllä on suuri vaaratekijä, koska he saavat muutkin dementiaa sairastavat liikkeelle, ja näin koko osasto ja jopa koko talo on hereillä ja levottomia. Yövuoroissa hoitajia on kaksi ja autettavia paljon, ei riitä vieressä istujaa, joka rauhoittaisi muistisairaahan ihmisen. Kaatumiset ja muut sairaskohtaukset ovat vaarana, kun ihmiset eivät nuku ja ovat väsyneitä.

Fyysisessä turvallisuudessa pitää ottaa huomioon muistisairaiden kuljeskelu isossa talossa. He eksyvät ja syövät muille tarkoitettuja ruokia, mutta myös voivat ottaa toisten lääkkeitä, varsinkin intervalliosastolla, jossa asukkailla voi olla huoneissaan omia lääkkeitä. Kukat ja koristeet ovat myös turvallisuusriski. Niitä syödään ja muutenkin kuljetellaan mukana. Aggressiot ja epäasiallinen käytös voivat myös vaarantaa toisten asukkaiden turvallisuuden. Asukkaat saattavat pelätä vihaiselta näyttävää ja aggressiivisesti huutavaa tai liikkuvaa ihmistä. Toisiin asukkaisiin tarrautuminen on ongelma lähinnä intervallissa, siellä huonetoveri voi olla vielä henkisesti niin hyväkuntoinen, että rasittuu hoitajaksolla, jos huonetoveri tukeutuu paljon huonekaveriin ja kulkee tämän perässä. Tässä tilanteessa hoitohenkilökunnan on puututtava tilanteeseen ja tarvittaessa vaihdettava huonetta. Dementoituneet asukkaat tarrautuvat hoitajiin ja vaativat paljon huomiota. Tämän vuoksi dementiaosastolla ei voi olla suurta asukasmäärää.

Fyysisen turvallisuuden takaamiseksi kaikille talossa asuville dementiaa sairastaville pitäisi olla oma selkeä osasto, jossa he voivat turvallisesti liikkua. Osastolla pitää olla riittävä, asiantunteva henkilökunta. Henrikinhovissa oli aiemmin dementoituneille pienempi hoitoyksikkö, jossa ovet olivat suljetut ja asukkaat saivat liikkua vapaasti, omalla osastollaan ja suljetulla piha-alueella. Henkilökunta oli osastolle valikoitunut niin, että he halusivat ja olivat motivoituneita hoitamaan muistisairaita. Osaston henkilökunta on hyvin koulutautunutta ja sitoutunutta. Osastolla asuu edelleen keskitetysti dementiaa sairastavia henkilöitä, vaikka osaston ovet ovat auki ja asukkaat liikkuvat koko talossa. Vuoden 2012 alussa osastoa ollaan jälleen muuttamassa palveluasunnoiksi, joissa asuisi dementiaa sairastavia.

Nykytilanteessa karkailu ja eksymisriski kasvavat ja asukkaiden turvattomuus lisääntyy niin dementoituneilla kuin muilla talossa asuvilla. Henkilökunnan vaihtuvuus on suuri, erityisesti kesäisin on paljon sijaisia. Hoidon jatkuvuus kärsii, ja asukkaat ovat levottomia.

Kun kaikki dementiaa sairastavat asukkaat ovat samalla osastolla, talossa muuten asuvat saavat rauhallisen hoitoympäristön. Ikäihmisten laatusuositusten mukaiset tilat pitkäaikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä dementia-ryhmäkodit ovat tärkein hoitomuoto. Turvallisuuden edistäminen on tärkeä osa palveluasumisyksiköiden ja laitosten toimintaa.

Jokaisella asukkaalla tulisi olla mahdollisuus omaan huoneeseen, joka on kuin koti. Huoneen tulisi olla kodikas, viihtyisä ja sinne olisi mahdollista tuoda omia kalusteita. Osa ikääntyneistä kuitenkin haluaa turvallisuuden vuoksi asua jonkun toisen kanssa. Huonetoiverin valinta on oltava sellainen, että molemmat asukkaat sitä haluavat ja että he tulevat toimeen keskenään. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008.)

Korkeintaan 12-15 asukasta dementiaosastoa kohden on suositeltava määrä. Pieni ryhmäkoko tuo asukkaalle ympäristön hallinnan ja turvallisuuden tunnetta. Lisäksi työntekijät pystyvät yksilöllisemmin perehtymään asukkaiden tilanteeseen, jolloin työhyvinvointi ja -turvallisuuskin paranevat. Uusi teknologia lisää turvallisuutta ja liikkumisvapautta, kun osastoille asennetaan liiketunnistus- ja hälytysjärjestelmä. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008.)

Intervallijaksoilla on ihan omat ongelmansa. Taloon saapuu kerran viikossa kotoa, lyhyelle jaksolle hyvinkin pitkälle dementoituneita asukkaita. Nämä kulkevat talossa aiheuttaen aina suuren muutoksen talon rutiineihin. Nämä ketterästi liikkuvat, hyvin asialliselta vaikuttavat vanhukset aiheuttavat vaaratilanteita. Toisten asukkaiden omaiset voivat auttaa heitä ulos, kun muistisairas kertoo olevansa täällä vain kylässä ja lapset tai eläimet odottavat heitä kotona, mutta he eivät löydä ulos. Omalla ostollaan he saavat toiset väsymään kyselyihinsä ja toistoihinsa. Juuri, kun vanhus saadaan sopeutumaan taloon, alkaa joku asukas puhumaan kotiinlähdestä, on meno jälleen alussa. Intervallijaksoilla oleva dementiaa sairastava asukas ei saisi nähdä ja kuulla, kun asukkaat vaihtuvat. Henrikinhovissa on kerran viikossa suuri vaihtopäivä. Vaihdot täytyisi tehdä rauhallisesti, pienissä ryhmissä, niin etteivät toiset asukkaat siitä kovin tietäisi. Pienet ja hitaat muutokset eivät ole niin ahdistavia kuin suuret ja äkkinäiset.

