

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Sairaanhoitajakoulutus

Taru Nikkinen  
Minna Parviainen  
Jukka Piitulainen

MUISTISAIRAAN AKTIVOINTI OMAAN ARKEEN OSALLISTU-  
VAKSI

Aktivoivat koulutustilaisuudet hoivakodin hoitohenkilökunnalle



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2017**  
**Sairaanhoidajakoulutus**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

**Tekijät**

Taru Nikkinen, Minna Parviainen, Jukka Piitulainen

**Nimeke**

Muistisairaahan aktivointi omaan arkeen osallistuvaksi – Aktivoivat koulutustilaisuudet hoivakodin hoitohenkilökunnalle

**Toimeksiantaja**

Siun sote

**Tiivistelmä**

Muistisairaudet ovat maailmanlaajuisesti yksi suurimmista terveydellisistä haasteista. Eteneviin muistisairauksiin kuuluu tyypillisesti toimintakyvyn heikkeneminen, joka vaikuttaa oleellisesti sairastuneen selviytymiseen jokapäiväisestä elämästä. Vaikka yhä useammat muistisairaajat pyritään hoitamaan kotona, pitkäaikaishoito on toisinaan oikea vaihtoehto hoidon järjestämiseksi. Muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen voidaan vaikuttaa erilaisilla aktiviteeteilla ja osallisuudella arjen toimintoihin myös pitkäaikaishoidossa.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä hoivakodin hoitohenkilökunnan tietoa erilaisista aktivoimisen keinoista ja niiden merkityksestä muistisairaahan toimintakyvylle. Opinnäytetyön tehtävänä oli järjestää aiheeseen liittyen kaksi aktiivista koulutustilaisuutta hoitohenkilökunnalle.

Helmikuussa 2017 järjestetyissä aktivoivissa koulutustilaisuuksissa käytiin läpi muistisairaahan toimintakykyyn ja aktivointiin liittyviä tutkimuksia ja pohdittiin yhteisesti Partalanmäen hoivakotiin soveltuvia käytännön keinoja muistisairaiden asukkaiden aktivoimiseksi. Esille nousivat muun muassa ruokailuun ja siivoukseen liittyvät arkiset askareet, joihin hoivakodin asukkaat voisivat osallistua. Aktivoiviin koulutustilaisuuksiin osallistui yhteensä 36 hoitohenkilökunnan jäsentä. Suurin osa osallistujista koki tilaisuudet työnsä kannalta hyödyllisiksi ja aiheen tärkeäksi. Jatkossa koulutustilaisuuksissa esiintuotuja muistisairaahan asukkaan aktivointikeinoja on mahdollista hyödyntää hoivakodin arjessa ja hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus käyttää viikoittaista työaika muistisairaahan aktivoinnin kehittämiseen.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 48  
Liitteet 7  
Liitesivumäärä 10

**Asiasanat**

muistisairaus, toimintakyky, aktivoiminen, kuntoutumista edistävä työote



**THESIS**  
**May 2017**  
**Degree Programme in Nursing**

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

**Authors**

Taru Nikkinen, Minna Parviainen, Jukka Piitulainen

**Title**

Activation of People with Memory Disorders – Training Sessions for Nursing Home Nursing Staff

**Commissioned by**

Siun sote

**Abstract**

Memory disorders are globally one of the biggest challenges in health care. A progressing memory disorder typically declines a person's ability to function, which has a significant impact on coping with everyday life. Although the aim is that more and more people with memory disorders are taken care of at home, long-term care in a facility is sometimes the right alternative. The ability to function can also be supported and enhanced in long-term care through various activities and involvement in daily activities.

The purpose of this practise-based thesis was to increase the knowledge of the nursing staff of various activation approaches and their significance to a person's ability to function. The thesis assignment was to organize two interactive training sessions for nursing staff.

In the training sessions arranged in February 2017, studies and researches related to a person's ability to function were discussed. In addition, practical activation approaches were considered. For example, cleaning duties and other daily chores were mentioned as tasks in which nursing home residents could participate. Altogether 36 members of the nursing staff participated in the training sessions. Most of the participants found sessions useful and the topic as an important one. In the future, the discussed activation approaches can be used in everyday life in the nursing home. The nursing staff also has the possibility to use their weakly working time to develop the activation of people with memory disorders.

**Language**  
Finnish

Pages 48  
Appendices 7  
Pages of Appendices 10

**Keywords**

Memory disorder, ability to function, activation, rehabilitative approach

# Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Muistisairaudet.....	6
2.1	Muistisairauksien oireet ja synty.....	6
2.2	Yleisimmät muistisairaudet.....	7
2.3	Muistisairauksien tutkiminen ja diagnosointi.....	11
2.4	Muistisairauksien kuntoutus ja hoito.....	13
2.5	Toimintakyvyn määrittely.....	16
2.6	Muistisairaahan toimintakyvyn arviointi .....	17
3	Muistisairaahan hoidon järjestäminen.....	19
3.1	Muistisairas tehostetussa palveluasumisyksikössä .....	20
3.2	Sairaanhoitajan tukena .....	21
3.3	Kuntoutumista edistävä työote .....	22
4	Muistisairaahan aktivointi omaan arkeen osallistuvaksi .....	23
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	24
6	Opinnäytetyön toteutus .....	24
6.1	Opinnäytetyön tiedonhakuprosessi .....	25
6.2	Toimeksiantajan esittely .....	28
6.3	Aktivoivien koulutustilaisuuksien suunnittelu .....	29
6.4	Koulutustilaisuuksien toteutus .....	30
6.5	Aktivoivien koulutustilaisuuksien arviointi .....	33
7	Pohdinta.....	34
7.1	Tulosten tarkastelu .....	34
7.2	Toteutuksen ja menetelmien tarkastelu.....	35
7.3	Luotettavuus ja eettisyys .....	36
7.4	Ammatillinen kasvu .....	39
7.5	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysmahdollisuudet .....	40
	Lähteet.....	42

## Liitteet

Liite 1	Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Liite 2	Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus
Liite 3	Opinnäytetyön tutkimuslupapäätös
Liite 4	MMSE-testilomake
Liite 5	Koulutustilaisuuksien ohjaussuunnitelma
Liite 6	Koulutustilaisuuksien palautekyselylomake
Liite 7	Toimeksiantajan palaute ensimmäisestä koulutustilaisuudesta

## 1 Johdanto

Muistisairaudet luokitellaan yleisesti kansantaudeiksi. Suomessa on noin 120 000 henkilöä, joilla on muistisairauteen tyypillisesti liittyvä kognitiivinen toiminnan heikentyminen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010.) Vuoteen 2030 mennessä muistisairaiden määrän arvioidaan jopa kaksinkertaistuvan vuoden 2015 esiintyvyyteen verraten (Aavaluoma 2015, 23).

Suomessa muistisairauksien aiheuttamat yhteenlasketut vuosikustannukset yltyvät lähes miljardiluokkaan (Aavaluoma 2015, 23-24). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015) mukaan muistisairaahan hoidon kustannukset ovat neljä vuotta diagnoosin jälkeen noin 40 000 euroa vuodessa henkilöä kohden. Kustannuksista 60 prosenttia aiheutuu laitoshoidosta. Hyvä hoito ja muistisairaahan aktivointi voivat parantaa muistisairaahan elämänlaatua sekä laskea sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia.

Liiallinen muistisairaahan auttaminen ja sitä seuraava passivoituminen johtavat helposti ei-toivottuihin seurauksiin. Näitä ovat muun muassa fyysisen kunnon heikentyminen, hengitysvaikeudet ja erilaiset infektiot, verenpaineen nousu ja sydänongelmat, pitkästymisen, ärtyneisyys ja taitojen menettäminen. (Mendes 2015.) Muistisairaahan elämän laadun ja toimintakyvyn parantaminen on saavutettavissa yksinkertaisilla askareilla, kuten pöytien kattamisella, siivoamisella ja kukkien hoidolla. Muistisairailta, jotka osallistuvat kotiaskareisiin, on parempi elämän laatu sekä kognitiiviset kyvyt verrattuna muistisairaisiin, jotka eivät toimintoihin osallistu. (Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist & Sandman 2014.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on muistisairaahan aktivoiminen omaan arkeen osallistuvaksi. Toimeksiantajana on julkinen Partalanmäen hoivakoti Pohjois-Karjalassa. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoivakodin hoitohenkilökunnan tietoa ja käytännön keinoja muistisairaahan aktivoimiseksi omassa arjessaan. Opinnäytetyön tehtävänä on kahden aktivoivan koulutustilaisuuden järjestäminen hoivakodin hoitohenkilökunnalle.

## 2 Muistisairaudet

Pääosa niistä aivojen sairauksista, joita kutsutaan muistisairauksiksi, ovat muistia ja henkistä suorituskykyä heikentäviä sairauksia, jotka voivat edetessään aiheuttaa dementiatasaisen heikentymän sairastuneelle. Muistisairaudet voidaan jakaa syntymekanisminsa pohjalta kolmeen eri ryhmään: hoidettaviin muistisairauksiin, joita ovat esimerkiksi puutostilat ja aineenvaihduntasairaudet, vamman tai sairauksien jälkitiloihin ja eteneviin muistisairauksiin. Merkittävin osa muistisairauksista on eteneviä sairauksien muotoja, joihin ei ole olemassa parantavaa hoitoa, ja jotka johtavat jossain vaiheessa dementiatasoiseen oireistoon. (Juva 2011, 110-111.) Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet yleisesti, Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden sekamuoto, Lewynkappale-tauti, Parkinsonin tauti ja otsa-ohimolohkonrappeumat (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010).

### 2.1 Muistisairauksien oireet ja synty

Muistisairaus heikentää ensisijaisesti muistia ja muita tiedonkäsittelyyn liittyviä osa-alueita. Näönvaraisen hahmottamisen ongelmat ja toiminnanohjauksen sekä kielellisten toimintojen heikentyminen ovat tyypioireita muistisairaudessa. Arjesta selviytyminen, omatoimisuus ja yleinen suorituskyky heikentyvät tyypillisesti sairauden edetessä. Lähes jokainen muistisairas kokee jossakin sairautensa vaiheessa käyttäytymisen muutoksia, jotka heikentävät merkittävästi elämänlaatua. (Hallikainen 2014a, 13-14.) Etenevässä muistisairaudessa tyypilliseen oireistoon kuuluvat kognitiiviset häiriöt, uni-valverytmin häiriöt sekä käytösoireet, kuten apatia, masennus, psykoosioireet ja ahdistuneisuus. Käytösoireet ovat merkittävästi toimintakykyä alentavia ja lisäävät riskiä tapaturmille, ja niiden esiintyvyys vaihtelee sairauden edetessä. (Remes & Winqvist 2011, 191.)

Muisti perustuu laaja-alaiseen aivojen hermoverkoston yhteistoimintaan. Muistioireiden syntyyn vaikuttaa joko jollakin aivoalueella sijaitseva vaurio, joka vaikuttaa henkilön kognitioon, tai häiriöt muistioireisen henkilön aineenvaihdun-

nassa, hermoverkostossa tai hermosoluissa. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010.) Muistisairauksien syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä olivat pitkään ai-noastaan korkea ikä ja perinnöllinen taipumus. Jos lähisukulainen sairastaa esi-merkiksi Alzheimerin tautia tai muuta muistisairautta, tällöin henkilön mahdolli-suus sairastua muistisairauteen on 2-3-kertainen. (Kivipelto & Ngandu 2014, 26.) Myös esimerkiksi Huntingtonin tauti on geneettisesti periytyvä muistisairaus, jossa henkilön jälkeläisillä on 50 prosentin mahdollisuus sairastua siihen (Vataja 2014, 299-300). Tutkimusten mukaan on kuitenkin olemassa suojatekijöitä sekä riskitekijöitä, joilla voidaan vaikuttaa muistisairauksien syntyyn ja torjuntaan (Ki-vipelto & Ngandu 2014, 26).

Suomessa toteutetun FINGER-tutkimuksen mukaan elämäntavoilla on selvä vai-kutus ja yhteys muistisairauksiin ja niiden syntyyn. Aivoterveydellä, jolla tarkoite-taan kokonaisvaltaista aivojen hyvinvointia, on merkittävä yhteys muistisairauk-sien ennaltaehkäisyyn. Terveelliset elämäntavat, liikunta, terveellinen ravinto, päihteettömyys, aivojen harjoittaminen, stressin välttäminen ja riittävä lepo muo-dostavat hyvän aivoterveysten perustan. Muokattavia muistisairauksien riskiteki-jöitä ovat kohonnut kolesteroli, kohonnut verenpaine, diabetes, ylipaino, alkoholin runsas käyttö ja tupakointi. Ikä ja perimä ovat kuitenkin muistisairauksiin liittyviä riskitekijöitä, joihin ihminen ei itse voi vaikuttaa. Muita muistisairauteen vaikutta-via tekijöitä, joilla voi olla vaikutusta muistisairauden syntyyn tai ehkäisyyn ovat koulutustaso, sosiaaliset verkostot, henkinen aktiivisuus, sosiaalinen aktiivisuus ja parisuhde. (Aavaluoma 2015, 25-26.) Muistisairauksien ehkäisyssä on näyttöä myös verenpainelääkityksen toimivuudesta ehkäisevänä tekijänä (Kivipelto & Ngandu 2014, 26). Muistisairauden todennäköisyyttä voidaan arvioida jo keski-iässä riskimittarin avulla (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010).

## 2.2 Yleisimmät muistisairaudet

**Alzheimerin tauti** on etenevistä muistisairauksista yleisin, ja sitä esiintyy noin 70 prosentilla kaikista etenevää muistisairautta sairastavista (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 18). Alzheimerin tauti on myös yleisin dementiaa aiheut-tava sairaus. Alzheimerin tautimuodot jaotellaan yleensä oireiden perusteella tyy-pilliseen, epätyypilliseen ja sekatyypilliseen muotoon. (Hartikainen 2014a, 264.)

Alzheimerin taudin voidaan katsoa etenevän kolmen vaiheen kautta, mutta taudin oireisto ja eteneminen ajallisesti voivat vaihdella suurestikin. Ensimmäisessä vaiheessa potilaan muisti heikkenee vähitellen. Muistiongelmat voivat aiheuttaa sairastuneelle masennus- ja ahdistusoireita. Toisessa vaiheessa sairastunut voi kärsiä vakavista muistinmenetyksistä, jotka liittyvät etenkin hänen kokemuksiinsa viimeaikaisiin tapahtumiin, sekä paikan- ja ajantajun hämärtymisestä. Toiseen vaiheeseen voi liittyä myös puheen ongelmia, heikentynyttä keskittymiskykyä, epävakaisuutta mielentiloissa, persoonallisuuden muutoksia ja ahdistuneisuutta. Kolmannessa vaiheessa erittäin hankalaksi ja vakavaksi paheneva yleinen sekaavuus on tyypillistä. Myös psykoottiset oireet, kuten hallusinaatiot ja harhaluulot, ovat mahdollisia. Pidätyskyvyttömyys sekä epätavalliset refleksit ovat myös osa kolmannen vaiheen taudin kuvaa. (Carter 2016, 223.)

**Lewynkappale-tauti** on toiseksi yleisin dementiaan johtava etenevä aivosairaus. Se on hankalasti tunnistettava ja diagnosoitava, ja se voidaan helposti tulkita virheellisesti Parkinsonin taudiksi tai Alzheimerin taudiksi. (Hartikainen 2014b, 287-292.) Sairaus alkaa yleensä 50-80 vuoden iässä, ja tyypillisiä oireita ovat vireystilan, tarkkaavaisuuden ja tiedonkäsittelyn muutokset sekä näköharhat (Rinne 2015, 165-171).

Lewynkappale-taudin diagnosoinnissa keskitytään motoristen oireiden lisäksi sekä neuropsykiatristen ja kognitiivisten oireiden esiintyvyyteen, että siihen, millaiselle ajanjaksolle esiintyvyys ajoittuu. Kognitiivisten oireiden aaltoilu, vireystilan muutokset sekä tarkkaavaisuuden aaltomainen ilmentyminen ovat sairaudelle tyypillisiä. Taudille ominaiset oudot käytösoireet tai harhat ovat yleensä myös ihmiselle itselleen merkki hakeutua tutkimuksiin. (Karrash, Hokkanen, Hänninen & Hietanen 2015, 224-244.) Tautiin kuuluvat neuropsykiatriset oireet vievät sairastuneen helposti ensiksi psykiatrisen hoidon piiriin (Hartikainen 2014, 287-292). Lewynkappale-taudissa muistimuutoksia ei juuri esiinny sairauden alkuvaiheessa, mutta sairauden edetessä muistin heikkeneminen on tyypillistä (Rinne 2015, 166).



