

MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3

MielenMuutos pitkäaikaishoidossa

Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen
hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen



Ulla Eloniemi-Sulkava • Niina Savikko (toim.)

Vanhustyön keskusliitto
Centralförbundet för de gamlas väl ry

Malmin kauppatie 26
00700 HELSINKI
Puhelin 09 3508 600
Faksi 09 3508 6010

info@vtkl.fi
www.mielenmuutos.fi
www.vtkl.fi

Julkaisija Vanhustyön keskusliitto
Centralförbundet för de gamlas väl ry

ISBN 978-951-806-145-1
pdf 978-951-806-146-8

Taitto AD Krista Jännäri
Mainospalvelu Kristasta Oy

Kansikuva Mainospalvelu Kristasta Oy

Painopaikka Newprint Oy, Raisio 2011



Vanhustyön keskusliitto
Centralförbundet för de gamlas väl ry

MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3

MielenMuutos pitkäaikaishoidossa

Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen
hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen

Ulla Eloniemi-Sulkava • Niina Savikko



Sisällys

TUTKIMUSRYHMÄ.....	6
ESIPUHE.....	7
TIIVISTELMÄ.....	8
SAMMANDRAG.....	11
ABSTRACT.....	14
TAUSTA.....	17
Muistisairauksien ja käytösoireiden yleisyys ja merkitys.....	17
Muuttuva ymmärrys käytösoireista.....	18
Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hoito aiemmissa tutkimuksissa.....	19
Suoraan muistisairasta ihmistä auttavat hoitomuodot.....	20
Välillisesti muistisairasta ihmistä auttavat hoitomuodot.....	24
Yhteenveto.....	25
TAVOITTEET JA MENETELMÄT.....	30
Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	30
Tutkimuksen kulku, aineiston keruu ja tilastolliset menetelmät.....	30
Tutkimuskunta ja mukana olleet hoito-osastot.....	41
INTERVENTION KUVAUS.....	46
Intervention lähtökohdat, tavoitteet ja erityispiirteet.....	46
Intervention ydintoiminnot.....	50
Motiimi.....	55
Henkilökunnalle tarjotut välineet asukkaiden hyvinvoinnin parantamiseksi.....	61

TULOKSET.....	83
Taustatiedot muistisairaista asukkaista sekä tietoja käytösoireita ja elämänlaatua selittävistä tekijöistä.....	83
Intervention vaikutukset.....	90
Tulosten yhteenveto.....	103
Keskeiset tulokset.....	103
POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	105
Käytösoireista muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin tarpeisiin.....	105
Johtopäätökset.....	112
Ikäihmisten hyvinvointi ja mielenterveys 2007–2010.....	124
LIITTEET.....	00
Liite 1. Asukaskysely	
Liite 2. Ruokailun seurantalomake	
Liite 3. Kirjoittajien esittelyt	

MielenMuutos -käytösoirehankkeen tutkimusryhmä

- Ulla Eloniemi-Sulkava, gerontologian dosentti, erikoissairaanhoitaja, Vanhustyön keskusliitto
- Harriet Finne-Soveri, geriatrician dosentti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Marjo Forder, fysioterapeutti, Vanhustyön keskusliitto
- Sonja Frosti, M.Sc. (sosiaalipsykologia), Vanhustyön keskusliitto
- Sirkkaliisa Heimonen, PsT, Ikäinstituutti
- Eeva Hölttä, psykiatri, geriatri, tohtorikoulutettava, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
- Riitta Koivula, YTM, tohtorikoulutettava, Jyväskylän yliopisto
- Juhani Koskinen, kauppatieteiden kandidaatti, Aalto-yliopisto
- Helinä Kotilainen, yliarkkitehti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Terhi Köykkä, TtM (hoitotiede), tohtorikoulutettava, Vanhustyön keskusliitto
- Jelena Meinilä, ravitsemustieteen opiskelija, Helsingin yliopisto
- Ava Numminen, musiikin tohtori, psykologi, laulunopettaja, Uudenmaan taidetoimikunta ja Sibelius-Akatemia
- Minna Pietilä, PhD (sosiologia), Vanhustyön keskusliitto
- Heli Sillanpää-Nisula, psykiatrinen sairaanhoitaja
- Marja Saarenheimo, FT, psykologi, Vanhustyön keskusliitto
- Niina Savikko, TtT (hoitotiede), Vanhustyön keskusliitto
- Timo Sinervo, sosiaali- ja terveydenhuollon dosentti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Raimo Sulkava, geriatrician professori, Itä-Suomen yliopisto
- Merja Suominen, ETT, Suomen muistiasiantuntijat ry
- Päivi Topo, terveys sosiologian dosentti, Suomen Akatemia ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Esipuhe

MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke käynnistettiin halusta edistää ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia. Psykkinen hyvinvointi jää usein sivuun keskittyttäessä ikäihmisten fyysiseen toimintakykyyn ja kotona asumiseen. Hankkeen toimintatavaksi valittiin kehittää ja tutkia iäkkäiden ihmisten masennuksen sekä muistisairaiden ihmisten psykologisten ja käyttäytymisen oireiden tunnistamista ja hoitoa. Tässä raportoidaan käytösoireosahanke, jossa kertyi runsaasti tietoa ja kokemusta muistisairaiden ihmisten hoidosta sekä moniulotteisen ja -tieteisen interventiotutkimuksen toteuttamisesta. Tutkimuksessa ulkopuolisten määrittelemää käytösoireita tarkasteltiin muistisairaahan ihmisen näkökulmasta, hänen tarpeidensa ilmaisuina.

Monet tekijät heikentävät muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja vaikuttavat hänen elämänlaatuunsa. Tämä tutkimus antaa tietoa, kuinka monipuolisesti muistisairaita ihmisiä huomioivalla hoito-otteella voidaan parantaa heidän elämänlaatuunsa sekä lieventää ja vähentää ulkopuolisten kokemia käytösoireita. Oikealla hoidolla voidaan myös vähentää psyykenlääkkeiden käyttöä.

Vanhustyön keskusliitto kiittää lämpimästi Raha-automaattiyhdistystä osahankkeen taloudellisesta tuesta. Suuri kiitos menee myös osahankkeen kanssa yhteistyötä tehneille tutkimuskunnan ja muiden tahojen ammattilaisille. Kiitokset myös hankkeen ohjausryhmälle toimintaa eteenpäin vieneistä kommentteista. Kaikkein suurin kiitos kuuluu silti hankkeeseen osallistuneille pitkäaikaishoidon asukkaille, heidän omaisilleen ja työntekijöille.

Toivomme, että raportti auttaa osaltaan kunnallisia toimijoita, järjestöjä ja muita tahoja muistisairaiden ihmisten hoidon ja palveluiden kehittämisessä.

Helsingissä helmikuussa 2011

Vanhustyön keskusliitto – Centralförbundet för de gamlas väl. ry

Tiivistelmä

Tausta: Muistisairaudet ovat sairausryhmä, joka aiheuttaa ikääntyneille ihmisille eniten sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta Suomessa. Muistisairaudet yleistyvät väestön vanhetessa. Väestötutkimusten mukaan Suomessa on tällä hetkellä 93 000 keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivää ihmistä. Heistä 40 prosenttia asuu ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Kaikista pitkäaikaishoidon asukkaista 80 prosentilla on muistisairaus, ja muistisairaista 70–80 prosentilla on vähintään yksi käytösoire. Käytösoireilla on yhteys muistisairaahan ihmisen elämänlaadun heikkenemiseen. Ne rasittavat omaishoitajia ja hoitoyhteisöjä sekä lisäävät palveluiden tarvetta. Käytösoireista kärsivien ihmisten auttamiseen tarvitaankin innovatiivisia, vaikuttavia ratkaisuja.

Tavoite: Tutkimuksen tarkoituksena oli (1) lisätä tietoa muistisairaiden ihmisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, (2) löytää uusia toimintatapoja heidän hyvinvointinsa laaja-alaiseen tukemiseen sekä (3) kehittää käytösoireista kärsivien ihmisten hoitoon toimintamalli, jota voidaan soveltaa erilaisissa muistisairaiden ihmisten hoitopaikoissa ja kotihoidossa. Tutkimuksessa selvitettiin pitkäaikaishoidon muistisairaiden asukkaiden käytösoireita ja elämänlaatua selittäviä tekijöitä sekä henkilökunnan tukemisen vaikutuksia asukkaiden käytösoireisiin, elämänlaatuun, hyvinvointiin ja psyykenlääkkeiden käyttöön. Lisäksi selvitettiin intervention vaikutusta käytösoireiden henkilökunnalle aiheuttamaan stressiin.

Asetelma: Satunnaistettu, kontrolloitu interventiotutkimus.

Aineisto: Tutkimus toteutettiin eteläsuomalaisen kunnan vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon osastoilla (n=11), jotka koostuivat 17:stä itsenäisesti toimivasta hoitoyksiköstä. Satunnaistamisessa yhdeksän yksikköä päätyi interventioryhmään ja kahdeksan vertailuryhmään. Asukkaiden sisäänottokriteerinä tutkimukseen oli pitkäaikaishoidossa asuminen. Poissulkukriteerejä olivat lyhytaikaispaikalla oleminen, tiedossa oleva siirtyminen osastolta ja saattohoito. Lähtötietojen keruun jälkeen tutkimuksen geriatri diagnosoivat asukkaiden mahdollisen muistisairauden. Kriteerit täyttäviä muistisairaita asukkaita oli 233, ja heidän kohdallaan tutkittiin käytösoireita sekä elämänlaatua selittäviä tekijöitä. Intervention vaikuttavuutta tutkittiin vain niillä 177 asukkaalla, joilla geriatriin diagnosoiman muistisairauden lisäksi todettiin lähtötilanteessa käytösoire Neuropsykiatrisen haastattelun vanhainkotiversiossa (NPI-NH > 0).

Interventio: Vertailuosastojen henkilökunta jatkoi omaa toimintaansa ja kehittämistyötään haluamallaan tavalla. Tutkimuksessa heille pidettiin neljän oppitunnin mittainen koulutus muistisairauksista ja muistisairaiden ihmisten kohtaamisesta. Interventiossa hyödynnettiin aiempien tutkimusten lupaavimpia tuloksia moniammatillisista, monitekijäisistä ja yksilöllisesti räätälöidyistä hoitokeinoista käytösoireista kärsivien muistisairaiden ihmisten hoidossa. Intervention lähtökohtana oli muistisairas tuntevana ja kokevana ihmisenä, joka pyrkii ylläpitämään ja saavuttamaan itselleen oleellista hyvinvointia olemassa olevilla kyvyillään. Tästä lähtökohdasta ulkopuolisten usein hankaliksi kokemat käytösoireet nähtiin muistisairaahan ihmisen tarpeiden ja toiveiden ilmaisuina, esimerkiksi pyrkimyksinä selviytyä tai sopeutua, elää omannäköistään elämää tai saada apua fyysiseen huonovointisuuteen.

Interventio kesti 14 kuukautta. Se sisälsi interventioyksiköiden henkilökunnan moniammatillista, pitkäjänteistä tukemista sekä ohjausta asukaslähtöisen, asukkaiden tarpeisiin pohjaavan räätälöidyn hoidon toteuttamiseen. Intervention ydintoimintoja olivat asiantuntijasairaanhoidajan toiminta, geriatriin konsultoinnit ja räätälöintitapaamiset. Asiantuntijasairaanhoidaja tuki ja ohjasi henkilökuntaa. Konsultoiva geriatri diagnosoivat asukkaiden muistisairaudet, arvioi intervention alussa lääketieteellistä hoitoa sekä toimi konsultoivana lääkärinä. Asukaskohteisissa räätälöintitapaamisissa työryhmä pyrki yhteistyössä omaisten kanssa ymmärtämään asukkaan käytösoireen taustalla olevia hyvinvoinnin tarpeita ja löytämään yksilöllisiä tapoja vastata niihin. Lauluvalmennuksessa, muistelukoulutuksessa ja liikeohjauksessa henkilökunta sai välineitä asukkaiden hyvinvoinnin kohentamiseen. Ravitsemuksen tiimipalavereissa henkilökunta sai tukea asukkaiden ravitsemuskuntoutukseen.

Menetelmät: Tutkimushoitaja keräsi tutkimuksen seurantatiedot haastatteleamalla asukkaiden omahoitajia. Seurantatiedot koostuivat käytösoireista (Neuropsykiatrisen haastattelu vanhainkotiversio, NPI-NH), fyysisestä toimintakyvystä (Barthelin indeksi), muistisairauden vaikeusasteesta (Clinical Dementia Rating Scale), elämänlaadusta (the Quality of Life in Late Stage of Dementia), masennusoireista (Cornellin masennusasteikko) ja ravitsemustilasta (Mini Nutritional Assessment). Lähtötilanteessa tiedonkeruu tapahtui ennen hoitoyksiköiden satunnaistamista interventio- ja vertailuryhmään. Vastaavat seurantatiedot kerättiin kuuden kuukauden kohdalla ja tutkimuksen lopussa 14 kuukauden kohdalla. Tutkimushoitaja keräsi myös asukkaiden kunkin hetkiset lääkitystiedot. Asukkaiden elämänlaatua arvioitiin hoitajakyselyn lisäksi Elämänlaadun observointi dementiatyössä (ELO-D) -havainnointimenetelmällä. Menetelmässä kaksi koulutettua havainnoijaa havainnoi kunkin hoitoyksikön arkea ja asukkaiden hyvinvointia yhtenä päivänä seitsemän tuntia.

Tulokset: Asukkaiden keski-ikä oli 81 vuotta ja heistä 65 prosenttia oli naisia. Muistisairaus diagnosoitiin 80 prosentilla asukkaista ja se oli tavallisimmin Alzheimerin tauti (64.8 %). Alzheimerin tautia sairastavista runsaalla kolmanneksella (36.4 %) oli sairautessaan myös Lewyn kappale -taudin piirteitä. Lewyn kappale -taudin kokonaisesiintyvyys oli 29.6 prosenttia. Lähes puolella asukkaista muistisairaus oli vaikea-asteinen. Kaiken kaikkiaan asukkailla oli päivittäisissä toiminnoissaan runsaasti toiminnanvajeita ja avuntarvetta. Kolmasosa heistä kärsi aliravitsemuksesta, mikä liittyi osittain muistisairauksien luonteeseen.

Käytösoireiden esiintyminen oli tavallista (79 %:lla muistisairaista asukkaista). Niiden esiintymistä selittivät muita asukkaita parempi toimintakyky, huonompi elämänlaatu, Lewyn kappale -tauti, opistoasteen koulutus ja nuorempi ikä. Lähtötilanteessa asukkaiden huonompaa elämänlaatua selittivät käytösoireet, vaikea-asteinen muistisairaus, pääasiassa oleskelusta koostunut päivän sisältö, huonompi ravitsemustila ja huonompi fyysinen toimintakyky.

Kuuden kuukauden kohdalla interventioyhmän asukkailla esiintyi vertailuryhmää vähemmän estottomuutta sekä ruokahalun ja syömisen häiriöitä. Vertailuryhmän asukkaat olivat sen sijaan vähemmän ahdistuneita. Nämä ryhmien väliset erot olivat hävinneet tutkimuksen lopussa. Lähtötilanteessa ja tutkimuksen lopussa tehdyt ELO-D -havainnoinnit osoittivat, että interventioyhmän asukkaiden elämänlaatu ja hyvinvointi vuorovaikutustilanteissa olivat kohonneet merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna.

Interventoryhmässä kaikkien psyykenlääkkeiden käyttäjien määrä väheni tutkimuksen aikana tilastollisesti merkitsevästi, kun taas vertailuryhmässä merkitsevää vähenemistä tapahtui vain antipsykoottien käytössä. Interventoryhmässä masennuslääkkeiden käyttäjien määrä väheni merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna.

Käyttösoireista kärsineiden muistisairaiden asukkaiden käyttösoireiden kokonaispisteet laskivat tutkimuksen aikana tilastollisesti merkitsevästi, samoin kuin hoitajien oireista kokema stressi. Myös masennusoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. Lisäksi asukkaiden elämänlaatu parani. Käyttösoireista kärsivien muistisairaiden asukkaiden ravitsemustila heikkeni tutkimuksen aikana. Interventoryhmässä ravitsemustila huononi kuitenkin merkitsevästi vertailuryhmää vähemmän.

Päätelmät: Satunnaistettu kontrolloitu interventiotutkimus toteutettiin todellisessa ympäristössä eli yhden kunnan vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon osastojen tavallisessa arjessa. Kontrolliasetelman säilyttäminen oli vaikeaa, koska samoja kunnan toimijoita liikkui sekä interventio- että vertailupuolella. Puolella hoitopaikoista oli sama hoitava lääkäri, ja osastonhoitajat tapasivat säännöllisissä kokouksissa. Pitkäaikaishoidon kehittämisestä vastaava ylihoitaja osallistui interventiotapahtumiin mutta oli mukana myös vertailuosastojen kehittämisessä. Henkilökunnan intervention aikana saama tieto levisi myös vertailupuolelle, mikä näkyi tutkimuksen lopussa sielläkin vähentyneinä käytös- ja masennusoireina. Myös hoitajien arvioima asukkaiden elämänlaatu koheni sekä interventio- että vertailuryhmässä tilastollisesti lähes merkitsevästi. Tulokset eivät selity lisääntyneellä psyykenlääkkeiden käytöllä, mikä väheni merkitsevästi erityisesti interventoryhmässä. Interventio kohensi asukkaiden arkea, mikä näkyi hyvinvoinnin merkitsevästi lisääntymisenä vertailuryhmään verrattuna. Interventioasukkaiden elämänlaatua voitiin edistää myös parantamalla heidän ravitsemustilaansa. Nämä interventio-ryhmän tulokset viittaavat siihen, että interventiolla on vaikutettu henkilökunnan osaamiseen ja edistetty asukaslähtöisiä toimintatapoja.

Henkilökunnan tueksi kehitettiin intervention aikana toimintamalli, joka ohjaa ymmärtämään asukkaan erilaisia hyvinvoinnin tarpeita hänen näkökulmastaan häntä monipuolisesti huomioiden sekä räätälöimään hoito tältä pohjalta. Asukaslähtöisessä laaja-alaisessa räätälöidyn hoitoprosessin mallissa korostetaan yhteistyötä asiakkaan, hänen omaistensa ja moniammatillisten osaajien kanssa. Käyttösoireiden vähentäminen edellyttää, että henkilökunta käyttää toimintamallia sitoutuneesti hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. Mallin käyttäminen vaatii hyvää gerontologisen hoitotyön osaamista. Sen käyttöön ottamisessa henkilökunta tarvitsee ulkopuolisen asiantuntijan tukea ja toteuttamisessa lähiesimiehen jatkuvaa ohjausta.

Sammandrag

Bakgrund: Minnessjukdomarna är den sjukdomsgrupp som bland äldre i Finland ger upphov till det största behovet av social- och hälsovårdstjänster. Minnessjukdomarna ökar i takt med att befolkningen åldras. Demografiska undersökningar visar att det i Finland i dag finns 95 000 personer med medelsvåra eller svåra minnessjukdomar. Av dem bor 40 procent inom långtidsvården, med vård dygnet runt. Av alla klienter inom långtidsvården lider 80 procent av någon minnessjukdom, medan 70-80 procent av dessa i sin tur har minst ett beteendesymptom. Dessa symptom har ett samband med försämringen av personernas livskvalitet. Symptomen belastar också närstående vårdarna och vårdenheterna, och ökar servicebehovet. Det finns därför behov av innovativa och fungerande lösningar för personer med beteendesymptom.

Syfte: Undersökningens syfte var att (1) utöka kunskapen om de faktorer som påverkar välmåendet hos minnessjuka personer, (2) finna nya och övergripande modeller när det gäller att stöda klienternas välbefinnande samt (3) utveckla en modell för vård av personer med beteendesymptom, som man kan tillämpa i olika vårdenheter och inom hemvården. I undersökningen kartlades de faktorer som förklarar beteendesymptomen och livskvaliteten bland boende inom långtidsvården som har minnessjukdomar, och det sätt på vilket vårdpersonalens stöd påverkar klienternas beteendesymptom, livskvalitet, välbefinnande och psykofarmakabruk. Dessutom utredde man de effekter som interventionen hade på den stress som beteendesymptomen skapar hos vårdpersonalen.

Design: En randomiserad och kontrollerad interventionsstudie.

Material: Undersökningen genomfördes i en kommun i södra Finland, vars långvårdsavdelningar (n=11) var uppdelade i 17 självständiga vårdenheter. Genom randomisering hänfördes nio vårdenheter till interventionsgruppen och åtta vårdenheter till jämförelse- eller kontrollgruppen. Som kriterium för medverkan i undersökningen var att den äldre bor inom långtidsvården. Som kriterier för en uteslutning var att man haft vårdplatsen endast tillfälligt, att man inom kort flyttar från avdelningen eller att man får vård i livets slutskede. Efter insamling av basdata diagnosticerade projektets geriater eventuella minnessjukdomar. Antalet minnessjuka personer som uppfyllde kriterierna var sammanlagt 233, och bland dem undersöktes de faktorer som kunde förklara deras beteendesymptom och livskvalitet. Interventionens effekter studerades bara ifråga om de 177 klienter som utöver den av geriater diagnosticerade minnessjukdomen också konstaterades ha något beteendesymptom, i samband med den neuropsykiatriska intervju som gjordes på ålderdomshemmet när undersökningen inleddes (NPI-NH > 0).

Interventionen: Personalen på jämförelseavdelningarna fortsatte sin verksamhet och sitt utvecklingsarbete som tidigare. Som en del av projektet fick de en fyra timmar lång utbildning om minnessjukdomar och hur man bemöter människor med minnesproblem. I samband med interventionen utnyttjade man de mest lovande resultaten i de undersökningar som gjorts angående tillämpningen av mångprofessionella, mångfacetterade och individuellt skraddarsydda metoder i vården av minnessjuka personer med olika beteendesymptom. Utgångspunkten för

interventionen var att den minnessjuka är en människa med både känslor och upplevelser, som försöker upprätthålla och uppnå en så god livskvalitet som möjligt, med de förmågor personen själv ännu har. Följaktligen tolkas de beteendesymptom som omgivningen ofta tycker är besvärliga som uttryck för den minnessjukas egna behov och önsningar, t.ex. som en strävan att överleva och anpassa sig, och att leva ett sådant liv man själv vill, och att få hjälp när det gäller svårigheter med det fysiska välbefinnandet.

Interventionen varade i 14 månader. Den innefattade ett mångprofessionellt och långsiktigt stöd åt personalen på interventionsenheterna samt vägledning för en klientcentrerad och skräddarsydd vård, med utgångspunkt i de boendes behov. Till interventionens centrala element hörde en sakkunnigsjukskötare, konsultationer av en geriatr samt möten i syfte att skapa skräddarsydda lösningar. Sakkunnigsjukskötaren gav personalen stöd och vägledning. Den konsulterande geriatern diagnosticerade klienternas minnessjukdomar, gjorde i inledningsfasen en bedömning av den medicinska vården och fungerade som konsulterande läkare. På de klientcentrerade träffarna försökte arbetsgruppen i samarbete med de anhöriga förstå de behov som klienten försökte uttrycka med sina beteendesymptom, och finna individuella och skräddarsydda sätt att svara på dessa behov. Personalen erhöll verktyg för att med hjälp av sång-, minnes- och rörelseträning öka klienternas välbefinnande. I teamsamtal kring kosten stöddes personalen ifråga om klienternas näringsmässiga rehabilitering.

Metoder: Forskningsköterskan samlade in uppföljningsdata genom att intervjua klienternas egenvårdare. I inledningsfasen skedde datainsamlingen innan vårdenheter slumpmässigt delades upp i en interventions- respektive kontrollgrupp. Motsvarande uppgifter samlades in också efter sex månader och på nytt i slutet av projektet, efter 14 månader. Forskningsköterskan samlade dessutom kontinuerligt in uppgifter om klienternas medicinering. Deras livskvalitet bedömdes förutom med intervjuer gjorda av vårdpersonalen också med hjälp av den metod som kallas observering av livskvalitet i demensarbetet (Elämälaadun observointi dementia-työssä, ELO-D). Det innebär att två utbildade observatörer under en dag följer med vårdens vardagsrutiner och klienternas välbefinnande, i sammanlagt sju timmar.

Resultat: Klienternas medelålder var 81 år och 65 procent av dem var kvinnor. En minnessjukdom diagnosticerades hos 80 procent av klienterna, och det handlade oftast om Alzheimer (64,8 %). Av dem som led av Alzheimer hade en dryg tredjedel (36,4 %) också drag av Lewy body-sjukdomen. Totalt förekom Lewy body hos 29.6 procent av klienterna. Hos nästan hälften av klienterna är minnesproblemen svåra. Förekomsten av beteendesymptom förklarades av att dessa klienter hade en bättre funktionsförmåga jämfört med övriga klienter (Barthels index), en sämre livskvalitet (bedömd på vårdarnas QUALID-skala), sjukdomen Lewy body, lägre utbildning och lägre ålder. Generellt hade klienterna betydande funktionshinder och ett stort hjälpbehov i sina vardagsrutiner (Barthel). En tredjedel led av undernäring (MNA-skalan), vilket delvis hörde till minnessjukdomarnas karaktär.

I utgångssituationen förklarades klienternas sämre livskvalitet av beteendesymptomen, en grav minnessjukdom, ett dagsprogram som präglades av passivitet, ett sämre näringsstillstånd (MNA) och en lägre fysisk funktionsförmåga (Barthel). Efter sex månader förekom det bland klienterna i interventionsgruppen mindre hämningar och störningar ifråga om matlusten och

ätandet. Klienterna i kontrollgruppen var i sin tur mindre deprimerade. Dessa skillnader mellan grupperna hade försvunnit när undersökningen avslutades.

De ELO-D-observationer som gjordes i början och slutet av undersökningen visade att livskvaliteten och välbefinnandet i samband med de olika interaktionssituationerna signifikant hade ökat i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. I interventionsgruppen minskade bruket av samtliga psykofarmaka (inklusive antidepressiva läkemedel) statistiskt signifikant under projektets gång, medan det i kontrollgruppen skedde en signifikant minskning endast ifråga om antipsykotika.

Helhetspoängen när det gäller beteendesympomen minskade statistiskt signifikant bland minnessjuka klienter med beteendesympom, och detsamma gäller den stress som vårdpersonalen upplevde som en följd av dessa symptom. Också depressionssymptomen minskade statistiskt signifikant (Cornells depressionsskala). Dessutom förbättrades klienternas livskvalitet (bedömd på vårdarnas QUALID-skala). Näringstillståndet hos klienterna med minnessjukdomar försämrades under projektets gång. Denna försämring var emellertid signifikant mindre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Slutsatser: Den randomiserade och kontrollerade interventionsstudien genomfördes i en autentisk miljö, dvs. vardagen inom kommunens långtidsvård. Det visade sig svårt att bibehålla den experimentella designen eftersom samma aktörer rörde sig både i interventions- och jämförelsegruppen. Hälften av vårdplatserna hade samma vårdande läkare och avdelningsskötarna träffades regelbundet på gemensamma möten. Den överskötare som ansvarade för långtidsvården deltog i de olika interventionsverksamheterna, men deltog också i utvecklingsarbetet på jämförelseavdelningarna. Den ökade kunskap som personalen i interventionsgruppen fick spred sig därmed också till kontrollgruppen, vilket syntes i att beteende- och depressionssymptomen i slutet av projektet minskade också på jämförelseenheter. Också den av vårdarna bedömda livskvaliteten hos klienterna ökade nästan signifikant både i interventions- och kontrollgruppen. Resultaten kan inte förklaras av ett ökat bruk av psykofarmaka, eftersom bruket minskade märkbart, speciellt i interventionsgruppen. Interventionen höjde kvaliteten i klienternas vardag, vilket syntes i en signifikant ökning av välbefinnandet jämfört med kontrollgruppen. Man kunde höja interventionsklienternas livskvalitet också genom att förbättra deras näringstillstånd. Undersökningsgruppens resultat tyder alltså på att man genom interventionen har påverkat personalens kunnande och därigenom främjat mer klientcentrerade verksamhetsformer.

Under interventionens gång utvecklades en modell som stöder vårdpersonalen att bättre förstå och beakta klienternas olika behov genom att se dem ur klienternas synvinkel, och genom att skraddarsy vården utifrån detta. I en sådan klientcentrerad, mångsidig och skraddarsydd vårdmodell betonas samarbetet med klienten, hans eller hennes anhöriga och de mångprofessionella aktörerna. En minskning av beteendesympomen förutsätter att vårdpersonalen förbinder sig att använda modellen under alla skeden av vårdprocessen. Det förutsätter i sin tur professionalitet i det gerontologiska vårdarbetet. Personalen behöver därför stöd av utomstående sakkunniga när modellen tas i bruk, och fortlöpande handledning av den närmaste förmannen då den förverkligas.