Psyykkistä turvallisuutta, huutelua ja takertumista hoitajaan voitaisiin välttää, jos osastoilla olisi tarpeeksi hoitajia, joilla olisi aikaa olla läsnä, istua ahdistuneen rinnalla ja pitää kädestä. Dementoitunut huomaa heti kiireen ja hoitajan välinpitämättömyyden. Hän ahdistuu ja kierre on valmis. Parasta olisi siis kiireetön ilmapiiri, tutut omat rutiinit ja hoitajat, jotka tuntevat asukkaan ja hänen taustansa. Sieltä voidaan ammentaa yhteistä keskustelua ja turvallisuutta tutuista asioista. Hyvä hoito on sitä, että jokainen joka hoitoa tarvitsee on oikeassa hoitopaikassa ja hänelle on tarvittava hoito, jota eivät uhkaa kanssa eläjät eikä hoitohenkilökunta. Asukkaalle on luotu sellaiset olosuhteet, ettei hän loukkaa itseään eikä hoitajia. Ollaan ihmisiä ihmiselle. Kohdellaan toisia, niin kuin itseämme haluaisimme kohdeltavan.

7.2 DEMENTIAN YLEISTYMISEN SYYT HOITAJIEN KUVAAMANA

Tutkimuksessa kävi ilmi selvästi, että elintapojen muutoksella on selvä yhteys dementian lisääntymiseen (Taulukko 3)

On eliniän nousun myötä (2)		AM-
Päihteistä johtuvat sairaudet, alkoholi ym.(2)	ELINTAPOJEN MUUTOS	MA-
Enemmän nuorempana sairastuneita (3)		TIL-
Kyllä, ennen kylähulluja nykyään diagnosoidaan dementiaan (1)	GERIATRIAN TUTKIMUKSEN	LI-
Tutkitaan helpommin → diagnosoidaan nopeammin (2)	KEHITTYMINEN	SUUS

Taulukko 3. Dementian lisääntymisen syitä.

Hoitajat havaitsivat sen, miten vanhukset elävät vanhemmiksi kuin aiemmin, mikä näkyy selvästi sairauden lisääntymisenä. Myös ylipaino ja hyvä elintaso näkyvät sairastumisessa. Päihteet, huumeet ja alkoholin runsas kulutus ovat tuoneet uuden ryhmän dementiaan sairastuneita, jotka ovat elintavoillaan lisänneet sairastumisen riskiä. Pitkäaikainen huumaavien aineiden käyttö vahingoittaa aivosoluja lopullisesti.

Yleinen yhteiskunnallinen kehitys ja muutos näkyvät tuloksessa. Tietoa sairaudesta on saatavilla ja sairauteen erikoistuneita lääkäreitä on tarjolla. Omaiset ovat valistuneita ja osaavat vaatia hoitoa sekavalle ja aggressiivisellekin omaiselleen ajoissa. Näin diagnoosi saadaan nopeasti. Tutkimus vahvisti alan kirjallisuudessa tunnetun ja ennakkokäsitykseni mukaisen ajatuksen: Ennen sekavaa vanhaa ihmistä pidettiin vanhuuden höppänä, jolle hyvántahtoisesti hymähdettiin ja jonka muistamattomuus kuului vanhan ihmisen elämään. Vanhuksilla oli hyvä tukiverkosto, kun monta sukupolvea saattoi asua yhdessä tiiviissä yhteydessä. ”Kylähullut” kuuluivat samaan yhteisöön. Heitä ehkä välteltiin, mutta he saivat elää omaa elämäänsä.

Tänä päivänä elämäntapa on muuttunut niin, että jokaisen täytyy tietää omat asiansa jotta, pärjää ei ole sukulaisia tai he asuvat kaukana ja naapurista on tullut vieras. Ihmiset elävät todella yksin ja näin ollen kunnallinen hoitoverkosto on tärkeä. Dementian diagnosoinnin parantuminen on nopeuttanut monen yksinäisen vanhuksen hoitoon pääsyä. Tällä tavoin on voitu turvata heille kaikille ihmisarvoinen hyvä vanhuus. Pitkälle edenneessä dementiassa paras hoitovaihtoehto on laitoshoido, jossa osataan hoitaa heitä juuri heidän tarpeensa huomioon ottaen. Hoitajien ammatillisuudella on suuri merkitys, he havaitsevat ajoissa dementiaan johtavia riskitekijöitä ja ovat ohjaamassa asukkaita tutkimukseen, kun huomaavat siihen tarvetta. Vaikka tänä päivänä yritetään vanhuksia pitää kotona mahdollisimman pitkään, on hoitohenkilökunnalla oltava sen verran tietoa, että he osaavat ohjata omaisia sillä hetkellä, kun kotihoito on selvästi jo mahdotonta.

7.3 DEMENTIAN HYVÄN HOIDON KEINOT

Hoidon tavoitteena on, että jokaisella dementiaan sairastuneella on oma yksilöllinen hoito. Keinot, joilla tähän pyritään ovat lääkkeet ja yhä useammin muu hoito (Taulukko 4).