**Verenkiertoperäiset eli vaskulaariset muistisairaudet** ovat aivotoimintaan liittyviä häiriötiloja, joihin liittyy vakavia tiedonkäsittelyn ja muistin häiriöitä. Vaskulaariset muistisairaudet johtuvat sairastuneen henkilön verenkiertohäiriöistä. Noin joka neljäs aivoinfarktin kokenut saa dementiatasaisen aivohäiriön kolmen kuukauden kuluttua infarktista. Infarktin sijainti aivoissa määrää sen, kuinka hankalia ja minkä tyyppisiä muistiin liittyviä ongelmia henkilö mahdollisesti saa. Jopa yksi infarkti voi riittää aiheuttamaan henkilölle dementiatasoisia oireita sen osuessa sopivaan kohtaan aivoja. Vaskulaariset aivosairaudet liittyvät myös hyvin usein erityyppisiin sydän- ja verisuonisairauksiin. Verenkiertoperäiset muistisairaudet voidaan jakaa karkeasti iskeemisiin eli hapenpuutteesta johtuviin ja aivo-verenvuodosta johtuviin sairauksiin. (Juva 2011, 110-155.)

Jos henkilö sairastaa sekä Alzheimerin tautia että verenkiertoperäistä muistisairautta, puhutaan **Alzheimerin ja verisuoniperäisen muistisairauden sekamuodosta** (Hallikainen 2014b, 263-274). Henkilöllä voi olla paikallisia neurologisia oireita ja löydöksiä, jotka viittaavat aivoverenkiertosairauteen, tai aivokuvista löytyviä iskeemisiä muutoksia. Tällöin molemmat löydökset voivat hankaloittaa tarkan taudinmäärityksen saamista. Jos diagnoosi jää vaillinaiseksi, jää potilaan kohdennettu hoito sekä eheän hoitoketjun luominen mahdottomaksi. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014, 278-280.)

Parkinsonin tauti on etenevä aivosairaus, jossa esiintyy tasapainovaikeuksia, lihasjäykkyyttä, liikkumisongelmia ja vapinaa (Carter 2016, 226). Parkinsonin tauti aiheuttaa useasti edetessään ongelmia myös muistin kanssa, ja voi johtaa jopa sairastuneen dementoitumiseen sairauden myöhemmässä vaiheessa. Tällöin puhutaan **Parkinsonin taudista johtuvasta muistisairaudesta**. Muistisairauden kognitiiviset oireet ovat monimuotoisia ja yleisluontoisia. Oireisiin lukeutuvat esimerkiksi tarkkaivaisuuden häiriöt, työmuistin häiriöt, toiminnanohjauksen häiriöt sekä hankaluudet kielellisissä toiminnoissa. (Laatu, Ellfolk, Karrasch & Martikainen 2015, 259-272.)

**Otsa-ohimolohkon rappeuma** on yleisnimitys sairausryhmälle, johon kuuluu aivojen otsalohkon heikkenemistä (Remes & Rinne 2015, 172). Otsa-ohimolohko-

sairaudet ovat dementoivia sairauksia (Remes 2014, 282-283). Työikäisillä diagnosoiduista dementiaan johtavista sairauksista rappeuman osuus on 10-20 prosenttia (Karrasch ym. 2015, 238). Sairauden oireistoon kuuluvat käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset sekä kielelliset ongelmat, jotka pahenevat sairauden edetessä. Otsa-ohimolohkon rappeuman diagnosointi ja tunnistaminen koetaan haasteelliseksi, koska oireiston ensikuvasta puuttuvat muistisairaudelle tyypilliset muistiin liittyvät ongelmat ja muistin käytön hankaluudet. Sairauteen kuuluva dementiatason oirekuva tulee esiin joitakin vuosia ensioireiden jälkeen. Sairaus etenee suhteellisen nopeasti, ja keskimääräinen elinikä on sairauden puhjettua noin 6-10 vuotta. (Remes 2014, 280-285.)

**Dementia** ei ole erillinen sairaus, vaan oireyhtymä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010). Dementialla tarkoitetaan tilaa, jossa useampi kuin yksi kognitiivinen toiminto on heikentynyt henkilön aiempaan suorituskäyttöön nähden ja heikentää selviytymistä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista, sosiaalisista suhteista tai työstä (Hallikainen 2014c, 46). Dementia-oireyhtymä voidaan jakaa ilmentymisensä perusteella kolmeen eri vaikeusasteeseen: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan dementiaan (Juva 2011, 110). Dementiaoireistoa voivat aiheuttaa etenevä sairaus, kuten Lewynkappale-tauti, pysyvä jälkitila, kuten aivovamma, tai parannettavissa oleva sairaus, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta (Hallikainen 2014c, 46). Muistin ja tiedonkäsittelyn laaja-alainen heikentyminen eli dementia voi esiintyä henkilöllä muistin toiminnan heikentymisenä, hahmottamisen heikentymisenä, kielellisen toiminnan vaikeutena tai toiminnanohjauksen ongelmina (Juva 2011, 110). Oirekuvan mukaisia käytösoireita voivat olla depressio, aggressiivisuus, aistiharhaisuus, apatia ja ahdistuneisuus (Soininen & Hänninen 2008, 106-107).

Runsas ja pitkään jatkunut alkoholinkäyttö voi aiheuttaa käyttäjälle muistisairauden. **Alkoholiin liittyvissä muistisairauksissa** ongelmat ovat enemmänkin toiminnanohjaukseen painottuvia ongelmia kuin normaaleja muistioireita. Ongelmanratkaisukyvyt voivat olla heikonlaisia, ja tietynlaiset jumiutuneet toimintatavat ja -mallit ohjaavat sairastuneen elämää. Muut tunnistavat sairastuneella myös persoonallisuuden muutoksia. Alkoholin käytön loppuessa henkilön kognitio yleensä kohentuu. (Vataja 2014, 297-298.) Alkoholin ja muiden päihteiden käytön

vaikutus henkilön dementiaoireiden synnyssä on hyvin monisyinen, ja muihin muistisairauksiin verraten se eroaa hyvinkin suuresti ennusteeltaan. Alkoholin aiheuttaman muistisairauden tila ei ajan kuluessa vaikeudu jatkuvasti, vaan saattaa jopa mennä parempaan suuntaan. (Runsten 2011, 144-145.)

### **2.3 Muistisairauksien tutkiminen ja diagnosointi**

Muistin heikkenemisen syynä voivat muistisairauden lisäksi olla monet erilaiset neurologiset häiriötilat, kuten aivoverenkiertohäiriöiden jälkitiloista johtuvat heikentymät sekä aivovamman aiheuttama muistin heikkeneminen. Lievä kognitiivinen heikentyminen on tila, jossa ihminen kokee muistinsa heikentyneen ja hänellä voidaan todeta yhden tai useamman tiedonkäsittelyyn liittyvän osa-alueen selvä heikentyminen verrattuna hänen aiempaan suoriutumistasoonsa ja hänen ikäkumppaneidensa kognitiiviseen normaalitasoon. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen on kuitenkin yleensä normaalitasolla lievässä kognitiivisessa heikentymässä. Oirekokonaisuuden taustalla voi olla monia eri syitä, ja se voi myös viitata alkavaan muistisairauteen. On mahdollista, että muistisairaus alkaa myös muun tyyppisillä kognitiivisilla oireilla, kuten toiminnan ohjauksen ongelmilla, puheen tuoton häiriöinä tai hahmottamisen ongelmina. Henkilön persoonallisuuden tai käyttäytymisen muutokset voivat olla myös merkki muistisairaudesta. Muistisairauden alku voi myös ilmetä psykiatrisina oireina, kuten masennuksena ja harhaluuloisuutena. (Remes & Winqvist 2011, 192.)

Kun epäillään muistisairautta tutkimukset tulisi aloittaa mahdollisimman nopeasti (Remes & Winqvist 2011, 192). Muistisairauksien alkuvaiheen selvittely aloitetaan yleensä työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa, josta henkilö voidaan tarvittaessa ohjata tarkempiin tutkimuksiin. Oikeat päätelmät muistihäiriöistä ja laadusta ovat ensiarvoisen tärkeitä suunniteltaessa muistisairaahan henkilön jatkotoimenpiteitä ja arvioitaessa tämän toimintakykyä. (Kallio, Hokkanen, Hietanen & Hänninen 2015, 99-101.)

Huolellinen haastattelu sekä kliininen tutkimus ovat muistipotilaan tutkimuksen perusta. (Hallikainen & Rosenvall 2015, 342.) Muistin tutkimuksen lähtökohtina pidetään potilaan ja hänen läheistensä havaintoja muistin toiminnan muutoksista

ja muistin toiminnasta yleensä (Kallio ym. 2015, 99-101). Läpi käydään myös henkilön toimintakykyä, käytöstä ja mielialaa koskevia tekijöitä ja niiden mahdollisia muutoksia. Huolellinen tutkimus ja luotettavat esitiedot mahdollistavat suhteellisen luotettavan taudinmäärityksen ja siihen liittyvät hoitoimenpiteet ja jatko-tutkimukset. (Hallikainen & Rosenvall 2015, 342.)

Muistioireita voivat aiheuttaa etenevien muistisairauksien lisäksi myös monet erilaiset tautitilat, jotka pyritään tunnistamaan laboratoriotutkimusten perusteella. Laboratoriotutkimusten laajuus päätetään oirekuvan perusteella. Tavallisimmin verikokeet kertovat hoidettavat poissulkevat syyt. Kun oirekuva on lievä tai epätyypillinen on potilaalle tehtävä laajemmat tutkimukset. (Herukka & Remes 2015, 355-359.) Osa muistipotilaan perustutkimusta on myös aivojen kuvantaminen, jolla voidaan todentaa mahdollisia kallonsisäisiä ongelmia, kuten kasvaimia. Kuvauksella pystytään kuitenkin todentamaan myös muutoksia, jotka liittyvät aivosairauksiin. Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaus sekä otsa-ohimorappeumat ovat tällaisia kuvantamisella todennettavia aivosairauksia. (Vanninen, Mäntylä, Salonen, Valanne, Rinne & Erkinjuntti 2015, 392.)

Kognitiiviset eli tiedonkäsittelyyn liittyvät seulontatehtävät ovat tarkkoja ja herkkiä keinoja muistisairauksien varhaisessa tunnistamisessa. Muistitestien tulokset tukevat yleensä potilaan omaisten tekemiä havaintoja muistiongelmista ja voivat ennustaa seurannoissa myöhemmin esiintyvää heikentymistä. Muistikyselyitä voidaan käyttää myös apuvälineenä muistipotilaan tilan arvioinnissa, ja ne voivat antaa olennaista tietoa potilaan oireiden luonteesta, käytännön haittaavuudesta ja vaikeusasteesta. (Hänninen, Paajanen & Kuikka 2015, 360-373.) Myös mahdollisten psyykkisten oireiden ja mielenterveydenhäiriöiden tutkiminen on tärkeää, sillä niillä on merkittävästi negatiivinen vaikutus sekä sairastuneen että hänen omaistensa elämänlaatuun. Psykiatrinen anamneesi ja kliininen tutkimus ovat käyttäytymisen ja psyyken tutkimuksessa olennaisia. Kliininen tutkimus käsittelee mielenterveyshäiriöihin liittyvät olennaiset osa-alueet, kuten potilaan olemuksen, potilaan ulkonäön, psykomotoriset toiminnot, liikkumisen, sairaudentunnon, päättelykyvyn, mielialan, havaintotoiminnot, abstraktin ajattelun sekä yleisen ajatustoiminnan. (Vataja 2015, 349-354.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä erilaisista päivittäisistä elämän toiminnoista, kuten työstä, harrastuksista ja itsestä huolehtimisesta (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Muistipotilaan tutkimisessa on toimintakyvyn arviointi yksi tutkimuksen osa-alue. Omatoimisuuden muutokset hoidon ja kuntoutuksen seurannassa ovat hyvin tärkeitä tekijöitä, kun seurataan hoidon vaikuttavuuden merkkejä. Toimintakykyä voidaan helposti arvioida käytännön hoitotyössä kliinisen vaikutelman ja potilaan kokeman avun tarpeen kautta. Toimintakyvyn ja selviytymisen sekä sairauden vaikeusasteen arviointiin voidaan käyttää erilaisia asteikkoja. (Rosenvall 2015, 386-391.) Oireasteikot soveltuvat myös sairaanhoitajan tai muistihoitajan käytettäväksi (Vataja 2015, 354).

Varhaisessa vaiheessa olevan muistisairauden tunnistamisessa ja taudinmäärittämisessä voidaan käyttää neuropsykologista tutkimusta. Neuropsykologien tutkimus arvioi henkilön muistitoimintoja, toiminnanohjausta, tiedonkäsittelyn eri osa-alueita ja mielialaa sekä käyttäytymisen muutoksia. Muistisairauden taudinmäärittäminen vaatii keskeisten muistitoimintojen tutkimisen lisäksi muistitoimintojen poikkeavuuksiin liittyvien oireiden tutkimisen, mutta myös muiden tiedonkäsittelyyn liittyvien toimintojen arviointi on tärkeää. Toiminnanohjauksen arviointi on myös keskeinen tekijä paitsi diagnostiselta kannalta, myös henkilön toimintakyvyn arvioimiseksi. Tiedonkäsittelyn profiilin eroavaisuuksien ja käyttäytymispiirteiden erojen kautta voidaan etenevät muistisairaudet erottaa toisistaan. (Hietanen, Hänninen & Jokinen 2015, 374-385.)

## **2.4 Muistisairauksien kuntoutus ja hoito**

Ikääntyessä muistitoiminnot heikentyvät, mutta muistin kokemuksen mukainen järjestelmällisyys ja kyky hyödyntää ulkoisia muistitukia ja ympäristövihjeitä ovat luontainen osa aivojen toimintaa. Näitä strategioita voidaan kehittää myös tietoisesti. Suoraan heikentyneeseen muistiin kohdistetuilla harjoituksilla ei ole todennettu akuuttia näyttöä muistin paranemiseen, mutta korvaavien strategioiden ja toimintatapojen opettelulla on kuitenkin mahdollista lievittää muistiongelmista aiheutuvia käytännönhaittoja. Myös muistin säilyneiden kykyjen hyödyntäminen on

toimintaa edistävää. Muistioireiden kuntoutuksen painopiste vaihtelee merkittävästi kuntoutujan muistioireiden vaikeusasteen mukaan. (Kalska & Poutiainen 2015, 446.)

Metakognitiivisissa harjoituksissa keskiössä ovat omien muistiongelmien tilannekohtainen tunnistaminen ja sitä kautta muistia helpottavien ulkoisten ja sisäisten muistitukien omaksuminen. Tarkkaavaisuutta harjoitettaessa voidaan vaikuttaa työmuistiin ja lievittää ajassa eteenpäin suuntautuvan muistin heikkoutta. Palautamisstrategiat sekä mieleenpainamisstrategiat voivat auttaa monia muistipotilaita, mutta niiden käyttö voi jäädä vähäiseksi, ellei osana kuntoutusta keskitytä myös muistikuntoutujan omaan tietoisuuteen hänen muistioireistaan. (Kalska & Poutiainen 2015, 446.)

Muistisairaahan kuntoutussuunnitelmaan kuuluu olennaisena osana lääkehoitosuunnitelma, jonka arviointia tulisi suorittaa säännöllisesti. Asianmukainen lääkkeiden käytön selvittäminen, suunnitelmallinen seuranta ja asiantunteva lääkehoidollinen arviointi ovat onnistuneen lääkehoidon perusedellytyksiä. Muistisairaahan lääkehoito vaatii kokonaisvaltaisuutta ja yksilöllistä harkintaa onnistuakseen. (Lönroos & Sillanpää 2014, 222.) Muistisairauksiin virallisesti tarkoitettujen lääkkeiden käyttöaiheet ovat Alzheimerin tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus. Alzheimer-potilaan tiedonkäsittelyn oireita voidaan muun muassa vähentää ja toimintakyvyn heikentymistä hidastaa varhain aloitetulla lääkehoidolla. Lääkehoidolla voidaan helpottaa myös käytösoireiden hoitoa ja hidastaa niiden ilmentymistä. (Rinne, Hallikainen, Suhonen, Rosenvall & Erkinjuntti 2015, 455.)