Abstract

B *ackground:* Memory disorders constitute a group of illnesses that causes the most need for health and social services of older people in Finland. Memory disorders become more common as the population ages. According to national surveys, in Finland there are now 93 000 people who suffer from moderate to severe memory disorders. Of them, 40 percent live in long-term care wards. Of all long-term care residents, 80 percent have memory disorders, and of them, 70 to 80 percent have at least one behavioural or psychological symptom of dementia (BPSD). Behavioural and psychological symptoms of dementia relate to declining quality of life of people with memory disorders. BPSD are burdensome to family carers and care communities, as well as increase need of services. Therefore, innovative and effective ways of helping people with BPSD are needed.

Objective: The study aimed at (1) increasing knowledge about aspects that influence well-being of people with memory disorders, (2) finding new comprehensive ways of supporting their well-being, and (3) design a model for caring people with BPSD that can be applied to different care settings of people with memory disorders, including home care. The study explored factors that explain BPSD and quality of life of long-term care residents with memory disorders, as well as the effects of supporting staff on residents' BPSD, quality of life, well-being and use of psychotropic drugs. Additionally, the study examined the effect of the intervention on staff's work stress over residents' BPSD.

Setting: Randomised, controlled intervention study.

Data: The study was conducted in the long-term care wards (n=11) of older people's services of a Southern Finland municipality. The wards involved 17 independently functioning care units. After randomisation, nine wards were in the intervention group and eight wards in the control group. The inclusion criterion for residents was living in long-term care ward. Exclusion criteria included short-term care, moving away from the ward in the near future, and terminal care. After the baseline data gathering, the study geriatrician diagnosed the residents' possible memory disorders. There were 233 residents with memory disorders who fulfilled the study criteria, and they were studied for factors explaining BPSD and quality of life. The intervention's effectiveness was examined among those residents with a diagnosed memory disorder and BPSD at baseline (assessed by the nursing home version of Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH > 0)) (n=177).

Intervention: Staff at the control wards continued to carry on with their work and development activities as they saw best. During the study, they had a four-hour training on memory disorders and encountering people suffering from them. The intervention utilised the most promising results from earlier studies on multiprofessional, multicomponent and individually tailored care measures in caring for people with memory disorders and BPSD. The foundation for the intervention was to understand people with memory disorders as feeling and experiencing human beings who try to maintain and gain personally important well-being through their existing abilities. From this viewpoint, BPSD that outsiders often experience as challenging behaviours

are understood as expressions of needs and wishes of people with memory disorders, such as efforts to cope with or adjust to a situation, live the life of one's own choosing, or get help for physical ill-being.

The intervention lasted for 14 months. It included multiprofessional long-term support for the intervention units' staff, as well as guiding them to perform person-centred, tailored care based on residents' needs. The core functions were an expert nurse's activities, a geriatrician's consultations, and tailoring meetings. The expert nurse supported and guided staff. The consulting geriatrician diagnosed residents' memory disorders, commented on medical care at the onset and acted as a consultant physician. In the resident-specific tailoring meetings, the staff with support of the intervention team strived to understand, in collaboration with the family, the unmet needs of behinds a resident's behaviour, as well as to find individual ways of responding to them. In training sessions for singing, reminiscence and bodily movement, staff got means for promoting residents' well-being. In team meetings over nutrition, they got support for residents' nutritional rehabilitation.

Methods: The study nurse gathered the follow-up data of BPSD (Neuropsychiatric Inventory - nursing home version, NPI-NH), functional capacity (Barthel Index), severity of memory disorder (Clinical Dementia Rating Scale), quality of life (the Quality of Life in Late Stage of Dementia), depression (Cornell Depression Scale) and nutrition (Mini Nutritional Assessment), by interviewing the residents' primary nurses. At baseline, data gathering took place before care units were randomised to intervention and control groups. The follow-up data were gathered at six months and at the end of the study (14 months). The study nurse collected also the residents' medical information. Besides nurse interviews, the residents' quality of life was assessed by the ELO-D (the Quality of Life in Dementia Observation Tool). There, two trained observers observed each care units' everyday life and residents' well-being for seven hours during one day.

Results: The residents' mean age was 81 years and 65 percent of them were women. Memory disorder was diagnosed in 80 percent of the residents, most often Alzheimer's disease (64.8 %). For more than a third (36.4 %) of Alzheimer's patients, their disease involved also characters of dementia with Lewy bodies. The overall incidence of dementia with Lewy bodies was 29.6 percent. In nearly half of the residents, the memory disorder was severe. On the whole, residents had many functional deficits and needs of help in their everyday life. A third of them suffered from malnutrition (MNA) which is partly related to the nature of memory disorders as such. Occurrence of BPSD was common (79% of residents with memory disorder). BPSD's were explained by better functional capacity, lower quality of life (assessed by nurses with QUALID), dementia with Lewy bodies, college degree, and younger age.

At baseline, lower quality of life was explained by BPSD, severe memory disorder, mainly inactive days, lower nutritional state and lower physical ability. At six months, the intervention group demonstrated less **disinhibition and appetite and eating change** than did the control group. However, residents in the control group experienced less anxiety. These differences between groups had vanished by the end of the study.

The ELO-D observations made at baseline and at the end of the study showed that the intervention group's quality of life and well-being in interactive situations had improved significantly compared to the control group. The amount of intervention residents using any psychotropics decreased significantly during the study, whereas in the control group there was a significant drop only in the use of antipsychotic medication. The proportion of residents with antidepressants decreased significantly more in the intervention group compared to the control group. The overall BPSD score of residents who had suffered from them lowered significantly during the study, as did the ensuing stress experienced by nurses. Also depressive symptoms decreased statistically significantly. Additionally, residents' quality of life improved. The nutritional state of residents with memory disorders and BPSD got worse during the study. However, the situation was statistically significantly worse in the control group compared to the intervention group.

Conclusions: The randomised controlled intervention study was carried out in real circumstances at the everyday life of long-term care wards of a municipality's older people's services. Maintaining the control setting was difficult since the same municipal actors operated both at the intervention and control sites. Half of the wards shared the same physician in charge, and head nurses met each other in regular meetings. The supervisor responsible for all development of long-term care wards participated also in the intervention process. The expert knowledge gained by the staff in the intervention group spread also to the control group which could be seen in the decreased BPSD and depressive symptoms at the end of the study. Furthermore, residents' quality of life, assessed by nurses, improved both in the intervention and control groups statistically almost significantly. The results are not explained by increased use of psychotropics which actually significantly decreased, particularly in the intervention group. The intervention improved the residents' everyday life which showed in their significantly increased well-being as compared to the control group. The intervention residents' quality of life was also improved by enhancing their nutritional state. Intervention group's results indicate that the intervention had a positive effect on the staff's expertise and resident-centred work methods.

During the intervention, a model for action was created to the support of staff which guides them to understand residents' different well-being needs from their point of view through taking those needs into account in a comprehensive way. This also helps in tailoring care. In a person-centred, comprehensive and tailored care process, collaboration with the client, the family and multiprofessional experts is of utmost importance. To decrease BPSD, staff needs to utilise the model in a committed way throughout all phases of a care process. Utilising the model necessitates a good knowhow of gerontological nursing care. In adopting the model, staffs need support from an outside expert and in carrying it out, constant guidance from their immediate line managers.

TAUSTA

Muistisairauksien ja käytösoireiden yleisyys ja merkitys

Muistisairaudet ovat ikääntyneillä ihmisillä merkittävin sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta aiheuttava sairausryhmä, ja ne yleistyvät väestön vanhenemisen myötä. Väestötutkimusten mukaan Suomessa oli vuonna 2006 noin 89 000 keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivää ihmistä. Heistä yli 40 % oli ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Lisäksi vähintään 200 000 suomalaisen arvioidaan kärsivän lievästä muistisairaudesta tai lievästä kognitiivisesta heikentymisestä (Viramo ja Sulkava 2010). Vuosittain noin 13 500 yli 64-vuotiasta henkilöä sairastuu muistisairauteen (Viramo ja Sulkava 2010). Muistisairaus on ikääntyneillä henkilöillä tärkein tekijä, joka johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, avuntarpeeseen ja laitoshoitoon.

Muistisairaudet aiheuttavat kognitiivisia muutoksia, mutta ne myös altistavat psykologisiin oireisiin ja käyttäytymisen muutoksille, jotka ympäristö usein kokee hankalina ja vaikeasti hallittavina. Näistä oireista ja muutoksista käytetään kansallisesti ja kansainvälisesti käytösoireen (behavioral and psychological symptoms of dementia) tai haasteellisen käyttäytymisen käsitettä.

Käytösoireiksi kutsuttua käyttäytymistä esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa, mutta eniten ja ongelmallisimpana sairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Lähes jokainen muistisairas ihminen toimii sairautensa jossain vaiheessa tavoilla, jotka ympäristö kokee ongelmallisena (Lyketsos ym. 2002, Pitkälä ym. 2004). Vähintään kerran viikossa tällaista käyttäytymistä on tutkimusten mukaan kolmella neljästä vanhainkodeissa asuvista muistisairaista ihmisistä ja kahdella kolmesta useita kertoja viikossa (Boustani ym. 2005, Testad ym. 2007). Kotona asuvien ihmisten kohdalla esiintyvyys on samaa luokkaa (Raivio ym. 2007).

Muistisairaiden ihmisten haasteellinen käyttäytyminen on inhimillisesti ja yhteiskunnallisesti merkittävä ilmiö, josta usein kärsivät sekä sairastunut itse että hänen omaisensa ja hoitohenkilökunta. Käytösoireet ovat merkittäviä kotona asumisen päättymistä ennustavia tekijöitä (Gille ym. 2004) ja ne myös heikentävät merkittävästi muistisairaiden ihmisten elämänlaatua. Käytösoireet rasittavat omaishoitajia ja heikentävät hoitohenkilökunnan työhyvinvointia (Wood ym. 1999, Tan ym. 2005). Seurauksena on usein turhaa tai liiallista rauhoittavien lääkkeiden käyttöä, minkä johdosta muistisairaana ihmisen tilanne ja vointi heikkenevät (Sink ym. 2001).

Muuttuva ymmärrys käytösoireista

Perinteisessä ajattelussa käytösoireiden esiintymistä ja vaikeusastetta voidaan arvioida esimerkiksi neuropsykiatrisella haastattelulla (NPI) (Cummings ym. 1994) ja sen pitkäaikaishoidon käyttöön kehitetyllä versiolla NPI-NH (Neropsychiatric Inventory Nursing Home) (Wood ym. 2000). Haastattelussa arvioidaan 12 erilaista oiretta, joita ovat harhaluulot, aistiharhat, levottomuus ja aggressiivisuus, masentuneisuus ja alakuloisuus, ahdistuneisuus, kohonnut mieliala/ epäsiällinen iloisuus, apatia/ välinpitämättömyys, estottomuus, ärtyisyys ja mielialan vaihtelu ja poikkeava motorinen käyttäytyminen. Oireita ja niiden kuormittavuutta arvioi ulkopuolinen henkilö, hoitohenkilökunnan edustaja.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on enenevässä määrin alettu tarkastella käytösoireita muistisairaiden ihmisten omasta näkökulmasta ennemmin kuin niiden muille tuottamina hankaluuksina. Muistisairaana ihmisen näkökulmaa edustavat esimerkiksi käsitteet 'need-driven dementia-compromised behaviour' (Algase ym. 1996, Kolanowski ja Whall 2000) ja 'unmet needs behavior' (Kitwood 1997). Käsitteet suomentuvat hankalasti, mutta molemmissa on kyse siitä, että muistisairaana ihmisen tarpeisiin ei ole vastattu asianmukaisella tavalla. Muistisairas ihminen elää ympäristössä jossa häntä ei ymmärretä eikä hänen tarpeisiinsa osata vastata. 'Unmet needs behavior' liittyy kirjallisuudessa vahvasti potilaslähtöisyyteen, josta Edvardsson on kollegoidensa kanssa laatinut ansiokkaan katsauksen vuonna 2008 (Edvardsson ym. 2008). Muistisairaana ihmisen tarpeet laajasti huomioon ottavan hoidon taustafilosofiana on muistisairaana ihmisen näkeminen ensisijaisesti tuntevana ja kokevana ihmisenä, joka pyrkii toiminnallaan ja käyttäytymisellään selviytymään ja sopeutumaan mutta myös saamaan elämänsä hallintaan (Kolanowski ja Whall 2000, Whall ym. 2004). Käytösoire ymmärretään muistisairaana ihmisen tarpeiden, toiveiden ja pyrkimysten ilmentymänä, joita sairastunut ei kognitiivisten muutosten vuoksi kykene ilmaisemaan toisin (Whall ja Kolanowski 2004). Perimmältään kyse on muistisairaana ihmisen halusta ylläpitää tai parantaa hyvinvointiaan. Hyvinvointia tukeva hoito on kokonaisvaltaista ja muistisairasta ihmistä emotionaalisesti tukevaa. (Sloane ym. 2005, Fossey 2006, Chenoweth ym. 2009).

Muistisairaus merkitsee ihmiselle kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen ohella fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vaikeuksia. Eri osa-alueiden vaikeudet ilmenevät arjessa hankaluuksina muistaa, ymmärtää ympäröivää maailmaa, ymmärtää muiden ihmisten toimintaa ja puhetta, hallita kehon liikkeitä ja hahmottaa ympäristöä. Lisäksi ympäristön hahmottaminen voi olla vaikeaa ja esimerkiksi tutut kasvot ja tavarat saattavat näyttää oudoilta. Muistisairas ihminen voi kokea ympäröivän maailman turvattomana ja epäluotettavana. Lisäksi muiden ihmisten negatiiviset asenteet ja autonomiaa rikkova asennoituminen voivat murentaa hänen itsetuntoaan ja hänet voidaan ohittaa tai jopa mitätöidä erilaisissa tilanteissa. Se, minkä muut näkevät käytösoireena voi siten olla muistisairaana ihmisen yritys saada omat tarpeensa ja toiveensa kuuluviin tai reaktio siihen, että muut eivät ymmärrä tai huomioi hänen tarpeitaan. Esimerkiksi aggressiivisuus hoitotilanteissa voi olla muistisairaana ihmisen puolustautumista pelottavassa tilanteessa. (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2009).

Muistisairauden aiheuttamien kognitiivisten muutosten vuoksi ihminen ei kykene tunnistamaan eikä ilmaisemaan tarpeitaan ja toiveitaan selkeästi. Vuorovaikutuksessa hän voi ymmärtää tilanteen väärin ja myös hänet ymmärretään helposti väärin. Ihmissuhteet ja niiden vuorovaikutussisällöt muuttuvat ja kyky säädellä käyttäytymistä vaikeutuu. Muistisairauden edetessä lisääntyy myös autonomian menetys. Elämänhallinnan heikkeneminen ja siihen liittyvä turvattomuus saattavat ilmetä mustasukkaisuutena, epäluuloisina virhetulkintoina, toisto-oireina tai levottomuutena, joita ulkopuoliset tarkastelevat ensisijaisesti ”häiritsevästä käyttäytymisestä” tai ”käyttösoireista”. Murentunutta itsetuntoaan ihminen voi puolustaa sinänsä oikeutetulla suuttumuksella, joka muistisairaiden ihmisten kohdalla herkästi leimataan aggressiiviseksi käyttäytymiseksi. Hyvinvoinnin näkökulmasta muistisairaana ihmisen oudoltakin vaikeuttava toiminta voi olla merkityksellinen viesti hänen yksilöllisistä selviytymisstrategioistaan. Ympäristön kyvyttömyys tunnistaa muistisairaana ihmisen tarpeita ja vastata niihin heikentää hänen tilannettaan ja lisää vuorovaikutuksen ongelmia. (Edvardsson ym. 2008, Eloniemi-Sulkava ja Sulkava 2008, Kitwood 1997).

Muistisairaana ihmisen elämässä vaikuttavat muistisairauden ohella monet jo vanhenemiseen sinänsä liittyvät hyvinvoinnin uhat. Tällaisia erityisiä kysymyksiä hyvinvoinnin kannalta ovat ruumiilliset ja kognitiiviset ikääntymismuutokset, läheisten ihmisten menetykset, omat sairaudet, ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyvät muutokset, yhteiskunnan kielteiset asenteet ja autonomian menetys (Saarenheimo 2003).

Käyttösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hoito aiemmissa tutkimuksissa

Muistisairaana ihmisen ongelmallisena koettuun käyttäytymiseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan useilla eri keinoilla joko suoraan tai välillisesti. Suoraviivaisinta vaikuttamista edustaa lääkehoito, jota yleensä suositellaan käytettäväksi lähinnä muuta hoitoa tukevana määräaikaisena hoitomuotona (Howard ym. 2001, Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010). Useista psykososiaalisen hoidon muodoista on saatu myönteisiä tuloksia. Kuitenkin niiden käytön vaikuttavuus perustuu taitoon räätälöidä soveltuvia menetelmiä eri ihmisille. Erityisen rohkaisevia tuloksia on saatu laaja-alaisesta muistisairaana ihmisen tarpeisiin kohdennetusta räätälöidystä hoidosta, jossa pyritään vastaamaan muistisairaana ihmisen käytöksellään ilmaisemiin tarpeisiin yksilöllisesti. Välillisesti muistisairasta ihmistä auttavia hoitomuotoja ovat omaisten koulutus, ohjaus ja tukeminen, hoitohenkilökunnan koulutus ja ympäristön parantaminen. (Taulukko 1.)

Suoraan muistisairasta ihmistä auttavat hoitomuodot
Lääkehoito
Psykososiaaliset hoitomuodot <ul style="list-style-type: none"> • käyttäytymisen hallintaa parantavat menetelmät • emotionaalista tukea antava hoito • psykomotoriset hoitomuodot • mielekkään toiminnan tukeminen
Muistisairaahan ihmisen tarpeiden huomioiminen hoidossa
Välillisesti muistisairasta ihmistä auttavat hoitomuodot
Omaisten koulutus, ohjaus ja tukeminen
Henkilökunnan koulutus
Ympäristön parantaminen

Taulukko 1. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hoidossa käytetyt hoitomuodot.

Suoraan muistisairasta ihmistä auttavat hoitomuodot

Psykososiaaliset hoitomenetelmät

Psykososiaalisten hoitomuotojen päämääränä on parantaa muistisairaiden ihmisten elämänlaatua ja auttaa heitä käyttämään kykyjään sairauden tuomien vaikeuksien keskellä. Niitä käytetään tukemaan muistisairaahan ihmisen kognitiivista toimintakykyä sekä parantamaan mielialaa, psyykkistä toimintakykyä ja vuorovaikutusta. Psykososiaalisen hyvinvoinnin lisääntyminen ehkäisee usein myös ongelmallista käyttäytymistä. Psykososiaaliset hoitomenetelmät voidaan jakaa käyttäytymisen hallintaa parantaviin menetelmiin, emotionaalista tukea antaviin menetelmiin, psykomotorisiin menetelmiin, kognitiivisia virikkeitä tarjoaviin menetelmiin ja ympäristön parantamiseen tähtäävään toimintaan. (Vernooij-Dassen ym. 2010).

Käyttäytymisen hallintaa parantavissa menetelmissä analysoidaan ei-toivottua käyttäytymistä laukaisevia ajatuksenkulkuja, ulkoisia tapahtumia ja ympäristön piirteitä. Laukaisevia tekijöitä pyritään vähentämään tai jopa kokonaan poistamaan. Menetelmistä on saatu hyviä tuloksia yksittäisissä tapauksissa, kun laukaisevat tekijät on onnistuneesti tunnistettu ja psykososiaalinen interventio on tietoisesti kohdennettu ei-toivotun käyttäytymisen muuttamiseen. (Ayalon ym. 2006, Livingston ym. 2005.) Käyttäytymisen hallintaa voidaan vaikuttaa myös muuttamalla ympäristöä. Esimerkiksi ympäristön äänimaailmaa voidaan muokata sellaiseksi, että se ei provosoi ongelmallista käyttäytymistä. Samoin ympäristön tarjoamat rauhoittavat ja toimintaa

ohjaavat viestit vähentävät kaaoksen tunnetta ja ehkäisevät ongelmia. Käyttäytymisen hallintaa parantavat menetelmät soveltuvat tapaus- ja tilannekohtaisesti osaksi laaja-alaista, muistisairaahan ihmisen tarpeet huomioivaa ja yksilöllisesti räätälöityä hoitoa.

Emotionaalista tukea antavan hoidon päämääränä on muistisairaahan ihmisen elämänlaadun parantaminen tukemalla hänen tunne-elämäänsä ja sosiaalista toimintaansa. Muistisairasta ihmistä autetaan sopeutumaan sairauden mukanaan tuomiin kognitiivisiin, emotionaalisiin ja sosiaalisiin haasteisiin huomioiden hänen yksilölliset voimavaransa ja kokemuksensa. Ongelmalliset hoitotilanteet ratkaistaan pyrkimällä ymmärtämään ja ottamaan huomioon asiakkaan negatiivisten tunteiden syntyhistoria. Menetelmän käyttö edellyttää hoitajien koulutusta ymmärtää muistisairaahan ihmisen epämukavuuden kokemuksia, jotka liittyvät vuorovaikutukseen, ympäristöön tai fyysiseen vointiin. Keskeistä on myös henkilökunnan kyky käyttää yksilöllisiä hoitoratkaisuja. Aihepiirin tutkimuksissa hoitotilanteita on voitu helpottaa sekä asiakkaan (Sloane ym. 2004, Finnema ym. 2005) että hoitajien näkökulmasta, jolloin asiakkaan ahdistuneisuus on vähentynyt ja samalla hoitajien kokema stressi on lieventynyt (Finnema ym. 2005). Menetelmällä on voitu myös vähentää antipsykoottisten lääkkeiden käyttöä (Fossey ym. 2006).

Useiden tutkimusten perusteella laulamisella on monia myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden ihmisten hyvinvointiin ja käyttäytymiseen. Vaikutukset näkyvät sekä fysiologisella, kognitiivisella ja toiminnallisella tasolla että tunne- elämässä ja vuorovaikutuksessa. Ruotsalaisissa hoitotieteen tutkimuksissa laulua on käytetty hyvin tuloksin helpottamaan vaikeita hoitotilanteita, kuten vastahakoista peseytymistä. (Götell ym. 2009, Hammar ym. 2010.) Laulun avulla on voitu parantaa sekä muistisairaahan ihmisen kokemusta tilanteesta että vuorovaikutusta hoitajan kanssa. Laulaminen helpottaa kommunikointia muistisairaiden pitkäaikaishoidon asukkaiden kanssa ja myös hoitajat kokevat usein laulamisen helpottavan työtään (Götell 2003).

Muistelun käyttöä muistisairaiden ihmisten kanssa ovat rohkaisseet erityisesti tutkimukset, joiden mukaan itseä koskevat muistot säilyvät pitkään, ja käsitys itsestä pysyy melko muuttumattomana, vaikka yksittäiset tapahtumamuistot haalistuisivat tai katoaisivat kokonaan. (Klein ym. 2001, Kihlstrom ym 2002.) Muistelulla on monenlaisia funktioita muistisairaiden ihmisten elämässä. Psykologisessa mielessä se voi auttaa säilyttämään kognitiivisia kykyjä ja erityinen merkitys sillä on masennuksen lievittämisessä, itsetunnon tukemisessa, vuorovaikutustaitojen ylläpitämisessä ja identiteetin jatkuvuuden varmistamisessa. Myös menetysten käsittelyssä muistelulla on keskeinen rooli. Muistojen kertominen on sosiaalista toimintaa ja sellaisena se voi vahvistaa yhteisöllisyyttä ja tarjota tilaisuuksia kokemusten jakamiseen. (Esim. Coleman 2005.) Muistisairaiden ihmisten kanssa pitkäaikaishoidossa työskenteleville ammattilaisille muistelutoiminta tarjoaa mahdollisuuksia tutustua asukkaiden elämänhistoriaan ja oppia sitä kautta paremmin ymmärtämään heidän kokemusmaailmaansa ja toimintatapojaan.

Liikunnalliset menetelmät ja fysioterapia edustavat psykomotorisia hoitomuotoja, joilla tuetaan muistisairaahan ihmisen aktiivisuutta, sosiaalisen kanssakäymisen säilymistä ja erityisesti fyysistä toimintakykyä. Vuorovaikutuksen ja käyttäytymisen ongelmat saattavat viivästyttää tai jopa estää fysioterapian aloittamista, vaikka fysioterapialla voi olla keinoja niiden vähentämiseen ja poistamiseen. Nopeasti aloitettuna terapialla voidaan esimerkiksi tukea oman elämän hallintaa

ja parantaa toimintakykyä (Rolland ym. 2007). Fysioterapia on osa kuntouttavaa hoitotyötä, jossa tuetaan ja ohjataan asukkaiden jokapäiväistä elämää ja arkiaskareisiin osallistumista. Tässä mielessä fysioterapeutin työ muistisairaiden kanssa ei kohdistu vain fyysiseen puoleen vaan se on ihmisen kokonaisvaltaista huomioimista ja voimavarojen tunnistamista sekä kognitiivisen toimintakyvyn heikkojen ja vahvojen osa-alueiden tiedostamista. Pallopelit, ulkoilu, liikuntaryhmät ja tanssi ovat eräitä esimerkkejä psykomotorisesta hoidosta (Koponen ja Saarela 2010). Muistisairaahan ihmisen kohdennettu fysioterapeuttinen kuntoutus näyttäisi parantavan toimintakykyä ja vähentävän ongelmallisena koettua käyttäytymistä (Teri ym. 2003, Rolland ym. 2007).

Mielekkään toiminnan on todettu lisäävän muistisairaahan ihmisen onnellisuutta, kiinnostusta ympäristöstä ja vireystasoa (Baker ym. 2001, Schreiner ym. 2005). Aktiviteetit parantavat päivittäistä toimintakykyä (Schnelle ym. 1995) ja elämänlaatua (Schreiner ym. 2005). Sosiaalisista kontakteista ja tekemisestä syntyvät myönteiset tunteet saattavat vähentää myös ongelmallisena koettua käyttäytymistä. Suurena haasteena on muistisairauden vaikeassa vaiheessa olevien henkilöiden saaminen mukaan toimintaan. Vuonna 2010 ilmestyneessä satunnaistetussa tutkimuksessa interventio perustui systemaattiseen ja asiakaslähtöiseen toimintaan, jossa huomioitiin asukkaiden erilaiset tarpeet osallistua tarjolla olevaan toimintaan. Toimintainterventiossa huomioitiin kognitiiviselta toimintakyvyltään erilaiset asukkaat. Asukkaiden erilaiset tarpeet huomioon ottavalla toiminnalla myös vaikea-asteisesta muistisairaudesta kärsivät asukkaat saatiin mukaan toimintaan. (Cohen-Mansfield ym. 2010.)

Muistisairaahan ihmisen tarpeiden huomioiminen hoidossa

Käyttösoireiden syntyyn vaikuttavat tekijät, kirjo ja vaikeusaste ovat moninaisia, minkä vuoksi hoitokeinotkaan eivät voi olla kapea-alaisia (Robert ym. 2005). Robinsonin työryhmänsä kanssa julkaisemassa katsausartikkelissa arvioitiin lääkkeettömien hoitojen tehoa käyttösoireesta kärsivän muistisairaahan ihmisen hoidossa (Robinson ym. 2007). Tutkijoiden mukaan yksittäisten terapioiden vaikuttavuudesta ei ole riittävä näyttöä, joskin musiikki- ja liiketerapia saattaisivat olla joissain tapauksissa hyödyllisiä. Heidän mukaansa vaikuttavuuden puute nivoutuu käyttösoireiden moninaisiin syihin, minkä vuoksi myös interventioiden tulee olla monipuolisia. Lisäksi he peräänkuuluttivat muistisairaiden ihmisten näkökulman parempaa huomioon ottamista tutkimusinterventioita valittaessa. Käyttäytymismuotojen kirjon ja erilaisen syytekijöiden tunnistamisen ohella muistisairaiden ihmisten yksilöllisen näkökulman huomiointi vaatii moninaisten ja yksilöllisesti räätälöityjen interventiokeinojen käyttöä (Robert ym. 2005). Vuonna 2006 ilmestyneen katsausartikkelin (Ayalon ym. 2006) mukaan lupaavimmat tulokset saavutetaan yksilöllisesti räätälöidyillä ja monitekijäisillä interventioilla, joissa käytetään hoitotyön ja lääketieteen keinoja sekä psykososiaalisia menetelmiä (Rovner ym. 1996, Opie ym. 2002, Callahan ym. 2006, Cohen-Mansfield ym. 2007, Davison ym. 2007).

Australialaisessa tutkimuksessa Bird kollegoineen (2007) sai rohkaisevia tuloksia hyvin vaikeista käyttösoireista kärsivien muistisairaiden ihmisten hoidossa, kun jokaisen interventioryhmässä olleen kohdalla (n=38) pyrittiin systemaattisesti tunnistamaan käyttösoireen syntyyn vaikuttavia fyysisiä, psykososiaalisia ja lääketieteellisiä tekijöitä ja räätälöimään hoitokeinot

niiden mukaan. Sekä vertailu- että interventoryhmän osallistujien käytösoireet vähenivät, mutta interventoryhmän kohdalla tuloksiin päästiin ilman antipsykoottisten lääkkeiden käyttöä.