Rauhoittavia, vähennetty jonkin verran		Y
Alzheimerlääke(3)		K
Asukkaat monisairaita, paljon lääkkeitä		S
Lääkäri määrää lääkkeet, hoitajilla iso osuus hoidon tarpeen esittäjänä	LÄÄKEHOITO	I L
Ajoissa aloitettu muistilääkitys		Ö
Aina ei lääkitys auta		L
Mahdollisimman vähän, tarvittaessa(2)		L
<hr/>		
Turvallinen, rauhallinen, kunnioittava ilmapiiri		I
Rutiinit, muistelut, keskustelut, ulkoilu, musiikki		N
voimavaralähtöinen toimintapa, kuntouttava työote		E N
Elämänkaaren tunteminen		
Omaisat		
Sanomalehden luku	MUU HOITO	H
Hoitaja elää työvuorossa hoidettavan ehdoilla		O
Annetaan tehdä itse omien voimien mukaan		I
Sivutetaan hassut kimmellukset huumorilla, ei syyllistetä		T O
Selkeä puhe tapa ja ystävällisyys, iloiset kasvot saavat iloisen vastauksen		
Riittävästi hoitajia, tutut hoitajat		

Taulukko 4) Dementian hoitokeinot

Hoitokeinojen käytettävyydessä näkyy, että ensisijaisena hoitokeinona ei ole lääkitys. Monisairailta vanhuksilla on kuitenkin monia lääkkeitä, joiden lisäämisessä hoitajilla on suuri merkitys. Dementoitunut ei itse enää osaa kertoa vaivoistaan, jolloin hoitohenkilökunta viestittää lääkärille hoidon tarpeesta. Heidän kertomansa perusteella lääkäri lisää tai vähentää lääkitystä. Kun hoitopaikka ja henkilökunta on oikein mitoitettu, voidaan lääkitystä, varsinkin rauhoittavia, usein vähentää. Alzheimerin lääke on Henrikinhovissa muutamilla asukkailla käytössä, mutta pitkälle edenneessä dementiaassa sillä ei enää usein saavuteta hoitovastetta.

Tärkeämpänä henkilökunta piti lääkkeetöntä hoitoa, kunnioittavaa ja läsnä olevaa, turvallista ja rauhallista elinpiiriä. Tällöin saavutetaan luottamus. Hoitajan aito läsnäolo dementiaa sairastavan hoidossa nousi vastauksista esille. Tämä tukee logopedian ajatusta, jonka mukaan hoidettava vaistoaan herkästi hoitajan mielentilan ja tekee niistä omat johtopäätökset ja näin ollen hoito voi vaikeutua. Logopedian ajatuksena on, että hoitaja on aidosti läsnä, vaikka lyhyemmänkin aikaa.

Sairaana aiemman elämän tuntemisesta on suuri apu työssä, sieltä voidaan vaikeaan hetkeen ammentaa sitä yhteistä puhuttavaa. Kun hoitaja tietää, mikä henkilölle on antanut voimaa terveenä ollessaan, sitä käytetään työssä. Esimerkiksi jos vanhus on ollut kova tanssimaan nuorena, pieni laulunpätkä voi saada hänet muistojen valtaan ja laukaista vaikean tilanteen, toinen on voinut olla kova metsämies, ja muistelu voi tuoda kirkkaita ajatuksia saaliista ym. Jostain tutusta, ehkä jo kuolleesta henkilöstä puhuminen, voi tuoda kaivattua turvallisuuden tunnetta. Pitää kuitenkin muistaa hienotunteisuus, koska dementikolle tämä ihminen voi olla muistoissa hyvinkin elävä.

Dementiaa sairastavaa ei pidä pitää tyhmänä, dementia vie muistin, mutta järki toimii usein vielä pitkään niin kuin muillakin vanhuksilla. Huumorilla voidaan monta kertaa ohittaa hankalat tilanteet, ja kun hoitohenkilökunta tuntee potilaansa on helpompaa, kun tietää, minkälaista huumoria tämän ihmisen kanssa voi ja täytyy olla.

Kielenkäyttö voi joskus tuntua ulkopuolisesta oudolta, kun hoitaja ja hoidettava puhuvat asioista sellaisilla sanoilla, jota ei voi ymmärtää ja näillä kahdella näyttää olevan hauskaa. Hoitosuhteen kehittyessä asukkaan ja hoitajan välille muodostuu oma käsitteistö. Tämä tuo joskus hankaluuksia, kun omaiset luulevat hoitajien loukkaavan jotain puheillaan. Vuorovaikutuksessa on tärkeää säilyttää kunnioitus, ketään ei loukata.

Omaiset dementian hoidossa ovat samanlaisia kuin vanhusten hoidossa yleensä, toiset eivät pysty tekemään surutyötä oman vanhemman sairastuttua ja pyrkivät pitämään heidän muistiaan hyvänä vielä pitkään, vaikka sairaus jo selvästi näkyy, luopuminen omasta rakkaasta on vaikeaa. Hoitohenkilökunnalle tästä on omat murheensa, kun pitää hoitaa molempia. Omaiset, jotka haluavat osallistua hoitoon, voivat olla huima voimavara hoidon tukena. Hoitajien täytyy hyväksyä myös se, että kaikki omaiset eivät halua, jaksaa tai pysty.

Huumori, hymyilevät, hyväksyvät kasvot saavat usein aikaan parhaan optimaalisen hoidon. Ketään ei syyllistetä ja yritetään yhdessä. Potilaan omanarvon tunne säilyy ja hoitajan ei tarvitse tehdä asioita puolesta vaan rinnalla. Niin tässä kuin kaikissa muissakin kysymyksissä henkilökunnan määrä nousi vahvasti esille. Riittävä, asiantunteva ja tuttu henkilökunta on hoidon onnistumisen tärkein kriteeri, edelleen ikäihmisten laatusuosituksen toteutuminen poistaisi ison osan hoitoon liittyvistä ongelmista. Kun tämä asia saataisiin kuntoon, tulisi varmasti jopa säästöjä, ei lisäkuluja. Yksikin lisäkäsipari säännöllisesti oikeassa paikassa vähentäisi hoitajien loppuun palamista, sairaslomia ja lääkekuluja.

7.4 HENRIKINHOVIN HOITAJIEN VAHVUUDET DEMENTIAA SAIRASTAVAN HOITOTYÖSSÄ

Kysymykseen onko tietoa tarpeeksi? Tuki työyhteisöltä ja mitä haluaisitte lisää, vastattiin hyvin yksiselitteisesti:

Olen ihminen, joka pystyy istumaan, halaamaan ja pitämään kädestä kiinni, tarvittaessa nauretaan ja itketään yhdessä.