Muistipotilaalla on yleensä muistisairautensa ohella muitakin sairauksia. Hoidossa huomioitavia sairausryhmiä ja -tiloja ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verisuonitaudit, vajaa- ja aliravitsemus sekä painon muutokset, mielenterveyshäiriöt, virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyttömyys sekä aistien heikentynyt toiminta. (Viramo & Strandberg 2015, 488-494.) Muistisairaahan kaikkien sairauksien tarkoituksenmukainen lääkehoito tukee muistisairaahan elämänlaatua ja toimintakykyä (Lönroos & Sillanpää 2014, 222).

Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita voidaan todeta jopa 90 prosentilla muistisairaista potilaista. Ne vaikuttavat oleellisesti muistisairaahan sekä hänen omaistensa elämänlaatuun. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet myös lisäävät terveydenhuollon palvelujen ja laitoshoidon tarvetta. (Koponen & Vataja 2015, 474.) Käytösoireiden hoito tulee aloittaa silloin, kun oireet rasittavat potilasta tai hänen omaistaan, heikentävät potilaan toimintakykyä, aiheuttavat vaaratilanteita tai haittaavat merkittävästi hoitoa. (Remes & Winqvist 2011, 196.) Käytösoireita voidaan hoitaa niin lääkkeellisesti kuin lääkkeettömästi. Lääkkeettömässä hoitomuodossa käytetään yksilöllisesti sovellettuja terapiamuotoja. Myös käyttäytymisterapioiden sovelluksia, ryhmätoimintoja sekä tilanteen mukaista ongelman ratkaisua voidaan käyttää käytösoireiden lääkkeettömässä hoidossa. Lääkkeellisessä hoitomuodossa käytetään psykoosilääkkeitä vaikeiden käytösoireiden hoidossa. Lääkkeelliset hoitoajat ovat lyhyitä, koska psykoosilääkkeet aiheuttavat metabolisia haittoja. Psykoosilääkkeisiin liitetään myös tutkimuksilla todettu suurentunut aivoverenkiertohäiriöiden sekä kuoleman riski. (Koponen & Vataja 2015, 474.) Lääkehoitoa tarvitaan yleisesti vaikeimpien levottomuusoireiden, psykoosioireiden sekä masennusoireiden hoidossa (Remes & Winqvist 2011, 196).

Muistisairaahan kuntoutuksessa ja hoidossa keskitytään sairastuneen ja hänen lähipiirinsä hyvinvointiin ja mielekkääseen elämään, toimintakyvyn ylläpitoon ja oireiden etenemisen hidastumiseen (Muistiliitto 2016b). Kuntoutus on yleensä juuri toimintakyvyn heikkenemistä hidastavaa, mutta se voi olla myös muistisairauksien eri vaiheista riippuen joko toimintakykyä parantavaa tai ylläpitävää (Pitkälä 2010). Kuntoutus on yksilöllistä, tavoitteellista, moniammatillista ja pitkäjänteistä toimintaa, jonka tarkoituksena on tukea muistisairaahan fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä. Kuntoutus perustuu muistisairaalle yksilöllisesti tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan, jonka laatimiseen osallistuvat myös muistisairas itse ja hänen läheisensä. (Pitkälä & Laakkonen 2015, 495-496.)

Muistisairaahan kuntoutuksen tavoitteina ovat sairastuneen ja hänen omaistensa sopeutuminen muuttuneeseen elämäntilanteeseen, voimavarojen ja omatoimisuuden lisääminen, mielekkään arjen saavuttaminen ja terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen tai jopa paraneminen. Kuntoutuksen tavoitteet muuttuvat sairauden edetessä. Alkuvaiheessa, kun sairastuneen toimintakyky on vielä melko

hyvä, tärkeää on tiedon saaminen omasta sairaudesta, tuki ja empatia sekä erilaiset apuvälineet arjen helpottamiseksi. Myöhemmin, kun sairastuneen toimintakyvyn heikentyminen haittaa jokapäiväistä elämää, korostuvat hyvä hoiva ja iloa tuottavien asioiden tekeminen. (Muistiliitto 2015.)

## 2.5 Toimintakyvyn määrittely

Yleisesti ottaen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästään. Toimintakyky jaotellaan tavallisimmin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysinen toimintakyky tarkoittaa esimerkiksi liikuntakykyä ja liikkeiden hallintaa, yleiskestävyyttä, ravitsemustilaa ja valmiuksia selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja arjen askareista. (Suontaka-Jamalainen 2011.) Psyykinen toimintakyky voidaan määrittellä näkökulmasta riippuen monin eri tavoin. Laajasti ajatellen psyykinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä kokea ja tuntea, käsitellä ja vastaanottaa tietoa sekä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta. Esimerkiksi ajattelu, aistihavainnot, luonteenpiirteet, mieliala ja psyykinen hyvinvointi ovat psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita. (Heimonen 2009.) Sosiaalinen toimintakyky näkyy muun muassa sosiaalisena aktiivisuutena ja erilaisissa vuorovaikutustilanteissa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

Edellä mainittujen toimintakyvyn ulottuvuuksien lisäksi erotetaan toisinaan myös kognitiivinen ja hengellinen toimintakyky omiksi osa-alueiksi. Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan tiedonkäsittelyssä tarvittavien eri osa-alueiden yhteistoimintaa. Muun muassa muisti, oppiminen, orientaatio ja keskittyminen ovat osa kognitiivista toimintakykyä. Useimmiten kognitiivinen toimintakyky kuitenkin sisällytetään psyykkiseen toimintakykyyn. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Hengellisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan esimerkiksi arvoja, aatteita, uskonnollisuutta ja elämäkatsomusta (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 103).

Toimintakyvystä puhuttaessa olennaista on ymmärtää ihminen kokonaisuutena ja tiedostaa, että toimintakyvyn eri osa-alueet ovat vahvasti riippuvaisia toisistaan. Ihmisen mieli, keho ja sosiaalinen ympäristö ovat jatkuvasti vuorovaikutuk-



sessä keskenään. Varsinkin psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat yhteyksissä toisiinsa, ja toisinaan puhutaankin psykososiaalisesta toimintakyvystä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 9.)

## 2.6 Muistisairaahan toimintakyvyn arviointi

Muistisairauksiin kuuluu sairastuneen henkilön toimintakyvyn asteittainen heikentyminen. Alussa ilmenee vaativien päivittäisten toimintojen vähenemistä, esimerkiksi harrastustoiminnassa. Tämän jälkeen alkaa usein olla ongelmia asioiden hoitamisessa, esimerkiksi kaupassa käymisessä, raha-asioiden hoitamisessa tai lääkkeiden ottamisessa. Sairauden edetessä heikentynyt toimintakyky alkaa hankaloittaa päivittäisiä perustoimintoja, kuten pukeutumista, peseytymistä ja liikkumista. (Pitkälä & Laakkonen 2015, 496.) Pitkälle edenneessä muistisairaudessa sairastuneella alkaa olla puutteita sekä aika- että paikkaorientaatiossa. Usein tässä sairauden vaiheessa heikentynyt toimintakyky saattaa johtaa erilaisiin vaaratilanteisiin ja avun ja hoivan tarve tulee ajankohtaiseksi. (Rinne, Pirttilä & Suhonen 2016).

Muun muassa pukeutuminen, peseytyminen, wc-käynnit ja ruokaileminen kuuluvat niin sanottuihin päivittäisiin toimiin, eli BADL- (Basic Activities of Daily Living) ja ADL- (Activities of Daily Living) toimiin. Selviytymistä näistä jokapäiväisistä arkitoiminnoista on tutkimuksissa yleensä käytetty kuvaamaan toimintakykyä. Päivittäisistä toimista suoriutumisen perusteella voidaan määrittää BADL- tai ADL-indeksi, joka arvioi henkilön avun tarvetta esimerkiksi ruokailussa tai peseytymisessä. (Valta 2008.) Arkitoimista selviytyminen on oma toimintakyvyn osa-alue, eikä se yksinään riitä kuvaamaan kokonaisvaltaisempaa toimintakykyä (Mäkelä, Alastalo, Noro & Finne-Soveri 2014).

Fyysisen toimintakyvyn arvioiminen on oleellista, sillä sen avulla esimerkiksi hoivakotiympäristössä hoitaja saa käsityksen iäkkään päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä, kuten kävelykyvystä, tasapainosta, hengityksestä, ihon kunnosta, hygieniasta ja ravitsemuksesta. Arvioinnin pohjalta iäkkään fyysiset voimavarat ja mahdolliset ongelmat pystytään tunnistamaan ja fyysistä toimintakykyä pysty-

tään tukemaan tavoitteellisesti. Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida paitsi havainnoimalla ja haastatteleamalla ikääntynyttä, myös erilaisilla terveystunto- ja liikumiskykytesteillä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 70-71.) Fyysisen toimintakyvyn arviointiin kuuluu myös aisti- ja havaintomotoristen toimintojen tarkkailu, ja esimerkiksi näön ja kuulon säännöllisen seuranta on tärkeää (Kan & Pohjola 2012, 42).

Psyykkisen toimintakyvyn arviointi antaa tietoa esimerkiksi vanhuksen mielialasta, ajattelusta, havaitsemisesta ja muistamisesta. Psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa hyödynnetään havainnointia, erilaisia haastatteluja, neuropsykologisia tutkimuksia ja erilaisia psyykkisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettuja mittareita. Tällaisia mittareita ovat esimerkiksi älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu MMSE-testi (Mini-Mental state examination, liite 4) ja erilaiset mielialatestit. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 89-93.) Osa toimintakyvyn arviointia varten suunnatuista mittareista mittaa myös sosiaalista toimintakykyä muun muassa käyttäytymisoireiden ja sosiaalisten tottumusten kannalta. Tällainen on esimerkiksi laitoshoidossa olevan toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu RAI-mittari. (Seppänen, Simonen & Valve 2009.) Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin on olemassa myös joitakin spesifejä mittareita, kuten esimerkiksi Koettu yksinäisyysmittari, jonka avulla saadaan tietoa ikääntyneen mahdollisesti kokemasta yksinäisyydestä (Seppänen 2014).

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2001 kehittämänsä kansainvälisen terveyden ja toimintakyvyn arviointiin tarkoitetun ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health). ICF-luokitus kuvaa, kuinka jokin sairaus tai vamma näkyy ihmisen elämässä. (World Health Organization 2016.) ICF-luokitus huomioi ihmisen toimintarajoitteet ja toimintakyvyn monialaisena tilana, johon kuuluu ihmisen terveydentilan lisäksi myös yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutus. Luokituksessa huomioidaan ihmisen terveydentilan lisäksi myös erilaiset yksilö- tai ympäristötekijät, kuten saatavilla oleva tuki, apuvälineet ja ihmisen oma motivaatio. ICF-luokituksen avulla toimintakykyä voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.) Muistisairaana toimintakyvyn arvioinnissa tärkeää on muistaa, että kyseessä on

etenevä sairaus, joka vähitellen heikentää ihmisen kaikkia toimintakyvyn osa-alueita. Tästä johtuen toimintakykyä tulee arvioida laajasti ja säännöllisesti. Toimintakyvyn arvioinnissa on olennaista tunnistaa muistisairaahan heikkouksien lisäksi myös jäljellä olevat voimavarat, joita voidaan vielä hyödyntää esimerkiksi arjen toiminnoissa. (Virkola 2009.)

### **3 Muistisairaahan hoidon järjestäminen**

Usein muistisairas asuu kotona mahdollisimman pitkään, joko yksin tai hoitavan omaisen avustamana. Oma koti on hyvä ympäristö, koska muistisairas selviytyy parhaiten juuri tuttujen rutiinien kanssa tutussa ympäristössä. Sekä muistisairas että hänen hoitajansa tarvitsevat kuitenkin tukea ja kuntoutusta, jotta kotona asuminen olisi mielekästä ja turvallista. Itsenäisesti asuvat muistisairaathan tarvitsevat usein apua jo sairauden aikaisessa vaiheessa. (Muistiliitto 2016a.) Kotona asuvan muistisairaahan ensisijaiseen ammatilliseen tukiverkoston kuuluvat muun muassa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät ja muistikoordinaattorit. Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymistä voidaan viivästyttää erilaisilla oikea-aikaisilla, kullekin potilaalle yksilöllisesti räätälöidyillä tukitoimilla. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015, 506.) Nykyisin ympärivuorokautinen hoito tulee kysymykseen vasta sitten, kun kotona ei enää pärjää ja kaikki avohoidon mahdollisuudet on käytetty (Uusitalo 2015).

Viimeisen vuosikymmenen aikana iäkkäiden pitkäaikaishoitopalvelut ovat siirtyneet laitoshoidosta eli vanhainkodeista ja terveystieteiden vuodeosastoilta kohti tehostettua palveluasumista. Paikkojen lisäämisen taustalla ovat muutokset toimintaympäristössä ja asiakkaiden tarpeissa sekä entisen laitoshoidollisen järjestelmän pirstaleisuus, hoitoketjujen toimimattomuus, ongelmat hoidon laadussa sekä epäyhtenäiset asiakasmaksut. (Sinervo, Noro, Tynkkynen, Sulander, Taimio, Finne-Soveri, Lilja & Syrjä 2010.)

### 3.1 Muistisairas tehostetussa palveluasumisyksikössä

Hoivakoti on eräs tehostetun palveluasumisen asumismuoto. Tehostetun palveluasumisen järjestämisestä vastaa yleensä kunta, tuottaen palvelut itse tai yhdessä toisen kunnan kanssa, tai ostamalla palvelun joltakin toiselta palveluntuottajalta, tai tarjoamalla asukkailleen palveluseteliä. (Noro, Mäkelä, Jussmäki & Finne-Soveri 2014; Sosiaalihuoltolaki 710/1982). Palveluseteli on tarkoitettu sellaisten terveys- ja sosiaalipalvelujen hankkimiseen, jotka kunta tai kuntayhtymä on veloitettu järjestämään. Sen avulla voidaan hankkia vaihtoehtoinen palvelu esimerkiksi kunnan tuottamalle palvelulle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Uudistetun vanhuspalvelulain mukaan laitoshoidolle tulee olla erityiset perustelut, kuten lääketieteelliset syyt tai vanhuksen oma toivomus. Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla pitkäaikaishoitoon sisältyvät asuminen, hoito, palvelu ja lääkkeet. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012; Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013.) Tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoitohenkilökunta on koko ajan paikalla vastaamassa asiakkaiden hoidon tarpeisiin. Asumismuoto tarjoaa korvausta vastaan erilaisia palveluja, kuten lääke-, hygieni- sekä ateriapalveluita. Tehostetun palveluasumisen yksiköitä voivat olla ryhmäkodit, pienkodit tai esimerkiksi hoivakodit, joissa asiakkailta on omat huoneistot. Tehostetussa palveluasumisessa asiakkaat asuvat vuokralla, maksavat omista lääkkeistään ja haluamistaan palveluista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2015.)

Tehostetun palveluasumisen asiakkaita ovat useimmiten henkilöt, joilla on pysyvää tai pitkäaikaista, ympärivuorokautista hoitoa vaativa sairaus. Tietyt sairaudet, kuten muistisairaudet, Parkinsonin tauti, halvaus, masennus ja muut mielenterveysongelmat sekä huonosti paraneva lonkkamurtuma voivat olla hoitoon joutumisen syitä. (Einiö 2010.) Suurin osa ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista tarvitsee hoitoa muistisairauksien aiheuttamien toimintakyvyn vajeiden vuoksi (Voutilainen 2010).