Yksilöllinen ja tarpeita huomioiva hoito edellyttää sairastuneen ihmisen oman äänen kuulemistä ja hänen tilanteensa laaja-alaista selvittämistä, minkä seurauksena voidaan löytää potentiaalisia käytösoireen syntyyn vaikuttavia tekijöitä (Bird ym. 2007, Cohen-Mansfield ym. 2007). Selvittelyssä tarkastellaan sairastuneen somaattista tilannetta, arvioidaan lääkitystä ja analysoidaan käyttäytymisen tunnesisältöjä esimerkiksi omaiselta saatujen elämänkulku- ja persoonallisuustietojen valossa (Vernooij-Dassen ym. 2010). Muistisairaahan ihmisen käytös (puheet, toimintatavat, tunnelmaisut) ja lyhyetkin kertomukset itsestään ja elämästään voivat lisätä ammattilaisten ymmärrystä tämän käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä (Eloniemi-Sulkava ja Sulkava 2008). Parhaaseen tulokseen päästään muistisairasta ihmistä kuunnellen ja havainnoiden sekä yhteistyössä omaisten ja eri alojen ammattilaisten kanssa. Esimerkiksi aggressiivisen reaktion syntyyn vaikuttavia tekijöitä voivat olla kipu, matala verenpaine, koettu reviriin loukkaus ja pelko, jotka kääntäen ymmärretään muistisairaahan ihmisen tarpeina. Näihin muistisairaahan ihmisen tarpeisiin vastataan asiakaskohtaisesti räätälöidyillä keinoilla. Hoidon vaikutuksia seurataan sovitulla arviointimenetelmällä käytöllä. (Eloniemi-Sulkava ja Sulkava 2008). Hoidon vaikuttavuus vaatii henkilökunnan ja omaishoitajien pitkäjänteistä koulutusta ja jatkuvaa tukea.

Esimerkkinä muistisairaahan ihmisen tarpeiden huomioimisesta on hänen ravitsemustilansa kartoittaminen. Muistisairas ihminen ei itse välttämättä osaa kertoa heikosta ravitsemustilastaan mutta se voi olla taustalla aiheuttamassa huonoa oloa ja sitä kautta käyttäytymisen muutoksia. Ympäri vuorokautisissa hoitopaikoissa asuvilla muistisairailta ihmisillä on todettu olevan ravitsemustilaan liittyviä ongelmia (Suominen ym. 2004). Kognitiivisten kykyjen ja toimintakyvyn heikkeneminen, muistisairaus sekä riippuvuus muista ihmisistä syömisessä ovat alipainoon ja painon putoamiseen yhteydessä olevia riskitekijöitä (Mamhidir ym. 2006). Tästä syystä muistisairaiden ihmisten ravitsemukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ravitsemushoidolla voidaan kohentaa iäkkäiden ja monisairaiden ihmisten ravitsemustilaa, energian ja ravintoaineiden saantia, elämänlaatua sekä toimintakykyä (Milne ym. 2006).

Pelkän painoindeksin käyttö ei riitä ravitsemuksellisessa riskissä olevien tunnistamiseen (Cook ym. 2005). Ikääntyneiden ihmisten ravitsemuksen arviointia suositellaan toteutettavaksi seuraamalla painoa kerran kuukaudessa, arvioimalla ravitsemustilaa MNA-testillä (Mini Nutritional Assessment) ja arvioimalla ruokavalion laatua ja syödyn ruoan määrää. Ravitsemushoidon suunnittelussa tarvitaan lisäksi hoitajien, omaisten ja muiden läheisten antamat tiedot asukkaan sairauksista, ruokailutavoista, rajoituksista ja mieltymyksistä. Suunnitelmaa tehtäessä käytetään apuna ikääntyneen ravitsemukseen perehtynyttä ravitsemussuunnittelijaa tai -erapeuttia. (Ravitsemussuosituksen ikääntyneille, 2010)

Välillisesti muistisairasta ihmistä auttavat hoitomuodot

Välillisesti muistisairasta ihmistä auttavien hoitomuotojen tarkoitus on parantaa häntä hoitavien ihmisten kykyä ymmärtää ja kohdata muistisairas läheinen. Lisäksi tarkoituksena on muokata ympäristöä vastaamaan muistisairaahan ihmisen tarpeisiin.

Omaisten koulutus, ohjaus ja tukeminen

Käyttösoireet ovat merkittäviä kotona asumisen jatkumista vaikeuttavia tekijöitä ja ne uuvuttavat herkästi omaishoitajan. Omaiset hyötyvät tiedosta, joka auttaa heitä ymmärtämään muistisairaahan perheenjäsenen käyttäytymistä ja löytämään erilaisia kohtaamisen tapoja vaikeissa tilanteissa (Gerdner ym. 2002, Moniz-Cook ym.2008).

Muistikoordinaattorin toiminnalla on voitu tukea omaishoitajia selviytymään ongelmatilanteissa. Muistikoordinaattori edustaa perheelle tuttua ja luotettavaa ammattilaista, jonka jatkuva tuki on keskeinen ongelmatilanteen ratkaisuprosessin aikana. (Eloniemi-Sulkava ym. 2009.) Tämä on erittäin tärkeää kotona asumisen jatkumisen kannalta. Omaishoitajan mielialasta ja fyysisestä terveydentilasta tulee huolehtia jotta hän jaksaa ymmärtää ja suhtautua muistisairaaseen läheiseensä, jonka käyttäytyminen tuntuu vaikealta (Elliott ym. 2010).

Henkilökunnan koulutus

Hoitohenkilökunnan koulutus ja tukeminen parantavat hoitajien työhyvinvointia ja suhtautumista muistisairaisiin asiakkaisiin (Kuske ym. 2007, McCabe ym. 2007). Koulutus, jossa autetaan henkilökuntaa asiakaslähtöiseen ajatteluun ja tuetaan heidän vuorovaikutustaitojaan, on lieventänyt käyttösoireita (Sloane ym. 2005, Finnema ym. 2005, Fossey 2006, Chenoweth ym. 2009). Koulutuksen tulee olla käytännönläheistä, sisältää käytännön hoitotyössä tapahtuvaa ohjausta tai vertaistukea ja antaa selkeitä ohjeita käyttösoiretilanteisiin (Chenoweth ym. 2009, Deudon ym. 2009). Myönteisten vaikutusten pysyvyys vaatii pitkäjänteistä ja toistuvaa koulutusta. Tutkimusten metodologisten heikkouksien vuoksi koulutusten vaikuttavuutta on kuitenkin syytä tarkastella kriittisesti (Kuske ym. 2007).

Ympäristön parantaminen

Ympäristön parantamiseen tähtäävässä toiminnassa muutetaan ympäristöä ottamaan paremmin huomioon muistisairaahan ihmisen tarpeita ja kognitiivisten oireiden tuottamia vaatimuksia. Ympäristön merkitystä muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnille kartoittava tutkimus on edistynyt huomattavasti viimeisten parinkymmenen vuoden aikana. Tutkimusten mukaan muistisairasta ihmistä tukeva ympäristö auttaa orientoitumisessa aikaan ja paikkaan, tukee hahmottamista, on selkeä ja antaa aisteille myönteisiä virikkeitä, siinä on helppo liikkua heikentyneelläkin tasapainolla tai liikkumiskyvyllä, se on valoisa, viihtyisä ja turvallinen (Day ym. 2000, Price

ym. 2000, Gitlin ym. 2003, Zeisel ym. 2003, Reimer ym. 2004, Goodall 2006, Davis ym. 2009, van Hoof ym. 2010). Näihin seikkoihin on kiinnitetty myös huomiota alan ympäristöoppaissa (Kotilainen ym. 2003, Sievänen ym. 2007, Kotilainen ym. 2008). Tutkimuksia on myös siitä, miten ympäristökijät voivat heikentää muistisairaahan ihmisen toimintakykyä ja psyykkistä hyvinvointia (Sloane ym. 1998, Morgan ja Steward 1999, Day ym. 2000).

Hyvä hoitoympäristö tukee selviytymistä ja todennäköisesti myös lieventää käytösoireiden esiintymistä. Muistisairaahan ihmisen ympäristön tulee olla kodikas, tutun oloinen ja tilojen osalta hallittavissa. Selkeyteen, hahmottamiseen ja äänimaailman rauhallisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Ympäristön tulee tarjota mahdollisuuksia sosiaaliseen yhdessäoloon mutta myös yksityisyyteen. Osallisuuden ja toiminnan mahdollisuudet tukevat muistipotilaiden hyvinvointia ja elämänlaatua, millä on havaittu olevan käytösoireita vähentävä vaikutus. (Fleming ja Purandare 2010, Topo ja Kotilainen 2009.)

Yhteenveto

Psykososiaalisia hoitomuotoja käytösoireiden hoidossa on tutkittu runsaasti. Tavallisesti tutkimuksissa on käytetty yhtä terapiaa kaikille tutkimuspotilaille kuten valohoitoa (Ancoli-Israel ym. 2002, Dowling ym. 2005), aromaterapiaa (Smallwood ym. 2001, Ballard ym. 2002), muistelua (Politis ym. 2004), musiikkiterapiaa (Holmes ym. 2006, Sung ym. 2006, Svansdottir ja Snaedal 2006) tai liiketerapiaa (Teri ym. 2003, Rolland ym. 2007). Tutkimustulokset ovat usein olleet positiivisia mutta näiden hoitomuotojen yleistettävää vaikuttavuutta ei voida tehdä tutkimuksista päätellä tutkimusten tutkimusasetelmien heikkouksien ja tutkittavien pienen määrän vuoksi (Neal ja Wright 2005, Woods ym. 2005, Vink ym. 2006, Chung ja Lai 2008, Forbes ym. 2008, Holt ym. 2008, Forbes ym. 2009, Hermans ym. 2009). Käytösoireiden etiologian, kirjon ja vaikeusasteen moninaisuuksien ja muistisairaiden ihmisten yksilöllisyyden vuoksi ei voida suositella yhtä hoitomuotoa ainoana hoitokeinona (Robert ym. 2005) vaan niitä voidaan käyttää muistisairaahan ihmisen tarpeisiin kohdistuneen ja räätälöidyn hoidon osana. Muistisairaahan ihmisen mieltymykset, elämäntyyli ja persoonallisuus sekä nykytilanne huomioidaan menetelmän valinnassa.

Tiukan tutkimustiedon ristiriitaisuudesta huolimatta voitaneen kuitenkin hyvien käytäntöjen pohjalta todeta, että minuutta tukeva ja turvallinen vuorovaikutus parantaa muistipotilaan hyvinvointia. Muistisairaalla ihmiseltä ja omaiselta saatu elämäntietä antaa eväitä esimerkiksi muistelun psyykkistä hyvinvointia tukevaan käyttöön. Myös kuvataiteet, tanssi ja musiikki ovat hyviä psykososiaalisen hoidon keinoja. Virikkeitä painottavien hoitomuotojen tavoitteena on mielihyvän kokemuksen tuottaminen esimerkiksi toiminnallisilla menetelmillä, lemmikkieläimillä, tanssilla tai laululla. (Koponen ja Saarela 2010). Ravitsemushoidolla voidaan kohentaa iäkkäiden ja monisairaiden ihmisten toimintakykyä ja elämänlaatua (Milne ym. 2006).

Lupaavimmat tulokset on saatu tutkimuksista, joissa on käytetty erilaisia interventioita räätälöidysti ja joissa räätälöinti on pohjautunut käytösoireen syntyyn vaikuttavien tekijöiden mahdollisimman laajaan tunnistamiseen (Cohen-Mansfield ym. 2007, Davison ym. 2007). Monitekijäiset, räätälöidyt interventiotutkimukset pohjautuvat tarvelähtöiseen ajatteluun, jossa muistisairaana ihmisen ymmärretään pyrkivän saavuttamaan tai ylläpitämään elämänlaatuaan erilaisilla keinoilla, jotka ulkopuoliset määrittävät hankaliksi ja käytösoireiksi (Kolanowski ja Whall 2000).

Aiemmista interventiotutkimuksista vain pieni osa on randomoituja, kontrolloituja tutkimuksia ja niissäkin potilaiden lukumäärä on ollut pieni. Useissa tutkimuksissa on saatu myönteisiä vaikutuksia käytösoireisiin. Kuitenkaan tutkimusten metodologisten heikkouksien vuoksi niiden pohjalta ei voida antaa luotettavia hoitosuosituksia. Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty aiempien tutkimusten lupaavimpia tuloksia monitekijäisten yksilöllisesti räätälöityjen hoitokeinojen käytöstä. Ulkopuolisten näkemä käytösoire on nähty muistisairaana ihmisen tarpeiden ilmaisuina. Muistisairaiden ihmisten hyvinvointia uhkaavia tekijöitä on kartoitettu systemaattisesti ja laaja-alaisesti. Henkilökuntaa on tuettu huomioimaan ne hoidossa kokemiensa käytösoireiden lieventämiseksi. Aiemmissä tutkimuksissa räätälöinti on tapahtunut tutkimusryhmän moniammatillisena yhteistyönä eikä hoitava henkilökunta ole juurikaan osallistunut siihen. Myöskään henkilökunnalla ei ole ollut käytössään asiantuntijasairaanhoidajan jatkuvaa tukea. Pitkäjänteinen koulutus ja ohjaus voivat olla vaikuttavia keinoja tukea henkilökuntaa uusien työtapojen juurruttamisessa. Hyvien käytäntöjen juurtumista osaksi yksiköiden arkea edistää myös henkilökunnan kanssa yhteistyössä etenevä intervention toteutuminen. Tätä näkökulmaa ei ole nostettu esille aiemmissä tutkimuksissa.

Lähteet

- Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J, Pearce R, Dowling Z, Thomas P, Assey J, Wareing LA. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *Br J Clin Psychol.* 2001; 40(Part 1): 81–96.
- Bird M, Jones RH, Kortan A, Smithers H. A controlled trial of a predominantly psychosocial approach to BPSD: treating causality. *Int Psychogeriatr.* 2007; 19: 874–91.
- Boustani M, Zimmerman S, Williams CS, Gruber-Baldini AL, Watson L, Reed PS, Sloane PD. Characteristics associated with behavioral symptoms related to dementia in long-term care residents. *Gerontologist.* 2005; 45: 56–61.
- Cheng ST, Coty Kit Lee KL, Chow PKY. Social support and psychological well-being of nursing home residents in Hong Kong. *International Psychogeriatrics* (2010), 22:7, 1185–1190.
- Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M, Luscombe G. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol.* 2009; 8: 3172–5.
- Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007; 62: 908–16.
- Cohen-Mansfield J, Thein K, Dakheel-Ali M, Marx MS. Engaging nursing home residents with dementia in activities: the effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics. *Aging Ment Health.* 2010; 14: 471–480.
- Coleman, P. G. (2005). Reminiscence: Developmental, social and clinical perspectives. Kirjassa M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman & T. B. L. Kirkwood (toim.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (ss. 301–309). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cook Z, Kirk S, Lawrenson S, Sandford S. Use of BMI in the assessment of undernutrition in older subjects: reflecting on practice. *Proc Nutr Soc.* 2005;64(3):313-7.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308–14.
- Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol.* 2008; 7: 362–7.
- Elliott AF, Burgio LD, Decoster J. Enhancing caregiver health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention. *J Am Geriatr Soc* 2010, 58: 30–7.
- Eloniemi-Sulkava U, Sulkava R. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet – hoidon haaste. Kirjassa: Geriatria. Arviointista kuntoutukseen. Toim. Hartikainen S, Lönnroos E. Edita Oy, Helsinki 2008: 117–129.
- Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Savikko N, Kautiainen H, Tilvis RS, Pitkälä KH. Family care as collaboration: effectiveness of a multi-component support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *J Am Geriatr Soc;* 2009; 57: 2200–2208.
- Eloniemi-Sulkava U, Savikko N. Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Kirjassa: Gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen P, Tiikkainen P. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki 2009: 232–246.
- Finnema E, Dröes RM, Ettema T, Ooms M, Adèr H, Ribbe M, van Tilburg W. The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005; 20: 330–43.
- Fleming R, Purandare N. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *Int Psychogeriatr.* 2010; 22: 1084–1096.
- Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 2006; 332: 756-61.
- Gerdner LA, Buckwalter KC, Reed D. Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nurs Res.* 2002; 51: 363-374.
- Gibson MC, Carter MW, Helmes E, Edberg AK. Principles of good care for long-term care facilities. *International Psychogeriatrics* (2010), 22:7, 1072–1083.
- Gilley DW, Bienias JL, Wilson RS, Bennett DA, Beck TL, Evans DA. Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease. *Psychol Med* 2004; 34: 1129-1135.
- Götell E, Brown S, Ekman SL. Influence of caregiver singing and background music on posture, movement, and sensory awareness in dementia care. *Int Psychogeriatr.* 2003; 15: 411-430.
- Götell E, Brown S, Ekman SL. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: a qualitative analysis. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46: 422-30.

-
- Hammar LM, Emami A, Engström G, Götell E. Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scand J Caring Sci.* 2010 Jun 21. [Epub ahead of print]
- Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A; UK and Ireland Group for Optimization of Management in dementia. Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 714-7.
- Kihlstrom JF, Beer JS, Klein SB: Self and identity as memory. Kirjassa M.R. Leary & J. Tangney (toim.), *Handbook of self and identity*, ss. 68-90. New York: Guilford Press.
- Klein SB, Chan RL & Loftus J. 1999. Independence of episodic and semantic self-knowledge: The case from autism. *Social Cognition*, 17, 413-436.
- Kitwood T. The experience of dementia. *Aging Ment Health* 1997; 1: 13-22.
- Koponen H, Saarela T. Käytösoireiden hoito. Kirjassa: Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Soininen H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 2010: 485-497.
- Kotilainen H, Topo P, Hurnasti, T. Asuinympäristö, apuvälineet ja teknologia. Teoksessa: Topo P, Sormunen, S (toim.). *Laadukkaat dementiaipalvelut. Opas kunnille.* Stakes. Helsinki, 2008, s. 105–118.
- Kotilainen H, Virkola C, Eloniemi-Sulkava U, Topo P. Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. *Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille.* Suomen dementiahoitoyhdistys. Helsinki, 2003.
- Kolanowski AM, Whall AL. Toward holistic theory-based intervention for dementia behavior. *Holist Nurs Pract.* 2000; 14: 67-76.
- Livingston G, Johnston K, Katona C, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatr* 2005; 162: 1996-2021.
- Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA.* 2002; 288: 1475-83.
- Mamhidir AG, Ljunggren G, Kihlgren M, Kihlgren A, Wimo A. Underweight, weight loss and related risk factors among older adults in sheltered housing--a Swedish follow-up study. *J Nutr Health Aging.* 2006;10:255-62.
- Milne A, Avenell A, Potter J. Meta-Analysis: Protein and energy supplementation in older people. *Ann Intern Med.* 2006;144:37–48.
- Moniz-Cook E, Elston C, Gardiner E, Agar S, Silver M, Win T, Wang M. Can training community mental health nurses to support family carers reduce behavioural problems in dementia? An exploratory pragmatic randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008; 23: 185-91.
- Moyle W, Hsu MC, Susan Lief S, Vernooij-Dassen M. Recommendations for staff education and training for older people with mental illness in long-term aged care. *International Psychogeriatrics* 2010; 22:7, 1097–1106.
- Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. 13.8.2010.
- Raivio M, Eloniemi-Sulkava U, Laakkonen M-L, Saarenheimo M, Pietilä M, Tilvis R, Pitkälä K. How do officially organized services meet the needs of elderly caregivers and their spouses with Alzheimer's disease? *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2007; 22: 360-368.
- Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Edita 2010.
- Ravitsemushoito - Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palveluja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Edita 2010.
- Raymond T. C. M. Koopmans, Sytse U. Zuidema, Roeslan Leontjevas and Debby L. Gerritsen. Comprehensive assessment of depression and behavioral problems in long-term care. *International Psychogeriatrics* (2010), 22:7, 1054–1062.
- Robert PH, Verhey FR, Byrne EJ, Hurt C, De Deyn PP, Nobili F, Riello R, Rodriguez G, Frisoni GB, Tsolaki M, Kyriazopoulou N, Bullock R, Burns A, Vellas B. Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *Eur Psychiatry.* 2005; 20:490-496.
- Saarenheimo M. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. WSOY, Helsinki 2003.
- Schnelle JF, MacRae PG, Ouslander JG, Simmons SF, Nitta M. Functional Incidental Training, mobility performance, and incontinence care with nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43: 1356-1362.
- Schreiner AS, Yamamoto E, Shiotani H. Positive affect among nursing home residents with Alzheimer's dementia: the effect of recreational activity. *Aging Ment Health.* 2005; 9: 129-134.
- Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics* (2010), 22:7, 1025–1039.
-

-
- Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J, Stewart BJ, Talerico KA, Rasin JH, Zink RC, Koch GG. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52: 1795-804.
- Snowdon J. Mental health service delivery in long-term care homes. *International Psychogeriatrics* (2010), 22:7, 1063–1071.
- Suominen M, Laine A, Routasalo P, Pitkala KH, Räsänen L. Nutrient content of served food, nutrient intake and nutritional status of residents with dementia in a Finnish nursing home. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2004;8:234-238.
- Tan LL, Wong HB, Allen H. The impact of neuropsychiatric symptoms of dementia on distress in family and professional caregivers in Singapore. *Int Psychogeriatr.* 2005 Jun;17(2):253-63.
- Testad I, Aasland AM, Aarsland D. Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 916-921.
- Topo P, Kotilainen H. Designing enabling environments for people with dementia, their family carers and formal cares. Kirjassa: Topo P ja Östlund B (toim). IOS Press 2009: 45-59.
- Vernooij-Dassen M, Vasse E, Zuidema S, Cohen-Mansfield J, Moyle W. Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care. *Int Psychogeriatr.* 2010; 7: 1121-1128.
- Viramo P, Sulkava R. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Soininen H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 2010: 28-36.
- Wetzels R, Sytse Zuidema S, Jansen L, Verhey F, Koopmans RTC. Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2010, 22:7, 1040–1053.
- Whall AL, Kolanowski AM. The need-driven dementia-compromised behavior model - a framework for understanding the behavioral symptoms of dementia. *Aging Ment Health* 2004; 8: 106.
- Wood SA, Cummings JL, Barclay T, Hsu MA, Allahyar M, Schnelle JF. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms on distress in professional caregivers. *Aging Ment Health* 1999; 3: 241-245.
- Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 75-83.
- Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Environmental correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010; 25:14-22.

TAVOITTEET JA MENETELMÄT

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

MielenMuutos -käyttösoireosahankkeen tarkoituksena oli lisätä tietoa muistisairaiden ihmisten hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, löytää uusia toimintatapoja tukea hyvinvointia laaja-alaisesti sekä kehittää käyttösoireista kärsivien ihmisten hoitoon toimintamalli, jota voidaan soveltaa erilaisissa muistisairaiden ihmisten hoitopaikoissa ja kotihoidossa.

Tutkimuksen tavoitteina oli selvittää

- muistisairaiden asukkaiden käyttösoireita ja elämänlaatua selittäviä tekijöitä
- henkilökunnan tukemisen (intervention) vaikutuksia muistisairaiden asukkaiden
 - käyttösoireisiin
 - elämänlaatuun ja hyvinvointiin
 - psyykenlääkkeiden käyttöön
- Lisäksi haluttiin selvittää, mikä vaikutus interventiolla on henkilökunnan käyttösoireista aiheutuvaan stressiin.

Tutkimuksen kulku, aineiston keruu ja tilastolliset menetelmät

Tämä satunnaistettu, kontrolloitu interventiotutkimus toteutettiin eteläsuomalaisen kunnan vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon yksiköissä. Intervention toteutti hoitoyksiköiden henkilökunta. Interventiotutkimuksen toteuttaminen todellisessa ympäristössä on monella tavalla haasteellista, vaikka sillä pyrittäisiinkin kehittämään juuri olemassa olevia käytäntöjä. Vaikeudet liittyivät tässä tapauksessa ainakin seuraaviin asioihin: (1) yksiköissä työskentelevän henkilökunnan tuli toteuttaa interventio tutkimushankkeen toimijoiden tukemana, (2) tutkimuksen toteuttaminen ajoittui taloudellisen taantuman alkuun (v. 2008–2009) ja suuret säästötavoitteet ravistelivat kunnan vanhusten palveluita, ja (3) noin puolet osastoista oli vertailuryhmässä ilman tukea joutuen kuitenkin käyttämään aikaansa muun muassa seurantatietojen antamiseen. Tällaisella tutkimuksella on myös vahvuutensa. Tulosten ollessa positiivisia hyvien käytäntöjen juurtuminen alkaa jo tutkimuksen aikana.

Tässä luvussa kuvataan yksityiskohtaisesti tutkimuksen vaiheet ja toimenpiteet. Tavoitteena oli aikaansaada luottamuksen ja yhteistyön syntyminen asukkaiden, omaisten ja henkilökunnan välillä sekä henkilökunnan sitoutuminen tutkimuksen loppuun viemiseen. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa pyrittiin avoimeen tiedonkulkuun eri osapuolten välillä. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta korostettiin sekä suhteessa asukkaisiin että henkilökuntaan.

Tutkimuksen sisäänottokriteerit

Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki tutkimuskunnan itse hallinnoimat vanhusten palveluiden pitkäaikaishoidon osastot. Asukkaiden sisäänottokriteerinä tutkimukseen oli pitkäaikaishoidossa asuminen. Poissulkukriteerejä olivat osastolla lyhytaikaispaikalla oleminen, tiedossa oleva siirtyminen osastolta ja saattohoito. Lähtötietojen keruun jälkeen tutkimuksen geriatri-neurologi diagnosoi asukkaiden mahdollisen muistisairauden. Näiden muistisairaiden asukkaiden kohdalla tutkittiin käytösoireita ja elämänlaatua selittäviä tekijöitä. Intervention vaikuttavuuden tutkimukseen otettiin mukaan ne asukkaat, joilla tutkimuksen geriatri-neurologi diagnosoi muistisairauden ja joilla todettiin käytösoire (NPI-NH > 0) neuropsykiatrisen haastattelun vanhainkotikäyttöön tarkoitetussa mittarissa (NPI-NH, Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000).

Tutkittavien rekrytointi

Tutkimuskunnan vanhuspalveluiden johtaja ilmaisi kiinnostuksensa osallistua tähän mahdollisesti alkavaan interventiotutkimukseen rahoituksen hakuvaiheessa. Kiinnostus varmennettiin Raha-automaattiyhdistykselle lähetetyllä sitoumuksella. Rahoituksen varmistuttua hankkeen tutkijat ottivat yhteyttä kunnan vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon yksiköiden osastonhoitajiin ja sopivat heidän tapaamisestaan. Tapaamisen aikana selvitettiin osaston luonnetta (esimerkiksi oliko kyseessä dementiayksikkö, vanhainkotosasto vai terveyskeskuksen vuodeosasto), asukkaiden ja henkilökunnan määrää, osaston toimintaa ja asukkaiden hoitoisuutta muun muassa Resident Assessment Instrument (RAI) -tuloksien avulla (Morris ym. 1990). Tutkijat kertoivat tutkimuksesta myös osastojen henkilökunnalle iltapäivän vuoronvaihdon aikaan, jolloin henkilökuntaa oli paikalla mahdollisimman paljon. Tarkoituksena oli kartoittaa heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Kaikki osastonhoitajat ilmaisivatkin osastonsa osallistuvan. Yksi osasto jättäytyi kuitenkin pois ennen tutkimuksen käynnistymistä, koska se muutettiin pitkäaikaisyksiköstä akuuttihoidon osastoksi. Näin tutkimukseen tuli mukaan 13 osaston 19 hoitoyksikköä, joissa oli alkutilanteessa 385 asukasta.