Henrikinhovissa on hyviä hoitajia, kaikki eivät ole samanlaisia, mutta yhdessä he muodostavat hyvän hoitotiimin.

Eniten hoitajat vastasivat kysymykseen, onko tietoa sairaudesta ja hoitokeinoista saatavilla, saako työyhteisöltä riittävästi tukea ja antoivat kehitysehdotuksia hyvän hoidon saavuttamiseksi.

Tietoa koettiin olevan saatavilla, osin jopa liikaa. Tiedonhankinta on kuitenkin jokaisen omalla vastuulla, ja mielenkiinnon varassa. Osastot kokivat, että osastoille oli valikoitunut juuri samanhenkistä henkilökuntaa ja tietoa osaston kesken jaetaan. Toisilla on käytännön kokemusta pitkästä hoitotyöstä ja toisilla uusinta kirjatietaa. Vastauksissa nousi esiin se seikka, että osa henkilökunnasta ei tiedä, miten dementiaa sairastavaa tulisi käsitellä tai sitten eivät halua laittaa itseään likoon. Tässä kehitysehdotuksena olisivat juuri dementiaa sairastaville omat yksiköt, johon voisivat hakeutua hoitajiksi. Näin löytyisivät ne hoitajat, jotka haluavat työskennellä ja kehittää dementian hoitoa. Tällä taattaisiin molemmille osapuolille hyvä olo ja mieli. Sellaisille hoitajille, jotka eivät halua tehdä dementiatyötä, löytyy varmasti oma kohderyhmä, vanhustyössä on kuitenkin paljon erilaista työtä.

Yhteen hiileen puhaltaminen koettiin tärkeäksi. Oman osaston hoitoideologia ja oman osaston tuki koetaan tärkeänä. Jokaisen hoitajan ominaispiirteitä ja taitoa arvostettiin yhdessä vastauksessa. Niiden hyödyntäminen hoitoyhteisössä on suuri voimavara,

kaikkien ei tarvitse tietää, osata tai tehdä kaikkea. Hoitajat voivat käyttää omaa vahvaa aluettaan ja taitojaan.

Vastauksissa tulee edelleen esiin ongelmana työntekijöiden vähyys. Toivotaan lisää hoitajia, jotka ovat tunteneet dementia työn omakseen. Olisi hyvä jos hoitajat eivät vaihtuisi. Dementiahoitotyöhön kaivattiin omaa tahtoa ja ymmärrystä omaavia hoitajia.

Työhön tulo ei saisi olla välttämätön paha.

Työyhteisön koulutus on jokaisen omassa harkinnassa.

Enemmän tietoa kaikille, jotta opittaisi ymmärtämään työn erityispiirteet ja annettaisiin tukea toistemme työlle.

Koko työyhteisö tarvitsisi koulutusta dementoivista sairauksista ja muistisairaahan kohtaamisesta.

Tämä opinnäytetyö on tehty Henrikinhovin työyhteisölle. Juuri tähän tarpeeseen, että juuri ne, jotka eivät muuten ole kiinnostunut dementia, lukisivat tämän opinnäytetyön. Näin tämä opinnäytetyö olisi osaltaan rakentamassa hyvää hoitoa.

Viimeisenä huolena nousi odotetusti rahatilanne. Eräessä vastauksessa otettiin esille, mitä kunnan heikko rahatilanne merkitsee henkilöstömitoituksen kannalta. Tuskin mitään hyvää, koska yleisesti kuntien rahatilanne ehkä vaikeutuu, kun uusi valtionvarainministeri Jutta Urpilainen julkaisi hallituksen kiristävän budjetin ensi vuodelle.

7.5 DEMENTIAA SAIRASTAVAN HYVÄ HOITO HENRIKINHOVISSA

Työtä pidetään henkisesti raskaana, samoja asioita toistetaan monta kertaa päivässä 24/7. Tämä aiheuttaa levottomuutta ja kierre on valmis. Henkilökunnan jakautuminen tuli myös tässä kysymyksessä esille, kaikki hoitajat eivät ole dementiahoitajia ja hyvä niin. Kaikkia hoitajia tarvitaan, siksi johdon tehtävänä olisi antaa mahdollisuus niiden, jotka haluavat ja kykenevät työskennellä dementiaosastolla ei vain määrätä hoitajia. Näin taataan paras mahdollinen hoito ja työilmapiiri.

Koska hoitaja resurssit eivät täyty joudutaan turvautumaan lääkkeisiin.

Hoitajat pyrkivät luomaan rauhallisen, turvallisen, hyväksyvän ilmapiirin. Työssä pyritään säilyttämään ihmisen arvokkuus. Erityispiirteet ja yksilöllisyys huomioiden. Käytetään sairastuneen jäljellä olevia voimavaroja ja vahvuuksia hyväksi. Työnantajan taholta työ on kuitenkin vaikeutunut, koska työntekijöitä on juuri vähennetty, säästö syihin vedoten. Työn kuormittavuus lisääntyy. Hoidettava täysin toisten varassa ja armoilla, ei pysty itse valittamaan huonosta kohtelusta. Ei heillä ole oikein muita puolustajia kun asialle omistautuneet hoitajat. Tämä lisää työn kuormittavuutta ja stressiä.

Dementoitunut ihminen elää täysin tunteiden varassa. Silloin on todella tärkeää, että ympäristö viestii rauhaa ja rakkautta.

Henkilökunnan vaje tulee edelleen hyvin voimakkaana esiin:

Riittävä oikein mitoitettu henkilöresurssit -> laatu ↑ vaikuttavuus ↑ ja tuottavuus ↑.

Yksi hoitaja vuorossa, osastolla viisi muistamatonta, osa takertuu hoitajaan, osa kulkee vierellä, toistaen asioita.