### 3.2 Sairaanhoidaja muistisairaana tukena

Muistisairaana alkuarvioinnin tekee hänen tilanteensa parhaiten tunteva lääkäri (Savikko, Routasalo & Pitkälä 2014, 9). Lääkärillä on myös tärkeä rooli esimerkiksi lääkehoidon arvioinnissa osana kokonaishoitoa (Pitkälä, Strandberg & Tilvis 2016). Muistisairaana kuntoutuksessa korostuu moniammatillinen yhteistyö (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016). Muistisairaana hoitoon ja kuntoutukseen osallistuu muun muassa lähihoitajia, sairaanhoitajia, lääkäreitä, terapeutteja ja toiminnanohjaajia.

Työ vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa on niin fyysisesti kuin psyykkisestikin raskasta. Psyykkiseen työhyvinvointiin vaikuttavat muun muassa käytössä olevat henkilöresurssit, työntekijöiden omat, henkilökohtaiset ominaisuudet, työyhteisön jäsenten keskinäiset suhteet sekä työntekijöiden mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä ja työskentelytapoihinsa. Hoitotyön fyysisesti raskaimpia työtehtäviä ovat potilaan siirtymisessä tai liikkumisessa avustaminen ja käsin tehdyt nostot sekä siirrot. Hoitotilat, apuvälineet ja hoitajien ohjaus- ja avustustaidot eivät vastaa asiakkaiden tarpeita. Hoitajat voivat vaikuttaa työn tuomiin riskeihin omalla toiminnallaan, esimerkiksi hyvällä avustustekniikalla tai -taidolla (Hellstén 2014.)

Osaava ja kiinnostunut henkilökunta on edellytys muistisairaana hyvälle hoidolle pitkäaikaishoidossa. Hoitotyöntekijöiltä vaaditaan erityisosaamista ja tietoja muistisairauksista. (Kan & Pohjola 2012, 208-210.) Muistisairaiden kanssa työskenteleviltä hoitajilta vaaditaan myös valmiuksia käsitellä mahdollisesti aggressiivisiakin asukkaita. Dementiaan liittyy käyttäytymisoireita ja psykologisia oireita, jotka aiheuttavat lisääntyvää työtä hoitohenkilökunnalle. (Hultqvist 2013.) Hoitajan on työssään tärkeää tunnistaa muistisairaana ihmisen omat voimavarat ja huomioida ne kuntoutuksessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. (Kan & Pohjola 2012, 208-210.) Hoitoalalla puhutaan yleisesti kuntoutumista tukevasta työtöteestä, kuntouttavasta työtöteestä, toimintakykyä edistävästä työtöteestä ja toimintakykyä tukevasta hoidosta, kun tarkoitetaan potilaan tai asukkaan omien voimavarojen huomioimista ja hyödyntämistä hoitotyössä (Mäkinen 2015). Tässä opinnäytetyössä on käytetty termiä kuntoutumista edistävä työtöte.

### 3.3 Kuntoutumista edistävä työote

Kehitysvammaliiton (2014) mukaan ikääntyneiden hoidon tulisi perustua laatusuosituksen mukaan kuntoutumista edistävään työotteeseen. Kuntoutumista edistävän työotteen toimintamallissa ihminen itse nähdään aktiivisena, omaan hoitoonsa osallistuvana toimijana. Toimintamallin tavoitteena on edistää ja tukea esimerkiksi muistisairaana omatoimisuutta, itsenäistä selviytymistä, toiminta- ja liikuntakykyä sekä elämänhallintaa. (Harri-Lehtonen, Numminen & Vesala 2014.) Kokkisen ja Maltari-Ventilän (2008, 112) mukaan kuntoutumista edistävä työote määritellään periaatteeksi, jonka mukaan asiakasta tai potilasta tuetaan tekemään arjen toiminnassa ja hoidossa itse ne toimet, joista hän pystyy joko ohjattuna tai itsenäisesti suoriutumaan. Lähtökohtana ovat kuntoutujan, esimerkiksi muistisairaana, omat voimavarat, joita pyritään hyödyntämään mahdollisuuksien mukaan. (Harri-Lehtonen ym. 2014.)

Kuntoutumista edistävä työote edellyttää hoitajalta sitoutumista yhdessä sovittuihin kuntoutumistavoitteisiin. Hoitajan sitoutumiseen vaikuttavat hänen oma motivaationsa ja käsityksensä muistisairaana kuntoutumisesta ja kuntoutumismahdollisuuksista. Hoitajan käytännön toiminnassa työote näkyy esimerkiksi sellaisten erilaisten hoitotyön keinojen valinnassa, joiden avulla hoitaja voi auttaa muistisairasta saavuttamaan mahdollisimman hyvän toimintakyvyn. (Vähäkangas 2009, 153.)

Kuntoutumista edistävä työote hyödyttää sekä autettavaa että auttajaa. Muistisairaana omia voimavaroja hyödyntämällä voidaan esimerkiksi käyttää hoitajaa vähemmän kuormittavia apuvälineitä siirtymisen avustamisessa. Näin voidaan vaikuttaa hoitajien fyysiseen jaksamiseen työssä. (Tamminen-Peter, Eloranta, Kivivirta, Mämmelä, Salokoski & Ylikangas 2007). Työotteen myötä hoitoisuus kevenee, sekä asukkaiden, hoitajien että omaisten elämänlaatu paranee ja työpaikasta tulee vetovoimaisempi (Moilanen & Laine 2011).

Hoitajat kokevat kuntoutumista edistävän työotteen tavoitteellisena toimintana, jonka tarkoituksena on toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen (Tuukkanen 2013). Oleellista on kaikkien hoitoon osallistuvien sitoutuminen yhteiseen toimintamalliin (Tuukkanen 2013; Karvonen 2010). Kuntoutumista edistävää työotetta

edistäviä tekijöitä ovat esimerkiksi hoitajan oma asenne ja motivaatio, riittävät resurssit, yhteiset toimintamallit ja hyvä työilmapiiri (Tuukkanen 2013; Karvonen 2010; Olkonieniemi 2007). Estäviä tekijöitä ovat muun muassa kiire, resurssien riittämättömyys, yhteisten toimintamallien ja hoitajien ammattitaidon puute, hoitajan ja asukkaan huono motivaatio ja ympäristön epäkäytännöllisyys (Tuukkanen 2013; Karvonen 2010; Olkonieniemi 2007).

#### **4 Muistisairaahan aktivointi omaan arkeen osallistuvaksi**

Liikunta ja hyvä fyysinen kunto ovat tärkeitä myös pitkäaikaishoidossa oleville muistisairaille. Fyysinen harjoittelu ja liikunta parantavat tasapainoa ja lisäävät lihasvoimaa. Vastaavasti vähäinen kehon käyttö ja liikkumattomuus pahentavat muistisairauden oireita ja johtavat nopeasti muistisairaahan yleistilan ja -kunnan heikentymiseen. Liikunta vaikuttaa myös muistisairaahan käytökseen ja mahdollisiin käytösoireisiin, sillä liikkuminen vähentää muun muassa aggressiivisuutta ja ahdistuneisuutta. Liikkumalla voidaan ylläpitää motorisia taitoja, ja säännöllinen liikunta auttaa herättelemään vanhoja taitoja tai oppimaan unohtuneita taitoja uudelleen. (Forder 2015, 109.)

Fyysisen toiminnan lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös esimerkiksi sosiaaliseen kanssakäymiseen ja tunne-elämän kokemuksiin (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 423). Sosiaalinen kanssakäyminen ja vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa luovat yhteenkuuluvuuden tunnetta. Hoitavan henkilökunnan tulee omalta osaltaan edesauttaa muistisairaahan ja hänen läheistensä kanssakäymistä esimerkiksi tiiviin yhteistyön avulla. (Alzheimer's Association 2009.) Myös erilainen viriketoiminta, kuten laulaminen, lukupiiri tai muistelu, on tärkeää muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitämisessä (Suvikas, Laurell & Nordman 2013, 358).

Mitä enemmän esimerkiksi muistisairas käyttää omia voimavarojaan, sitä enemmän hän työskentelee arjesta selviytymisensä hyväksi. Arkeen ja erilaisiin päivittäisiin toimintoihin osallistuminen ylläpitävät muistisairaahan toimintakykyä. (Suvikas ym. 2013, 356-359.) Hoitohenkilökunta tekee hyvää tarkoittaen usein liian

paljon muistisairaiden puolesta asioita, joita he pystyisivät tekemään itsekin (Mendes 2015). On esitetty, että erilaisten aktiviteettien vähäisyys aiheuttaa muistisairaalle enemmän toimintakyvyttömyyttä kuin muistisairaus itsessään (Smit, de Lange, Willemse, Twisk & Pot 2015).

Pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden elämänlaatua ja toimintakykyä voidaan parantaa erilaisilla aktiviteeteilla ja yksinkertaisilla arkiaskareilla (Edvardsson ym. 2014; Smit ym. 2015). Ainoastaan pieni osa hoivakotien asukkaista osallistuu päivittäisiin askareisiin, vaikka ne sujuvat helposti myös muistisairailta asukkailta (Edvardsson ym. 2014). Esimerkiksi pöydän kattaminen, pyykin lajittelu, kahvin keittäminen, siivoaminen, tavaroiden järjestely ja kukkien hoito edistävät muistisairaahan toimintakykyä (Suvikas ym. 2013, 356-359; Edvardsson ym. 2014; Mendes 2015). Fyysinen aktiivisuus, arkiaskareet, erilaiset seurapelit, sosiaalinen kanssakäyminen, musiikki ja muistelu parantavat myös muistisairaiden hyvinvointia ja mielialaa (Harmer & Orrell 2008). Muistisairaiden rohkaiseminen omien voimavarojen käyttämiseen ja heidän mukaan ottaminen esimerkiksi perinteisiin kodinaskareisiin on tärkeää aktiivisuuden lisäämiseksi (Alzheimer's Associationin 2009; Edvardsson ym. 2014; Harmer & Orrell 2008).

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä**

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoivakodin hoitohenkilökunnan tietoa ja käytännön keinoja muistisairaahan aktivoimiseksi omassa arjessaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli kahden aktivoivan koulutustilaisuuden järjestäminen hoivakodin hoitohenkilökunnalle.

## **6 Opinnäytetyön toteutus**

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, järjestämistä tai järjestämistä käytännössä. Ammattialasta riippuen toiminnallinen opinnäytetyö voi



olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje tai jonkin tapahtuman järjestäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy käytännön toteutus ja toteutuksen raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Toimeksiantajan toive kahdesta koulutustilaisuudesta määrittä opinnäytetyön toiminnalliseksi opinnäytetyöksi.

Ammattikorkeakoulussa tehdyssä toiminnallisessa opinnäytetyössä täytyy yhdistyä käytännön toteutus ja siitä raportointi. Usein toiminnallisella opinnäytetyöllä on toimeksiantaja ja kohderyhmä, kenelle työ on osoitettu. Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä on pystyttävä rajaamaan käsiteltävä aihe tarkkaan, kerättävä siihen sopiva tietoperusta ja varmistettava käytettävien lähteiden luotettavuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 56.)

Toiminnallisen opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa on tärkeää suunnitella realistinen aikataulu tekijöiden kanssa, työnjako ja yhteiset säännöt. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on teksti, jonka on täytettävä tutkimusviestinnän vaatimukset, vaikka siinä ei tarvitse käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. Raportti on selvitys mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut, millaisia tuloksia on saatu ja mihin johtopäätöksiin on päädytty. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48-49, 65-66.)

## **6.1 Opinnäytetyön tiedonhakuprosessi**

Opinnäytetyön tietoperusta koostuu oppikirjoista, ammattikirjallisuudesta ja erilaisista tutkimuksista. Primääritutkimuksia haettiin niin suomalaisista kuin kansainvälisistäkin tietokannoista. Kaikki opinnäytetyössä hyödynnetyt tutkimukset valittiin kuitenkin CINAHL-tietokannasta.

Tiedonhaussa käytettiin CINAHL-tietokannan Advanced-hakua. Hakusanoilla dementia care AND daily activities AND nursing home löytyi 116 osumaa. Kun haku rajattiin koskevaksi vain sellaisia artikkeleita, jotka olivat kokonaisuudessaan saatavissa ilmaiseksi (Linked Full Text), osumia jäi jäljelle 30. Näistä mukaan opinnäytetyöhön valittiin yksi tutkimus. Hakusanat dementia OR Alzheimer's

AND activity tuottivat 4604 osumaa. Ensimmäisten osumien joukossa oli opinnäytetyöhön soveltuva artikkeli, joka hankittiin Itä-Suomen yliopiston kautta. Linked Full Text –rajauksen jälkeen osumia jäi 876 kappaletta, joista mukaan valittiin yksi artikkeli. Hakusanoilla activity AND dementia AND care home löytyi 285 osumaa. Linked Full Text- rajauksen jälkeen jäljelle jäi 78 osumaa, joista mukaan opinnäytetyöhön valittiin yksi artikkeli. Tiedonhaku CINAHL Fulltext (Ebsco)-tietokannasta on esitetty tiivistetysti taulukossa 1.

Lähdemateriaalia opinnäytetyöhön etsittiin myös esimerkiksi kotimaisista Aleksis (BTJ)- ja Arto-tietokannoista. Hakusanoina käytettiin muun muassa sanoja dementia, muistisairaus, aktivointi ja kuntoutus. Englanninkielisiä artikkeleita etsittiin muun muassa PubMed- ja McMaster -tietokannoista hakusanoilla Alzheimer, physical activity, dementia ja rehabilitation. Näillä ei kuitenkaan löytynyt opinnäytetyöhön soveltuvia tutkimuksia.

Taulukko 1. Tiedonhaku CINAHL-tietokannasta.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
CINAHL Fulltext (Ebsco)	dementia care AND rehabili- tation nursing		5	0
	dementia care AND daily ac- tivities AND nursing home		116	0
	dementia care AND daily ac- tivities AND nursing home	Linked Full Text	30	1
	dementia OR Alzheimer's AND activity		4604	1
	dementia OR Alzheimer's AND activity	Linked Full Text	876	1
	activity AND dementia AND care home		285	0
	activity AND dementia AND care home	Linked Full Text	78	1

## 6.2 Toimeksiantajan esittely

Opinnäytetyön aihe saatiin toimeksiantona Partalanmäen hoivakodilta. Hoivakodilla koettiin, että asukkaiden aktivointi ja sen merkitys muistisairaana elämänlaatuun on aiheena ajankohtainen. Kohderyhmänä opinnäytetyössä on Partalanmäen hoivakodin hoitohenkilökunta, joka vastaa asukkaiden päivittäisestä hyvinvoinnista.

Alkuperäinen Partalanmäen vanhainkoti rakennettiin vuonna 1958. Alkuperäisen vanhainkodin paikalla on nykyisin asukkaille toimiva päiväkeskus, kahvio, iso keittiö, kotihoidon tilat ja pukuhuoneet. Muutos vanhainkodista hoivakodiksi aloitettiin vuonna 2003, jota ennen vanha rakennus oli aiemmin peruskorjattu ja uusi siipi rakennettu vanhan rakennuksen yhteyteen. Partalanmäen hoivakoti muutettiin vuonna 2010 tehostetun palveluasumisen yksiköksi, jossa asukas saa tarvitsemansa hoidon ja huolenpidon elämänsä loppuun asti, ellei asukkaalla ole tarvetta sairaalatasoiseen hoitoon. (Suhonen 2017.)

Asukkaaksi pääseminen hoivakotiin tapahtuu niin sanotun SAS-ryhmän kautta. SAS lyhenne tulee sanoista selvittä, arvioi ja sijoita. SAS-ryhmä on joukko moniammatillisia henkilöitä, jotka yhdessä arvioivat asiakkaan kiireellisyyden ja tarpeen palveluasumiselle. Ryhmään voi kuulua esimerkiksi vastaava sairaanhoitaja, palveluohjaaja ja kotihoidon johtaja. Asiakkaan kuntoa ja hoitoisuutta arvioi-  
dessa voidaan käyttää apuna toimintakykymittaria tai muistitestiä. Testien tulosten perusteella asiakas laitetaan tarvittaessa tehostetun palveluasumisen jonoon. Hoivakodissa asumiseen voi hakea Kelalta asumis- ja hoitotukea. (Schadewitz-Laakkonen 2017a.)