Tutkimuksesta tiedottaminen

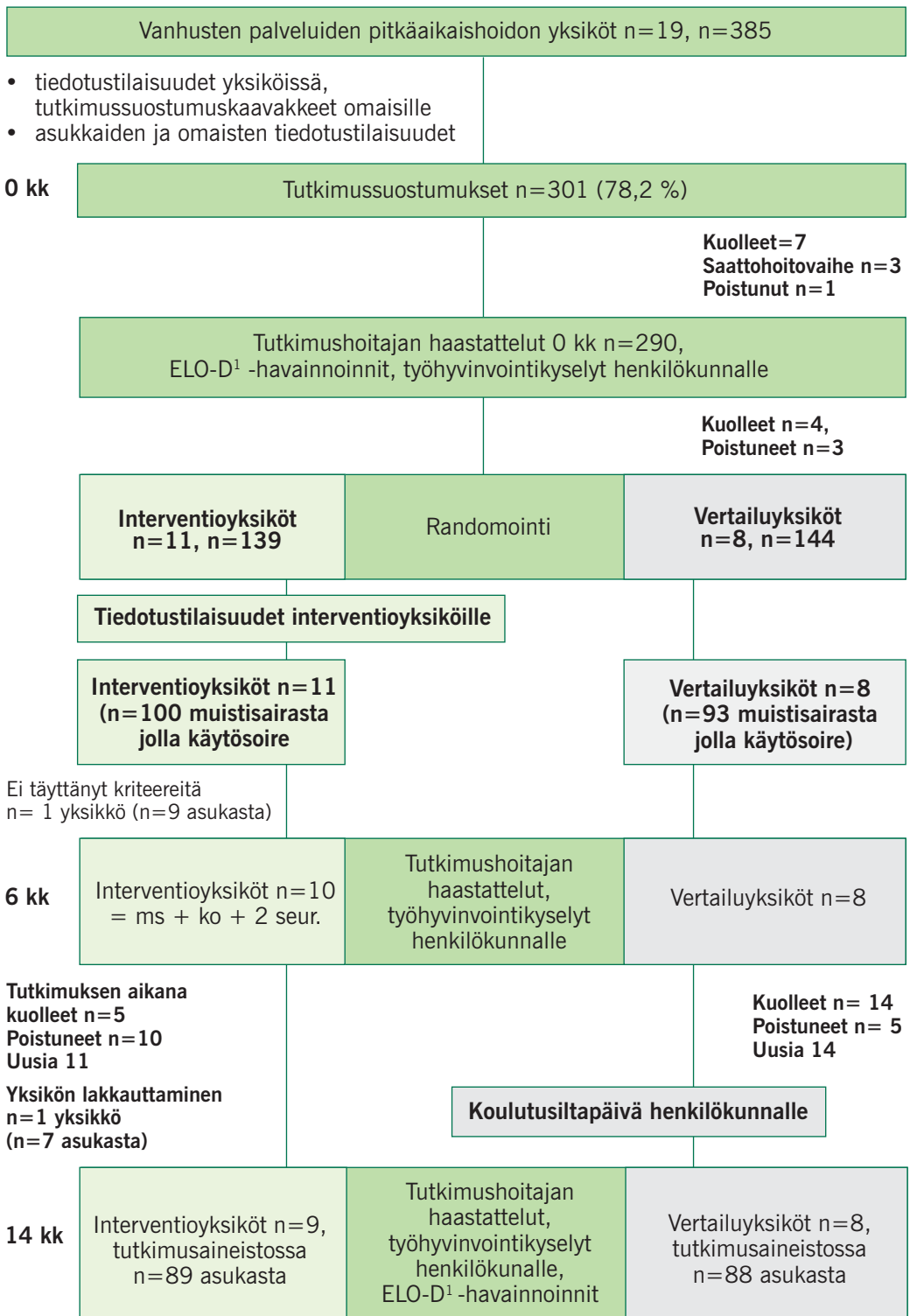
Ennen tiedonkeruun alkua tutkimuksesta käytiin kertomassa vielä osastonhoitajien kokouksessa ja vanhuspalveluiden johtoryhmässä. Tutkimuksesta pidettiin erilliset tiedotustilaisuudet ensin osastojen henkilökunnalle sekä tämän jälkeen asukkaille ja heidän omaisilleen. Rekrytointin kaikissa vaiheissa kerrottiin tutkimuksen vaiheet avoimesti. Avointa ja reflektiivistä yhteistyötä haluttiin tukea muun muassa antamalla henkilökunnalle ja omaisille tutkijoiden ja tutkimushoitajan sähköpostiosoitteet ja puhelinnumerot. Heille kerrottiin myös tutkimuksen internetsivuista tiedon saamisen välineenä.

Henkilökunnalle pidetyssä tiedotustilaisuudessa hankkeen tutkijat ja tutkimushoitaja esittäytyivät ja kertoivat omasta osuudestaan tutkimuksessa. Henkilökunnan jäsenille annettiin heitä koskevat monisteet tutkimuksen kulusta. Tilaisuudessa kerrottiin muun muassa osastojen mahdollisuudesta päätyä arvonnassa tukitoiminnan piiriin eli interventior ryhmään tai sen ulkopuolelle eli vertailuryhmään. Yksiköille valittiin yhteyshenkilö, jonka kautta hankkeeseen liittyviä asioita sovittiin koordinoitavaksi. Tutkimuseettisistä syistä tutkijat eivät voineet saada asukkaiden tietoja tutkimussuostumusten hankkimiseksi vaan tämä tapahtui henkilökunnan kautta. Tiedotustilaisuudessa selvitettiin huolellisesti tutkimussuostumusten hankintaprosessi ja muun muassa korostettiin asukasta ensisijaisena suostumuksen antajana. Tutkimussuostumukset tarvittiin erikseen tutkimukseen osallistumiseen ja Elämänlaadun observointi dementia-työssä (ELO-D) -havainnointiin (Salo 2009). Asukkaille ja omaisille tarkoitetut tutkimustiedote- ja tutkimussuostumusmonisteet jätettiin osastoilla jaettaviksi. Kaikilla osastoilla henkilökunta päätyi siihen, että omahoitaja pyytää tutkimussuostumuksen asukkaalta, jos tämä on kognitiiviselta toimintakyvyltään kykenevä sen antamaan. Mikäli henkilökunta arvioi, ettei asukas ole kykenevä antamaan tietoista suostumustaan, henkilökunta pyysi suostumuksen omaiselta tai edunvalvojalta.

Henkilökunnan tiedotustilaisuudessa kerrottiin myös omaisille järjestettävästä tiedotustilaisuudesta. Osastoille jätettiin seinille kiinnitettäväksi kutsuja sekä valmiit, postimerkillä varustetut kutsukirjeet, jotka henkilökunnan oli tietosuojaan vuoksi lähetettävä omaisille. Kutsukirjeessä oli mukana tutkimusselosteet ja tutkimussuostumuskaavakkeet, jotka pyydettiin palauttamaan valmiiksi maksetussa kirjekuoressa suoraan tutkijoille tai omaisten illassa. Kutsukirjeet lähetettiin vain niille omaisille tai asukkaille, jotka täyttivät tämän vaiheen kriteerin eli olivat pitkäaikaispaikalla.

Omaisten tiedotustilaisuudet järjestettiin jokaisella osastolla niin sanottuina omaisten iltoina, joissa hankkeen johtaja kertoi muistisairaana ihmisen kohtaamisesta ja ymmärtämisestä sekä tutkimuksen kulusta ja osastolla mahdollisesti alkavasta interventiosta. Asukasta korostettiin ensisijaisena tutkimussuostumuksen antajana. Tutkimuksen päätyttyä tuloksista luvattiin järjestää tiedotustilaisuudet. Omaisten illassa oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja lopuksi palauttaa tutkimussuostumus. Niihin osallistui yhteensä 199 omaista ja 47 henkilökunnan edustajaa.

Rekrytointiprosessin seurauksena tutkimukseen tuli mukaan 13 osastoa, joissa oli 19 itsenäisesti toimivaa hoitoyksikköä. Yksiköiden 385 asukkaasta 301 (78,2 %) antoi tutkimussuostumuksen (kuva 1). Tutkimussuostumuksista 42 oli asukkaan itsensä ja 259 omaisen tai edunvalvojan antamia. Asukkaiden rekrytointia tutkimukseen jatkettiin koko hankkeen ajan, koska randomoinnin kohteena olivat hoitoyksiköt, eivät asukkaat. Alkutilanteen jälkeen asukkaiden rekrytointi oli henkilökunnan varassa. Tätä varten tutkimushoitaja oli vienyt osastoille tarvittavia tiedotteita, suostumuslomakkeita ja esimaksettuja kirjekuoria. Lisäksi tutkimuksen taholta ajoittain muistutettiin osastonhoitajia ja yksikön yhteyshenkilöä uusien asukkaiden rekrytoinnista. Hoitoyksiköissä oli tutkimusinfokansiot, joissa kerrottiin tutkimuksesta.



Kuvio 1. Tutkimuksen kulku.

¹ elämänlaadun observointi dementiatyössä (Salo 2009)

Tutkimusmenetelmät

Osastot jaettiin tutkimuksen alussa kolmeen, sisäisesti mahdollisimman samankaltaiseen ryppääseen niiden RAI -tietokannan (Morris ym. 1990) raskausasteen ja asukkaiden iän, sukupuolen ja kognitiivisen toimintakyvyn mukaan. Kussakin ryppäässä oli neljästä viiteen hoitoisuudeltaan samankaltaista osastoa, jotka rypäs kerrallaan tutkittiin ja lähtötilanteen mittausten jälkeen arvottiin interventio- tai vertailuryhmään.

Lähtötiedot kerättiin kaikista tutkimussuostumuksen antaneista asukkaista, koska luotettavaa tietoa heidän muistisairauksistaan ei tässä vaiheessa ollut. Tutkimussuostumusten jälkeen tutkimushoitaja otti yhteyttä osastoihin haastatteluajkojen sopimiseksi. Aikatauluja ohjasivat henkilökunnan toiveet. Suostumusten antamisen ja haastattelujen alkamisen välisenä aikana seitsemän asukasta kuoli, kolme tuli saattohoitovaiheeseen ja yksi siirtyi toiseen hoitopaikkaan. Täten lähtötilanteessa haastatteluja tehtiin 290 (kuvio 1).

Tutkimushoitaja haastatteli kunkin luvan antaneen asukkaan omahoitajaa tai muuta hoitajaa, joka tunsi asukkaan hyvin. Haastattelut suoritettiin osaston tiloissa aamu- tai iltavuoron aikana. Asukkaiden tietojen keruu kesti keskimäärin 45 minuuttia. Haastattelu koostui kyselylomakkeista, joilla saatiin tietoa asukkaan muistisairaudesta, fyysisestä toimintakyvystä, mielialasta, ravitsemuksesta, elämänlaadusta ja käytösoireista (taulukko 1). Lisäksi kerättiin asukkaiden taustatiedot, mm. lääkitystiedot. Seurantamittaukset tehtiin kuuden ja neljäntoista kuukauden kuluttua intervention aloittamisesta sekä interventio- että vertailuyksiköissä, jolloin haastattelut etenivät rypäs kerrallaan ensimmäisestä ryppäästä alkaen. Kuuden kuukauden kohdalla tiedot kerättiin vain niistä asukkaista, joilla oli tutkimuksen geriatri-neurologin diagnoosi muistisairaus. Haastattelut suoritettiin samalla tavalla ja samoilla mittareilla (taulukko 1) kuin lähtötilanteessa, ja haastateltavaksi pyrittiin saamaan sama hoitaja kuin ensimmäiselläkin kerralla. Seurantamittauksissa kerättiin myös sen hetkiset lääkitystiedot.

Tutkimusmenetelminä käytettiin kansainvälisesti käytössä olevia mittareita (taulukko 1). Niistä on kuvattu aikaisemman julkaisumme liitteenä (Savikko ja Pitkälä 2006) muistisairaudesta vaikeusastetta arvioiva Clinical Dementia Rating Scale (CDR) (Morris 1993), fyysistä toimintakykyä kuvaava Barthelin indeksi (Mahoney ja Barthel 1965), masennusoireita mittaava Cornellin masennusasteikko (Alexopoulos ym. 1988) ja käytösoireiden esiintymistä, yleisyyttä, vaikeutta ja kuormittavuutta arvioiva Neuropsykiatrisen haastattelu (NPI) (Cummings ym. 1994). NPI:stä käytettiin vanhainkotikäyttöön tarkoitettua versiota (NPI-NH, Wood ym. 2000). Ravitsemustilaa mittaavan Mini Nutritional Assessmentin (MNA) (Guigoz ym. 2004) suomenkielinen kuvaus on iäkkäiden ravitsemussuosituksessa (Ravitsemussuositus ikääntyneille 2010).

Muistisairaahan ihmisen elämänlaadun tutkimisessa käytettiin hoitajien arviointiin perustuvaa Quality of Life for Late Stage of Dementia (QUALID) -mittaria (Weiner ym. 2000) ja kahden ulkopuolisen, menetelmään koulutetun havainnoijan toteuttamaa Elämänlaadun observointi dementia-työssä (ELO-D) -havainnointimenetelmää (Salo 2009). QUALID on osoitettu luotettavaksi mittaamaan vaikea-asteisesti muistisairaiden ihmisten elämänlaatua (Weiner ym. 2000, Weiner 2006). EU -projektina toteutetussa Care Keys -tutkimuksessa (Vaarama ym. 2008)

Muistisairauden vaikeusaste	Clinical Dementia Rating Scale (CDR) Muistisairauden aste: 0-3, arvo 0 = ei muistisairautta	Morris 1993, Savikko ja Pitkälä 2006
Fyysinen toimintakyky	Barthelin indeksi Pisteet 0-100, korkeammat pisteet kuvaavat parempaa toimintakykyä	Mahoney ja Barthel 1965, Savikko ja Pitkälä 2006
Mieliala	Cornellin masennusasteikko Pisteet 0-38, korkeammat pisteet kuvaavat masennusta	Alexopoulos ym. 1988, Savikko ja Pitkälä 2006
Ravitsemus	Mini Nutritional Assessment (MNA) Alle 17 pistettä: virhe- tai aliravitsemus, 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut, yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila	Guigoz ym. 1994, Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010
Käyttösoireet	Neuropsykiatrisen haastattelu -vanhainkotiversio (NPI-NH) 12 eri käyttösoiretta, pisteet 0-120, hoitajan kokemaa stressiä 0-60. Korkeammat pisteet kuvaavat käyttösoireiden esiintymisen ja vaikeusasteen lisääntymistä ja korkeampaa stressiä	Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000, Savikko ja Pitkälä 2006
Elämänlaatu	Quality of Life for Late Stage of Dementia (QUALID) Pisteet 0-55, alhaisemmat pisteet kuvaavat parempaa elämänlaatua	Weiner ym. 2000, Saks ym. 2008, Vaarama ym. 2008
Asukkaiden hyvinvointi ja toiminta	Elämänlaadun observointi dementiatyössä (ELO-D) Hyvinvoinnin arvot: -1, 0, +1, +2, Toimintaluokat: oleminen, avun saaminen, omaehtoinen toiminta, syöminen ja juominen, tarjottuun toimintaan osallistuminen, vuorovaikutus, samana toistuva käyttäytyminen	Salo 2009
Henkilökunnan työhyvinvointi	Työhyvinvointikysely Työn vaatimukset ja työn hallinta, organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus, työn tavoitteiden selkeys, työn rasiustekijät, työtyytyväisyys, hoitajan psyykkinen kuormittuneisuus, työkykyindeksi, organisaatioon sitoutuminen ja työilmapiiri	KRizzo ym. 1970, Goldberg 1972, Hackman ja Oldham 1976, Karasek 1979, Allen ja Meyer 1990, West 1990, Moorman 1991, Elo ym. 1992, Elovainio ja Sinervo 1994, Tuomi ym. 1997, Kivimäki ja Elovainio 1999, Pekkarinen ym. 2004, Sinervo ym. 2010

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt mittarit.

sitä käytettiin pitkäaikaishoidossa asuvien muistisairauden eri vaiheissa olevien asukkaiden elämänlaadun mittaamisessa muun muassa Suomessa, Ruotsissa, Saksassa ja Englannissa (Saks ym. 2008). Projektissa saatujen hyvien kokemusten rohkaisemana mittaria on käytetty laajasti helsinkiläisissä vanhainkodeissa. ELO-D -havainnointimenetelmä on kehitetty Suomen dementiahoitoyhdistyksessä (nykyinen Suomen muistiasiantuntijat ry) Raha-automaattiyhdistyksen tuella vuosina 2004–2008 (Salo 2009). Kehittäminen pohjautui aiempaan suomalaiseen tutkimukseen Dementia Care Mapping (DCM) -havainnointimenetelmän (Dementia Care Mapping 2005) käytöstä (Topo ym. 2007, Sormunen ym. 2007) ja 10 dementiayksikön kanssa toteutettuun ELO-D -menetelmän eri versioiden testausprosessiin (Salo 2009).

ELO-D:ssä kirjataan havaintoja asukkaista viiden minuutin ajanjaksoissa, joiden aikana heidän hyvinvointiaan ja toimintaansa pyritään arvioimaan heidän näkökulmastaan. Hyvinvoinnin arvot luokitellaan neljään luokkaan, jolloin -1 merkitsee asukkaan negatiivisen tunteen ilmaisua, 0 merkitsee asukkaan ilmeettömyyttä ilman näkyviä merkkejä huonosta tai hyvästä olostä, 1 merkitsee asukkaan hyvinvoinnin ilmaisua ja 2 asukkaan selkeää myönteisen tunteen ilmaisua. Toiminta jaetaan seitsemään luokkaan: oleminen, avun saaminen, omaehtoinen toiminta, syöminen ja juominen, tarjottuun toimintaan osallistuminen, vuorovaikutus ja samana toistuva käyttäytyminen. Lisäksi kirjataan asukkaiden liikkuminen ja hoitajakontaktit kunkin viiden minuutin havainnointijakson aikana. Jos asukas tekee useita asioita havainnointijakson aikana, ensisijaistetaan tarjottuun toimintaan osallistuminen, muuta vuorovaikutusta sisältävät toiminnot sekä omaehtoinen toiminta passiivisen olemisen edelle.

Havainnoinnin aikana kirjataan samalla vapaamuotoisesti laadullista aineistoa asukkaiden toiminnasta, puheista, ulkoisesta olemuksesta ja osaston tapahtumista, erityisesti asukkaiden ja henkilökunnan vuorovaikutuksesta. Näitä tietoja ei analysoida tässä raportissa. Laadullisesta aineistosta on ilmestynyt tähän mennessä yksi suomenkielinen artikkeli (Pietilä ym. 2010). Tavallisesti ELO-D:n osana kerätään laaja-alaista tietoa asukkaiden taustasta ja hoitopaikasta. Tässä tutkimuksessa esitiedonkeruulomaketta osastojen toiminnasta ei kuitenkaan käytetty, koska tutkimushoitaja keräsi vastaavan tiedon.

Lähtötilanteen, kuuden kuukauden ja 14 kuukauden haastattelujen yhteydessä tutkimushoitaja antoi osastojen henkilökunnan täytettäväksi työhyvinvointikyselyt. Kysely käsitteli työn vaatimuksia ja työn hallintaa, organisaation toiminnan oikeudenmukaisuutta, työn tavoitteiden selkeyttä, työn rasisustekijöitä, työtyytyväisyyttä, hoitajan psyykkistä kuormittuneisuutta, työkykyindeksiä, organisaatioon sitoutumista ja työilmapiiriä.

Kyselylomake oli koottu eri mittareista yhteistyössä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkijoiden kanssa ja sen pohjana olivat muun muassa THL:n vanhustenhuollossa käyttämät mittarit (Pekkarinen ym. 2004, Sinervo ym. 2010). Mittareita on käytetty laajasti myös Työterveyslaitoksen Kunta 10- ja Sairaalahenkilöstöhankkeissa (Vahtera ym. 2002).

Elämänlaadun observointi dementiatyössä (ELO-D) -havainnointit

Lähtömittausten aikana, ennen randomointia kussakin ryppäessä tehtiin yksikkökohtainen ELO-D -havainnointi. Kaksi ELO-D -menetelmään koulutettua havainnoijaa toteutti havainnointit kunkin yksikön yhteisissä tiloissa seitsemän tunnin ajan kello 10–13 ja 14–18. Molemmat havainnoijat olivat paikalla ensimmäisen jakson (klo 10–13). Toisen havainnoijajakson aikana paikalla oli kerrallaan yksi havainnoija (toinen klo 14–16 ja toinen klo 16–18). Kahdessa ruotsinkielisessä hoitoyksikössä toisena havainnoitsijana toimi menetelmään koulutettu ruotsinkielinen havainnoija. Tutkimuksen lopussa 14 kuukauden kohdalla Elo-D -havainnointit toteutettiin uudelleen. Havainnoinnin kohteena olivat kaikki suostumuksen antaneet asukkaat, jotka olivat osastoilla tutkimuksen päättyessä. Kahdesta havainnoijasta toinen vaihtui äitiysloman vuoksi, mutta myös uusi havainnoija oli saanut koulutuksen havainnointimenetelmän käyttöön. Ruotsinkielinen havainnoija oli edelleen sama. Havainnointit lähtötilanteessa ja tutkimuksen lopussa tehnyt tutkimusryhmän jäsenenä toiminut tutkija oli tietoinen tutkimuksen kulusta. Tarkoituksellisesti hänelle ei kuitenkaan kerrottu yksiköiden randomoitumisesta. Muut havainnoijat eivät tienneet missään vaiheessa, kuuluiko havainnoitava yksikkö interventio- vai vertailuryhmään.

Ennen ELO-D -havainnointia asukkailta oli saatu havainnointisuostumukset, ja osastojen kanssa havainnoinnista oli sovittu jo hankkeen alussa. Havainnoinnin toteuttamiseksi ja käytännön järjestelyistä sopimiseksi osastonhoitajiin otettiin yhteyttä viimeistään viikkoa ennen suunniteltua havainnointia. Ehdotetut päivät sopivat osastoille lähes poikkeuksetta. Osastoille lähetettiin lyhyt esittely havainnoinnista ja havainnoijista, joka kehoitettiin laittamaan näkyville yhteisiin tiloihin asukkaita, työntekijöitä ja omaisia varten.

Havainnointipäivinä havainnoijat saapuivat osastoille noin puoli tuntia ennen havainnoinnin alkua. Tässä ajassa tervehdittiin yhteisissä tiloissa oleskelleet asukkaat sekä käytiin henkilökunnan kanssa läpi havainnoitavat asukkaat, päivän ohjelma ja henkilökunnan määrä. Jos joku havainnoitava asukas ei ollut yhteisissä tiloissa juuri silloin, henkilökunta kuvasi hänen ulkonäköään ja tapojaan, että havainnoijat pystyisivät tunnistamaan hänet. Henkilökunnan kanssa sovittiin, että he mainitsivat asukkaiden nimet havainnoijille aina uusien henkilöiden saapuessa yhteisiin tiloihin. Havainnoijat valitsivat itselleen istumapaikat yhteisistä tiloista siten, että heillä oli mahdollisimman hyvä näkyvyys asukkaisiin mutta he eivät olleet tiellä. He kirjasivat havaintonsa sylissä tai pienellä pöydällä pidetyille kannettaville tietokoneille. Määrälliset havainnot kirjattiin Excel-taulukkoon ja laadulliset havainnot Word-tiedostoiksi. Havainnoijat pyrkivät olemaan mahdollisimman huomaamattomia, että he eivät olisi häirinneet osastojen arjen tavanomaista kulkua. Monesti asukkaat kuitenkin kiinnostuivat heistä ja tulivat joskus kysymään heidän toimintansa luonteesta. Havainnoijat vastasivat kysymyksiin mutta välttivät muuta vuorovaikutusta. Havainnoinnin lopuksi he kiittivät ja hyvästelivät yhteisesti tiloissa olevat asukkaat ja henkilökunnan.

Randomointi

Osastot arvottiin eli randomoitiin interventio- tai vertailuryhmään rypäs kerrallaan siten, että ensimmäinen rypäs randomoitiin 19.11.2008, toinen rypäs 19.12.2008 ja kolmas rypäs 26.2.2009. Kunkin ryppään tiedonkeruun päätyttyä tutkija otti yhteyden erilliseen randomointikeskukseen, jossa ei tunnettu hoitoyksiköitä eikä tiedonkeruun tuloksia ja jonne tutkija luetteli ryppäessä olevat osastot. Randomointikeskuksessa oli satunnaislukuihin perustuva randomointiohjelma, jossa jokaiselle tutkitulle osastolle oli etukäteen annettu arvot nolla (vertailuryhmä) tai yksi (interventioryhmä). Arvontatulokset tulivat näkyviin vasta kun osaston nimi oli kirjoitettu randomointiohjelmaan ja randomoija oli vahvistanut toimenpiteensä. Näin randomoija tai tutkija eivät voineet vaikuttaa osastojen arpoutumiseen ryhmiin. Arvonnan seurauksena interventioryhmään päätyi kuusi osastoa, jotka muodostuivat 10 erillisestä interventioyksiköstä ja joissa oli yhteensä 139 luvan antanutta asukasta. Heistä muistisairaus oli 118 (85.0 %) asukkaalla ja näistä 91 asukkaalla (77.1 %) oli vähintään yksi käytösoire (NPI-NH >0). Vastaavat luvut vertailuryhmässä olivat seitsemän osastoa, kahdeksan yksikköä sekä 144 asukasta, joista 115 (79.9 %) oli muistisairaita ja heistä käytösoire oli 93:llä (80.9 %) (kuvio 1).

Ensimmäisen ryppään randomoinnin jälkeen todettiin, että yhdellä interventio-osastolla ei ollut lainkaan muistisairaita asukkaita, koska se oli työikäisten vammautuneiden osasto. Tästä syystä osasto jätettiin pois tutkimuksen seurannasta. Kolmannessa ryppäessä oli interventio-osasto, jonka lopettamisen prosessi alkoi kaksi kuukautta tutkimuksen piiriin tulon jälkeen. Ensimmäiset asukassiirrot muihin hoitoyksiköihin tehtiin yhdeksäntenä tutkimuskuukautena. Luotettavan seurannan vaikeutumisen vuoksi osasto jätettiin pois tutkimuksen aineistosta. (Kuvio 1.)

Interventioryhmän ja vertailuryhmän saama tuki

Interventio aloitettiin rypäs kerrallaan. Ensimmäisen ryppään intervention alkamisesta toisen ryppään interventioon kului kuukausi ja kolmannen ryppään interventioon kolme kuukautta. Kunkin ryppään interventio käynnistyi tiedotustilaisuudella, jossa kaikki interventioon ja tutkimukseen osallistuneet työntekijät esittäytyivät ja kertoivat omasta osuudestaan interventiossa. Tavoitteena oli kertoa intervention etenemisestä mahdollisimman avoimesti ja antaa henkilökunnalle mahdollisuus kysyä ja antaa palautetta. Yhteistyön kannustamiseksi henkilökunnalle annettiin tutkimusryhmän jäsenten yhteystiedot (puhelinnumerot ja sähköpostiosoitteet) ja kerrottiin tutkimuksen kotisivusta tiedon saamisen välineenä.

Interventioryhmään päätyneiden osastojen henkilökunta sai tutkimusryhmältä tuen, joka on kuvattu luvussa 'Intervention kuvaus'. Vertailuryhmän henkilökunta jatkoi omaa toimintaansa haluamallaan tavalla. Lisäksi vertailuryhmän henkilökunnalle järjestettiin tutkimuksen puolellisissa kaksissa samansisältöistä koulutusiltapäivää, joihin osallistui yhteensä 68 työntekijää. Koulutuksen luennot käsittelivät eteneviä muistisairauksia ja niiden hoitoa sekä muistisairaahan ihmisen ymmärtämistä ja kohtaamista. Lisäksi tutkimuksen lopussa vertailuryhmän henkilökunnalle pidettiin yksikkökohtaiset ELO-D -palautetilaisuudet hoitotyön kehittämistä tukemaan.

Päätetapahtumat ja tulosuuttajat

Tutkimuksen päätetapahtuma oli 14 kuukauden tutkimusaika. Tulosuuttajia olivat asukkaiden käytösoireiden esiintyminen, yleisyys, vaikeusaste ja hoitajille aiheutunut stressi (NPI-NH:n muutokset ja ryhmien muutosten väliset erot) (Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000), asukkaiden elämänlaatu (QUALID:n ja ELO-D:n muutokset ja ryhmien muutosten väliset erot) (Weiner ym. 2000, Salo 2009) ja asukkaiden psyykenlääkkeiden käyttö (käytön muutokset ja ryhmien muutosten väliset erot).

Tilastolliset menetelmät

Alkutilanteessa tutkittiin interventio- ja vertailuryhmän taustatietojen samankaltaisuus. Luokiteltujen muuttujien analysointi suoritettiin X^2 -testein. Jatkuva-asteikolliset muuttujat analysoitiin Mann-Whitneyn U-testein, lukuun ottamatta ikää, joka analysoitiin t-testillä.

Käytösoireita selittävien tekijöiden arviointi

Käytösoireita selittäviä tekijöitä etsittiin tutkimalla alkutilanteen NPI-NH –kokonaispisteiden esiintymistä selittäviä tekijöitä Tobit -mallin avulla. Koska NPI-NH -pisteet eivät voi saada negatiivisia arvoja, normaalia lineaarista regressiota ei voitu käyttää niiden selittämiseen. Normaalilla lineaarisella regressiolla olisi mallin vakiotermi estimoitu liian suureksi ja selittävien tekijöiden estimaatit liian pieniksi. Tobit-mallit sen sijaan ottavat huomioon aineiston teoreettiset ala- tai ylärajat, joka NPI-NH -pisteiden tapauksessa on nollan alaraja. Estimointiprosessi selittävien tekijöiden seulomiseksi eteni siten, että malliin sijoitettiin ensin kaikki mahdolliset selittävät tekijät ja se estimoitiin. Estimointitulokseen perustuen vähiten merkityksellinen selittävä tekijä pudotettiin pois ja mallia estimointiin näin uudelleen kunnes jäljellä oli vain tilastollisesti merkitseviä ($p < .05$) selittäviä tekijöitä. Sama prosessi käytiin läpi arvioitaessa alkutilanteessa käytösoireista eniten esiintynyttä aggressiivisuutta ja levottomuutta selittäviä tekijöitä.