Vastauksissa hoitotyöstä vastaaville tahoille lähetettiin viesti:

Hoidon järjestämisestä vastaavan tahon tulisi ymmärtää mitä on elää reaaliajassa elävien kanssa, ja saada ymmärrystä miksi on tärkeää järjestää näiden hoito erillään.

Vastauksissa toivottiin erillistä intervallihoitopaikkaa dementoituneelle. Osaston tarpeellisuus tuli tässä tutkimuksessa hyvin esille. Suuret asukkaiden vaihtopäivät intervalliosastolla sotkevat dementoituneen rytmin taas alkuun. Dementoituneen sijoittaminen intervallijaksolla on vaikeaa, muistava ajan hermolla oleva rasittuu kokoaikaisesta muistamattoman toistoista ja siitä, että tämä ripustautuu häneen, kun hoitajien vauhtiin ei ripeäliikkeinen dementiaa sairastava aina ehdi.

Intervalliosastolla tarvitsisi olla yhden hengen huoneita, jolloin asukkaat eivät häiritsisi toisiaan ja käyttöprosentti voisi olla korkeampi, nyt kolmen hengen huoneessa voi olla joku yksin, kun häntä ei voi laittaa levottomuuden vuoksi muiden kanssa.

Toiset voivat olla vihaisia ja komentavat ja se lisää ahdistusta. Vaihtopäivät hankalia, kova liikehdintä aiheuttaa levottomuutta, puhutaan kotiin lähdöstä.

8 POHDINTA JA KEHITÄMISEHDOTUKSET

Opinnäytetyönaihe valikoitui nopeasti omaa työtäni tukevaksi ja työpaikkani tarpeita ajatellen. Itse työskentelen kyseisessä tutkittavana olevassa laitoksessa sairaanhoitajana, ja yhdessä vanhuspalveluiden johtajan kanssa päädyimme minua kiinnostavaan aiheeseen, dementiaan ja sen hoidon kehittämiseen. Työssäni olen kohdannut yhä enemmän dementia-nimiseen oireyhtymään sairastuneita ja seurannut molempien ”tuskaa”, hoitajien ja sairastuneiden. Molemmilla osapuolilla on edessään uusi tilanne, sairastunut ei ymmärrä, mitä hänelle tapahtuu ja hoitajat eivät jaksakaan hoitaa yhä suurenevaa sairastuneiden määrää, joilla jalat toimivat, mutta muistamattomuus vie heitä aina uusiin vaaratilanteisiin.

Työmäärä henkisesti kasvaa. Dementiaa sairautena tutkitaan paljon, sen hoidon kehittyminen on ollut nopeaa. Sairautta diagnosoidaan ja alkuvaiheessa voidaan aloittaa lääkitys. Ehkä tulevaisuudessa sairaudenhoito saadaan hallintaan, tällä hetkellä sairauden etenemistä yritetään hillitä ja hoidetaan sen mukanaan tuomia sivuoireita. Tämän hetken sairastuneet eivät ole vielä päässeet varhaisvaiheeseen hoitoon, joten heidän sairautensa etenee vielä niin, ettei sitä hallita.

Työn rajaus oli hankalaa, koska sairaudenhoito kiinnostaa minua ja materiaalia on paljon ja työpaikan tapahtumat antavat aina uutta. Lähtökohtana työlleni oli terveyden edistäminen, miten molemmat osapuolet, hoitajat ja hoidettavat, viihtyisivät hyvin Henrikinhovissa. Tavoitteena hyvä hoito ja hyvä työyhteisö.

Lähdin työni alussa kertomaan, millainen sairaus on dementia ja miten sitä yleisesti hoidetaan. Varsinaisen tutkimukseni olen keskittänyt Palvelukeskus Henrikinhoiviin. Halusin kertoa Henrikinhovin henkilökunnalle, mitä on hyvä hoito kunnan järjestämässä hoitolaitoksessa ja miten sitä voitaisiin keittää, dementiaasta, kun näyttää kehittyvän uusi koko kansansairaus.

Muistisairas ihminen, sairauden eri asteet huomioiden, tarvitsee kokonaisvaltaisen avun ja hoidon selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista ja

voidakseen elää niin täysipainoista elämää kuin mahdollista. Jokaisella on ihmisarvo huolimatta niistä puutteista mitä sairaus tuo tullessaan. Jokaisella, kuolemansairaallakin on jotain voimavaroja jäljellä, jotka on osattava ottaa käyttöön. Voimavara voi olla toisen ihmisen läheisyys ja kosketus. Olemme työssä heitä varten.

Tässä on ajatus, joka sai minut tekemään tämän työn. Voin siis ajatella hyvällä mielellä, että tällaisia hoitajia on olemassa. Kun hoitaja on sisäistänyt työnsä ideologian, hän pystyy tekemään työtä, rasittumatta siitä henkisesti. Tämä vastaus kiteyttää koko punaisen langan, jota tutkimuksessa lähdettiin selvittämään.

Työpaikoilla vanhusten hoidossa on hyvää potentiaalia hoitaa vanhuksia hyvin ja heitä myös tänä päivänä hoidetaan hyvin, hoitajat joustavat työajoissa ja vapaastaan hoitaakseen työnsä mahdollisimman hyvin, mutta hyvä hoito ja joustavuus työssä tahtoo jäädä muutaman ihmisen varaan. He väsyvät ja loukkaantumisvaara niin hoitajalla kuin hoidettavalla kasvaa. Virheitä sattuu ja pinna on kireällä.

Ikäihmisten hoidon laatusuosituksen toteutuminen vanhusten hoidossa olisi suositeltavaa. Työ on henkisesti ja fyysisesti erittäin raskasta. Taakkaa lisäävät usein myös hoidettavan omaiset, jotka vaativat tietenkin omalle vanhukselleen hyvää hoitoa ja ne vanhukset, joilla ei ole puolestapuhujaa, ovat vaarassa jäädä heikommasti hoidetuiksi.