Partalanmäen hoivakodissa on kolme kerrosta, joissa jokaisessa on kaksi eri osastoa eli solua. Ensimmäisessä kerroksessa on solut Ainola ja Reinola, toisessa kerroksessa solut Tuikkula ja Tähtelä, ja kolmannessa kerroksessa solut Onnela ja Tyynelä. Hoivakodissa on kaikkiaan 81 asuntoa ja 84 asukaspaikkaa. Asukkaat asuvat yksiöissä, mutta jokaisessa kerroksessa on myös yksi kaksio, joissa on kaksi huonetta, yhteinen wc ja pesutila. (Schadewitz-Laakkonen

2017a.) Suurin osa hoivakodin asukkaista on muistisairaita, esimerkiksi Alzheimerin tautia tai alkoholin aiheuttamaa muistisairautta sairastavia. Asukkaiden ikä vaihtelee noin 65 vuodesta yli 90 vuoteen. (Schadewitz-Laakkonen 2017b.)

Hoivakodin hoitajamitoitus vaihtelee soluista ja työvuoroista riippuen. Ainolassa, Reinolassa, Tuikkulassa ja Tähtelässä arki-aamuvuorossa on kuusi hoitajaa ja iltavuorossa neljä. Arkipyhinä ja viikonloppuina aamuvuorossa on viisi ja iltavuorossa neljä hoitajaa. Yöhoitajia on yksi jokaista kerrosta kohti ja palvelun tuottaa yksityinen yötyötä tekevä sosiaali- ja terveysalan yritys Mummon turva. Hoivakodin kolmannessa kerroksessa on suurempi hoitajamitoitus, koska toinen kerroksen soluista on entinen eristystila MRSA eli niin sanottua sairaalabakteeria kantaville asukkaille, ja kerroksen toinen solu on varattu psykiatrialle eli iäkkäille psykiatrisille asukkaille. Kolmannessa kerroksessa arki-aamuina työvuorossa on kahdeksan ja iltavuorossa neljä hoitajaa. Arkipyhinä ja viikonloppuisin aamuvuorossa on kuusi ja iltavuorossa neljä hoitajaa. (Schadewitz-Laakkonen 2017a.)

### **6.3 Aktivoivien koulutustilaisuuksien suunnittelu**

Opinnäytetyön toiminnallisena tuotoksena oli toimeksiantajan toiveen mukaisesti kaksi tunnin mittaista aktivoivaa koulutustilaisuutta hoivakodin hoitohenkilökunnalle. Tilaisuuksia päätettiin pitää kaksi, jotta mahdollisimman moni hoitohenkilökunnan jäsen pääsisi paikalle. Heti ensimmäisellä tapaamiskerralla toimeksiantajan kanssa sovittiin päivämäärät koulutustilaisuuksille. Toimeksiantajan kanssa päätettiin järjestää saman sisältöiset tilaisuudet, jotka koostuisivat koulutusmateriaalin esittämisestä ja yhteisestä keskustelusta osallistujien kanssa.

Jotta kouluttaja voi valmistella hyvän ja tarkoituksenmukaisen koulutuksen, hänen tulee tietää, mihin tarkoitukseen koulutus järjestetään. Kouluttajan on otettava huomioon sekä toimeksiantajan, että osallistujien tavoitteet. (Kupias & Koski 2012, 11-12.) Ammatillisella puhe-esityksellä on aina jokin ennalta määrätty tarkoitus. Tarkoituksena voi olla esimerkiksi keskustelun herättäminen, vaikuttaminen tai tiedon välittäminen. Esityksen valmistelussa tärkeää on tiedostaa tilaisuus-

den tavoitteiden lisäksi myös ydinviesti, joka tilaisuudessa halutaan välittää, tuntea esityksen kohteena oleva yleisö, miettiä millainen esitystilanne on ja mitkä ovat sopivat menetelmät ja havainnointivälineet. (Roivas & Karjalainen 2013, 16.)

Koulutustilaisuudet suunniteltiin niin, että Taru aloittaisi tilaisuudet toivottamalla osallistujat tervetulleiksi ja kertomalla aiheesta sekä koulutustilaisuuksien tavoitteista. Tämän jälkeen Minna ja Jukka esittelisivät muistisairaahan aktivointiin liittyvää teoriaa ja muutamia aiheita käsitteleviä tutkimuksia, jonka jälkeen keskusteltaisiin yhteisesti aiheesta. Suunnitelma koulutustilaisuuksista on esitetty ohjaussuunnitelmassa (liite 5).

Aluksi tarkoituksena oli käyttää koulutustilaisuuksissa apuna Powerpoint-ohjelmaa. Lopulta koulutustilaisuuksissa päädyttiin kuitenkin hyödyntämään Preziä. Prezi on visuaalisesti kiinnostava, zoomaustekniikallaan houkutteleva esitysgrafiikkaohjelma (Sormunen & Saaranen 2016, 109). Sormusen ja Saarasen (2016, 109) mukaan yleisön mielenkiinnon ylläpitävä, vaihteleva ja kohderyhmälle suunnattu esitys on oppimisen kannalta olennainen tekijä.

#### **6.4 Koulutustilaisuuksien toteutus**

Ensimmäinen aktivoiva koulutustilaisuus pidettiin 21.2.2017. Koulutustilassa oli ennakkoon saatujen tietojen mukaisesti tarvittavat välineet koulutustilaisuuksien pitämiseksi. Tilaisuuden valmistelu aloitettiin hyvissä ajoin laittamalla tietokone ja videotykki valmiiksi ja testaamalla, että kaikki toimii. Aluksi tekniikan kanssa oli hieman haasteita, mutta kaikki saatiin kuitenkin toimimaan ja koulutustilaisuus aloitettiin suunnitellusti. Paikalla oli 17 palvelukodin hoitotyöntekijää ja kaksi palveluesimiestä. Tilaisuuden aluksi osallistujat toivotettiin tervetulleiksi ja kerrottiin, miksi koulutustilaisuus järjestetään ja mikä sen tavoitteena on. Tämän jälkeen käytiin läpi Prezi-esitys ([https://prezi.com/kyiqeu4marnx/copy-of-aktiivinen-muistisair/?utm\\_campaign=16777523&utm\\_medium=email&utm\\_source=prezi](https://prezi.com/kyiqeu4marnx/copy-of-aktiivinen-muistisair/?utm_campaign=16777523&utm_medium=email&utm_source=prezi)). Esitys aloitettiin kertomalla tutkimuksiin perustuen muistisairaahan aktivoinnin ja arkiaskareisiin osallistumisen hyödyistä niin sairastuneen kuin hoitajankin kannalta. Esityksen aikana käytiin tiivistetysti läpi neljä vuosina 2008-2015 toteutettua kan-

sainvälistä tutkimusta muistisairaahan aktivoinnista ja erilaisista käytännön keinoista, joiden avulla muistisairaahan toimintakykyä voisi ylläpitää hoivakodissa. Esityksessä tuotiin esille aktivointikeinoina muun muassa siivoustyöt, tavaroiden järjestely, pöydän kattaminen ja kukkien hoitaminen. Tämän jälkeen käytiin läpi kolmeen aiheesta tehtyyn opinnäytetyöhön perustuen suomalaisten hoitajien kokemuksia kuntoutumista edistävästä työotteesta. Kaiken kaikkiaan aikaa esitykseen kului suunnitelman mukaisesti 20 minuuttia.

Esityksen jälkeen alkoi yhteinen keskustelu aiheesta. Keskustelua syntyi runsaasti, ja hoitajat kertoivat omia ajatuksiaan ja näkemyksiään erilaisista aktivoinnin keinoista. Hoitajat kertoivat huomioivansa asukkaiden voimavaroja omassa työssään, ja että kuntouttava hoitotyö on heidän työskentelynsä lähtökohtana. Hoivakodin asukkaat osallistuvat esimerkiksi pukeutumiseen ja ruokailuun niin paljon kuin mahdollista. Kesäisin asukkaat myös ulkoilevat, mutta talvisin eivät juurikaan. Hoitajat kertoivat, että vuosia sitten heillä oli ollut erilaista viriketoimintaa säännöllisesti, mutta se on nyt jäänyt pois. Ulkopuolisia virikeohjaajia ja erilaisia tapahtumia järjestetään toisinaan. Haasteena asukkaiden aktivointiin hoitajat näkivät toisinaan kiireen, esimerkiksi iltavuoroissa. Myös asukkaiden kunto ja mieliala vaihtelevat päivästä toiseen, eikä asukkaita voi aina ottaa toimintaan mukaan. Suurimpana asukkaiden aktivointiin vaikuttavana tekijänä hoitajat näkivät henkilökunnan viitseliäisyyden, sillä hoitajien kertoman mukaan henkilöresurssit mahdollistaisivat erilaiset aktiviteetit asukkaille.

Muistisairaiden aktivointi oli hoitajien mukaan asiana heille tuttu, mutta hoitajat kertoivat tarvinneensa asiaan muistutusta. Keskustelun aikana muistisairaiden aktivointikeinoiksi ehdotettiin muun muassa pieniä siivoustöitä, kukkien hoitamista ja asukkaiden mukaan ottamista sänkyjen petaamiseen. Keskustelussa korostettiin, että kyse on pienistä asioista, joiden ei tarvitse vaatia paljon aikaa eikä resursseja, vaan enemmänkin hoitajan viitseliäisyyttä ja omaa luovuutta. Aikaa ensimmäiseen koulutustilaisuuteen käytettiin suunnitelman mukaisesti yksi tunti. Koulutustilaisuuden lopussa osallistujilta pyydettiin tilaisuudesta kirjallista palautetta palautelomakkeilla.

Toinen koulutustilaisuus järjestettiin 23.2.2017 klo 13-14. Paikalla oli 17 hoivakodin hoitotyöntekijää, mutta tällä kertaa palveluesimiehiä ei ollut mukana. Toinen koulutustilaisuus aloitettiin samalla tavalla kuin ensimmäinenkin, toivottamalla osallistujat tervetulleiksi ja kertomalla aiheesta. Koska ensimmäisestä koulutustilaisuudesta saatu palaute oli pelkästään positiivista, sama Prezi-esitys pidettiin myös toisessa koulutustilaisuudessa, kuten toimeksiantaja myös toivoi. Aikaa esitykseen kului myös toisella kerralla suunnitellut 20 minuuttia.

Prezi-esitystä seuranneessa yhteisessä keskustelussa esille nousivat osittain samat aiheet kuin ensimmäiselläkin kerralla. Hoitajat kertoivat, että he järjestävät asukkaille aktiviteetteja jonkin verran, mutta vähemmän kuin aikaisempina vuosina. Toiminnan järjestäminen ei ole nimettynä tehtävänä kenelläkään hoitajalla erikseen, vaan toimintaa ja erilaisia aktiviteetteja järjestetään oman työn ohessa. Hoitajat kertoivat huomioivansa asukkaiden voimavaroja omassa työssään, mutta verrattuna ensimmäiseen koulutustilaisuuteen, toiseen koulutustilaisuuteen osallistuneet hoitajat kokivat enemmän, että aika ei juurikaan riitä esimerkiksi asukkaiden itsenäiseen tai ohjattuun pukemiseen. Toisena esteenä asukkaiden aktivointiin hoitajat näkivät asukkaiden huonokuntoisuuden. Osaltaan asukkaiden aktiivisuutta heikentävänä tekijänä koettiin myös omaisten toiminta, esimerkiksi asukkaan syöttäminen, vaikka asukas kykenisi siihen itsekin. Hoitajien oma asenne ja viitseliäisyys eivät tulleet keskustelussa esille.

Keskustelussa tuotiin ilmi asukkaan fyysisen toiminnan ja osallistumisen lisäksi myös läsnäolon ja asukkaan kanssa keskustelun merkitys. Hoitajat näkivät keskustelun tärkeänä asukkaan aktivoinnin muotona, sillä sen avulla pidetään yllä esimerkiksi asukkaan puhekykyä ja vaikutetaan mielialaan. Mietittäessä käytännön keinoja, joilla asukkaiden aktiivisuutta voitaisiin lisätä, eräänä mahdollisuutena hoitajat näkivät pienet siivousaskareet, esimerkiksi pölyjen pyyhkimisen. Tilaisuuden lopussa korostettiin pieniä, arkipäiväisiä toimintoja ja sitä, ettei asukkaan aktiivisuuden lisääminen vaadi välttämättä suuria panostuksia. Toinenkin koulutustilaisuus päätettiin keräämällä osallistujilta palautetta palautelomakkeiden avulla.



## 6.5 Aktivoivien koulutustilaisuuksien arviointi

Koulutustilaisuuksista kerättiin kirjallisesti palautetta tilaisuuksien lopussa. Suullisen palautteen keräämisen ajateltiin vievän melko suurelta osallistujajoukolta liian paljon aikaa, ja aineiston analysoinnin olevan haastavaa. Palautteen keräämistä ei haluttu jättää myöhempään ajankohtaan, koska jälkikäteen kerättyä palautetta ei luultavasti olisi saatu niin paljon kuin heti tilaisuuksien loppuun kerättyä palautetta. Palautteen keräämiseksi päädyttiin yksinkertaiseen palautelomakkeeseen (liite 6), joka olisi vaivaton ja nopea täyttää, ja joka täytettäisiin nimettömänä. Palautelomakkeessa oli kolme yksinkertaista kyllä/ei-kysymystä. Kysymyksillä selvitettiin, oliko koulutustilaisuudesta ollut hyötyä, kokiko osallistuja aiheen tärkeäksi työnsä kannalta ja toiko koulutustilaisuus hyödyllisiä vinkkejä hoitotyöhön. Kysymysten lisäksi palautelomakkeessa oli vapaa teksti -kenttä, johon osallistujat saivat kirjoittaa vapaasti koulutustilaisuudessa nousseita ajatuksia.

Ensimmäiseen koulutustilaisuuteen osallistui 19 henkilöä mukaan lukien kaksi palveluesimiestä. 18 antoi takaisin palautelomakkeet ja hoitohenkilökunnan vastauksista suurin osa sijoittui kyllä-kohtaan. Kaksi hoitohenkilökunnasta oli sitä mieltä, ettei ollut saanut koulutustilaisuudesta käytännön vinkkejä työhönsä liittyen, ja yksi osallistuja oli merkinnyt kyseiseen kohtaan sekä kyllä- että ei-vaihtoehdot. Toiseen koulutustilaisuuteen osallistujista kaikki 17 antoivat palautelomakkeen takaisin. Kyllä-vaihtoehto oli täytettynä pääasiassa kaikissa kohdissa. Poikkeuksena oli kysymys ”Saitko koulutustilaisuudesta vinkkejä työhösi liittyen?”, johon kaksi vastannutta koki esitettyjen aktivointikeinojen olleen enimmäkseen tutujen asioiden kertausta, ja yksi osallistuja koki ehkä saaneensa vinkkejä työhön liittyen.

Vapaalle tekstille tarkoitettuun Ruusuja ja risuja -kohtaan oli kirjoitettu positiivista palautetta. Hoitajat kokivat, että opinnäytetyön tekijät olivat aiheeseen perehtyneitä ja aiheesta kiinnostuneita. Esiintymisen osalta puhe koettiin selkeäksi. Palautteessa tuotiin myös ilmi, että aiheeseen johdattelu onnistui hyvin.

”Opiskelijat olivat paneutuneet aiheeseen kiittävästi. Heillä oli myös omaa näkemystä.”

”Hyvä esitys. Selkeä. Aihe on tärkeä.”

” Erittäin hyvin johdateltu teoriapohjalta asia”

”Selkeä ja hyvin etenevä positiivinen tunti. Kiitos!”.

Koulutustilaisuuden yhteydessä hoitohenkilökunta arvioi myös suullisesti itse, pystyisivätkö he hyödyntämään koulutustilaisuudessa esitettyjä aktivointikeinoja työssään ja innostuisivatko he kehittämään hoivakodin viriketoimintaa. Hoitohenkilökunta toi ilmi, että koulutustilaisuus muistutti heitä tärkeästä asiasta, jota pitäisi huomioida mahdollisuuksien mukaan enemmän. Koulutustilaisuuksien jälkeen toimeksiantajaa pyydettiin antamaan vielä kirjallista palautetta koulutustilaisuuksien järjestämisestä (liite 7).