Intervention vaikuttavuuden arviointi

Intervention vaikuttavuutta tutkittiin Fixed effects -mallilla. Malli soveltuu analysoimaan paneelimuotoista aineistoa, jossa on samasta henkilöstä useita havaintoja eri aikoina. Malli standardoi aineiston siten, että jokaiselta henkilöltä vähennetään kaikista havainnoista hänen henkilökohtainen keskiarvonsa. Tämä on tarpeen yksilökohtaisten erojen vakioimiseksi pois, että pysyvät erot käytösoireissa eri asukkaiden välillä eivät sekoita estimointia. Selittävinä tekijöinä malleissa käytettiin neljää binääristä (arvoltaan 0 tai 1 olevaa) muuttujaa: ”aika on kuusi kuukautta”, ”aika on 14 kuukautta”, ”kuuluu interventioon (kuusi kuukautta)” ja ”kuuluu interventioon (14 kuukautta)”. Estimointituloksista voidaan laskea keskimääräiset muutokset interventio- ja vertailuryhmissä. Vertailuryhmän muutokset alkutilanteeseen nähden kuuden ja 14 kuukauden kohdalla näkyvät suoraan ”aika on kuusi kuukautta” ja ”aika on 14 kuukautta”

-estimaateista. Interventoryhmän muutokset selviävät vastaavasti laskemalla yhteen ajan ja intervention estimaatit kuuden ja 14 kuukauden kohdalla. Muutosten tilastollinen merkitsevyys selviää estimaattien p-arvoista. Vertailu- ja interventoryhmien erojen merkitsevyys näkyy interventiomuuttujien p-arvoista, ja molempia ryhmiä koskeneet muutokset ajan myötä aikamuuttujien p-arvoista.

ELO-D -havainnointiaineiston analysointi

ELO-D -havainnointimenetelmä tarkoittaa asukkaan havainnointia viiden minuutin jaksoissa. Jokaisesta jaksosta kirjataan ylös asukkaan hyvinvointiarvo ja toimintaluokka tietyillä säännöillä. Asukkaiden hyvinvoinnin keskiarvot laskettiin painotettuina keskiarvoina hyvinvointiluokkien määristä seuraavalla kaavalla, jossa hyvinvointimuuttujat ovat hyvinvointiluokkien havaintomäärien summia:

$$\text{ELO-D}_{\text{keskiarvo}} = \frac{(\text{HV}_{\text{miinus1}} * -1) + \text{HV}_{\text{plus1}} + (\text{HV}_{\text{plus2}} * 2)}{\text{HV}_{\text{miinus1}} + \text{HV}_{\text{nolla}} + \text{HV}_{\text{plus1}} + \text{HV}_{\text{plus2}}}$$

Alkutilanteen ELO-D -havainnointien hyvinvointipisteiden keskiarvoa selittäviä tekijöitä etsittiin normaalin lineaarisen regression avulla. Eri toimintaluokkien yhteyttä hyvinvointiin analysoitiin selittämällä ELO-D -havainnointien hyvinvoinnin keskiarvoa toimintaluokkien frekvensseillä. Lisäksi eri taustamuuttujien yhteyttä hyvinvoinnin keskiarvoon selvitettiin vastaavalla tavalla NPI-NH -kokonaispisteiden ja käytösoireista eniten esiintyvän aggressiivisuuden ja levottomuuden kohdalla. Malliin sijoitettiin aluksi kaikki mahdolliset muuttujat, ja mallia uudelleen estimoituin kunnes kaikki ei-merkitsevät muuttujat saatiin pudotettua pois.

Intervention vaikuttavuutta ELO-D -havainnointien hyvinvointipisteiden keskiarvoon tutkittiin samalla tavalla kuin käytösoireita Fixed effects -mallilla. Koska ELO-D -havainnointiaineisto kerättiin vain kahdessa mittauspisteessä (lähtötilanne ja 14 kuukautta), malliin tuli vain kaksi selittävää muuttujaa eli "aika 14 kuukautta" ja "interventio 14 kuukautta".

Eettiset näkökohdat

Käytösoireitutkimukseen saatiin kesäkuussa 2008 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän koordinoivan eettisen toimikunnan puoltava lausunto tutkimuksen eettisyydestä (viite: 153/13/03/08), minkä pohjalta tutkimuskunta myönsi tutkimusluvan syyskuussa 2008. Tutkimukseen osallistuneita tahoja informoitiin ennen sen alkua suullisesti ja kirjallisesti. Kaikille kerrottiin mahdollisuudesta arpoutua myös vertailuryhmään ja jäädä siten tukitoiminnan ulkopuolelle. Asukkaat tai heidän virallinen edustajansa allekirjoittivat ennen tutkimuksen alkua suostumuslomakkeen erikseen seurantatietojen keruuseen ja ELO-D -havainnoiteihin. Sekä osastojen henkilökunnalle että asukkaille kerrottiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta jättäytyä pois tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa ilman, että poisjättäytyminen vaikuttaisi asukkaan saamaan hoitoon. Yksikään asukas ei jättänyt tutkimusta kesken pyynnöstään.

Käyttösoireet rasittavat muistisairasta ihmistä, hänen läheisiään ja häntä hoitavaa henkilökuntaa. Lisäksi ne lisäävät palveluiden ja hoidon tarvetta sekä kustannuksia. Näistä syistä käytösoireiden lievittämiseen ja vähentämiseen tähtäävä tutkimus oli erittäin tärkeä. Tutkimus tähtäsi muistisairaiden asukkaiden hyvinvoinnin laaja-alaiseen parantamiseen. Vastaavaa tutkimusta ei aiemmin ole tehty Suomessa. Tutkimuksen lähtökohdat ja toteutus olivat asukaslähtöiset. Intervention toteuttajana toimi hoitoyksiköiden henkilökunta, jota tuettiin ymmärtämään aiempaa selkeämmin muistisairaiden asukkaiden tarpeita ja niistä lähtökohdista toteuttamaan hoitotyötä. Tutkimuksen lääkärin ehdottama lääketieteellinen hoito pohjasi näyttöön perustuvaan tietoon muistisairaasta ihmisen hyvinvoinnista. Henkilökuntaa tuettiin ymmärtämään asukkaita heidän elämänkulustaan ja sosiaalisista suhteistaan käsin. Sitä autettiin rakentamaan yhteistyötä omaisten kanssa. Kaiken kaikkiaan voidaan arvioida intervention tähänneen sen piirissä olleiden asukkaiden elämänlaadun kohenemiseen.

Henkilökunnan jäsenten kanssa pyrittiin avoimeen yhteistyöhön. Henkilökunnan jäsenille korostettiin alusta asti hoitoyksiköiden vapaaehtoisuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen kuluessa tutkijoille kuitenkin selvisi, että vanhusten palveluiden johdon taholta yksiköitä oli vahvasti suositeltu osallistumaan hankkeeseen.

Intervention suunnittelussa huomioitiin aiempi tutkimustieto. Tähän lisättiin elementtejä, joiden arvioitiin parantavan intervention vaikuttavuutta aiempiin tutkimuksiin verrattuna. Vertailuryhmän yksiköiden henkilökunnalle tarjottiin mahdollisuus koulutusiltapäivään. Tutkimuksen geriatri-neurologin diagnostiset tiedot olivat pyynnöstä saatavilla myös vertailuryhmän käyttöön.

Tutkimuskunta ja mukana olleet hoito-osastot

Tutkimuskunta oli Etelä-Suomen suuri kunta, jossa 75 vuotta täyttäneitä asukkaita oli lähes 11 000 eli 4.4 % väestöstä. Kunnan vuoden 2009 toimintasuunnitelmassa tavoitteeksi asetettiin palvelujen uudistaminen tuottavammiksi ja vaikuttavammiksi. Kaupungin säästovelvoitteet edellyttivät henkilöstömäärän vähentämistä ja ostopalveluista tinkimistä. Säästöjä etsittiin sieltä, missä niiden vaikutus eniten tukea ja hoivaa tarvitsevien arkeen olisi vähäisin. Kaikkein heikompiensaisten palvelut sekä lakisääteiset peruspalvelut turvattiin. Kunnan ikään-tymispoliittisen ohjelman tavoitteena oli taata ikääntyneille mahdollisuus täysipainoiseen elämään ja päätöksentekoon myös pitkäaikaishoidossa, mutta tutkimuksen aikana voimaan tulleet henkilöstön täyttökiellot vaikeuttivat tämän tavoitteen saavuttamista. Sen toteuttaminen eteni viiveellä. Talouden kannalta vuosi oli haasteellinen. Tähän vaikuttivat vanhusväestön ja palvelutarpeen kasvu sekä etenkin asumispalvelujen menot.

Vuoden 2009 lopulla kunnan sosiaali- ja terveystoimessa tehtiin päätös pienten hoitoyksiköiden lopettamisesta, kuitenkin asukkaiden hyvä yksilöllinen hoito ja apu turvaten. Lopettamista perusteltiin pienten yksiköiden palvelujen haavoittuvuudella, asukkaiden turvallisen hoidon varmistamisella, työntekijöiden työturvallisuuden lisäämisellä yöaikaan sekä kunnan palveluverkoston uudistamisen edellyttämällä palvelujen keskittämällä suurempiin yksiköihin.

Hallinto

Pitkäaikaishoidon toiminnasta vastasi vanhuspalveluiden johtajan alaisuudessa toiminut pitkäaikaishoitopäällikkö, joka oli koulutukseltaan terveydenhuollon maisteri ja sairaanhoitaja. Hän oli aloittanut tehtävässään syksyllä 2008. Hänen alaisuudessaan toimivat ylihoitajat, joista toinen vastasi kehittämistyöstä ja toinen henkilöstöhallinnosta. Asukkaiden lääketieteellisestä hoidosta vastasi pitkäaikaishoidon ylilääkäri.

Hoitoyksiköt ja henkilökunta

Tutkimukseen otettiin lähtötilanteessa mukaan tutkimuskunnan kaikki vanhusten palveluiden pitkäaikaisosastot. Osastoja oli yhteensä 13 ja ne oli jaettu 19 itsenäisesti toimivaan hoitoyksikköön. Lähtötietojen keruun jälkeen yksi osasto jätettiin pois, koska siellä hoidettiin työikäisiä vammautuneita henkilöitä joilla ei ollut muistisairautta. Toinen osasto jätettiin pois tutkimuksen aikana osaston lakkauttamisen vuoksi. Näin mukaan tuli 17 itsenäisesti toimivaa hoitoyksikköä joista kaksi oli terveyskeskuksen vuodeosastoja, kahdeksan vanhainkotosastoja ja seitsemän dementiayksikköä. (Luvussa Tutkimuksen kulku, aineiston keruu ja tilastolliset menetelmät: Kuvio 1).

Asukkaiden arjen kehittämiseksi oli vuosina 2007–2008 toteutettu suuren konsulttitoimiston vetämä hanke. Suunnitelmassa oli luoda yhtenäiset eettiset arvot ja hoitotyön periaatteet pitkäaikaishoitoon ohjaamaan hoitoyksiköiden hoitotyötä.

Osastojen asukkaiden hoidosta vastasi omalääkäri. Pitkäaikaishoidon ylilääkäri toimi asukkaiden omalääkärinä kuudessa interventioyksikössä ja viidessä vertailuyksikössä. Hän oli alusta lähtien erittäin kiinnostunut tutkimuksesta ja tuki osaltaan tutkimuksen onnistumista. Yksilöfysioterapian käynnit oli linjauksen mukaan saatavilla hoitavan lääkärin läheteellä. Lisäksi fysioterapeutit pitivät erilaisia kuntosalij- ja tuolijumpparyhmiä. Osastojen käytettävissä olivat myös nimetyn sairaalapastorin ja sosiaalihoitajan palvelut.

Henkilökuntamitoituksessa noudatettiin kansallisia minimisuosituksia. Vuonna 2008 henkilöstömäärän keskiarvo kaikissa kunnan itse hallinnoimissa vanhuspalveluiden pitkäaikaishoitopaikoissa oli 0.66 (vaihteluväli 0.62–0.75). Vastaavat luvut olivat vuonna 2009 0.63 (vaihteluväli 0.58–0.77) ja vuonna 2010 0.64 (vaihteluväli 0.58–0.77). Esimerkiksi mitoitus 0.58 tarkoittaa sitä, että 28-paikkaisella osastolla on osastonhoitaja, viisi sairaanhoitajaa ja 10 perus-/lähi- tai kodinhoitajaa sekä kolme laitosapulaista.

Tutkimuksen aikana kunnassa alkoivat taloudellisen taantumun seurauksena mittavat säästötoimet, joiden vaikutukset ulottuivat myös vanhusten palveluihin. Tiukentuneen taloustilanteen takia vuonna 2008 sosiaali- ja terveystoimen henkilöstömäärä väheni 110 henkilöllä. Henkilökunnan täytkielto oli voimassa koko vuoden 2009. Tämä tarkoitti, että uusia vakituisia tai määräaikaista palvelussuhteita ei saanut solmia tai täyttää ilman kaupunginjohtajan erillistä lupaa. Vuokratyövoiman hankinnassa noudatettiin minimimitoitus-periaatetta eli sijainen voitiin palkata vasta, jos osaston mitoitus oli alla asetetun minimirajan. Samalla kuitenkin pitkäaikaista paikkoja lisättiin viidellä prosentilla. Loppuvuodesta 2009 pitkäaikaista paikkoja li-

sätettiin vielä kolmella prosentilla ja samalla henkilöstöä hieman lisättiin ja voitiin todeta, että henkilöstömitoitus pidettiin valtakunnallisen laatusuosituksen mukaisesti riittävällä tasolla.

Tutkimushoitaja antoi lähtötilanteessa, kuuden kuukauden seurannassa ja tutkimuksen lopussa henkilökunnalle täytettäväksi henkilöstökyselyn. Niistä saadut viralliset tulokset julkaistaan erikseen. Tässä raportissa tuloksia käytetään vain kuvaamaan tutkimusympäristöä. Kysely oli tarkoitettu osastoilla työskenteleville henkilöille, jotka olivat vakituisia työntekijöitä tai määräaikaisia ja pitkäaikaisia sijaisia (eri koulutuksen omaavat hoitajat, laitosapulaiset ja osastonhoitajat). Osastonhoitajilta saadun tiedon mukaan tällaista henkilökuntaa oli osastoilla lähtötilanteessa yhteensä 374.

Henkilökunnalla tarkoitettiin kaikkia osastolla työskenteleviä henkilöitä; sairaanhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia, laitosapulaisia, osastonhoitajia ja fysioterapeutteja. Vastajat palauttivat kyselyt suljetussa kirjekuoressa suoraan tutkijoille. Henkilökunnasta 34 oli ehtinyt lopettaa työnsä osastolla henkilökuntaan kuuluneiden nimien keruun ja kyselyn viimeisen jättöpäivän välillä, joten heidät poistettiin mahdollisista vastaajista. Luonnollisia lopettamisen syitä olivat vuorotteluvapaa, äitiysloma, eläkkeelle jääminen, pitkä sairausloma ja siirto toiseen hoitoyksikköön. Lähtötilanteessa vastauksia tuli 217 ja vastausprosentti oli 63.8 %.

Vastanneiden keski-ikä oli 45 vuotta (vaihteluväli 19–65 vuotta). Heistä lähi- tai perushoitajia oli 111 (51.2 %) ja opistoasteen tai ammattikorkeakoulun käyneitä, pääosin sairaanhoitajia, 80 (36.9 %). Työntekijöistä vakituudessa työsuhteessa oli 182 (83.9 %) ja vähintään puoli vuotta kestävässä sijaisuudessa 19 (8.8 %). Lähtötilanteessa vastaajien kokemus omasta työkyvystään oli hyvä. Verrattaessa samojen vastaajien vastauksia tutkimuksen lopussa voitiin todeta kokemuksen työkyvystä lähes merkitsevästi huonontuneen ($p=.073$).

Työn kuormittavuus koettiin lähtötilanteessa kohtalaisena. Siinä tapahtui heikkenemistä, joka ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Tyytyväisyys johtamiseen oli lähtötilanteessa kohtalaisen huono. Samojen vastaajien mielestä johtaminen oli 14 kuukauden aikana huonontunut. Tämä muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p=.028$). Nämä muutokset heijastavat tutkimuskunnan vanhuspalveluiden myllerryksen aikaa. Uusi pitkäaikaishoidon päällikkö joutui tehtävänsä alkutaipaleella johtamaan suuria muutoksia, jotka todennäköisesti heikensivät sekä asukaiden että henkilökunnan hyvinvointia. Myllerrysten keskellä vaikutti siltä, että hoitotyön perustehtävä oli ajoittain henkilökunnalla hukassa. Asukaslähtöisyys oli helposti fraasi, jonka juurruttamista hoitotyön käytäntöihin henkilökunta sai oppia hankkeen aikana.

Lähteet

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23: 271-84.
- Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *J Occup Psychol* 1990; 63: 1-18.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-14.
- Dementia Care Mapping. Evaluating dementia care. The DCM method, 7th edition. Bradford Dementia Group 2005. University of Bradford.
- Elo A-L, Leppänen A, Lindström K, Ropponen T. Occupational Stress Questionnaire: User's instruction. *Reviews* 19. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 1992.
- Elovainio M. & Sinervo T. Vanhainkotien kehittämisen seurantaratkaisu. *Stakes, Tutkimuksia* 44. Helsinki 1994.
- Goldberg D. P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph No 22*. Oxford University Press, Oxford 1972.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Mini Nutritional Assessment : a practical tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994; suppl 2: 15-59.
- Hackman JR, Oldham GR. Motivation through the development of work: Test a theory. *Organ Behav Hum Perform* 1976; 16: 250-279.
- Karasek R. A. 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job design. *Administrative Science Quarterly* 24: 258-350.
- Kivimäki M, Elovainio M. A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Occup Organ Psychol* 1999; 72: 241-246.
- Moorman R. H. 1991. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perception influence employee citizenship? *J Appl Psychology* 76: 845-855.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-5.
- Morris, J, Hawes, C., Fries, B., Phillips, C.D., Mor, V., Katz, S. 1990. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing homes. *Gerontologist* 30; 3: 293-307.
- Morris JC. The clinical dementia rating: current version and scoring rules. *Neurology* 1993; 43: 2412-2414.
- Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M, Noro A, Finne-Soveri H, Laine. Asiakkaiden toimintakyky, työnorganisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes, Aiheita* 11, Helsinki 2004.
- Pietilä M, Heimonen SL, Eloniemi-Sulkava U, Savikko N, Köykkä T, Sillanpää-Nisula H, Frosti S, Saarenheimo M. Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Gerontologia* 2010; 3: 261-266.
- Ravitsemussuosituksen ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Edita 2010.
- Rizzo J. R., House R. J. & Lirtzman S. I. Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly* 1970; 15: 150-163.
- Saks K, Tiit E-M, Muurinen S, Mukkila S, Frommelt M, Hammond M. Quality of life in institutional care. Kirjassa: *Toim: Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A. Care-related quality of life in old age. Concepts, models and empirical findings*. Springer, New York, USA, 2008: 196-216.
- Salo M. Elo-D -laatumittari muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kehittämiseksi. Loppuraportti Dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kehittäminen –projektista 2005-2008. Suomen muistiasiantuntijat ry, Helsinki 2009.
- Savikko N, Pitkälä K. Tutkimuksessa käytetyt mittarit. Raportissa: Omaishoito yhteistyönä. lääkäiden dementia- perheiden tukimallin vaikuttavuus. *Toim. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus, Saarijärvi* 2006: 212-220.
- Sinervo T, Noro A, Tynkkynen L-K, Sulander J, Taimio H, Finne-Soveri H, Lilja R, Syrjä V. Yksityinen vai kunnallinen palvelu –asuminen? Kustannukset, asiakasrakente, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti* 34/2010. Helsinki 2010.
- Sormunen S, Topo P, Eloniemi-Sulkava U, Räikkönen O, Sarvimäki A. Inappropriate treatment of people with dementia in residential and day care. *Aging Ment Health* 2007; 11: 246-255.
- Topo P, Sormunen S, Saarikalle K, Räikkönen O, Eloniemi-Sulkava U. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadun näkökulmasta menetelmänä Dementia Care Mapping. *Tutkimushankkeen loppuraportti*. Stakes 2007.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne A, Tulkki A. Työkykyindeksi. 2. korjattu painos. Työterveyslaitos, Helsinki 1997.

-
- Vaarama M, Tiit EM, Muurinen S, Pieper R, Sacks K, Sixsmith A, Hammond M. Instrumentation of the care keys research. Kirjassa: Care-related quality of life in old age. Concepts, models, and empirical findings. Toim. Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A. Springer, New York, USA, 2008: 19-34.
- Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen P. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos, Helsinki 2002.
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Sainem K, Foster B, Fontaine CS. The quality of life in late stage dementia (QUALID) scale. J Am Med Dir Assoc 2000; 1: 114-116.
- Weiner MF. Measuring QOL in dementia. Int Psychoger 2006; 18: 355-357.
- West M. A. The social psychology of innovation in groups. Teoksessa: Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies. Toim. West MA, Farr JL. Wiley, Chichester 1990: 309-333.
- Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. Am J Geriatr Psychiatry 2000; 8: 75-83.

INTERVENTION KUVAUS

Intervention lähtökohdat, tavoitteet ja erityispiirteet

Intervention päämääränä oli parantaa asukkaiden hyvinvointia ja sen myötä vähentää ja ennalta ehkäistä käytösoireita. Tavoitteina oli tukea henkilökuntaa asukaslähtöiseen ajatteluun ja toimintatapoihin sekä auttaa henkilökuntaa ymmärtämään muistisairaana ihmisen tilannetta ja räätälöimään hoito asukkaana yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Intervention hyödynnettiin aiempien tutkimusten lupaavimpia tuloksia moniammatillisten, monitekijäisten ja yksilöllisesti räätälöityjen hoitokeinojen käytöstä käytösoireista kärsivien muistisairaiden ihmisten hoidossa. Intervention lähtökohtana oli muistisairas ihminen tuntevana ja kokevana ihmisenä, joka olemassa olevilla kyvyillään pyrkii ylläpitämään ja saavuttamaan itselleen tärkeää hyvinvointia. Tästä lähtökohdasta ulkopuolisten näkemä ja hankalana kokemana käytösoire nähtiin muistisairaana ihmisen tarpeen ja toiveen ilmaisuna kuten pyrkiä selviytyä tai sopeutua, tarpeena saada elää omannäköistään elämää tai saada apua fyysiseen huonovointisuuteen.

Intervention kesto oli 14 kuukautta. Sen sisältö oli interventioyksiköiden moniammatillisen henkilökunnan pitkäjänteinen tukeminen ja ohjaus asukaslähtöisen ja asukkaiden tarpeisiin pohjaavan räätälöidyn hoidon toteuttamisessa.

Intervention tavoitteina oli tukea henkilökuntaa

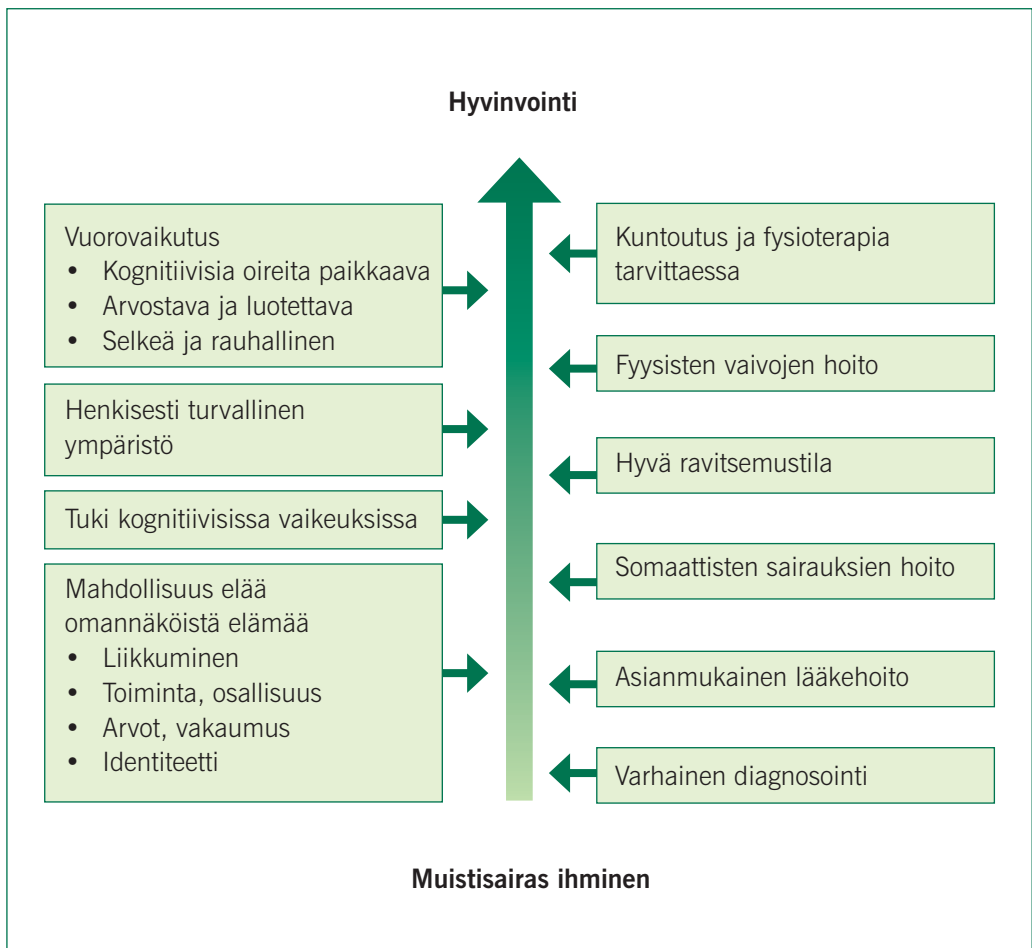
- näkemään muistisairaiden asukkaiden hankalana koettu käyttäytyminen muistisairaana ihmisen lähtökohdista erilaisten tarpeiden ilmaisuina joilla hän pyrkii ylläpitämään tai saavuttamaan hyvinvointiaan tai selviytymään pahoinvointinsa kanssa
- tunnistamaan moniammatillisessa yhteistyössä laaja-alaisesti muistisairaana asukkaana hyvinvointia uhkaavia ja heikentäviä tekijöitä eli hänen hyvinvoinnin tarpeitaan
- etsimään ja käyttämään räätälöityjä auttamismenetelmiä asukkaiden hyvinvoinnin tukemisessa ja pahoinvoinnin lieventämisessä
- työskentelemään tavoitteellisesti ja analyyttisesti
- toimimaan hoitoprosessin aikana yhteistyössä asukkaiden ja heidän omaistensa kanssa

Intervention erityispiirteet aikaisempiin vastaaviin tutkimuksiin (Bird ym. 2007, Cohen-Mansfield ym. 2007) verrattuna olivat:

- Käytösoireet ymmärrettiin muistisairaiden ihmisten lähtökohdista heidän kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tarpeidensa ilmaisuina.
- Tutkimuksen interventioyhtymän monitieteinen asiantuntemus oli henkilökunnan käytössä.