Hoitajien antamista vastauksista, kuin myös työpaikalla tehdyssä havainnoinnissa selvästi tuli esille se seikka, että jos henkilökuntaa on riittävästi, hoitajien työmotivaatio on hyvä ja he haluavat tehdä työtään suurella sydämellä. Pienikin vaje henkilökunnassa saa aikaan kaaosta, työmäärä yhtä ihmistä kohti lisääntyy huomattavasti ja se aiheuttaa sekasortoa potilaissa ja näin työmäärä vielä kasvaa. Näin ongelmatilanteita ja kaatumisia tulee enemmän.

Dementoituneet aistivat kiireen ja hälyn, hoitajien nopeat, ripeät otteet tekevät kipeää ja hoitajien ääni kohoaa huudoksi ja komenteluksi. Kehitysehdotus tämän hoitamiseksi

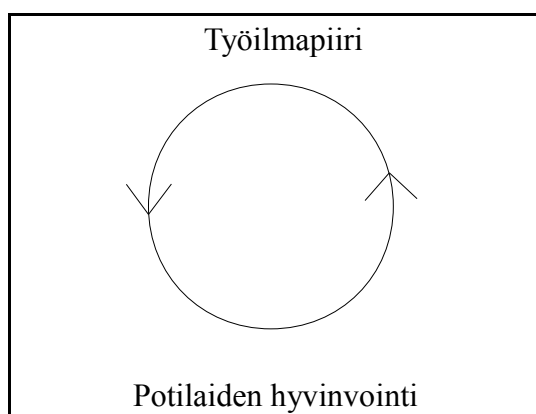
olisi, että osastoilla olisi riittävä määrä hoitohenkilökuntaa, ei vain asukasluvun mukaan, vaan sen mukaan, kuinka paljon apua sen osaston hoidettavat tarvitsevat. Näin voidaan vähentää hoitajien sairaslomia, huolimattomuusvirheet vähenevät ja hoitajilla on aikaa perustyön lisäksi kuunnella vanhusta, jonka ainoa kontakti elämään on usein hoitaja. Näin saada hyvä hoito vanhuksille ja mielekäs työympäristö hoitajille. Hinta tästä kaikesta ei varmaankaan nouse paljon suuremmaksi kuin jatkuvassa sairaslomakierteessä olevien hoitajien sijaisten palkkaaminen.

Mielestäni terveyden edistäminen on paras viitekehys tälle työlle. Savola & Koskinen-Ollongvist ovat teoksessaan ja opetuksessaan kirjoittaneet lyhyesti:

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista toimintaa. Ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaan saamiseksi. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina.

Kun hoitohenkilökunnalla on aikaa ja resursseja tehdä tätä työtä sydämellään ja heidän oma arvomaailmansa on kohdallaan. Työnantaja taas luo sellaiset olosuhteet, että työn tekeminen on mielekästä ja tilat siihen sopivat. Näin ollen potilaat taas saavat arvoistaan hoitoa ja terveyttä voidaan edistää. Kunta taas hyötyy siitä, kun työntekijät viihtyvät työssään ja kehittävät sitä mielellään, näin hankaluudet henkilökunnan saannista tai sairaslomista vähenevät. Hoidettavien lääkekulut normalisoituvat.

Tässä kaaviossa on vastaus koko opinnäytetyöhöni: Mikä on hyvä hoito ja hyvä työympäristö hoitajien kokemana? Tämä oleellinen asia nousi tutkimuksessani selvästi esille.



(Kaavio 5)
Dementian
hoitoon vaikuttavat
tekijät

Kun hoitajia on tarpeeksi ja työolosuhteet ovat hyvät, jokainen hoitaja tekee työtä sillä osastolla, jossa voi käyttää omaa hoitoideologiaansa. Siitä syntyy hyvä työilmapiiri. Kun työilmapiiri on hyvä, potilaat ovat rennompia, luottavaisia ja yhteistyökykyisiä, jolloin potilaiden hyvinvointi paranee. Lääkitystä ei tarvitse lisätä, hoitajille taas jää aikaa olla läsnä. Kun potilaiden yhteistyö hoidossa helpottuu, niin se parantaa yhä työilmapiiriä. Kehä kiertää positiiviseen suuntaan, jolloin päästään aina vain parempiin tuloksiin (kaavio 5).

Sama ympyrä voi myös pyöriä toiseen suuntaan - pahaolo lisää pahaa oloa. Johtajuudella on työyhteisön hyvinvoinnin kannalta keskeinen tekijä. Johtaminen heijastuu kaikkeen, mitä organisaatiossa tehdään.

Kysymykset opinnäytetyössäni olisivat voineet olla suppeampia, jolloin olisin saanut erilaisia vastauksia ja ne, jotka jättivät vastaamatta, olisivat tulleet mukaan. Kyselyni ajankohta osui aikaan, jolloin koko taloa oltiin muuttamassa palveluasumisyksiköksi. Sijaisten käyttöä vähennettiin, jolloin mitoitus hoitajissa laski 0,5 hoitotyöntekijää/asukas. Asukasmäärän piti muutoksen vuoksi vähentyä, näin ei kuitenkaan tapahtunut, koska muutos on toistaiseksi siirtynyt. Huhuja muutoksen vaikutuksesta työntekijöihin liikkui runsaasti. Väki oli väsynyttä ja voimatonta.

Vastaus, miksi työntekijät eivät halunneet osallistua tutkimukseen oli ajanpuute vastata työaikana ja vapaa-ajallaan he eivät jaksaa tai eivät halua. Koettiin kovin voimatonta aikaa. Nyt uudistukset kuitenkin ovat siirtyneet ja jonkinlainen työrauha on palannut. Suurimpana ongelmana kuitenkin edelleen pidetään työntekijöiden vähyyttä suhteessa hoidon tarpeeseen.