## **7 Pohdinta**

lääkäiden ja muistisairaiden hoito järjestetään tulevaisuudessa entistä useammin laitoshoidon sijasta tehostetun palveluasumisen yksiköissä, esimerkiksi hoivakohteissa (Sinervo ym. 2010). Suuri osa muistisairauksien hoitokustannuksista aiheutuu pitkäaikaishoidosta. Keskittymällä muistisairaahan hyvään hoitoon ja aktivointiin omaan arkeensa osallistuvaksi voidaan paitsi parantaa muistisairaahan elämänlaatua myös pienentää muistisairaiden hoidosta aiheutuvia kokonaiskustannuksia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

### **7.1 Tulosten tarkastelu**

Opinnäytetyössä käytetyt tutkimustulokset ja keskustelut koulutustilaisuuksissa olivat samansuuntaisia. Koulutustilaisuuksiin osallistuneet hoitajat olivat tutkimustulosten kanssa yhtä mieltä siitä, että osallistuminen ja aktivointi erilaisiin askareisiin on tärkeää muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi. Keskusteluissa esille nousseet aktivointikeinot olivat tuttuja myös tutkimustuloksista. Suvikkaan ym. (2013), Edvardssonin ym. (2014) ja Mendesin (2015) mukaan esimerkiksi pienet siivousaskareet, pöydän kattaminen ja tavaroiden järjestely edistävät muistisairaahan toimintakykyä. Harmerin ja Orrellin

(2008) mukaan sosiaalinen kanssakäyminen parantaa muistisairaahan hyvinvointia. Koulutustilaisuuksien keskusteluissa nämä asiat nousivat myös esille. Myös hoitajien kokemukset esimerkiksi asukkaan aktivointia ja kuntoutumista edistävää työtettä yleisesti estävistä tekijöistä olivat samoja kuin tämän opinnäytetyön lähdemateriaaleissa. Tuukkasen (2013), Karvosen (2010) ja Olkonniemen (2007) mukaan yleisimpiä kuntoutumista edistävää työtettä estäviä tekijöitä ovat kiire ja hoitajan oma asenne. Nämä nousivat esille myös koulutustilaisuuksien keskusteluissa.

Sekä kirjallisesta että suullisesta palautteesta päätellen koulutustilaisuudet olivat hyviä, selkeitä ja aiheeltaan tärkeitä. Muistisairaahan aktivointi ja sen merkitys asukkaan toimintakyvylle oli koulutustilaisuuksiin osallistuneille hoitajille asiana tuttu, mutta osallistujat ja toimeksiantaja kokivat asiasta muistuttamisen tärkeänä. Koulutustilaisuuksissa heräsi runsaasti keskustelua ja erilaisia käytännön keinoja, joilla muistisairaiden asukkaiden aktiivisuuteen ja osallisuuteen voisi kiinnittää enemmän huomiota. Keskustelun pohjalta voidaan päätellä opinnäytetyön tarkoituksen täyttyneen.

Vaikka koulutustilaisuuksissa oli läsnä eri henkilöitä, keskustelussa esiin tulleet käytännön mahdollisuudet asukkaiden aktivoimiseksi olivat pääosin samat. Joitakin eroavaisuuksia koulutusryhmien välillä kuitenkin oli. Ensimmäiseen koulutustilaisuuteen osallistuvat kokivat, että kiire ei ole pääsyy siihen, miksi muistisairaita asukkaita ei osallisteta aktiivisesti omaan arkeensa, vaan suurin syy siihen on hoitajien viitseliäisyys ja oma asenne. Toinen ryhmä vastaavasti koki suurimpana esteenä olevan juuri ajan puutteen ja osaltaan myös muistisairaiden asukkaiden huonokuntoisuuden.

## **7.2 Toteutuksen ja menetelmien tarkastelu**

Toimeksiantajan toiveen mukaisesti järjestetyt aktivoivat koulutustilaisuudet osoittautuivat toimivaksi toteutustavaksi. Keskustelut molemmissa koulutustilaisuuksissa olivat vuorovaikutuksellisia ja pohjautuivat koulutustilaisuuksissa esitettyihin tutkimustuloksiin. Koulutustilaisuuksissa olisi ollut mahdollista hyödyntää esimerkiksi draaman keinoja, muun muassa näyteltyjen tilanteiden avulla, mutta

laajan aiheen, suurehkon osallistujamäärän ja rajallisen ajan vuoksi pitäytyttiin selkeämmässä koulutussisällössä. Tiivistetty teoriaosuus koulutustilaisuuksien alussa antoi hyvän perustan juuri Partalanmäen hoivakotiin soveltuvien käytännön aktivointikeinojen ideointiin.

Koulutustilaisuuksia varten tehty Prezi-esitys pyrittiin pitämään mahdollisimman yksinkertaisena ja helppolukuisena. Esityksessä käytetty kirjaisinlaji näytti tietokoneella hyvältä, mutta valitettavasti videotykillä heijastettuna fontti meni hieman rakeiseksi. Tämän ei koettu juurikaan häiritsevän, sillä Prezi oli lähinnä taustatukena. Esityksen dioja ei luettu sanasta sanaan, vaan asia esitettiin omin sanoin, jotta koulutustilaisuus olisi mahdollisimman sujuva ja luonteva. Koulutustilaisuuksien pitämistä harjoiteltiin etukäteen. Koulutustilaisuuksissa puhetyyli pidettiin selkeänä ja rauhallisena. Yleisö otettiin mukaan katsekontaktin ylläpitämisellä. Kaiken kaikkiaan esitystapa oli rento ja sujuva. Keskustelua syntyi molemmissa koulutustilaisuuksissa runsaasti. Koulutustilaisuudet onnistuivat sekä sisällön että esitysten osalta odotusten mukaisesti.

Yksinkertainen palautelomake osoittautui oikeaksi ratkaisuksi palautteen keräämiseen. Yhtä lukuun ottamatta kaikki koulutustilaisuuksiin osallistuneet täyttivät ja palauttivat lomakkeen. Suuri osa kirjoitti palautetta myös lomakkeessa olleeseen vapaan tekstin osioon, jonka kautta saatiin enemmän tietoa koulutustilaisuuksien hyödyllisyydestä ja osallistujien kokemuksista.

### **7.3 Luotettavuus ja eettisyys**

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla luotettavuuden kriteereillä. Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tehdyn tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten uskottavuutta esimerkiksi vertaamalla tuloksia toisiin samasta aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Vahvistettavuus kattaa koko tutkimusprosessin ja siitä raportoinnin siten, että toinen tutkija pystyy raportin perusteella seuraamaan prosessin kulkua. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.) Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2007, 200) mukaan opinnäytetyöprosessi ja sen eteneminen täytyy raportissa esittää

tarkasti ja selkeästi. Reflektiivisyydellä arvioidaan tutkijan omia lähtökohtia ja niiden mahdollisia vaikutuksia tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen tutkimusympäristöön, esimerkiksi eri alueelle tai eri ihmisryhmän keskuuteen. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa oleellisesti muun muassa luotettavien lähteiden käyttö. Roivaan ja Karjalaisen (2013, 54-55) mukaan lähteiden avulla rakennetaan tutkimuksen tietoperusta. Aiheesta tehdyt aikaisemmat tutkimukset, tietokannat, ammattijulkaisut ja erilaiset viranomaislähteet ovat tärkeitä lähteitä. Tieteellisessä tutkimuksessa tulisi käyttää ensisijaisia eli primäärilähteitä, esimerkiksi alkuperäistä tutkimusta, eikä esimerkiksi oppikirjaa. Oppikirjan kirjoittaja on voinut joutua tekemään yksinkertaistuksia tekstiä kirjoittaessaan, ja tämä voi vähentää tiedon luotettavuutta. Lähteet tulee merkitä asianmukaisesti, jotta tiedon alkuperä voidaan tunnistaa ja kunnia antaa tiedon alkuperäiselle esittäjälle. (Roivas & Karjalainen 2013, 54-55.)

Tämän opinnäytetyön lähdemateriaaleina on käytetty pääasiassa enintään kymmenen vuotta vanhoja teoksia. Lähdemateriaalien luotettavuutta on pohdittu tarkoin esimerkiksi kirjoittajan, julkaisijan ja tutkimustulosten uskottavuuden perusteella, ja lähteinä on pyritty käyttämään mahdollisimman paljon primäärilähteitä. Opinnäytetyössä on yhdistetty runsaasti erilaisia luotettaviksi todettuja lähteitä. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 75) mukaan eri lähdemateriaalien yhdistäminen lisää luotettavuutta triangulaation myötä. Opinnäytetyön raportointi on tehty Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaisesti.

Plagioinnilla tarkoitetaan toisten ideoiden ja ajatuksien varastamista (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78). Koko opinnäytetyöprosessin ajan plagiointia pyrittiin välttämään kirjoittamalla omin sanoin lähdemateriaaleissa esitetyt asiat ja merkittävillä lähteet ja lähdeviittaukset asianmukaisesti. Pyrkimyksistä huolimatta opinnäytetyön yhdessä osiossa ilmeni plagioinnin tunnistamiseen tarkoitettussa Urkund-ohjelmassa muutaman virkkeen osalta yhtäläisyyksiä aikaisempiin julkaisuihin. Kirjoitusprosessin aikana tekstiä muokattiin lukuisia kertoja ja opinnäytetyöstä tehtiin useita eri versioita. Valitettavasti Urkund-ohjelmaan lähetettyyn

opinnäytetyöhön päätyi kuitenkin virheellisesti joitakin lähellä alkuperäistä muotoa olevia virkkeitä. Kyseessä ei ollut tahallinen plagiointi, vaan inhimillinen virhe. Asian tultua ilmi, haluttiin kyseiset virkkeet ehdottomasti korjata. Korjauksiin pyydettiin lupa opinnäytetyön ohjaajalta. Osa virkkeistä ei ollut opinnäytetyön sisällön kannalta oleellisia, ja ne päädyttiin poistamaan kokonaan. Yksi, sisällön suhteen merkityksellinen virke korjattiin lopulliseen opinnäytetyöhön.

Eettisesti hyväksyttävän tieteellisen tutkimuksen on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta sen tulokset voivat olla uskottavia. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeistuksen, kuinka eettisyys ja luottavuus ovat saavutettavissa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattaminen, kuten rehellisyys sekä huolellinen ja tarkka työskentely koko prosessin ajan myös tuloksia arvioidessa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa antamalla heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja merkitys sekä viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja siitä raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat olennaisesti tutkimuslupien hankinta ja tutkimushankkeen osapuolten, kuten tekijöiden, toimeksiantajien sekä rahoituslähteiden oikeuksista, vastuista, velvollisuuksista ja käyttöoikeuksista sopiminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyötä varten tehtiin toimeksiantajan kanssa opinnäytetyön toimeksiantosopimus (liite 1) ja asianmukainen tutkimuslupa (liite 3) haettiin Siun sote-organisaatiolta.

Palveluasumisen yksiköissä asuvat ja ikääntyneet ihmiset yleisesti sekä erityisesti muistisairautta sairastavat kuuluvat kategoriaan, joiden kohdalla eettisiä kysymyksiä tulee miettiä huolellisesti (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44–45). Opinnäytetyön toteutus ei kohdistunut hoivakodin asukkaisiin, vaan hoitohenkilökuntaan. Kahdessa pidetyssä koulutustilaisuudessa nousi esiin erilaisia asioita. Ensimmäisessä koulutustilaisuudessa, johon osallistui myös palveluesimiehiä, hoitajat kokivat, että kiire ei ole este asukkaiden aktivointiin, vaan kyse on enemmänkin hoitajan omasta asenteesta ja viitseliäisyydestä. Toisessa koulutustilai-

suudessa esteenä nähtiin kuitenkin juuri kiire, ja toisaalta myös asukkaiden huonokuntoisuus. Palveluesimiesten läsnäolo saattoi vaikuttaa keskusteluissa esiin tulleisiin asioihin. Voi olla, että keskusteluissa olisi noussut esiin erilaisia asioita, mikäli kahden koulutustilaisuuden sijasta olisi järjestetty yksi tilaisuus, johon olisi päässyt enemmän osallistujia. Myös hoitohenkilökunnan sisäisellä ryhmädynamiikalla saattoi olla merkitystä yhteisen keskustelun kulkuun; vahvojen persoonien mielipiteet ja asenteet saattavat vaikuttaa työtovereiden näkemyksiin asioista.

#### **7.4 Ammatillinen kasvu**

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi marraskuun 2016 alussa opinnäytetyön aiheen hyväksymisellä. Tämän jälkeen ryhdyttiin keräämään muistisairauksiin, hoivakotiympäristöön ja muistisairaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvää aineistoa. Toimeksiantajan edustajat tavattiin hoivakodin tiloissa joulukuussa 2016. Aihetta rajattiin ja pohdittiin käytännön toteutuksen mahdollisuuksia palveluesimiesten kanssa. Tietoperustan kerääminen aloitettiin joulukuussa 2016. Tammikuussa 2017 tietoperustan keräämistä jatkettiin, hyödynnettiin opinnäytetyöinfoja ja -ohjauksia ja sovittiin toimeksiantajan kanssa koulutustilaisuuksien pitämisestä helmikuussa 2017. Tässä vaiheessa ryhdyttiin myös suunnittelemaan koulutustilaisuuksien sisältöä.

Opinnäytetyön aihe oli mielenkiintoinen, ja se antoi mahdollisuuden lisätä asiantuntemusta muistisairaahan hoitotyöstä ja psyykkisen ja fyysisen aktiivisuuden merkityksestä. Aihe oli osittain haastava, koska aiheesta ei löytynyt yhtään käyttökelpoista suomenkielistä muistisairaahan aktivoimiseen liittyvää tutkimusta. Positiivista oli, että kansainvälisiä tutkimuksia löytyi ja niissä esitetyt aktivointikeinot olivat keskenään samankaltaisia. Aiheen rajauksen kanssa oli myös haasteita, koska välillä tuntui, että opinnäytetyö lähtee laajenemaan liikaa. Tietoisuus muistisairauksista ja muistisairaasta kasvoi tietoperustaa kerätessä ja opinnäytetyön edetessä. Tietoperustan kirjoittaminen paransi ymmärrystä ikääntyneen muistisairaahan arjessa kohtaamista haasteista niin hoitohenkilökunnan kuin sairastuneenkin näkökulmasta.

Opinnäytetyötä tehdessä tiedonhaku eri kanavien kautta ja lähteiden kriittinen arviointi luotettavuuden suhteen on kehittynyt. Myös aikatauluttaminen ja siinä pysyminen on ollut opettavaista. Ryhmätyömuodon parhaimpia ja työn tekoa helpottavia puolia ovat olleet ajatusten jakaminen, keskustelu opinnäytetyöhön liittyvistä asioista ja tuen saaminen, jos oman osuuden työstäminen on ollut hankalaa. Prosessin aikana työskenneltiin sekä yksin että yhdessä. Opinnäytetyötä tehdessä on kehitytty koko prosessin ajan tekstin arvioinnissa ja on toimittu toisille vertaislukijoina. Yhteistyö toimeksiantajan ja opinnäytetyön tekijöiden välillä sujui hyvin prosessin ajan. Yhteydenpitoa hoidettiin niin sähköpostitse, puhelimitse kuin kasvotustenkin.

Sekä kirjallisen että suullisen palautteen perusteella yleiskuva koulutustilaisuuksista oli myönteinen. Kokonaisuudessaan ollaan tyytyväisiä koulutustilaisuuksiin ja opinnäytetyön kautta saatuihin kokemuksiin. Oli ilo huomata, että koulutustilaisuuksissa keskustelua syntyi hoitajien kanssa runsaasti ja kokemuksia vaihdettiin molemmin puolin. Saatu positiivinen palaute niin koulutustilaisuuksiin osallistuneilta hoitajilta kuin toimeksiantajaltakin antoi onnistumisen kokemuksia ja vahvisti asiantuntijuutta muistisairaahan aktivoinnissa.