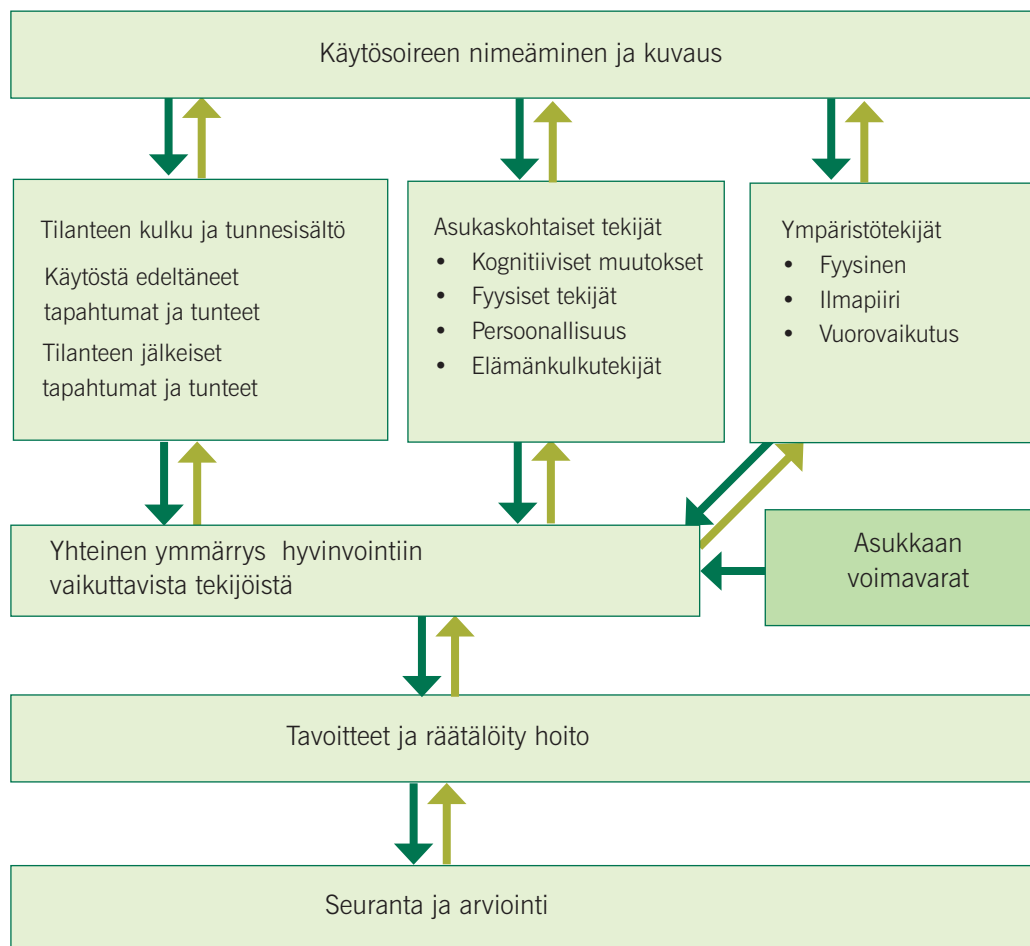
- Henkilökunta sai tukea systemaattisesti ja laaja-alaisesti ymmärtää asukkaiden hyvinvointiin liittyviä tarpeita ja toteuttaa asukaslähtöistä hoitoa. Hoidon toteuttaminen oli hoitavan lääkärin ja muun henkilökunnan vastuulla.
- Henkilökunnalla oli käytettävissään asiantuntijasairaanhoidajan jatkuva ja 14 kuukautta kestänyt tuki.
- Omaiset nähtiin merkittävänä yhteistyökumppaneina.
- Räätelöityjen auttamismenetelmien kirjo oli laaja.

Muistisairaahan ihmisen hyvinvointia tarkasteltiin kokonaisvaltaisena hyvinvointina, jonka perustana oli oikea etiologinen diagnosointi ja siihen pohjaava hoito. Hyvinvoinnin kannalta tärkeitä olivat kokonaisvaltaisen hoidon eri osa-alueet, joissa huomioidaan muistisairaudesta johtuvat erityiskysymykset kuten kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen, ihmisarvon ja identiteetin säilyminen. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Muistisairaahan ihmisen hyvinvointia tukevat tekijät.

Muistisairaahan ihmisen, omaisten ja moniammatillisten osaajien yhteistyö



Kuvio 2. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen asukaslähtöinen, laaja-alainen ja räätälöity hoitoprosessi.

Asukkaiden tilanteen laaja-alaisen ymmärtämisen ja räätälöityjen hoitokeinojen löytämisen tueksi rakennettiin hoitoprosessikuvio (kuvio 2).

Intervention ydintoimintoja olivat asiantuntijasairaanhoitajan toiminta, geriatrin konsultoinnit ja räätälöintitapaamiset. Intervention aikana perustettiin myös Memotiimi tukemaan intervention tavoitteita. Lauluvalmennuksessa, muistelukoulutuksessa ja liikeohjauksessa henkilökunta sai välineitä asukkaiden hyvinvoinnin kohentamiseen. Ruokapäiväkirjoista ja ravitsemuksen tiimipalavereissa henkilökunta sai tukea asukkaiden ravitsemuskuntoutukseen. Yksiköiden fyysisten tilojen palautteet antoivat mahdollisuuden kehittää ympäristöä muistisairaiden asukkaiden hyvinvointia huomioivaksi (taulukko 1).

Interventio	Intervention sisältö
Ydintoiminnat	
Asiantuntija-sairaanhoitaja	Henkilökunnan tukeminen ja ohjaus <ul style="list-style-type: none"> toteuttaa asukaslähtöistä ja tavoitteellista hoitotyötä pohtia ja tunnistaa asukkaan hyvinvointia ja hyvinvoinnin tarpeita kohdata asukas yksilönä ja hänen tilanteensa ymmärtäen tukea asukkaan identiteettiä ja turvallisuuden kokemusta edistävää vuorovaikutusta Asukaslähtöiset räätälöintitapaamiset Käytännön hoidon ohjaus Konsultoiva asiantuntijasairaanhoitaja
Konsultoiva geriatri	Henkilökunnalle asukkaan hyvinvoinnin parantamiseksi <ul style="list-style-type: none"> muistisairauden etiologinen diagnosointi lääketieteelliset hoitokommentit Asiantuntijasairaanhoitajan tukeminen konsultoivana lääkäriä Toiminta lääketieteellisenä asiantuntijana vaikeiden tilanteiden räätälöintitapaamisissa
Räätälöintitapaamiset	Yhteistyössä omaisen ja moniammatillisten osaajien kanssa sekä asukasta kuunnellen muodostaa asukkaan hyvinvoinnin tarpeisiin pohjaava hoitosuunnitelma
Memotiimi	Tiimiläiset hoitoyksikköjen vapaaehtoisia edustajia, tapaamiset kerran kuukaudessa. Tiimiläisten tiedon ja osaamisen vahvistaminen hyvien käytäntöjen juurtumiseksi.
Henkilökunnalle tarjotut välineet asukkaiden hyvinvoinnin parantamiseksi	
Lauluvalmennus	6 x 1,5 tuntia, valmiuksia käyttää laulamista hoitotyön välineenä
Muistelukoulutus	3 x 4 tuntia, valmiuksia käyttää muistelua hoitotyön välineenä ja vetää muisteluryhmiä
Ohjaus liikkeellä hoitamiseen	Tavoitteena vahvistaa liikkeen ja liikunnallisen ryhmätoiminnan käyttöä Henkilökunnan tukeminen <ul style="list-style-type: none"> liikkeellä hoitamiseen tunnistamaan asukkaan fyysisiä voimavaroja ergonomisten työasentojen löytämiseen
Ravitsemuskuntoutus	Tukea asukkaiden ravitsemuskuntoutukseen <ul style="list-style-type: none"> tutkimushoitajan keräämien MNA-testin tulokset kahden päivän ruokapäiväkirjojen keruu ja niiden läpikäynti ravitsemuksen tiimipalaverissa konsultoiva ravitsemussuunnittelija asiantuntijasairaanhoitajan käytettävissä
Ympäristön parantaminen	Ympäristön arviointi Muistitarjouma-menetelmällä <ul style="list-style-type: none"> suullinen palaute heti arvioinnin jälkeen henkilökunnalle kirjallinen palaute parannusehdotuksineen osastonhoitajalle ja yksikön asiantuntijasairaanhoitajalle

Taulukko 1. Muistisairaiden asukkaiden hyvinvointiin tähtäävä interventio.

Intervention ydintoiminnot

Asiantuntijasairaanhoitaja

Asiantuntijasairaanhoitaja oli henkilökunnan tukemisen ydin 14 kuukautta kestäneen intervention ajan. Hän oli psykiatrinen sairaanhoitaja ja hänellä oli yli 10 vuoden kokemus muistisairaiden ihmisten hoitotyön kehittamisestä. Hän oli toiminut muistisairaiden ihmisten hoidon parissa sekä lyhyt- että pitkäaikaishoidossa ja osavuorokautisessa hoidossa erilaisissa hoito- ja asiantuntijatehtävissä.

Asiantuntijasairaanhoitajalla oli koko intervention ajan tuettavana yhdeksän hoitoyksikköä, jotka koostuivat hallinnollisesti neljästä osastosta. Osastot sijaitsivat hajallaan kunnan alueella. Asiantuntijasairaanhoitaja oli tutkimusryhmän jäsen ja hänellä oli ryhmän tuki tarvittaessa käytettävissä. Tutkimusryhmän viikoittaisissa interventiokokouksissa käytiin läpi interventiossa esiin tulleita kysymyksiä ja arvioitiin interventioprosessin kulkua. Asiantuntijasairaanhoitajalla oli suora konsultointiyhteys tutkimuksen geriatri-neurologiin, mitä mahdollisuutta hän käytti tutkimuksen aikana 61 kertaa.

Kollegiaalisessa vertaistoiminnassa asiantuntijasairaanhoitaja ohjasi henkilökuntaa asukkaiden tarpeisiin kohdistuneessa ja räätälöidyssä hoidossa tarvittaviin taitoihin: asukkaiden erilaisten tarpeiden kuulemiseen, reflektointiin, monipuoliseen gerontologiseen tietoon ja osaamiseen sekä moniammatillisen osaamisen ja omaisyhteistyön arvostamiseen (kuvio 1).

Asiantuntijasairaanhoitaja toimi hoitoprosessin tavoitteiden asettamisen, käynnistämisen, toteutumisen, seurannan ja arvioinnin tukihenkilönä. Muistisairaiden asukkaiden hankalana koetun käyttäytymisen ymmärtäminen erilaisten tarpeiden ilmaisuna oli asiantuntijasairaanhoitajan toiminnan keskeinen haaste. Hän ohjasi systemaattisesti hoitotyön ajattelua suuntaan, jossa asukkaat olisivat keskiössä. Tämä tarkoitti asiantuntijasairaanhoitajan toiminnassa (1) asukkaiden näkökulman esillä pitämistä, (2) henkilökunnan tukemista ymmärtää laajasti asukkaiden hyvinvoinnin tarpeita ja (3) henkilökunnan tukemista löytää yksilöllisesti räätälöityjä hoitokeinoja. Hänen toimintansa tärkeä osa oli ohjata henkilökuntaa asukkaiden identiteettiä ja turvallisuutta tukevaan vuorovaikutukseen. Henkilökunta tarvitsi paljon ohjausta ja tukea konkreettisten, aikaan ja toimintaan sidottujen hoitotyön tavoitteiden asettamisessa ja pitkäjänteisen hoitotyön toteuttamisessa. Kokonaisuutena kyse oli ohjaamisesta muistisairaiden ihmisten hoitotyön perustehtävän kirkastumiseen.

Asiantuntijasairaanhoitaja kävi hoitoyksiköissä 14 kuukauden intervention aikana yhteensä 360 kertaa eli keskimäärin 40 kertaa hoitoyksikköä kohden. Käyntien aika vaihteli kahdesta tunnista kahdeksaan tuntiin. Tänä aikana hän tapasi asukkaita, henkilökuntaa ja omaisia, ohjasi käytännön hoitotilanteissa ja myös henkilökunnalle esimerkkinä toteutti käytännön hoitotyötä (esimerkiksi auttoi asukasta pesuissa).

Yksikkökäyntien aikana keskustelut hoitajien kanssa sekä raporteilla pidetyt hoitokeskustelut olivat luonteeltaan räätälöintitapaamisia kuvion 2 ohjaamina. Lisäksi asiantuntijasairaanhoitaja piti yhteyttä hoitoyksikköihin puhelimitse ja sähköpostilla. Henkilökuntaa kannustettiin ottamaan yhteyttä asiantuntijasairaanhoitajaan vaikeiden tilanteiden ratkaisemiseksi. Henkilökunnalta tuli intervention aikana 33 puhelua ja 65 sähköpostiyhteydenottoa.

Yhteistyö henkilökunnan kanssa

Alusta asti asiantuntijasairaanhoitaja pyrki yhteistyöhön henkilökunnan kanssa. Yhteistyö lähti liikkeelle yksikkövierailusta ja henkilökunnan tapaamisesta. Ensimmäisessä tapaamisessa asiantuntijasairaanhoitaja kartoitti henkilökunnan vaikeaksi kokemat asukkaat joiden tilanteiden ratkaisemisesta lähdettiin liikkeelle. Yhdessä käytiin läpi kunkin tällaisen asukkaan hyvinvointia ja terveydentilaa kuvaavia tietoja kuten tausta- ja elämäntietoa, tutkimushoitajan omahoitajalta keräämiä tietoja fyysisestä toimintakyvystä, masennusoireista, ravitsemustilasta, käytösoireista, elämänlaadusta, painosta ja pituudesta sekä potilastietojärjestelmästä saadut tiedot asukkaan verenpaineesta, somaattisesta tilanteesta ja lääkityksestä. Käytettävissä oli myös RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointimenetelmän (Morris ym. 1990) tiedot. Asiantuntijasairaanhoitaja kävi myös tapaamassa asukkaan ensimmäisellä käynnillä ja teki havainnoita asukkaan voimavaroista.

Asiantuntijasairaanhoitajan seuraava tapaaminen yksikön henkilökunnan kanssa ajoittui yleensä intervention alussa pidettyyn ELO-D -havainnoinnin (Elämänlaadun observointi dementia-työssä) (Salo 2009) palauteilapäivään. Siinä kerrottiin henkilökunnalle tutkimuksen lähtötilanteesta yksikössä tehdyn, seitsemän tuntia kestäneen havainnoinnin keskeiset tulokset. Palauteilaisuudessa olivat läsnä työvuorossa oleva henkilökunta, havainnoinnin tehnyt tutkija, asiantuntijasairaanhoitaja ja tutkimusryhmän vetäjä. Palauteilaisuudet olivat asukaslähtöisiä ja asukkaiden hyvinvoinnin näkökulmaa korostavia. Tilaisuudessa käytiin läpi asukkaiden elämäntilannetta, toimintakykyä, arjen keskeisiä kysymyksiä ja yhteistyötä omaisen kanssa.

Interventioprosessin aikana asiantuntijasairaanhoitajan piti huomioida hoitoyksikköjen erilaiset valmiudet työyhteisöinä toteuttaa asukaslähtöistä ja asukkaiden laaja-alaista hyvinvointia tukevaa hoitoa. Osa interventioyksiköistä oli profiloitunut muistisairaiden ihmisten hoitoon. Osassa hoidettiin ihmisiä, joilla oli fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn rajoitteita. Yhden interventioyksikön asukkaat olivat ihmisiä, joilla oli todettu sairaalabakteeri MRSA (Metisilliinille vastustuskykyinen *Staphylococcus aureus*-bakteeri). Hoitoyksikköjen erilaisen luonteen vuoksi henkilökunnalla ei ollut samantasoista kiinnostusta hoitaa muistisairaita ihmisiä, joita oli kuitenkin valtaosa asukkaista. Hoitotyön toteutuminen yksiköissä näyttäytyi eri tavoin. Usein päivä täyttyi välttämättömistä fyysisen perushoidon suoritteista. Henkilökunnan valmiudet ja kiinnostus kohdata muistisairas asukas ihmisenä vaihteli suuresti. Henkilökunta kertoi, ettei hoitoyksiköissä ollut kirjattuja hoitotyön tavoitteita eikä yhteisiä eettisiä periaatteita. Asukkaita yksilöivät elämäntiedot olivat puutteellisia. Erilaiset hoitokulttuurit määrittivät asukkaiden asemaa, joka huonoimmillaan saattoi olla hoidon kohteen asema ja parhaimmillaan mahdollisuus olla aktiivinen toimija.

Asukastieto	Menetelmä
Sairaudet Lääkitys	Sairauskertomustiedot, tutkimuksen geriatri-neurologin sairauskertomustietoihin pohjanneet kommentit Effican lääkelistat
Toimintakyky	Sairauskertomuksesta - Resident Assessment Instrument (RAI) (Morris ym. 1990) - verenpaineen seurantatiedot - painon seurantatiedot - hoitajien kuvaukset Tutkimushoitajan omahoitajalta keräämät lähtötiedot ¹ - muistisairauden vaikeusasteesta - fyysisestä toimintakyvystä - masennusoireista - ravitsemustilasta - elämänlaadusta - käytösoireista Asiantuntijasairaanhoidaja arviointi Asukkaalta ja omaiselta saadut tiedot
Elämäntietä	Asukkaan omat kertomukset, omaiselta saatu tieto Effican elämäntietälomakkeella ja suullisesti, hoitajien kertomukset
Muistisairauden etiologinen diagnoosi	Tutkimuksen geriatri-neurologin muistisairauden diagnosointi
Demografiset tiedot (siviilisääty, koulutus, ammatti)	Tutkimushoitajan omahoitajalta keräämät lähtötiedot Asukkaalta ja omaiselta saadut tiedot
Näkö ja kuulo	Tutkimushoitajan omahoitajalta keräämät lähtötiedot
Ravitsemustila	Tutkimushoitajan omahoitajalta keräämät lähtötiedot: MNA Kahden vuorokauden ruokapäiväkirjat ja niiden pohjalta toteutetuissa ravitsemuksen tiimipalaverissa saatu tieto Asukkaalta ja omaiselta saatu tieto
Elämänlaatu ja aktiviteetit	ELO-D-havainnointien palautteet Mentorin ja fysioterapeutin havainnot Ympäristön tarjoumat (Topo ja Kotilainen 2008)
Fyysinen ympäristö	Ympäristön arviointi (Topo ja Kotilainen 2008) ja sen pohjalta annettu suullinen ja kirjallinen palaute

¹Luku: Tutkimuksen kulku, aineiston keruu ja tilastolliset menetelmät

Taulukko 2. Asukkaan kokonaistilanteen ymmärtämisessä käytetyt tiedot.

Henkilökunnan ja hoitoyksikön yksilöllinen tukeminen

Asiantuntijasairaanhoitaja kuunteli hoitajien odotuksia ja kartoitti heidän toiveitaan ja tarpeitaan. Yhteistyössä henkilökunnan kanssa hän mietti sellaisia toimintatapoja jotka tukivat kyseistä yksikköä. Niiden pohjalta asiantuntijasairaanhoitaja järjesti esimerkiksi tutkimusryhmän järjestämää, kyseiselle yksikölle räätälöityä koulutusta, kriisityönohjausta tai vaikeiden asukkaiden kohtaamisen tueksi tietoisuustaitoharjoituksia. Lisäksi hän tuki yksikön henkilökunnasta lähteneitä kehittämisen kohteita kuten ruokailutilanteen kehittämistä.

Asiantuntijasairaanhoitajan tavoitteena oli tarjota henkilökunnalle työvälineitä, jotka parantaisivat muistisairaiden asukkaiden hyvinvointia. Yksiköiden henkilökunnan jäsenillä oli erilaista osaamista ja kiinnostusta räätälöityjen toimintamuotojen käyttöön, mikä johti joissain yksiköissä laulun käytön tukemiseen kun taas toisessa yksikössä muisteluryhmien käynnistämiseen. Yhteisöllisyyden lisäämiseksi asiantuntijasairaanhoitaja ideoi henkilökunnan kanssa hoitoyksikön elämää lisääviä tapahtumia.

Asiantuntijasairaanhoitaja yhteistyön koordinoijana

Interventiossa korostettiin yhteistyötä asukkaiden ja heidän läheisten kanssa hoitoprosessin eri vaiheissa. Asiantuntijasairaanhoitajatoiminnan haasteena oli tukea henkilökuntaa vaikuttavaan yhteistoimintaan hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi asukkaiden ja omaisten kanssa. Interventiossa tämä toteutui erityisesti asukkaan asioiden tiimoilta kokoontuneissa räätälöintitapaamisissa, joissa asukas mahdollisuuksien mukaan ja omainen olivat paikalla yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Asukaslähtöinen ja laaja-alaisen hyvinvoinnin tukeminen vaativat moniammatillista yhteistyötä, jonka kehittyminen oli alusta asti yksi asiantuntijasairaanhoitajan työn tavoitteista. Asiantuntijasairaanhoitaja auttoi henkilökuntaa näkemään yhteistyön merkityksen ja sen tuottamat vahvuudet lääkärin, fysioterapeuttien ja sairaalapastorin kanssa. Perinteisesti sairaalapastorin avun merkitys oli ymmärretty kuoleman lähestyessä. Asiantuntijasairaanhoitaja avasi näkökulmaa asukkaiden hengellisten tarpeiden huomiointiin eri elämän vaiheissa ja tilanteissa. Yhteistyössä henkilökunnan ja sairaalapastorin kanssa perustettiin muun muassa muisteluryhmiä.

Henkilökunnan vaikeaksi kokemien asukkaiden tilanteen ymmärtämisessä auttoivat tutkimuksen konsultoivan geriatrin tekemä muistisairauden diagnoosi ja sairauskertomuksiin pohjaavat kommentit sekä asukkaiden ravinnonsaantia kuvaavat kahden vuorokauden ruokapäiväkirjat. Asiantuntijasairaanhoitaja perehtyi asukkaiden tilanteeseen myös keskustelemalla hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. Näitä olivat esimerkiksi osaston lääkäri, hoitohenkilökunta, fysioterapeutti ja sairaalapastori. Lisäksi intervention aikana asiantuntijasairaanhoitajan tueksi tuli konsultoiva psykiatri jolla oli myös geriatrin koulutus. Kaiken toiminnan tavoitteena oli asukkaiden oman näkökulman löytäminen. Taulukossa 2 on kuvattu laaja-alainen asukastieto joka oli asiantuntijasairaanhoitajan ja työryhmän käytettävissä.

Konsultoiva geriatri

Konsultoiva geriatri diagnosoi asukkaiden muistisairaudet, arvioi intervention alussa lääketieteellistä hoitoa sekä toimi konsultoivana lääkärinä. Konsultoiva geriatri-neurologi kävi läpi kaikkien tutkimusluvan antaneiden asukkaiden sairauskertomustiedot. Niiden perusteella hän diagnosoi asukkaiden muistisairaudet kansainvälisten tautikohtaisten kriteerien mukaan (APA 2000, McKeith 2006, Dubois ym. 2007). Lisäksi hän antoi lääketieteellisen hoidon kommentit interventiossa mukana olleista asukkaista. Asiantuntijasairaanhoidaja konsultoi häntä tarvittaessa erityisesti henkilökunnan haasteellisiksi kokemien asukkaiden kohdalla. Konsultoinnin mahdollisuus oli myös yksiköiden hoitavilla lääkäreillä, mitä mahdollisuutta pitkäaikaishoidon ylilääkäri käytti jonkin verran. Konsultoiva geriatri oli myös asiantuntijana mukana sellaisten asukkaiden räätälöintitapaamisissa joiden hoidossa koettiin huomattavia vaikeuksia. Kahta hoitoyksikköä tuettiin henkilökunnan toiveiden mukaisesti järjestämällä koulutuspäivä, jossa tutkimuksen lääkäri oli yhtenä kouluttajana.

Räätälöintitapaamiset

Räätälöintitapaamisten tavoitteena oli muodostaa yhteistyössä käsitys muistisairaahan asukkaan hyvinvoinnin tarpeista, joiden huomiotta jättäminen oli vaikuttamassa käyttöoireiden syntyyn ja näiden tarpeiden pohjalta räätälöidä hoitokeinot (kuvio 2). Asukkaan kokonaistilannetta pyrittiin vahvasti katsomaan ja ymmärtämään asukkaan näkökulmasta. Kokoonpanoltaan pienimmissä räätälöintitapaamisissa oli vain asiantuntijasairaanhoidaja ja hoitohenkilökunta. Nämä tapaamiset eivät olleet yleensä erikseen järjestettyjä vaan asiantuntijasairaanhoidajan tapa työkennellä henkilökunnan kanssa. Myös henkilökunnan raporttien yhteyteen järjestettiin räätälöintitapaamisia. Niissä asiantuntijana oli asiantuntijasairaanhoidaja tai tutkimusryhmän vetäjä, jolla oli 30 vuoden kokemus muistisairaiden ihmisten hoidon kehittämistyöstä. Henkilökunnan kanssa pidettyjä erimuotoisia räätälöintitapaamisia toteutettiin yhteensä 393. Laajoissa räätälöintitapaamisissa asukkaan omainen tai omaisia, hoitajia, hoitava lääkäri, fysioterapeutti sekä tutkimusryhmästä asiantuntijasairaanhoidaja, konsultoiva geriatri, fysioterapeutti ja tutkimusryhmän vetäjä kokoontuivat rakentamaan käsillä olevan asukkaan hoitoprosessia. Useissa laajoissa räätälöintitapaamisissa oli mukana myös intervention aikana tutkimusryhmään mukaan tullut konsultoiva psykiatri. Niissä käsiteltiin asukkaita, joiden hoidossa oli koettu erityisiä haasteita eikä ratkaisuja ollut löydetty. Näitä laajoja räätälöintitapaamisia pidettiin intervention aikana 33. Ennen laajaa räätälöintitapaamista tutkimusryhmän jäsenet kävivät tervehtimässä asukasta. Räätälöintitapaamisen alussa omahoitaja kertoi asukkaan tiedot (taulukko 2) ja hoitava lääkäri olennaisen lääketieteellisen historian. Näitä tietoja täydensi konsultoivan geriatriin diagnostiset ja lääketieteelliset tiedot. Omaisen kuvasi asukasta ihmisenä nyt ja menneisyydessä. Yhteistyö omaisten kanssa oli erittäin tärkeää ihmisen persoonallisten ja kulttuuristen tekijöiden sekä elämänsä elämisen ymmärtämisessä ja hyödyntämisessä. Yhden asukkaan laajan räätälöintitapaamisen kesto vaihteli 30:stä 60:een minuuttiin.

Räättälöintitapaamisissa oli tarkoitus rakentaa asukkaan hoitoa ohjaava hoitosuunnitelma sovittuine menetelmineen ja seuranta-aikatauluineen (kuvio 2). Hoitosuunnitelman kirjaaminen oli omahoitajan vastuulla. Usein tämä koettiin vaikeana, minkä vuoksi kirjaamisen toteutti yksikön asiantuntijasairaanhoitaja tai muu sairaanhoitaja. Tutkimuksen asiantuntijasairaanhoitaja tuki henkilökuntaa hoitoprosessin toteuttamisessa sekä arvioinnin ja seurannan toteutumisessa.

Memotiimi

Kuukausittaiset Memotiimin tapaamiset perustettiin jo intervention alettua tukemaan hoitoyksiköiden välistä verkottumista sekä tiedon ja taidon leviämistä hoitoyksiköihin. Kullakin kerralla oli etukäteen sovittu teema, jonka valintaan tiimiläiset saivat vaikuttaa (taulukko 3). Tiimiläisten toivottiin olevan interventiotoitintaan sitoutuneita ja tukevan asiantuntijasairaanhoitajan toimintaa. Lomat, sairauspoissaolot ja henkilökunnan vaihtuvuus vaikeuttivat pysyviä muutoksia ja hyvien käytäntöjen juurtumista hoitoyksiköihin. Memotiimiläisten avulla hyvien käytäntöjen toivottiin siirtyvän pysyviksi hoitotyön käytännöiksi myös interventiotoitinnan päättymisen jälkeen.

Ensimmäinen Memotiimin tapaaminen pidettiin intervention kestänyt ensimmäisessä ryppäessä viisi, toisessa ryppäessä neljä ja kolmannessa ryppäessä kaksi kuukautta. Tapaamiset pidettiin iltapäivisin kolme tuntia ja niitä oli kaikkiaan 11 kertaa. Hoitoyksikköjä pyydettiin nimeämään vähintään kaksi vapaaehtoista hoitajaa Memotiimin jäseniksi. Kolmella yksiköllä oli vaikeuksia löytää vapaaehtoisia tiimiläisiä. Lisäksi mukaan kutsuttiin pitkäaikaishoidon ylihoitaja sekä interventioyksiköissä toimivat fysioterapeutit, sairaalapastorit ja lääkärit. Fysioterapeuteista kaksi oli hyvin aktiivisesti mukana tiimissä. Memotiimiläisiä oli kaikkiaan 26 ihmistä joista kaksi oli fysioterapeutteja ja yksi pitkäaikaishoidon kehittämisestä vastaava ylihoitaja. Kukin tiimiläinen oli läsnä keskimäärin 5.2 kertaa (vaihteluväli 1–10 kertaa).

Päivä	Aihe
29.5.2009	Tutustuminen ja orientoituminen Memotiimin toimintaan
24.6.2009	Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen asukaslähtöinen, laaja-alainen ja räätälöity hoitoprosessi (Ulla Eloniemi-Sulkava)
19.8.2009	Hoitajien ja lääkärin yhteistyö käyttösoireisten kärsivien muistisairaiden ihmisten tavoitteellisessa hoidossa (Ulla Eloniemi-Sulkava ja pitkäaikaishoidon ylilääkäri)
16.9.2009	Liike ja fysioterapia (Marjo Forder) Lewyn kappale -tauti (Ulla Eloniemi-Sulkava)
14.10.2009	Asukkaiden tarpeista lähteä hoitotyö ja osallistujien käytännön esimerkit (kaksi memotiimiläistä)
23.11.2009	Laulamalla hoitaminen -periaatteet ja käytännön sovelluksia (Ava Numminen)
16.12.2009	Muistisairaahan ja dementoituneen lähellä - Hengelliset tarpeet osa ihmisen kokonaisuutta (sairaalapastori)
13.1.2010	Asukkaiden itsemäärääminen perustuslaissa (oik.yo. Maiju Malkamäki)
17.2.2010	Muistisairaahan ravitsemus (Merja Suominen)
10.3.2010	Rajoitteiden käyttö (alustus: Ulla Eloniemi-Sulkava) ja keskustelua asukasesimerkein
14.4.2010	Omaisien kohtaaminen ja tukeminen (osastonhoitaja Arja Stenberg, Helsingin sosiaalivirasto)

Taulukko 3. Koulutuksellisten Memotiimin tapaamisten aiheet.