Koko opinnäyteprosessiin olen tyytyväinen, tutkimukseni herätti huomiota työpaikalla ja itse sain sellaista tietoa ja varmuutta hoitaa dementiaan sairastavia, jota voin käyttää omassa työssäni. Toivon tästä työstä olevan apua myös työyhteisölleni, joka antoi minulle luvan tutkia, miten Palvelukeskus Henrikinhovissa nopeasti lisääntyvä sairaus dementia kohdataan.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää, miten yksityiset dementiakodit hoitavat asukkaitaan ja miten ne eroavat kunnan järjestämästä hoidosta.

Vastausprosentti jäi pieneksi, mikä kuvaa hyvin sitä, että aktiivisemmat ja ne hoitajat vastasivat, joita dementian kehittäminen kiinnostaa. Näin ollen kokonaiskuvaa hoidon laadusta ei saada. Suuntaa antavana tutkimus kuitenkin palvelee tarkoitustaan. Vastaukset, joita sain, vastasivat omia havaintojani.

LÄHTEET

Alzheimerin info, <http://alzheimerinfo.fi/alzheimerintauti> Viitattu 19.9.2011

Alhainen, Kari & Erkinjuntti, Timo & Rinne, Juha & Soininen, Hilikka toim.2001 ja 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna.

Arponen, Outi & Hervonen, Antti 1992. Mitä kotihoidon jälkeen: Dementian hoito vaihtoehdot 1p. Tampere.

Hankonen, Riitta: Tehy-lehti 8/2011. Puuttumisen jalo taito.

Hoitonetti:

http://hoitonetti.Turku.amk.fi/Hoitonetti/2008_validaatio_dementian_hoitona/index.htm

Ikäihmisten palveluiden laatusuositukset 2008.

Kokemäen vanhustyön strategia 2006 – 2015.

Lahtinen, Eero & Koskinen- Ollonqvist, Pirjo & Rouvinen- Wilenius, Päivi & Tuominen Päivi. 2003:15 Muutos ja mahdollisuus: Terveiden edistäminen, sosiaali-terveys ministeriön selvitys.

Logoterapiayhdistys: www.logoterapiayhdistys.fi

Memo -lehti, muistisairaiden ammattilehti 2010 vuosikerta.

Muisti -lehti, muistiliiton julkaisu 2010 vuosikerta.

Palvelukeskus Henrikinhovi 2010, Perehdyttämiskansio

Satakunnan kansa -lehti 4.7.11 s.21

Savola, Elina & Koskinen – Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveystietä. Terveystietä edistämiskeskus.

Soininen, Marjaana 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki 2008.

Suomen lääkäri -lehti 2010. eripainos, 39/1.10.2010. Muistipotilaan hoitoketjun eri vaiheet, kaavio 1.

Taipalus & Vallejo Medina. 2009. Dementoituneen fysioterapia ja fyysistä toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä liikunta. Seinäjoen AMK – Opinnäytetyö

Torpo & Sormunen & Saarikalle & Räikkönen & Elonniemi - Sulkava 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Stakesin tutkimus. Havainnointi tutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi.

Qvick, Leena. 2008. Pro gradu. Dementoituvan asiakkaan hyvänhoidon perusta. Tampereen yliopisto.

Vilka, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki

LIITTEET

Liite 1 Alzheimerin tauti, yleisin syy joka johtaa dementiaan. Oireiden tunnusmerkit.

Liite 2 Opinnäytetyön kysymyslomake

Liite 3 Mini mental State Examination (MMSE) testilomake

Liite 4 Tutkimuslupa

Liite 1

ALZHEIMERIN TAUTI yleisin syy joka aiheuttaa dementiaa.

OIREIDEN TUNNUSMERKIT

Alzheimerin oireiden tunnistaminen on tärkeää, jotta oikea hoito voidaan aloittaa. Mitä aikaisemmin Alzheimerin taudin hoito aloitetaan, sitä enemmän se hidastaa taudin etenemistä.

Suomessa edelleen yli puolet dementian taustalla olevista syistä jää selvittämättä 70 %. Yhdysvalloissa toimiva Alzheimer liitto on luonut 10 esimerkkiä, joiden avulla voidaan erottaa normaaliin vanhenemiseen ja Alzheimerin tautiin liittyvät oireet.

1. Muistin heikentyminen

Normaalia: Unohtaa pankkikortin tunnusluvun tai minne pysäköi auton.

Epänormaalia: Unohtaa mikä pankkikortti on tai millaisen auton omistaa.

2. Arkiaskareiden suorittaminen vaikeutuu

Normaalia: Unohtaa, mitä oli juuri sanomassa.

Epänormaalia: Unohtaa, kuinka suoriutua jokapäiväisestä askareesta kuten hampaidenpesusta.

3. Kielellisen ilmaisun ongelmat

Normaalia: Joutua välillä tapailemaan sanoja kertoessaan tarinoita.

Epänormaalia: Unohtaa usein päivittäin käytettäviä sanoja tai termejä.

4. Paikan ja ajantajun katoaminen

Normaalia: Unohtaa, minä päivänä viikosta hammaslääkäriaika oli.

Epänormaalia: Eksyä tutuissa paikoissa.

5. Huono tai alentunut arviointikyky

Normaalia: Tehdä huono päätös silloin tällöin.

Epänormaalia: Pukeutua sopimattomasti tai luottaa liian paljon tuntemattomiin henkilöihin.

6. Vaikeus ymmärtää abstrakteja asioita

Normaalia: Laskea kauppalaskun loppusumma väärin.

Epänormaalia: Unohtaa, kuinka lasketaan yhteen tai vähennetään.

7. Hukata asioita

Normaalia: Hukata avaimet tai lompakko.

Epänormaalia: Laittaa hammasharja jääkaappiin vessan kaappien sijasta.

8. Muutokset käytöksessä tai luonteessa

Normaalia: Olla huonolla tuulella silloin tällöin.

Epänormaalia: Rajut ailahtelut, jotka eivät johdu masennuksesta tai muusta sairaudesta.