## **7.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysmahdollisuudet**

Opinnäytetyön tekijöiden osalta opinnäytetyöprojektin toiminnallinen osuus päättyy koulutustilaisuuksiin. Opinnäytetyöllä on monia potentiaalisia käytännön jatkokehitysmahdollisuuksia, esimerkiksi hoivakodin arkirutiinien muutoksien avulla. Vuoden 2017 alussa voimaan tulleen kilpailukyky sopimuksen tuomat lisätötunnit aiotaan käyttää hoivakodissa asukkaiden hyväksi, esimerkiksi juuri erilaisten aktiviteettien suunniteluun ja järjestämiseen. Koska hoitajat kokivat, että koulutustilaisuuksissa muistutettiin tärkeästä aiheesta, voisi vastaavaa keskustelua käydä hoivakodissa säännöllisestikin. Opinnäytetyötä voisi hyödyntää myös muissa vastaavissa hoivakodeissa, joissa halutaan kehittää muistisairaahan aktiivointia ja toimintakykyä ylläpitävää toimintaa.

Opinnäytetyöprosessin aikana kävi ilmi, että luotettavia, suomalaisia tutkimuksia muistisairaahan aktivoinnista on olemassa melko vähän. Aiheena tämä on kuitenkin



niin tärkeä, että muistisairaahan aktivoimista omassa arjessa olisi hyvä tutkia laajemmin. Muistisairaiden määrä kasvaa koko ajan, ja hoidon järjestäminen tuo haasteita yhteiskunnalle. Muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitämiseen kaivataan käytännön keinoja, joiden avulla parannetaan paitsi muistisairaiden elämänlaatua, myös kehitetään muistisairaiden hoitotyötä.

Monissa kansainvälisissä tutkimuksissa todetaan, että muistisairaahan aktivointi edesauttaa toimintakyvyn säilymistä, mutta konkreettisia aktivoinnin keinoja on esitetty melko vähän. Tutkimuksissa voisikin keskittyä juuri konkreettisiin keinoihin, joilla muistisairaiden toimintakykyä ja osallistuvuutta omaan arkeen voitaisiin parantaa. Tällaisia tutkittavia keinoja voisivat olla esimerkiksi musiikki eri muodoissaan ja erilaiset käsityöt. Lisäksi voitaisiin tutkia, millaiset aktivoinnin keinot ovat tehokkaita muistisairauksien eri vaiheissa.

## Lähteet

- Aavaluoma, S. 2015. Muistisairaahan psykoterapeuttinen hoito ja hoiva. Tallinna: Suomen psykologinen instituutti.
- Alzheimer` s Association. 2009. Dementia Care Practice. Recommendations for Assisted Living. Residences and Nursing Homes. [https://www.alz.org/national/documents/brochure\\_DCPR-phases1n2.pdf](https://www.alz.org/national/documents/brochure_DCPR-phases1n2.pdf). 13.1.2017.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2009. Sairaanhoidon ja huolenpito. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Carter, R. 2016. Aivot. Helsinki: Readme.fi.
- Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M. & Sandman, P. –O. 2014. Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *International Journal of Older People Nursing* 9 (4), 269-276.
- Einiö, E. 2010. Determinants of institutional care at old ages in Finland. *Finnish yearbook of population research XLV 2010. Supplement. Väestöliitto*. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23376/determin.pdf?sequence=2>. 12.1.2017.
- Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2015. Kotona asuvan muistisairaahan hoito ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen ehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 506-519.
- Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014. Alzheimerin tauti ja aivoverenkierrosairaus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki Kustannus Oy Duodecim. 278-280.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. Keuruu: Kustannus oy Duodecim, 18-23.
- Forder, M. 2015. Muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen hyödyt. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 109.
- Hallikainen, M. 2014a. Muistisairaudet, niiden yleisyys ja ehkäisyn mahdollisuudet. Teoksessa Hallikainen M., Mönkäre R., Nukari T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 13-14.
- Hallikainen, M. 2014b. Alzheimerin taudin muodot. Teoksessa Hallikainen M., Mönkäre R., Nukari T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 263-274.
- Hallikainen, M. 2014c. Muistisairauden yleiset oireet. Teoksessa Hallikainen M., Mönkäre R., Nukari T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 45-46.
- Hallikainen, M. & Rosenvall, A. 2015. Muistisairaahan kliininen tutkimus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 342-348.

- Harmer, B. & Orrell, M. 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health* 12 (5), 548-558.
- Harri-Lehtonen, O., Numminen, H. & Vesala, H. 2014. Toimintakykyä ylläpitävä työote. Kehitysvammaliitto. <http://verneri.net/yleis/toimintakyky-yl-lapitava-tyoote>. 11.1.2017.
- Hartikainen, P. 2014a. Alzheimerin tauti- yleisin muistisairaus. Teoksessa Hallikainen M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 264-265.
- Hartikainen, P. 2014b. Lewyn-kappale tauti. Teoksessa Hallikainen M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 287-292.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus - ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Hellstén, K. 2014. Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhustenhoitossa. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/98971/AnnalesC391Hellsten.pdf?sequence=13>. 13.1.2017.
- Heimonen, S. 2009. Psyykinen toimintakyky. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S. (toim.). Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti. [http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait\\_1-2009-pdf.pdf](http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf). 11.1.2017.
- Herukka, S. & Remes, A. 2015. Laboratoriotutkimukset. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 355-359.
- Hietanen, M., Hänninen, T. & Jokinen, H. 2015. Neuropsykologinen tutkimus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 374-385.
- Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311011841.pdf>. 12.1.2017.
- Hänninen, T., Paajanen, T. & Kuikka, P. 2015. Kognitiivinen seulonta ja muistikyselyt. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 360-373.
- Juva, K. 2011. Työikäisten muistihäiriöt ja muistisairaudet. Teoksessa Härmä H. & Granö S. (toim.). Työikäisen muisti ja muistisairaudet. toim. Helsinki: WSOYpro Oy, 110-155.
- Kallio E., Hokkanen L., Hietanen M. & Hänninen, T. 2015. Muistihäiriöt. Teoksessa Jehkonen, M., Saunamäki, T., Paavola, L. & Vilkki, J. (toim.). Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86-103.
- Kalska, H. & Poutiainen, E. 2015. Muistin kehittäminen ja kuntoutus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 446-454.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karrash, M., Hokkanen, L., Hänninen, T. & Hietanen, M. 2015. Normaali ikään-tyminen ja muistisairaudet. Teoksessa Jehkonen, M., Saunamäki, T.,

- Paavola, L. & Vilkki, J. (toim.). Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 224-244.
- Karvonen, O. 2010. Kuntouttava hoitotyö hoivayksikössä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22352/Karvonen\\_Olena.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22352/Karvonen_Olena.pdf?sequence=1). 18.1.2017.
- Kehitysvammaliitto. 2014. Toimintakykyä ylläpitävä työote. <http://verneri.net/yleis/toimintakyky-yllapitava-tyoote>. 24.1.2017.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kilpailu- ja kuluttajavirasto. 2015. Kuluttaja-asiamiehen linjaus. Vanhusten palveluasumista koskevat elinkeinonharjoittajan ja kuluttajan väliset sopimukset. <http://www.kkv.fi/ratkaisut-ja-julkaisut/julkaisut/kuluttaja-asiamiehen-linjaukset/toimialakohtaiset/vanhusten-palveluasumista-koskevat-elinkeinonharjoittajan-ja-kuluttajan-valiset-sopimukset/>. 25.1.2017.
- Kivipelto M. & Ngandu, T. 2014. Muistisairauksien suoja- ja riskitekijät. Teoksessa Hallikainen M., Mönkäre R., Nukari T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 26-28.
- Kokkinen, A. & Maltari-Ventilä, L. 2008. Hoito- ja huolenpitotyön sanasto. Helsinki: Kirjapaja.
- Koponen, H. & Vataja, R. 2015. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 474-487.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki. SanomaPro.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laatu S., Ellfolk, U., Karrasch, M. & Martikainen, K. 2015. Parkinsonin tauti. Teoksessa Jehkonen, M., Saunamäki, T., Paavola, L. & Vilkki, J. (toim.). Kliininen neuropsykologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 259-272.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.
- Lönnsroos, E. & Sillanpää, H. 2014. Muistisairaana lääkehoidon periaatteet. Teoksessa Hallikainen M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 221-234.
- Mendes, A. 2015. Dementia: breaking down mental barriers to physical activity. *Nursing and Residential Care* 17(5), 270-272.
- Moilanen, A. & Laine, M. 2011. Kannattavaa kumppanuutta kuntouttavalla työllä –hanke. Arvire Ky ja Terveyskunto Oy. [http://www.terveyskunto.fi/PDF/Kuntouttava%20tyoote\\_KKKT\\_hankkeen%20hyvia%20kaytantoja2.pdf](http://www.terveyskunto.fi/PDF/Kuntouttava%20tyoote_KKKT_hankkeen%20hyvia%20kaytantoja2.pdf). 13.2.2017.
- Muistiliitto. 2015. Kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen. [http://www.muistiliitto.fi/files/6914/7201/7499/Kuntoutusopas\\_2016\\_210x145\\_web\\_sivuttain.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/6914/7201/7499/Kuntoutusopas_2016_210x145_web_sivuttain.pdf). 13.1.2017.
- Muistiliitto. 2016a. Kotona asuminen. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/kotona-asuminen/>. 13.1.2017.

- Muistiliitto. 2016b. Hoito ja kuntoutus. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/>. 12.1.2017.
- Mäkelä, M., Alastalo, H., Noro, A. & Finne-Soveri, H. 2014. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Noro, A. & Alastalo, H. (toim.). Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaan tuloa vuonna 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN\\_ISBN\\_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1). 17.1.2017.
- Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu – tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98123/GRADU-1446457835.pdf?sequence=1>. 13.1.2017.
- Noro A., Mäkelä M., Jussmäki, T. & Finne-Soveri, H. 2014. Ikäihmisten palveluiden kehityslinjoja 2000-luvulla. Teoksessa Noro, A. & Alastalo, H. (toim.). Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaan tuloa vuonna 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN\\_ISBN\\_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1). 13.1.2017. 19-30.
- Olkoniemi, M. 2007. ”Tekee itse niin paljon kuin pystyy”. Kuntouttava työote hoitohenkilökunnan kokemana. Helsingin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/36123/stadia-1203411224-9.pdf>. 18.1.2017.
- Pitkälä, K. 2010. Kuntoutus muistisairauksissa. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01641>. 12.1.2017.
- Pitkälä, K. & Laakkonen, M-L. 2015. Muistisairaahan kuntoutus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Keuruu: Kustannus oy Duodecim, 495-505.
- Pitkälä, K., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2016. Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus osana vanhuksen kokonaisuhoitoa. Kustannus Oy Duodecim. <http://www.oppiportti.fi/op/ger03205/do>. 8.2.2017.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Geriatrinen kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. <http://www.oppiportti.fi/op/ger04200/do>. 8.2.2017.
- Remes, A. 2014. Otsa-ohimolohko rappeumien oirekuvat. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 280-285.
- Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172-180.
- Remes, A. & Winqvist, S. 2011. Muistisairaudet. Teoksessa Juva K., Hublin C., Kalska H., Korkeila J., Sainio M., Tani P. & Vataja R. (toim.). Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 191-197.
- Rinne, J. 2015. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Keuruu: Kustannus oy Duodecim, 165-171.

- Rinne, J., Hallikainen, M., Suhonen, J., Rosenvall, A. & Erkinjuntti, T. 2015. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 455-473.
- Rinne, J., Pirttilä, T. & Suhonen, S. 2016. Muistisairauden diagnostiikka, oireiden arviointi ja sairauden seuranta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00509>. 18.1.2017.
- Runsten, S. 2011. Alkoholien aiheuttama muistisairaus. Teoksessa Härmä, H. & Granö, S. (toim.). Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYpro Oy, 144-147.
- Roivas, M. & Karjalainen, A. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Rosenvall, A. 2015. Toimintakyvyn ja muistisairauden vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 386-391.
- Savikko, N., Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2014. Muistisairaahan kuntoutumisen tavoitteet ja toteutusperiaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 9-13.
- Schadewitz-Laakkonen, J. 2017a. VS: Moikka vielä! Taru.Nikkinen@edu.karelia.fi. 16.1.2017.
- Schadewitz-Laakkonen, J. 2017b. Palveluesimies. Siun sote. 26.1.2017.
- Seppänen, M. 2014. Sosiaalinen toimintakyky. Lapin yliopisto. [http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen\\_toimijana/tiedotuksia/16-12-marjaana-seppanen](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/16-12-marjaana-seppanen). 13.1.2017.
- Seppänen, M., Simonen, M. & Valve, R. 2009. Ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Kuvaus kehittämispöytäkirjasta ja arviointimalista. Helsingin yliopisto. [https://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Sosiaalinen\\_toimintakyky\\_raportti\\_031109.pdf](https://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Sosiaalinen_toimintakyky_raportti_031109.pdf). 12.1.2017.
- Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L.-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen. Kustannukset, asiakasrakenteet, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveystieteiden tutkimuskeskus. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80429/3b5d56f5-e461-414e-bc4d-f70be2952269.pdf?sequence=1>. 11.1.2017.
- Smit, D., de Lange, J., Willemse, B., Twisk, J. & Pot, Anne Margriet. 2015. Activity Involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging and Mental Health* 20 (1), 100-109.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2008. Dementoivat sairaudet. Teoksessa Juntunen, J. (toim.). Aivot ja ajattelu-Kliininen kognitiivinen neurotiede. Klaukkala: Recallmed Oy, 102-119.
- Sormunen, M. & Saaranen, T. 2016. Tieto- ja viestintäteknologia opetuksessa. Teoksessa Koivula, M., Wärna-Furu, C., Saaranen, T., Ruotsalainen, H. & Salminen, L. (toim.). Terveystieteiden opettajan käsikirja. Helsinki: Tietosanoma. 106-113.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Palveluseteli. <http://stm.fi/palveluseteli>. 18.1.2017.

- Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>. 13.1.2017.
- Suhonen, P. 2017. VS: Moikka Jonna! Taru.Nikkinen@edu.karelia.fi. 16.1.2017.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. Muistisairaudet. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>. 18.1.2017.
- Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1>. 11.1.2017.
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.
- Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriö. [https://www.superliitto.fi/site/assets/files/5592/potilaan\\_siirt\\_ergnomia.pdf](https://www.superliitto.fi/site/assets/files/5592/potilaan_siirt_ergnomia.pdf). 13.1.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Muistisairaat asiakkaat tehostetussa palveluasumisessa. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3120>. 13.1.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>. 11.1.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Mitä toimintakyky on? <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>. 12.4.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. ICF-luokitus. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>. 13.1.2017.
- Tuukkanen, E. 2013. Kuntouttava työote hoitotyössä hoitajien näkökulmasta. Centria ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyteyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59831/tuukkanen\\_eija.pdf?sequence](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59831/tuukkanen_eija.pdf?sequence). 18.1.2017.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). 21.1.2017.
- Uusitalo, T. 2015. Muistisairaahan hoito on laajaa yhteistyötä. Lääkäriliitto. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/muistisairaahan-hoito-on-laajaa-yhteistyota/>. 13.1.2017.
- Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66409/978-951-44-7521-4.pdf?sequence=1>. 17.1.2017.
- Vanninen, R., Mäntylä, R., Salonen, O., Valanne, L., Rinne, J. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivojen kuvantaminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soinen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 392-418.

- Vataja, R. 2014. Wernicke-korsakovin oireyhtymä. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 299-300.
- Vataja, R. 2015. Käyttäytymisen ja psyyken tutkiminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 349-354.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Viramo, P. & Strandberg, T. 2015. Muistisairaahan potilaan yleishoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Keuruu: Kustannus oy Duodecim, 488-494.
- Virkola, E. 2009. Muistisairaiden ihmisten toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S. (toim.). Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. 74-89. Ikäinstituutti. [http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait\\_1-2009-pdf.pdf](http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf). 12.1.2017.
- Voutilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01676>. 13.1.2017.
- Vähäkangas, P. 2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiilikainen, P. (toim.). Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 145-157.
- World Health Organization. 2016. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. 13.1.2017.



## Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Partalanmäen hoivakoti / Siunsoke
Toimeksiantajan edustaja:	Palveluesimies Jonna Schadewitz-Laakkonen
Osoite:	Jokikatu 2, 81700 Lieksa
Puhelinnumero:	013 3306 569
Sähköposti:	jonna.schadewitz-laakkonen@siunsoke.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	Taru Nikkinen 1500103, Minna Parviainen 1400066 Jukka Piitulainen, 1500131
Puhelinnumero:	0505061429
Sähköposti:	etunimi.sukunimi@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Muistisairaahan aktivointi omaan arkeen osallistuvaksi
Toteutusmuoto	toiminnallinen opinnäytetyö –aktivoivat koulutustilaisuudet
Aikataulu	koulutustilaisuudet 21. ja 23.2.2017
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Ei välittömiä kustannuksia, opinnäytetyön tekijät vastaavat välillisistä kuluista (esim. matkakulut)

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimimaan yhteistyössä opiskelijoiden kanssa järjestämään kaksi koulutustilaisuutta johon osallistaa hoitohenkilököde	

Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelijat sitoutuvat hakemaan opinnäytetyölle tarvittavan tutkimusluvan, pysymään sovitussa aikataulussa, toimimaan yhteistyössä toimeksiantajan kanssa ja toimimaan vastuullisesti opinnäytetyöprosessissa.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Mari Sivonen Kirsi Varis

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

Allekirjoitukset	
Päiväys 21.2.2017	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Minna Parviainen Taru Nikkinen Jukka Piitulainen
21.2.2017	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Jonna Schadewitz-Laakkonen
22.2.2017	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Mari Sivonen

## Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

7.2.2017 mma

1 (4)

TUTKIMUKSEN TIEDOT		
<b>Tutkimuslupahakemuksen tyyppi</b> <input checked="" type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä:		
<b>Tutkimuksen nimi</b> Muistisairaahan aktivointi omaan arkeen osallistuvaksi- keskustelutilaisuudet Partalanmäen palvelukodin hoitohenkilökunnalle		
<b>Tutkimuksen lyhyt nimi</b>		
<b>Opinnäytetyö</b>	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> YAMK-opinnäytetyö <input checked="" type="checkbox"/> AMK-opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö, mikä:	
<b>Tutkija / tutkimusluvan hakija</b>  (tutkimusryhmä / muut opinnäytetyön tekijät kuvataan kohdassa Tutkimusryhmä)	<b>Nimi</b> Piitulainen Jukka	<b>Nimeke ja oppiarvo</b> opiskelija
	<b>Sähköposti</b> Jukka.Piitulainen@edu.karelia.fi	<b>Puhelinnumero</b> 0505766606
	<b>Tutkijan organisaatio ja yksikkö</b> Karelia ammattikorkeakoulu Tikkarinne	
<b>Tutkimuksen vastuuhenkilö</b> (mikäli eri kuin tutkija) / <b>opinnäytetyön ohjaaja</b>	<b>Nimi</b> Sivonen Mari, Varis Kirsi	<b>Nimeke ja akateeminen arvo</b> opinnäytetyön ohjaavat opettajat
	<b>Sähköposti</b> mari.sivonen@karelia.fi	
<b>Tutkimuksen yhteyshenkilö Siun sotessa</b>	<b>Nimi</b> Jonna Schadewitz-Laakkonen	Tutkimuksen käytännön avustaja Siun sotessa
<b>Tutkimusryhmä</b>	Nimet, organisaatiot Nikkinen Taru, Parviainen Minna, Piitulainen Jukka - <i>Karelia gmk</i>	
<b>Tutkimuspaikat Siun sotessa</b>	Toimialue / palvelualue / toimintayksikkö Partalanmäen palvelukoti, Lieksa	
<b>Siun soten ulkopuoliset tutkimuspaikat</b>		
<b>Tutkimuksen toteutusaika</b>	11/2016 – 05/2017	
<b>Tieteenala</b>	<input type="checkbox"/> Lääketieteellinen tutkimus, erikoisala: <input type="checkbox"/> Hammaslääketieteellinen tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotieteellinen tutkimus <input type="checkbox"/> Sosiaalitieteellinen tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Muun tieteenalan tutkimus, mikä: <i>sotessa, opinnäytetyö</i>	
<b>Tutkimuksen kustannukset</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu kustannuksia Siun sotelle <input type="checkbox"/> Tutkimusrahoitusta ei hallinnoida Siun soten kautta (esim. henkilökohtainen apuraha tai muu tutkijan / tutkimuksen oma rahoitus) <input type="checkbox"/> Tutkimusrahoitus hallinnoidaan Siun soten kautta	

Opetus ja tutkimus  
Tikkamäentie 16, talo 8, 4. krs  
80210 Joensuu

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja  
terveyspalvelujen kuntayhtymä  
p. 013 3300 (vaihe)  
www.siunsote.fi

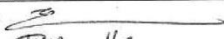

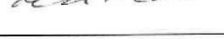
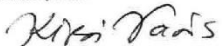
Tutkimuslupahakemus\_2017.docx

	Tutkimuksen rahoittaja: Arvio tutkimuksen kustannuksista (kuvataan tarkemmin tutkimussuunnitelmassa): €	
<b>Sopimukset</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimukseen liittyy sopimuksia Siun soten ja muiden toimijoiden välillä, mitä: Opinnäytetyön toimeksiantosopimus	
<b>Henkilötunnisteellisten tietojen käsittely</b> (täytetään rekisteritutkimuksissa)	Haettava tunnistetieto <input type="checkbox"/> Potilaskertomukset <input type="checkbox"/> Röntgenkuvat <input type="checkbox"/> Diagnoosit <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	Tunnisteellisten tietojen käsittelyaika -
	Kuvaus haettavasta tiedosta (mitä tietoja haetaan, milta aikaväliltä, max. 800 merkkiä)	
<b>Henkilötunnisteellisen tiedon käsittelijät</b> (täytetään rekisteritutkimuksissa)	Nimi, nimeke, sähköposti	

**LYHYT KUVAUS TUTKIMUKSESTA**

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite, tutkimuksen toteutus ja menetelmät. (max. 2 000 merkkiä)  
Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä Partalanmäen palvelukodin hoitohenkilökunnan tietämystä aktivoinnin merkityksestä muistisairaana toimintakyvyille. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena on kahden aiheeseen liittyvän keskustelutilaisuuden järjestäminen palvelukodin hoitohenkilökunnalle 21. ja 23.2.

**ALLEKIRJOITUKSET**

<b>Tutkimusluvan hakija</b>	Päivämäärä 02.02.2017 09.02.2017 9.2.2017	Allekirjoitus   	Jukka Rinne TARU NIEMI Minna Parvainen
	Tutkimusluvan hakija: Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan Siun soten ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Aineistonkäyttöluvan hakija: Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja muiden henkilötunnisteellisia tietoja käsittelevien puolesta noudattamaan salassapitovelvollisuutta viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999), henkilötietolain (523/1999), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) sekä potilaslain (758/1992) säännösten mukaisesti.		
<b>Opinnäytetyön ohjaaja</b> (Pro gradu, YAMK- ja AMK-opinnäytetyöt)	Päivämäärä 9.2.2017	Allekirjoitus  KIRSI VARIS	

**Opetus ja tutkimus**  
Tikkamäentie 16, talo 8, 4. krs  
80210 Joensuu

**Pohjois-Karjalan sosiaali- ja  
terveyspalvelujen kuntayhtymä**  
p. 013 3300 (vaihe)  
www.siunsote.fi

## Opinnäytetyön tutkimuslupapäätös

Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 20 Ikäihmisten palvelut Palvelujohtaja, ikäihmisten palvelut, pohjoinen	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös 13.3.2017	Dnro: 339/13.00.01.00/2017 1§	1(1)
---	---	-------------------------------------	------

---

### Muistisairaalan aktivointi omaan arkeen osallistuvaksi - keskustelutilaisuudet Partalanmäen palvelukodin hoitohenkilökunnalle / Piitulainen Jukka / AMK-opinnäytetyö

<b>Selostus asiasta</b>	Uusi hakemus.
<b>Päätös</b>	Myönnän tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti.
<b>Perustelut</b>	Perustelut ilmenevät tutkimuslupahakemuksesta.
<b>Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu</b>	Siun soten hallintosääntö 3 luku 3 § Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999

#### Allekirjoitus ja virka-asema

Komu Hannele  
Palvelujohtaja, ikäihmisten palvelut, pohjoinen

**Tiedoksianto** Annettu tiedoksi sähköpostilla 13.3.2017  
**Tiedoksiantaja** Räisänen Henriikka  
**Jakelu** **Piitulainen Jukka**  
**Matveinen Mari**  
**Komu Hannele**

**MMSE-testilomake**

Tutkittava: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Tekijä: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_\_

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

- Väärin Oikein
1. Mikä vuosi nyt on? 0 1
  2. Mikä vuodenaika nyt on? 0 1 (talvi = joulukuu, tammi, helmikuu kevät = maaliskuu, huhti, touko kesä = kesä, heinä, elokuu syksy = syys, loka, marraskuu; aina +/- 1vko)
  3. Monesko päivä tänään on? 0 1
  4. Mikä viikonpäivä tänään on? 0 1
  5. Mikä kuukausi nyt on? 0 1
  6. Missä maassa olemme? 0 1
  7. Missä läänissä olemme? 0 1
  8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi? 0 1
  9. Mikä on tämä paikka, jossa olemme? 0 1 (Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)
  10. Monennessako kerroksessa olemme? 0 1
  11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleenne kolme sanaa, kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)

PAITA-RUSKEA-VILKAS RUUSU-PALLO-AVAIN

PAITA RUUSU 0 1

RUSKEA tai PALLO 0 1

VILKAS AVAIN 0 1

(Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu. Toistoja\_\_\_\_. Enintään 5 kertaa)

12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän Teitä lopettamaan.

93 0 1 86 0 1 79 0 1 72 0 1 65 0 1 (Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee vääriä vastauksia 1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)

13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne. (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä)

PAITA RUUSU 0 1

RUSKEA tai PALLO 0 1

VILKAS AVAIN 0 1

14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä. a) Mikä tämä on? – näytetään rannekelloa 0 1 b) Mikä tämä on? – näytetään lyijykynää 0 1

15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni: EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA. 0 1 (Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lausetta ei saa toistaa.)

16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain. (Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen) Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taittakaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle. (Ohjeita ja lausetta ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa)

Ottaa paperin vasempaan käteen 0 1 Taittaa sen 0 1 Asettaa paperin polville 0 1

17. Näytän Teille tekstin ”SULKEKAA SILMÄNNE”. Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta. 0 1 (Annetaan piste vain jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä)

18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mieleenne mukaan 0 1 (Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta)

---

---

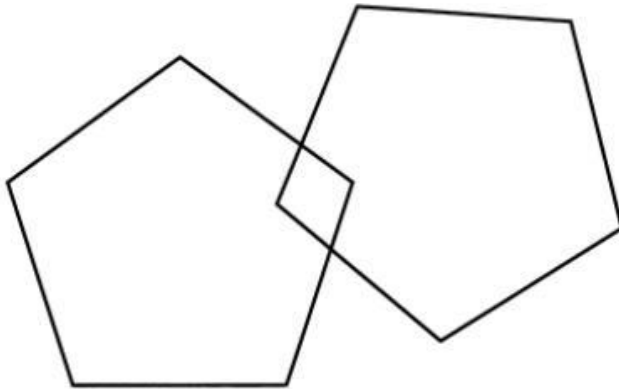
---

---

---

---

19. Voisitteko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. (Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on neliskulmainen.)



MMSE-TESTIN PISTEMÄÄRÄ

/30

Suomen Alzheimer-tutkimusseura ja Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä

Terveyskirjasto. MMSE-testilomake. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/extra/amh/mmse.pdf>. 13.4.2017.

## **Koulutustilaisuuksien ohjaussuunnitelma**

Koulutustilaisuudet järjestetään palvelukodissa 21. ja 23.2.2017 klo 13. Aikaa kumpaankin tilaisuuteen on varattu yksi tunti. Aiheena on Muistisairaahan aktivointi omaan arkeen osallistuvaksi. Koulutustilaisuudet pidetään palvelukodin kokous-tilassa, jossa on valmiina tietokone ja videotykki, joita tarvitaan koulutustilaisuudessa. Yhteen tilaisuuteen odotetaan saapuvaksi keskimäärin noin 30 henkilöä. Tilaisuuksiin osallistuu hoitohenkilökuntaa ja palveluesimiehiä. Koulutustilaisuudet on merkitty hoitajien työvuoroihin.

Koulutustilaisuudet alkavat opinnäytetyön tekijöiden ja aiheen esittelyllä. Tämän jälkeen aiheesta edetään Prezi-esityksen avulla. Esityksen alussa käydään esimerkiksi läpi muistisairaahan aktivoinnista saavutettavia etuja ja erilaisia muistisairaahan aktivointia käsitteleviä kansainvälisiä tutkimuksia, joista saa vinkkiä, millaisia aktivointikeinoja on otettu käyttöön. Esittelyssä käydään tiivistetysti läpi neljä eri tutkimusta toimeksiantajan toiveesta. Alun esittelyihin ja Prezi-esitykseen on varattu aikaa noin 20 minuuttia.

Prezi-esityksen jälkeen keskustellaan yhteisesti erilaisista muistisairaahan aktivointikeinoista, joita voitaisiin käyttää palvelukodin arjessa. Hoitohenkilökunnalle on noin viikkoa ennen koulutustilaisuuksia lähetetty sähköpostiviesti, jossa on kerrottu tulevista koulutustilaisuuksista ja pyydetty heitä jo etukäteen miettimään joi-takin käytännön keinoja muistisairaiden asukkaiden aktivoimiseksi. Toivottavaa on, että hoitohenkilökunta on aktiivisesti mukana keskustelussa, ja että keskustelu olisi luontevaa. Kerromme esimerkkejä käytännön aktivointikeinoista; juomien ja ruokien omatoiminen hakeminen ruokailuissa, vaatteiden viikkaaminen ja pyykin lajittelu, erilaiset siivoamistehtävät, sänkyjen petaus ja liinavaatteiden vaihtoon osallistuminen, muistelutilaisuudet, musiikin kuuntelu ynnä muut joka-päiväiset askareet. Aikaa yhteiseen keskusteluun on varattu noin 30 minuuttia.

Koulutustilaisuuksien lopusta on varattu aikaa 10 minuuttia keskustelujen yhteen-vetoon, palautteen keräämiseen palautelomakkeella ja loppusanoihin.



**Koulutustilaisuuksien palautekyselylomake**

# PALAUTEKYSELY KOULUTUSTILAISUUDESTA

✚ Koetko aiheen tärkeäksi työsi kannalta?

KYLLÄ

EI

(ympyröi valitsemasi vaihtoehto)

✚ Oliko koulutustilaisuus mielestäsi hyödyllinen?

KYLLÄ

EI

(ympyröi valitsemasi vaihtoehto)

✚ Saitko koulutustilaisuudesta käytännön vinkkejä työhösi liittyen?

KYLLÄ

EI

(ympyröi valitsemasi vaihtoehto)

✚ Ruusuja ja risuja koulutustilaisuuteen liittyen



## **Toimeksiantajan palaute ensimmäisestä koulutustilaisuudesta**

### **Palaute 21. 2. 2017 pidetystä koulutustilaisuudesta**

Antamamme toimeksianto ja sen avaaminen sekä teoriapohjan että keskustelun avulla oli hyvin onnistunutta. Toitte teorian kautta esille asioita, jotka helposti unohtuvat arjen askareissa, mutta jotka ovat erittäin tärkeitä elementtejä muistisairaahan ihmisen aktivoinnissa omassa arjessaan. Koska presentaatio perustui tutkimuksiin, ei se leimannut ketään hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, vaan oli yleistä tietoa johon jokainen sai peilata omaa hoitotyötään. Vakuuttavaa työskentelyä.

Ryhmämme toimi tilaisuudessa vastavuoroisesti hoitohenkilökunnan kanssa. Koulutustilaisuus sujui sulavasti ja jokainen tiesi tehtävänsä presentaation aikana. Johdattelu keskusteluun oli luontevaa.

Työntekijöiden kommentit tilaisuuden jälkeen ovat olleet positiivisia. He kokivat että asia on tärkeää ja muistuttelu siitä hyväksi. Toimeksiantajan edustajana olemme erittäin tyytyväisiä koulutustilaisuuteen kokonaisuutena.

Palveluesimies Jonna Schadewitz-Laakkonen ja Paula Suhonen