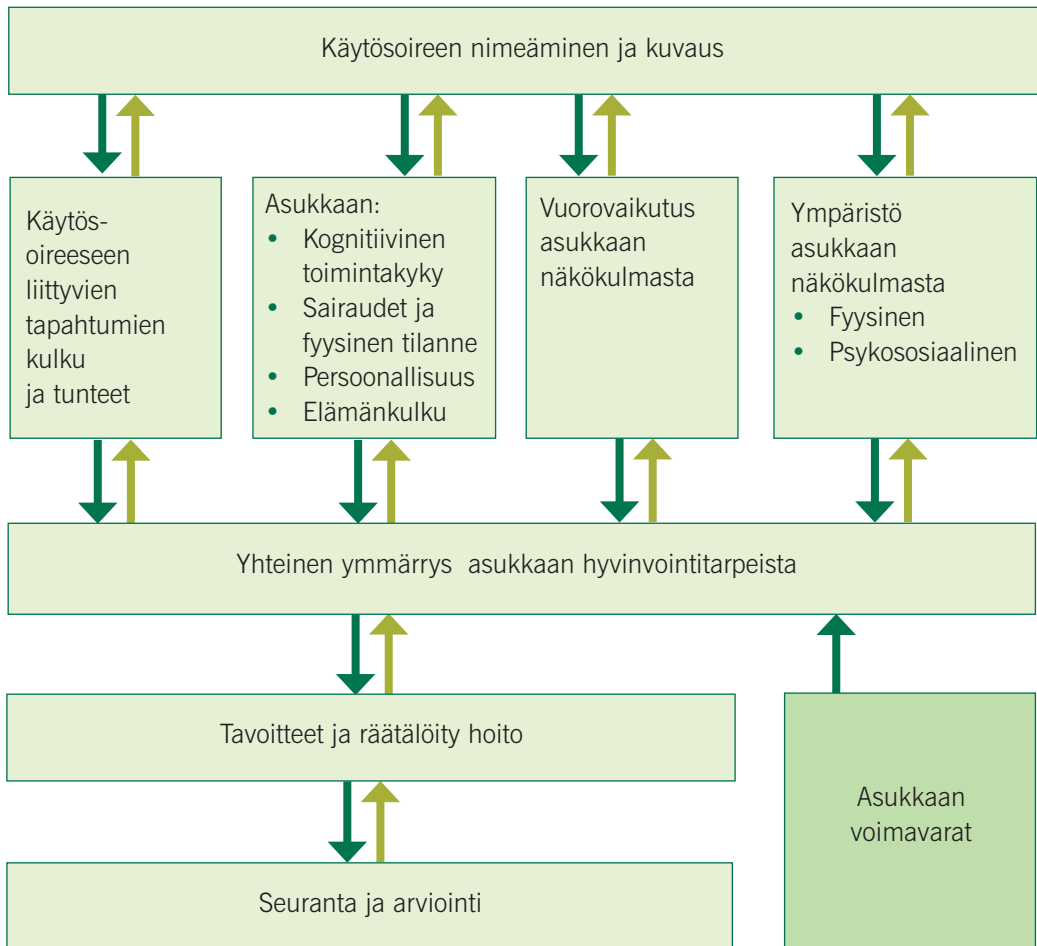
Esimerkki yhden muistisairaahan ihmisen asukaslähtöisestä, laaja-alaisesta ja räätälöidystä hoitoprosessista

Rouva Mattila on 76-vuotias rouva joka sairauskertomustietojen mukaan sairastaa Alzheimerin tautia, joka on diagnosoitu kunnan muistipoliklinikalla viisi vuotta sitten. Rouva on tullut hoitoyksikköön kaksi vuotta sitten kotoa, jossa aviomies on häntä hoitanut.

Käyttösoireen nimeäminen ja kuvaus

Hoitotilanteissa vastustaminen ja etupäässä sanallisesti ilmenevä ärtyisyys, satunnaisesti voi myös reagoida lyömällä hoitajaa.

Muistisairaan ihmisen, omaisten ja moniammatillisten osaajien yhteistyö



Käyttöoireeseen liittyvien tapahtumien kulku ja tunnesisältö

Aamuisin asukkaan huoneeseen mentäessä kieltäytyy nousemasta ylös eikä halua mennä WC:hen pikkupesuille. Yleensä muutenkin vastustaa auttamista, minkä vuoksi hoitajat kertovat asukkaan tarvitsevan kahden hoitajan auttamista. Tilanteissa rouva vaikuttaa hermostuneelta ja kiusaantuneelta. Hän on ikään kuin loukkaantunut jostain. Hän myös saattaa tiiviisti vetää peiton päälleen ja kääntää selkensä hoitajalle. Suuttumus lisääntyy, jos hoitaja asukkaan puolustuksesta piittaamatta lähtee ottamaan peittoa pois ja koettaa nostaa rouvan ylös. Hoitotilanteiden onnistumisessa ei tunnu olevan merkitystä, kuka on hoitajana. Yöt ovat tietävästi rauhallisia ja asukas nukkuu normaalisti. Päivällä pesulle meno saattaa onnistua, jos asukas on hyvällä tuulella.

Asukaskohtaiset tekijät: persoonallisuus ja elämäntilanne

- Rouvalla on kaksi tyttärtä ja viisi lastenlasta.
- Aviomiehisiin ja tyttäriin on hyvät ja lämpimät välit.
- Aviomies vierailee lähes päivittäin ja tyttäret pari kertaa viikossa.
- Rouvan lapsuuden kotikieli oli ruotsi.
- Hän työskenteli johdon sihteerinä kansainvälisessä yrityksessä ja hallitsi useita kieliä.
- Työ vaatii pukeutumiseen panostamista ja ulkonäöstä huolehtiminen on aina ollut tärkeää.
- Oma reviiiri on ollut tärkeä sekä fyysisesti että henkisesti.
- Rouva on halunnut olla itsenäinen ja itseänsä määräävä.
- Omaiset kuvaavat rouvaa lämpimäksi ihmiseksi ja huolehtivaksi äidiksi, jolle työ on ollut tärkeää. Avioliitto on ollut lämmin, toisia arvostava ja toisista huolehtiva tasavertainen kumppanuus. Elämän aikana on ollut ajoittaista alavireisyyttä ja ahdistuneisuuttakin, jonka aviomies ja lapset ovat ajatelleet liittyneen lapsuudenaikaisiin ikäviini tapahtumiin.
- Rouva on käynyt oopperassa ja teatterissa naisystävien kanssa. Perhe on satunnaisesti käynyt jumalanpalveluksessa, varsinkin juhlapyhinä.
- Rouva on ollut sosiaalinen mutta valikoiva seuran suhteen.

Asukaskohtaiset tekijät: sairaudet ja fyysinen tilanne

- Konsultoiva geriatri varmentaa asukkaan muistisairaudeksi Alzheimerin taudin Lewyn kappale-taudin piirtein.
- Konsultoiva geriatri ehdottaa seuraavat lääkemuutokset:
 - Absenor pois
 - Seroquelin vähentäminen alkaen päivä/aamulääkkeistä
 - Ebixa pois (usein ei sovi Lewy-potilailla), ensin 1x1, viikon kuluttua lopetus
 - lisäksi Exelon-laastari 4.6mg (ensimmäinen viikko ½ laastaria)
- Asukas ajoittain ilmaisee kipua jaloissaan, joissa voidaan todeta: vaivaisenluut, kipeä känsä ja kuiva iho.
- Kahden vuorokauden ruokapäiväkirjan tulos: energiansaanti/ vrk 1032 kcal, proteiinin saanti 25,4 g
- Ortostaattinen hypotonia (verenpaineet istuen tasolla 130/ 80 ja seisten 100–110/ 70–80) (Lewyn kappale -tautia sairastavilla verenpaineen säätely häiriintynyt autonomisen hermoston vaurion vuoksi.)

Asukaskohtaiset tekijät: kognitiivinen toimintakyky

- Lähimuisti huono (turvallisuus ei rakennu muistutuksien ja tietojen varaan)
- Toiminnanohjauksen vaikeus (selityksien ymmärtäminen vaikeaa)
- Apraksia (liikkeelle lähteminen on vaikeaa, kävelyn kaava kadoksissa)
- Tuttujen kasvojen ja esineiden tunnistamisen vaikeus (juttelee lasiovesta ilta-aikaan näkyvälle peilikuvalleen, ei tunnista televisiota vaan uskoo siellä olevien asioiden olevan oikeasti huoneessa)

Ympäristökijät

Rouva asuu yhden hengen huoneessa jota puoliso ja lapset eivät ole sisustaneet omannäköiseksi. Huone on persoonaton ja tyhjä. Hoitoyksikkö on vaikeasti hahmotettavissa vähäisen valon määrän ja sokkeloisuuden vuoksi. Ympäristö on pelkistetty eikä kutsu toimimaan. Asukkaiden pukeutumiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota.

Asukkaan voimavarat

Kaunis ja huumorintajuinen rouva jolla huolehtivat ja rakastavat omaiset. Muistisairauden aste on keskivaikea ja rouvalla on monia taitoja jäljellä. Hän kävelee itsenäisesti. Virkeinä hetkinä on lähimuistia ja ymmärtämisen kykyjä, jolloin keskustelee mielellään. Rouva suoriutuu osittain pukeutumisesta ja peseytymisestä ohjattuna sekä syö itsenäisesti hyvin. Rouva nauttii hyvästä kohtelusta, kauniista ympäristöstä ja huolitellusta ulkonäöstä. Hän nauttii myös musiikista ja tanssista.

Yhteinen ymmärrys hyvinvoinnin tarpeista

- Arvostuksen saaminen
- Itsemäärääminen
- Normaali kanssakäyminen
- Toiminta ja osallisuus
- Oma fyysinen reviiiri
- Kaunis, omin tavaroin varustettu huone
- Kivuttomuus ja muu fyysinen hyvä olo
- Mielihyvää tuottavat ruokailutilanteet ja ruoka

Tavoitteet ja räätälöity hoito

- Pyritään verenpaineen ylläpitämiseen.
Huomioidaan matalapaineisuuden asukkaalle aiheuttamat ongelmat (huonovointisuus, palelu):
 - Toimenpiteet verenpaineen nostamiseksi: riittävästä nesteestä saannista huolehtiminen ja suolan käytön lisääminen.
 - Aamulla ennen ylös kutsua annetaan lasillinen mieluisaa juomaa ja mahdollisesti kahvi vuoteen luokse. Puolen tunnin päästä käydään kysymässä vointia ja kysytään onko halukas lähtemään sängystä. Tarjotaan puolison ostama paksu kylpytakki lämmittämään oloa.
 - Hoitotoimet ajoitetaan asukaslähtöisesti eli hetkiin kun asukas voi hyvin.
- Asianmukainen lääkitys
 - Tehdään konsultoivan geriatrin ehdottamat lääkemutokset hoitavan lääkärin määräyksen mukaan
- Kivun lieventyminen
 - jalkojen hoito
 - jalkojen päivittäinen rasvaus joka tuottaa myös henkistä hyvinvointia
- Vuorovaikutus vastaa asukkaan tarpeisiin
 - kaikissa tilanteissa kohtelias, lupaa kysyvä lähestyminen
 - luontevia arvostuksen viestejä
 - normaali juttelu asukasta kiinnostavista asioista

-
- positiiviset palautteet
 - ruotsin kieli
 - Identiteetin tukeminen
 - vuorovaikutustilanteissa kohtelias puhuttelutapa, ehkä rouva-tittelin käyttö kun luontevaa
 - ulkonäöstä huolehtiminen: rouva mukana miettimässä vaatteita, tukan kampausta ja kynsien lakkaamista
 - oma huone sisustetaan tukemaan identiteettiä
 - Hyvästä ravitsemustilasta huolehtiminen
 - lempiruokat käyttöön yhteistyössä asukkaan ja omaisten kanssa
 - mieluisia välipaloja joita voi itsenäisestikin nauttia (esim. jäätelö, banaani)
 - kaunis kattaus

Seuranta ja arviointi

- Ensimmäinen seuranta-arviointi kuukauden päästä joka perustuu
 - seuranta-aikaisiin asukkaan hyvinvoinnin ilmaisuihin
 - seuranta-aikaisiin omaisten kommentteihin asukkaan hyvinvoinnista
 - Lääkemuutoksiin ja niiden vaikutusten kirjaamisiin
 - Työvuorokohtaisiin kirjauksiin
 - käytösoireen esiintymisestä (kuinka usein, kuinka kauan, mihin aikaan)
 - käytösoireen kuvaamisesta (Minkälaista? Miten?)
 - sovittujen hoitokeinojen käytöstä ja niiden vaikutuksista

Lähteet

- APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR). 4. painos, 2000.
- Bird M, Jones RH, Korten A, Smithers H. A controlled trial of a predominantly psychosocial approach to BPSD: treating causality. *Int Psychogeriatr.* 2007; 19: 874–91.
- Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007; 62: 908–16.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, Delacourte A, Galasko D, Gauthier S, Jicha G, Meguro K, O'Brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Stern Y, Visser PJ, Scheltens P. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol.* 2007; 6: 734–746.
- McKeith IG. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the Consortium on DLB International Workshop. *J Alzheimers Dis.* 2006; 9 (3 Suppl): 417–423.
- Morris, J, Hawes, C., Fries, B., Phillips, C.D., Mor, V., Katz, S. 1990. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing homes. *Gerontologist* 30; 3: 293–307.
- Salo M. Elo-D -laatutyökalu muistisaira-an ihmisen hyvinvoinnin kehittämiseksi. Loppuraportti Dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kehittäminen -projektista 2005-2008. Suomen muistiasiantuntijat ry, Helsinki 2009.
- Topo P, Kotilainen H. Designing enabling environments for people with dementia, their family carers and formal carers. Teoksessa: Topo P, Östlund, B (toim.). *Dementia, design and technology: Time to get involved.* IOS Press. Amsterdam, 2009, s. 45–59.

Henkilökunnalle tarjotut välineet asukkaiden hyvinvoinnin parantamiseksi

Lauluvalmennus

Ava Numminen

MielenMuutos-käyttösoireututkimuksen interventioyksiköille haluttiin tarjota lauluvalmennusta, jossa henkilökunta saisi valmiuksia käyttää laulamista hoitotyön välineenä. Valmennus perustui LauluAvain-menetelmään®, joka puolestaan pohjautuu musiikin tohtori ja psykologi Ava Nummisen (2005) väitöskirjatutkimukseen laulutaidottomien aikuisten laulamaan oppimisesta. Valmennukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja siihen ilmoitettiin osastonhoitajalle.

Lauluvalmennuksesta informoitiin osastoja tiedotteella, jossa kerrottiin valmennuksen sisällöstä ja tavoitteista. Tiedotteessa korostettiin, että tavoitteena on helpottaa yhteistyötä muistisairaiden asukkaiden kanssa sekä lisätä työn luovia ulottuvuuksia. Kerrottiin myös, että laulaminen voi tarkoittaa hoitajan omaa laulamista tai hyräilyä yhdessä asukkaan tai asukkaiden kanssa, laulamista hoitotilanteissa tai erikseen järjestettäviä yhteislaulutuokioita. Valmennuksen sisältöä kuvattiin seuraavaan tapaan:

”Valmennuksen aikana (6 x 1.5 tuntia) saadaan käytännön työkaluja käyttää omaa ääntä laululliseen tapaan ilman, että täytyisi osata erityisemmin laulaa. Kokeillaan tuttuja helppoja lauluja, esimerkiksi rauhoittavia ”tuutulauluja” ja reippaita ”energialauluja”. Pohditaan yhdessä laulamis- ja musiikkikokemuksia ja rohkaistaan jokaista oman äänensä käyttämiseen. Harjoituksia tehdään pääsääntöisesti yhdessä, ketään ei panna ”eteen yksin laulamaan”. Jokainen hyötyy harjoitteista, eikä mukaan tuleminen edellytä mitään ennako-osaamista laulamisen suhteen. Oma ääni riittää. Koska valmennuksessa myös liikutaan ja venytellään, harjoittelu virkistää kokonaisvaltaisesti mieltä ja kehoa! Valmennusryhmässä on turvallista tutkailla ja kehittää ääntään rennossa ja suorituspainottomassa ilmapiirissä.”

Valmennusryhmät

Valmennusryhmiä järjestettiin talven ja kevään 2009 aikana kolme. Niihin osallistui yhteensä 47 (16, 21 ja 10) hoitajaa. Valmennuskertoja oli kuusi ja yksi tapaaminen kesti 1.5 tuntia. Tapaamiset olivat pääsääntöisesti kerran viikossa, mutta joidenkin tapaamiskertojen väli oli kaksi viikkoa lomien takia. Yksittäisillä tapaamiskerroilla oli keskimäärin paikalla kaksi kolmasosaa ilmoittautuneista osallistujista ja keskimäärin osallistuttiin neljään kuudesta tapaamisesta. Jokaisessa ryhmässä oli hoitajia useammasta eri yksiköstä. Valmennus tapahtui isossa tilassa, jossa voi häiriöttä laulaa ja liikkua.

Ensimmäisen tapaamiskerran alussa ja viimeisen kerran lopussa osallistujat täyttivät kyselylomakkeen, jonka avulla kartoitettiin osallistujien 1. laulamisen- ja/tai soittotaustaa sekä omassa elämässä että työn puitteissa. 2. käsityksiä omasta laulutaidosta sekä 3. käsityksiä laulamisesta työpaikalla. Samoihin kysymyksiin vastattiin viimeisellä valmennuskerralla. Loppukyselyssä kartoitettiin lisäksi kokemuksia lauluvalmennuksesta. Kyselyihin vastattiin omalla nimellä ja lomakkeessa ilmoitettiin, että vastaukset ovat luottamuksellisia, eikä raportoinnissa voi tunnistaa yksittäisiä vastaajia. Alkukyselyyn vastasi 38 osallistujaa ja loppukyselyyn 24 osallistujaa.

Kyselyyn vastanneista 15 oli aiemmin laulanut kuorossa, mutta vastaushetkellä vain kaksi kuului kuoroon. Yksi henkilö oli opiskellut laulua. Seitsemän henkeä ilmoitti soittavansa pianoa. Pianon lisäksi yksi vastaaja ilmoitti soittavansa kitaraa ja yksi harmonikkaa. Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut mitään kosketusta kuorossa laulamiseen tai aktiiviseen musisointiin soittamalla. Myöskään karaokea ei juuri harrastettu.

Valmennuksen sisältö

Lauluvalmentajana toimi laulunopettaja, tutkija Ava Numminen. Hänellä on pitkäaikainen kokemus laulunopetuksesta ja erityisesti laulamista arastelevien aikuisten ryhmäopetuksesta. Valmentaja perehtyi havainnoiden ja keskustellen tutkimusyksiköiden toimintaan sekä tutustui asukkaisiin ja hoitajiin ennen valmennusta ja sen aikana.

Valmennus sisälsi muun muassa tietoa musiikin ja laulamisen vaikutuksista muistisairaisiin ihmisiin, rohkaisua ja opastusta lauluäänen käyttöön, tietoa lauluhengityksen helpottamisesta, ääni- ja liikelämmittelyjä, laulujen harjoittelemista, simulointiharjoituksia käytännön tilanteista sekä kokemusten reflektointia. Käytössä oli laulumoniste, joka sisälsi nykyisille ikäihmisille tuttuja lauluja (Isotalon Antti, Kalliolle kukkulalle, Karjalan kunnailla, Kotkan ruusu, Sininen uni, Suojelusenkeli, Vem kan segla jne.). Ryhmässä tehtiin improvisaatioharjoituksia, kuten asukkaan kanssa vessaan meno Elefanttimarssin tahdissa ja rauhoittuminen unilaulun avulla. Lauluja kokeiltiin esimerkiksi eri äänensävyillä tai liikkuen. Hoitajat saivat myös välitehtäviä, kuten esimerkiksi kehotuksen laulaa joka päivä hieman enemmän kuin tähän asti, selvittää yksikön asukkaiden lempilaulut ja kokeilla laulamista töissä. Kokemuksia ja tuntemuksia välitehtävistä ja valmennuksesta jaettiin valmennustapaamisissa. Kaikessa toiminnassa pyrittiin siihen, että kynnyksikäyttöä laulamista hoidossa alenisi. Valmentaja korosti esimerkiksi, että ei haittaa, jos unohtaa sanat tai aloittaa laulun liian korkealta tai matalalta. Valmentaja pyrki tietoisesti ilmaisemaan arvostustaan hoitajien vaativaa työtä kohtaan.

Osallistujien näkemyksiä lauluvalmennuksesta ja laulamisesta

Lauluvalmennus koettiin palautteiden perusteella erittäin myönteisenä. Yhdessä harjoittelua kuvattiin ilmaisuilla *rentouttavaa* (yhdeksän mainintaa), *mukavaa/iloista/kivaa* (yhdeksän mainintaa), *hauskaa* (seitsemän mainintaa), *rohkaisevaa/kannustavaa* (viisi mainintaa), *innostavaa* (neljä mainintaa), *uuden oppimista, vaihtelua arkeen* (yksi maininta), *yhdistävää, työilmapiiri paranee* (yksi maininta). Yksi maininta oli kielteinen: *jännittävää, välillä stress-*

saavaa. Lauluvalmennuksen ilmapiiri arvioitiin erinomaiseksi, sillä asteikolla 1-5 arvioiden keskiarvo oli 4.9. Kaikki valmennuksen jälkeen kyselyn palauttaneet (N= 24) vastasivat ilmapiirikysymykseen.

Suurimpina esteinä laulamisen käyttöön työssä osallistujat pitivät *ujoutta, arastelua ja jännittämistä*. Nämä mainittiin lomakkeissa 15 kertaa. Valmennusta ennen näin arvioi 11 henkilöä, mutta valmennuksen jälkeen vain neljä henkilöä. *Sanojen muistamisen vaikeus* mainittiin 11 kertaa sekä ennen valmennusta että sen jälkeen. Esiin tulivat myös *äänen ja laulamisen vaikeudet* (seitsemän mainintaa) sekä *kiire ja ajan puute* (kuusi mainintaa). Kolme henkilöä oli kokenut esteeksi sen, että asukkaat olivat aggressiivisia tai eivät kokeneet laulamista hyvänä.

Useimmiten osallistujat olivat laulaneet perushoitoon liittyvissä tilanteissa, esimerkiksi *pesun, wc:ssä käynnin, pukeutumisen ja liikkumisen* yhteydessä (10 mainintaa). Jotkut mainitsivat laulaneensa erityisesti levottomien asukkaiden kanssa, ruokailujen alussa, jumpan yhteydessä (fysioterapeutti) tai yhteislauluhetkessä. Laulaminen saattoi joskus liittyä myös asukkaan kuolemaan.

Lomakkeella kysyttiin myös lauluvalmennuksen koettuja vaikutuksia osallistujien ajatuksiin, asenteisiin ja työtapoihin sekä sitä, miltä lauluvalmennus ylipäänsä oli tuntunut. Omiin myönteisiin tunnekokemuksiin viittasi 14 henkilöä. Laulamista saatettiin kuvata esimerkiksi rentouttavana, tunteita herättävänä ja iloa tuovana. Sen kerrottiin myös katkaisevan mukavasti päivän rutiineita, keventävän työtä sekä lisäävän työvirettä ja motivaatiota. Jotkut osallistujat olivat rohkaistuneet pohtimaan jokaisen asukkaan kohdalla tämän mielimusiiikkia ja osa kertoi laulamisen lisääntyneen sekä töissä että kotona. Laulun koettiin vievän ajatukset pois ikävistä asioista ja virkistävän koko osaston ilmapiiriä. Rohkeus laulamiseen oli kasvanut eikä laulaminen työssä tuntunut enää oudolta. Kaikki eivät kuitenkaan olleet valmennuksesta huolimatta käyttäneet laulamista hoidon osana. Tästä raportoi viisi henkilöä ja syinä mainittiin rohkeuden puute, lisävalmennuksen tarve ja se, ettei tee mieli laulaa, jos esimerkiksi on ”hermot kireällä”.

Palautteissa kerrottiin laulamisen myönteisistä vaikutuksista asukkaisiin. Laulaminen sai esimerkiksi asukkaan hymyilemään tai tämä ”unohti vastustella hoitoa”. Hoitajat olivat myös huomanneet, että laulaminen motivoi erityisesti muistisairaita asukkaita, sai heidät hyvälle tuulelle sekä lievitti ahdistusta ja aggressioita. Vain kaksi hoitajaa kaikista kyselyyn valmennuksen jälkeen vastanneista toi esiin laulamiseen liittyviä kielteisiä seikkoja. He olivat huomanneet, että vaikka laulaminen aluksi tuntui auttavan, asukas ei jaksanut innostua siitä pitkään tai jopa pyysi hoitajaa lopettamaan laulamisen toteamalla ”älä viitsi”.

Kyselyssä esitettiin joukko väitteitä, joihin vastattiin asteikolla 1–5 siten, että asteikon aläpäässä vastaaja oli täysin eri mieltä väitteen kanssa ja yläpäässä taas täysin samaa mieltä (taulukko 1).

Väite	Ennen valmennusta	Valmennuksen jälkeen
Työpaikallani kuulee paljon a) työtovereiden laulamista	2.5	2.2
Työpaikallani kuulee paljon b) asukkaiden laulamista	2.4	2.3
Työpaikallani kuulee paljon c) omaisten tai muiden vierailijoiden laulamista	2.1	1.9
Televisiosta tai radiosta kuuluu työpaikallani musiikkia tai puhetta pitkin päivää	4.0	3.8
Työpaikallani on meluista	2.8	2.7
Hyräilen tai laulelen usein työpaikalla	3.2	3.4
Jännitän laulamista <i>työtovereitten</i> kuullen	2.8	3.2
Jännitän laulamista <i>asukkaiden</i> kuullen	2.6	2.7
Jännitän laulamista <i>omaisten</i> kuullen	3.1	2.4
Laulan nykyään työtehtävien yhteydessä päivittäin (=5), viikoittain (=4), kuukausittain (=3), harvemmin (=2), en laula lainkaan työtehtävien yhteydessä (=1)	3.4	3.9

Asteikko: 1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä.

Taulukko 1. Joidenkin väitteiden vastausten keskiarvot.

Keskiarvojen voi nähdä asettuvan yleisesti ottaen asteikon puoleenväliin. Suurin yksimielisyys vallitsi väitteestä ”Televisiosta tai radiosta kuuluu työpaikallani musiikkia tai puhetta pitkin päivää”. Televisio/radiohäly näyttää olevan piintynyt tapa, jota ei tulla edes kyseenalaistaneeksi. On mahdotonta käyttää musiikkia, laulamista tai tehdä jotain muuta yhdessä tarkoituksellisesti, jos televisio tai radio on päällä antamassa jatkuvaa taustahälyä. Näin käytettynä TV ja radio merkitsevät äänisaastetta.

Pientä laulamisen lisääntymistä voi havaita viimeisen väitteen kohdalla. Hoitajat ilmoittivat lauluvalmennuksen jälkeen laulavansa pikemminkin viikoittain kuin vain kuukausittain työtehtävien yhteydessä. Tämän muutoksen tai muiden annettujen vastausten merkitsevyyttä ei voi tilastollisesti arvioida, koska otos on liian pieni. Muu yksiköiden yleisissä tiloissa kerätty tutkimuksen havainnointiaineisto ei tue sitä, että laulaminen olisi lisääntynyt entisestä. Lisääntyminen on sinänsä kuitenkin mahdollista, koska se voi koskea ennen kaikkea asukkaan kanssa kahdenkeskisissä tilanteissa tapahtuvaa laulamista. Tähän viittaa sekin, että yleisimmiksi laulamistilanteiksi mainittiin kyselyssä juuri pesu, wc:ssä käynti, pukeutuminen ja liikkuminen.

Liikkeellä hoitaminen ja fysioterapia

Marjo Forder

Muistisairaiden ihmisten fysioterapian keskeisiä piirteitä ovat asiakaslähtöisyys, yhteistyö läheisten kanssa, moniammatillisuus ja kokonaisvaltaisuus sekä oikea-aikaisuus. Tässä interventiossa fysioterapeutin tavoitteina oli tukea henkilökuntaa liikkeellä hoitamiseen, auttaa tunnistamaan kunkin asukkaan fyysisiä voimavaroja sekä auttaa henkilökuntaa ergonomisten työasentojen löytämisessä. Fysioterapeutti toimi kuntoutushenkilökunnan mentorina, jolloin henkilökunta sai uutta ymmärrystä fysioterapeutin roolista hoitotiimin jäsenenä. Fysioterapeutin ohjaava työ kohdistui sekä yksittäisten asukkaiden kuntoutumisen edistämiseen että henkilökunnan valmiuksiin ohjata ryhmiä ja käyttää liikettä avukseen hoitotyössä.