9. Muutokset persoonallisuudessa

Normaalia: Muuttua puheliaammaksi vanhetessa.

Epänormaalia: Hämmennyksen, epäilyn, pelon tai riippuvaisuuden lisääntyminen.

10. Oma-aloitteisuuden heikkeneminen

Normaalia: Haluta levätä ja välttää sosiaalista kanssakäymistä väsyneenä.

Epänormaalia: Nukkua tunteja television edessä. Menettää mielenkiinto asioihin, jotka ennen toivat iloa.

www.alzheimerinfo.fi

Liite 2

Lopputyön kyselylomake palvelukeskus Henrikinhoviin

Teen lopputyötäni. Olen sairaanhoitaja AMK + diakonissa koulutuksessa. Olen aikaisemmalta koulutukseltani opistotason sairaanhoitaja. Teen tutkielman dementiaista. Sairaudesta jonka lisääntymisen tekni olette varmasti huomanneet työyhteisössämme. Toivon teiltä vähän apua tutkielmani tekoon, voitteko vastata vapaamuotoisesti seuraaviin kysymyksiin. Kaikki kommentit ovat sydämellisesti tervetulleita, joten kirjatkaa niitä loppuun.

YHTEISTYÖTERVEISIN Asta

1. Miten dementia näkyy intervalliosastolla, osastostasi asumispalveluyksikössä, dementiaosastolla, vanhainkodinosastoilla (2), sairaanhoitajientyössä, osastonhoitajan, vanhustyönjohtajan? (kirjoita omasta osastostasi)

2. Onko dementiaa sairastavien määrä mielestäsi lisääntynyt 2000 luvulla?

3. Mitä hoitokeinoja teillä on käytössä?

- lääkitys
- hoitokeinot
- yhteistyö
- jaksaminen (itsenne hoitaminen, että jaksatte)
- virikkeet (jatka paperin taakse)

4. Millaisina koette omat vahvuutenne dementiaa sairastavien hoitajana?

- onko tietoa tarpeeksi?
 - saatteko tukea työyhteisöltä

- Mitä haluaisitte lisää?

5.Kerro dementiasta ja sen hoidosta teidän yksikössä. Kerro minulle mitä haluaisit minun ja muiden tietävän ja ottavan huomioon.(mikä on hyvin ja mihin toivoisitte kehitystä)

(Kirjoita kääntöpuolelle jos tila ei riitä)

Liite 3

Mini mental State Examination (MMSE) testilomake

MMSE-testilomake

Täyttöohjeita MMSE-testilomakenipun alla

TUTKITTAVA: _____ SYNTYMÄAIKA: _____

TEKIJÄ: _____ PVM: _____

Seuraavassa on erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä tehtäviä. Aloitamme kysymyksillä, kuten:

	Väärin	Oikein		Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt on?	0	I	13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne. (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)		
2. Mikä vuodenaika nyt on?	0	I	PAITA RUUSU	0	I
(talvi=joulu,tammi,helmi kevät=maalis,huhti,touko kesä=kesä,heinä,elo syksy=syys,loka,marras; aina +/- 1 vko)			RUSKEA tai PALLO	0	I
3. Monesko päivä tänään on? (+/- 1pv).....	0	I	VILKAS AVAIN	0	I
4. Mikä viikonpäivä tänään on?.....	0	I	14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.		
5. Mikä kuukausi nyt on?	0	I	a) Mikä tämä on? - näytetään <i>rannekelloa</i>	0	I
6. Missä maassa olemme?	0	I	b) Mikä tämä on? - näytetään <i>lyijykynää</i>	0	I
7. Missä läänissä olemme?	0	I	15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:		
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi?.....	0	I	EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA	0	I
9. Mikä on tämä paikka jossa olemme?	0	I	(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lausetta ei saa toistaa.)		
(Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)			16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain. (Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)		
10. Monennessako kerroksessa olemme?	0	I	Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taitekaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle. (Ohjeita ja lausetta ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa.)		
11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleenne kolme sanaa, kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa.)			Otaa paperin vasempaan käteen	0	I
PAITA - RUSKEA - VILKAS			Taiteaa sen	0	I
RUUSU - PALLO - AVAIN			Asettaa paperin polville	0	I
PAITA RUUSU	0	I	17. Näytän Teille tekstin " SULKEKAA SILMÄNNE ". Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta.	0	I
RUSKEA tai PALLO	0	I	(Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä.)		
VILKAS AVAIN	0	I	18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mielenne mukaan.....	0	I
(Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu. Toistoja ____ . Enintään 5 kertaa.)			(Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)		
12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän Teitä lopettamaan.			19. Voisitteko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. (kääntöpuolella).....	0	I
93.....	0	I	(Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)		
86.....	0	I			
79.....	0	I			
72.....	0	I			
65.....	0	I			
(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee väärää vastauksia 1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)					

MMSE-TESTIN PISTEMÄÄRÄ

/ 30

Liite 4

Tutkimuslupa

KOKEMÄEN KAUPUNKI
PALVELUKESKUS HENRIKINHOVI

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

VANHUSPALVELUIDEN JOHTAJA

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

24.1.2011


ASIA: Tutkimusluvan myöntäminen

ESITYS: Anoja:
Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelija Asta Mäkinen

Anomus:

Lupa tehdä opinnäytetyö aiheesta, miten tänä päivänä muistisairaita hoidetaan ja miten sairauden määrittäminen on muuttunut. Työssä voidaan myös esittää kehittämismahdollisuuksia. Selvitetään, miten Henrikinhovin muistisairaiden hoito on muuttunut ja miten sen ajatellaan muuttuvan, kun talo muuttuu palvelutaloksi kuluvana vuonna 2011.

PÄÄTÖS: Lupa em. tutkimuksen tekemiseen Palvelukeskus Henrikinhovissa Asta Mäkiselle myönnetään.

ALLEKIRJOITUS: 
Anne-Marie Ståhlström
Vanhuspalveluiden johtaja