Fysioterapia-mentoroinnin keskeisenä tavoitteena oli vahvistaa liikkeen ja liikunnallisen ryhmätoiminnan käyttöä osaston päivittäistä toimintaa. Tällä tavoin ryhmätoiminta tukisi parhaiten asukkaiden yksilöllisiä tarpeita, ja jokaiselle asukkaalle löytyisi omia tarpeita vastaava ryhmä. Myös kuntoutushenkilökunta oppi uuden tavan toimia osastojen tiimeissä ja sai lisää valmiuksia muistisairaana ihmisen fysioterapiaan.

Ryhmätoiminta

Ryhmätoimintaa käynnistettäessä lähtökohtana oli, että asukkaat valikoidaan niihin yksilöllisten tarpeidensa ja voimavarojensa perusteella. Näitä mietittiin yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa, minkä jälkeen asukas ohjattiin hänelle sopivaan ryhmään. Joskus ryhmätoimintaa motivoivat myös hoitoyhteisön tarpeet, kuten esimerkiksi halu parantaa vuorovaikutusta ja mahdollistaa vertaistukea miespuolisten asukkaiden välillä. Näistä lähtökohdista perustettiin oma kuntosaliryhmä miehille. Kuntosali- ja tasapainoryhmät suunniteltiin yhdessä yksikön oman kuntoutushenkilökunnan kanssa, muut ryhmät asukkaiden ja henkilökunnan tarpeiden mukaisesti.

Ryhmien ydinajatuksina olivat aina toiminnan soveltuvuus muistisairaille ja henkilökunnan rohkaiseminen muistisairaiden ryhmätoiminnan ohjaamiseen. Intervention aikana muodostettiin kuusi liikuntaryhmää: tasapainoryhmä, kuntosaliryhmä, lusikka suuhun -jumppa ryhmä, tuolijumpparyhmä, aivojumpparyhmä ja osastojumpparyhmä (taulukko 2). Ryhmäkokoukset noudattivat yleensä samanlaista kaavaa, jonka elementteinä olivat yhteinen aloitus, esittäytyminen, kuulumisten kertominen ja ryhmäkokemusten kysyminen.

Tasapainoryhmän tavoitteena oli seisomis- ja liikkumistasapainon parantaminen sekä sosiaalisen osallistumisen lisääminen. Ryhmään valittiin henkilöitä, joiden kävely- tai seisomistasapaino oli sillä hetkellä vaarassa heikentyä. Osallistujat valittiin ja arviointi tehtiin yhdessä osaston fysioterapeutin kanssa. Ryhmä oli kuitenkin niin sanottu avoin ryhmä, johon saivat osallistua osaston muutkin asukkaat. Tasapainoryhmässä tehtiin esimerkiksi askellusharjoituksia, heiteltiin palloa ja käveltiin erilaisilla alustoilla.

Kuntosaliryhmissä keskityttiin alaraajalihasten harjoittamiseen, koska alaraajojen lihasvoimalla on suuri merkitys liikkumiskyvyn kannalta. Lisäksi tutkimusten mukaan alaraajojen lihasvoima heikkenee yläraajojen lihasvoimaa nopeammin. Kuntosaliryhmät olivat pääsääntöisesti naisten ja miesten sekaryhmiä. Yhdessä yksikössä oli kuitenkin miehille oma ryhmä, koska siellä haluttiin vahvistaa miesten ryhmäytymistä ja vertaistukea. Kuntosaliryhmiin valittiin henkilöitä, joiden alaraajojen lihaksisto oli heikko ja joiden arveltiin hyötyvän lisääntyneestä lihasvoimasta kävelyn, ylösnousun ja siirtymisen kannalta. Mukaan otettiin myös henkilöitä, joilla oli levottomuutena ilmenevää mielekkään toiminnan tarvetta, jota voitiin kuntosaliharjoittelun avulla tyydyttää. Kuntosaliryhmä toteutettiin aina yhdessä talon oman fysioterapeutin kanssa. Usein mukaan tuli myös hoitajia tai opiskelijoita apuohjaajiksi ja avustajiksi.

Lusikka suuhun -jumpassa käytiin laulun tahtiin läpi ruokailuun liittyvää käden ja suun motorikkaa. Tavoitteena oli aktivointi itsenäiseen syömiseen. Ryhmään pääsivät mukaan kaikki halukkaat ja kuuntelemaan ja katselemaan myös ne, jotka eivät pystyneet osallistumaan varsinaiseen harjoitteluun. Tavoitteena oli myös henkilökunnan ohjaaminen ryhmän jatkamiseen itsenäisesti, mitä varten annettiin kirjallinen ohje. Lusikka suuhun -jumpa pidettiin aina ennen lounasta ruokasalin pöydän ääressä, jolloin harjoituksen hyöty näkyi heti ruokailussa.

Tuolijumpaan saivat osallistua asukkaat, jotka toimintakykynsä puitteissa pystyivät tekemään harjoitteita eli käden ja suun käyttöön yhdistettyjä lauluja, loruja ja muistelua. Tuolijumpalla oli myös sosiaalisen yhdessäolon tavoite.

Aivojumpaan saivat osallistua kaikki halukkaat, myös ne asukkaat, jotka kykenivät vain katselemaan ja kuuntelemaan. Aivojumparyhmään halusivat yleensä asukkaat, jotka toivoivat lisää sosiaalista kanssakäymistä ja keskustelua. Lisäksi ryhmään valittiin henkilöitä, joiden verbaalisen tuottamisen kyky oli ehtymässä. Aivojumpassa harjoiteltiin rentoutumista ja keskittymistä musiikkia ja hengitysharjoituksia käyttäen. Yhtenä toimintamuotona oli myös käden ja suun liikkeiden harjoittelu muistelun, laulujen ja loruja avulla. Aiheet muisteluun ja keskusteluun tulivat asukkaiden eletystä elämästä tai sen hetkellisistä ajankohtaisista tapahtumista tai juhla-ajoista

Osastojumpan tavoitteena oli tukea osaston henkilökuntaa toimintaryhmän itsenäiseen ohjaamiseen. Asukkaiden näkökulmasta tavoitteena oli virikkeellinen toiminta ja yhdessäolo. Ryhmät pidettiin osaston tiloissa, jolloin ne toivat osastolle ääniä, tapahtumia, lauluja ja toimintaa. Pallolla heräteltiin asukkaita liikkumaan, heitettiin hernepussia ruudukkoon ja pelattiin pelejä. Osastoille rakennettiin myös yhdessä hoitajien kanssa erilaisia toimintapisteitä, joita voitiin hyödyntää milloin tahansa asukkaalle sopivalla hetkellä. Esimerkiksi hernepussin heitto -piste rakennettiin käytävälle, jolloin sitä saattoi käyttää vaikka matkalla ruokasaliin. Toimintapisteiden avulla ohjattiin henkilökuntaa toiminaan ja liikkumaan yhdessä asukkaan kanssa.

Ryhmä	Tavoite
Tasapainoryhmä	seisomis- ja liikkumistasapainon parantaminen sosiaalisen osallistumisen lisääminen
Kuntosaliryhmä	alaraajojen lihasvoiman parantaminen kävelykyvyn ja seisomisen edistäminen itsenäisen toiminnan lisääntyminen
Lusikka suuhun -jumppa	aktivointi itsenäiseen syömiseen
Tuolijumppa	sosiaalinen yhdessäolo toimintakyvyn ylläpitäminen
Aivojumppa	käden motoriikan aktivointi liikeaivokuoren, limbisen järjestelmän ja aivorungon alueen aktivointi
Osastojumppa	henkilökunnan tukeminen toimintaryhmän ohjaamiseen yhdessäolo, virikkeet

Taulukko 2. Intervention aikana pidetyt ryhmät ja niiden tavoitteet.

Yhteistyö asukkaiden ja omaisten kanssa

Yhteistyö yksittäisten asukkaiden kanssa käynnistyi esimerkiksi hoitohenkilökunnan tai hankkeen asiantuntijasairaanhoidajan ehdotuksesta tai fysioterapeutin omien havaintojen pohjalta. Fysioterapeutti keräsi tietoja yksittäisestä asukkaasta tältä itseltään, omaiselta, henkilökunnalta, osaston fysioterapeutilta ja potilastietojärjestelmästä (taulukko 3). Asukkaan voimavaroista ja tarpeista saatiin tietoa myös havainnoimalla asukasta hänen liikkessaan, syödessään ja kohdatessaan muita ihmisiä.

Yksilötaso	Kognitiiviset muutokset <ul style="list-style-type: none"> • toiminnanohjauksen vaikeudet • hahmottamisen vaikeudet • lihasten toiminnan heikkous • liikesarjojen suorittamisen vaikeus, turhautuminen
	Fyysiset muutokset Matala verenpaine / ortostaattinen hypotonia Infektiot, muut sairaudet Kipu Huono ravitsemustila (neste, proteiini) Väsymys Huono kuulo Huono näkö
	Persoonallisuus, elämäntyyli avoimuus/varautuneisuus elämänaikaiset kokemukset
	Voimavarat <ul style="list-style-type: none"> • ilmaisu, liikkuminen
Ympäristötaso	Hoitokulttuuri <ul style="list-style-type: none"> • kuntouttava/passivoiva
	Tilat ja muu fyysinen ympäristö

Taulukko 3. Asukkaan yksilöllisen fysioterapian suunnittelussa käytetyt tiedot.

Arvioinnin perusteella suunniteltiin asukkaan yksilöllinen fysioterapia, joka saattoi olla esimerkiksi kävelyn tai siirtymisen ohjausta. Fysioterapeutti oli mukana päivittäisissä tilanteissa seuraten asukkaan voimavaroja ja pohtien, kuinka henkilökunta voisi tukea asukasta toimimaan mahdollisimman itsenäisesti ja kuinka henkilökunta voisi käyttää liikettä osana päivittäistä hoitotyötä. Työasentoja ohjattiin siten, että ne olisivat työntekijän kannalta ergonomisia ja samalla mahdollistaisivat asukkaan omien voimavarojen hyödyntämisen hoitotilanteissa. Fysioterapeutin asiantuntemusta käytettiin myös silloin, kun asukkaan huoneen järjestystä haluttiin muuttaa hänen toimintakykynsä kannalta mielekkäämmäksi sekä tilanteissa, joissa asukkaan perushoito aiheutti tälle kipuja. Fysioterapeutti avusti hoitohenkilökuntaa lisäksi apuvälinekartoituksissa, kuten liikkumisen apuvälineiden, muotoiltujen ruokailuvälineiden, polvitukien ja lonkkasuojainhousujen käytön suunnittelussa.

Intervention aikana fysioterapeutti ohjeisti asukkaille yksilöllisiä liikuntasuosituksia, joiden tavoitteena oli arjen toiminnan tukeminen ja asukkaan voimavarojen tuominen esiin. Liikuntasuosituksissa mainittuja harjoituksia olivat esimerkiksi ylösnousu, kävely, lantion nosto vuoteesta sekä kuntosaliharjoittelu. Hoitajia ohjattiin käyttämään osastolle rakennettuja toimintapisteitä yhdessä asukkaiden kanssa muun päivittäisen hoitotoiminnan ohella. Yksilöllisiä liikuntasuosituksia toteuttivat hoitajien ja kuntoutushenkilökunnan lisäksi myös omaiset, esimerkiksi avustamalla ulkoilussa vierailunsa yhteydessä.

Omaisien rooli oli koko interventiossa tärkeä. Heiltä saatiin tietoa asukkaan elämänaikaisista tapahtumista, persoonallisuudesta, toiveista ja tarpeista. Osa omaisista oli myös mukana läheisensä liikehoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa, ja fysioterapeutin laatimat liikuntasuosituksot olivat oivallinen tapa kannustaa omaisia vierailun yhteydessä liikeharjoitteluun läheisensä kanssa. Harjoittelu saattoi olla esimerkiksi kävelyä, ulkoilua tai istumasta seiso- maan nousemista. Tarvittaessa hoitajat välittivät hoitosuosituksot omaisille. Palautteen mukaan omaiset kokivat läheisensä saaman yksilöllisen huomion tärkeäksi ja olivat tehneet itsekin aloitteita yksilöllisten liikuntaohjelmien suunnitteluun.

Muistelun käyttö muistisairaiden ihmisten hoidossa

Marja Saarenheimo

MielenMuutos -käyttösoirehankkeessa tarjottiin interventiossa mukana olevien yksikköjen työntekijöille mahdollisuus osallistua kolme iltapäivää käsittävään muistelukoulutukseen. Näitä kolmen iltapäivän kokonaisuuksia järjestettiin hankkeen aikana kaiken kaikkiaan kolme, jotta mahdollisimman monet halukkaat saivat tilaisuuden osallistua. Koulutukseen osallistui yhteensä lähes 50 henkilöä seitsemästä eri yksiköstä.

Muistelukoulutuksen toteuttaminen

Koulutuksen ensimmäisessä osiossa perehdyttiin omaelämäkerrallisen muistin rakenteisiin ja toimintaan, sillä nämä muodostavat pohjan muistelun käytölle hoidollisena menetelmänä. Lisäksi tarkasteltiin vuorovaikutuksen roolia muistelutapahtumassa ja muistelutoiminnan hyö- tyjä asukkaalle ja työntekijälle. Kotitehtäväksi osallistujat saivat elämäkerrallisen haastattelun tekemisen jonkun yksikkönsä asukkaan kanssa. Tehtävän tarkoituksena oli antaa osallistujille omakohtaista kokemusta siitä, millä tavoin asukkaan elämänsä historiaan perehtyminen voi muuttaa hoitotyön luonnetta ja millaisia näkymiä se avaa hoidon sisällön suunnitteluun asuk- kaan kohdalla. Yksiköissä koottiin yleensä melko rutiininomaisesti strukturoidulla lomakkeella elämänsä historiallisia tietoja asukkaista, ja useimmiten lomakkeen täytti joku omaisista. Myös omaisten antamat tiedot ovat toki tärkeitä, mutta ne eivät voi kokonaan korvata asukkaan omia muistikuvia ja hänen käsityksiään omasta itsestään. Elämäkerrallinen keskustelu asukkaan kanssa tuo lisäksi esiin tämän omia voimavaroja ja sitä kautta auttaa työntekijöitä arvostamaan jokaista asukasta ainutkertaisena yksilönä.

Toisena koulutusiltapäivänä käytiin läpi muistelutyön menetelmiä ja siihen liittyviä käytännön seikkoja. Muistelua voidaan toteuttaa pitkäaikaishoidossa sekä yksittäisen asukkaan kanssa että ryhmämuotoisena. Yksittäisen asukkaan kanssa muistelu toteutuu luontevimmin osana arkista vuorovaikutusta vaikkapa päivittäisten hoitotoimien yhteydessä. Spontaaneimmillaan se saa syytyksensä jostain tämänhetkisen tilanteen elementistä, mutta sitä voidaan myös tarkoi- tuksellisesti virittää esimerkiksi katselemalla valokuvia, kuuntelemalla musiikkia tai ottamalla lähtökohdaksi jokin esine. Koulutuksessa hoitajia rohkaistiin erityisesti tämäntyyppiseen muis- telun hyödyntämiseen hoitotyössä.

Spontaanien keskustelujen ohella kahdenkeskistä muistelua voidaan käyttää myös tavoitteellistemmin, jolloin asukkaahan kanssa toteutetaan jokin muisteluun liittyvä projekti. Kyseessä voi olla esimerkiksi muistelukansion tai muistelurasian tekeminen. Kansioon kootaan usein asukkaahan elämänhistoriaan liittyviä valokuvia tai hänelle muuten merkittäviä kuvia tai tekstejä. Muistelurasiaan voi kerätä merkityksellisiä esineitä, joita voi paitsi katsella, myös tunnustella. Muistelukansion tai -rasian koostamiseen voi mieluusti ottaa mukaan myös omaisia, mikäli nämä ovat siihen halukkaita. Usein yhteinen projekti lähentää muistisairasta ihmistä ja tämän omaisia ja antaa mielekästä sisältöä omaisten vierailuihin. Hoitaja voi olla projektissa aloitteen tekijä tai aktiivinen osallistuja.

Ryhmämuotoista muistelua voidaan toteuttaa hoitolaitoksissa monin eri tavoin. Muistisairaiden kanssa työskenneltäessä parhaiten toimivat pienet ryhmät, joissa vetäjällä on mahdollisuus antaa paljon huomiota yksittäisille ryhmän jäsenille. Muisteluryhmän toiminnassa ajankohdalla, paikalla ja kerrasta toiseen toistuvilla ryhmäkäytännöillä on tärkeä merkityksensä. Paikan tulisi olla rauhallinen ja ajankohta tulisi sovittaa ryhmäläisten vireystilaan. Muistisairas ihminen ei välttämättä jaksaa säilyttää tarkkaavuuttaan kovin pitkää aikaa kerrallaan, joten ryhmäistunnot ovat usein suhteellisen lyhyitä. Vetäjän kiinnostunut ja arvostava asenne auttaa ryhmäläisiä tuomaan esiin muistojaan ja saamaan tätä kautta onnistumisen kokemuksia. Ryhmän toimivuuden kannalta on tärkeää, että vetäjä huolehtii tasapuolisesta vuorovaikutuksesta ja siitä, että jokainen ryhmän jäsen saa vuorollaan kertoa muistojaan.

Myös muisteluryhmissä voidaan käyttää apuna erilaisia aistivirikkeitä (taulukko 4). Virikkeinä voivat toimia esimerkiksi kuvat, musiikki, erilaiset maku- ja hajuaistimukset, kosketeltavat esineet tai liike. Erilaiset ympäristöt mahdollistavat erilaisten virikkeiden käyttöä ja antavat tilaisuuksia varioida muisteluryhmän käytäntöjä. Ryhmä voi kesimerkiksi kokoontua ulkotiloissa, mikä mahdollistaa luonnonmaisemien tai eläinten tarkkailua ja niihin liittyvien muistojen aktivoitumista.

Havaintoja muistelukoulutuksesta

Osalle muistelukoulutukseen osallistuneista hoitajista aihepiiri oli jo entuudestaan tuttu, mutta osalle asia oli uusi. Suuri osa hoitajista oli ainakin kahdenkeskisissä tilanteissa keskustellut asukkaiden kanssa näiden muistoista, vaikka he eivät olleet ajatelleet, että kyse olisi erityisestä muistelutoiminnasta. Koulutuksessa korostettiin kuitenkin, että oman toiminnan ja vuorovaikutuksen reflektointi on tärkeä osa ammatillista kehittymistä, ja tässä hengessä osallistujia rohkaistiin tulemaan tietoisemmiksi siitä, mitä spontaanissa vuorovaikutuksessa tapahtuu.

Toisella koulutuskerralla käytiin läpi osallistujien kokemuksia ensimmäisestä ”kotitehtävästä” eli yhden asukkaahan elämäkerrallisesta haastattelusta. Kouluttaja ohjasi osallistujia reflektimaan tekemäänsä haastattelua ja pohtimaan, millä tavoin haastattelussa esiin tulleet asiat tai osallistujan asukkaasta tekemät havainnot voisivat entistä mielekkäämmiin ohjata hoidon suunnittelua ja kanssakäymistä asukkaahan kanssa. Nämä keskustelut osoittivat, että lyhytkin yhteinen muistelutuokio voi lisätä suuresti työntekijän ymmärrystä asukkaahan käyttäytymisestä ja toimintatavoista. Kyse ei ole niinkään muistelun määrästä kuin siitä, että työntekijä on asukkaalle läsnä ja osoittaa aitoa kiinnostusta tämän elämää ja kokemuksia kohtaan.

Visuaaliset	Valokuvat Muut kuvat Elokuvat, videot Luonto Maalaaminen tai muu aktiivinen kuvien tuottaminen
Auditiiviset	Musiikki Luonnon äänet Runojen kuuntelu Sanomalehden lukeminen Laulaminen tai instrumenttien soittaminen
Haju ja maku	Syötävät ja juotavat Erilaiset tuoksupurkit tai -pussit Makujen ja tuoksujen kuvittelu
Kinesteettiset	Esineiden ja materiaalien tunnustelu Liikkuminen, tanssi Hiusten kampaaminen Laulaminen Käsillä tekeminen

Taulukko 4. Muistelun virikkeisiin liittyvät erilaiset aistikokemukset

Toisen ja kolmannen koulutuskerran välillä osallistujien tehtävänä oli toteuttaa yhden asukkaan kanssa muistelukansio tai muistelurasia. Näitä esiteltiin viimeisellä koulutuskerralla. Työstetyt kansiot koostuivat useimmiten valokuvista, mutta mukana saattoi joskus olla myös lehtileikkeitä, lehdistä leikattuja kuvia tai asukkaan valitsemia postikortteja. Usein joku omaisista oli osallistunut kansion toteuttamiseen tai ainakin tuonut valokuvia sitä varten. Muistelurasiat olivat sisällöltään ja myös kooltaan hyvin yksilöllisiä. Yhden asukkaan pienessä muistelurasiasa oli enimmäkseen hänen ompelijan ammattiinsa liittyviä esineitä, kuten neulatyyny ja erilaisia tekstiilimateriaaleja, joita asukas saattoi kosketella ja tunnustella. Tälle asukkaalle nimenomaan kosketusaisti oli tärkeä, sillä hänen näkönsä oli heikko ja verbaalinen ilmaisu hyvin niukkaa. Toisen asukkaan kohdalla muistelurasiaa tuli eräänlainen ”voimaantumisasiasi”, sillä kyseessä oli isohko pahvilaatikko, joka yhdessä hoitajan kanssa päällystettiin kauniilla kankaalla ja sisälle koottiin esineitä, jotka symboloivat asukkaalle hänen elämänsä hyviä hetkiä ja tärkeitä voimavaroja.

Kolmella interventiossa mukana olleella osastolla aloitettiin muistelukoulutuksen aikana tai sen jälkeen muisteluryhmiä. Yhdellä osastolla perustettiin miesten muisteluryhmä, jonka ohjaajina toimivat hankkeen asiantuntijasairaanhoitaja ja sairaalapastori. Toisella osastolla perustettiin naisten ryhmä, jota asiantuntijasairaanhoitajan lisäksi ohjasi yksi osaston hoitajista. Näillä osastoilla toiminta on jatkunut myös intervention päätyttyä. Kolmannella osastolla alkoi toimia avoin muisteluryhmä, johon saivat osallistua kaikki halukkaat.

Ravitsemuskuntoutus

Merja Suominen

Ravitsemuskuntoutus otettiin osaksi räätelöityä interventiota, koska useista tutkimuksista tiedettiin ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa asuvilla muistisairailta ihmisillä olevan ravitsemustilaaan liittyviä ongelmia (Suominen ym. 2004). Lisäksi ravitsemus, syöminen ja ruokailutilanteet ovat pitkäaikaishoitopaikoissa päivän kohokohtia. Näin ollen ravitsemuskuntoutuksella ja ruokailuun panostamisella voitiin olettaa olevan merkitystä hyvinvoinnille. Tutkittavien ravitsemustila arvioitiin MNA-testillä ja ravinnonsaanti tutkimuksen alussa kahden ja tutkimuksen lopussa kolmen päivän ruokapäiväkirjan avulla (kuvio 1).

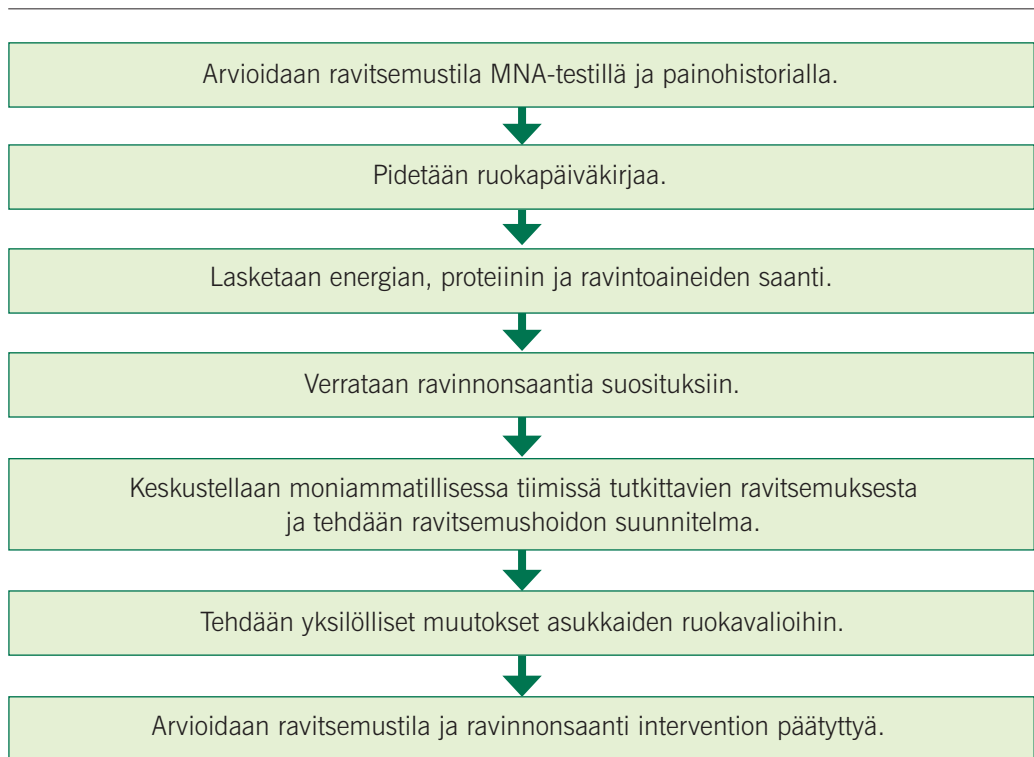
Tutkimuksen alussa interventio-osastojen asukkaille tehtiin ravitsemushoidon suunnitelmat ravitsemustilan ja ravinnonsaannin arviointien tulosten sekä hoitohenkilökunnan havaintojen perusteella. Ravitsemushoidon suunnitelma tehtiin osastoittain moniammatillisessa tiimissä, johon kuului myös ruokapalvelun edustaja. Ravitsemushoidon suunnitelmaa varten tarvittiin lisäksi hoitajien, omaisten ja muiden läheisten antamat tiedot asukkaan sairauksista, ruokailutavoista, rajoituksista ja mieltymyksistä. Suunnitelmaa tehtäessä käytettiin apuna ikääntyneen ravitsemukseen perehtynyttä ravitsemussuunnittelijaa. Suunnitelma dokumentoitiin. (Ravitsemussuosituksen ikääntyneille 2010.) Tiimi kokoontui vähintään yhden kerran intervention aikana. Muulloin ravitsemushoidon suunnitelmaa tarkistettiin tarvittaessa asiantuntijasairaanhoitajan avustuksella sekä konsultoimalla ravitsemussuunnittelijaa.

Tutkittavien ravitsemustilan arviointi

Tässä tutkimuksessa tehtiin MNA:n täydellinen 18 kohdan testi. Tutkimushoitaja suoritti MNA-testin haastattelemalla jokaisen asukkaan omahoitajaa. Paino ja pituus testiä varten saatiin Effica-potilastietojärjestelmästä. Oletuksena oli, että paino oli mitattu viimeisen kolmen kuukauden sisällä. Muussa tapauksessa paino tuli mitata MNA-testiä varten. MNA-testiä varten tarvittavat pohkeen ja olkavarren mitat otti tutkimussairaanhoitaja. Testiin sisältyvän asukkaan oman arvion ravitsemustilasta ja terveydentilasta antoi asukas itse, jos tutkimussairaanhoitaja arvioi tämän kykeneväksi vastaamaan luotettavasti. Muussa tapauksessa kirjattiin vaihtoehdoksi ”ei tiedä”. MNA-testin kysymysten vastauksista saadut pisteet laskettiin yhteen, mistä saatiin asukkaan MNA-pistemäärä.

Tässä tutkimuksessa ravitsemustilaa arvioitiin MNA-testin lisäksi viimeisen puolen vuoden painohistorialla. Mahdolliset painonmuutokset otettiin huomioon ravitsemushoidon suunnitelmaa tehtäessä.

Ruokapäiväkirjoja kerättiin ruokailun seurantalomakkeella (Liite 2.) jokaiselta tutkittavalta tutkimuksen alussa kahden vuorokauden ja tutkimuksen lopussa kolmen vuorokauden ajalta. Koska tutkittavat olivat muistisairaita eivätkä pystyneet itse raportoimaan nauttimiaan ruokia ja juomia, ruokapäiväkirjat täytti tutkimuksen alussa kolme kyseiseen työhön palkattua ravitsemustieteen opiskelijaa yhteistyössä hoitajien kanssa ja tutkimuksen lopussa hoitajat siten, että yksi opiskelija ja asiantuntijasairaanhoitaja avustivat tarvittaessa hoitajia. Tutkimuksen alussa



Kuvio 1. Ravitsemuksen arviointi ja ravitsemushoidon suunnitelma sekä seuranta.

ruokapäiväkirjoja pitäneet opiskelijat olivat paikalla osastojen ruokailutilanteissa aamupalasta lähtien päivälliseen saakka ja kirjasivat kaikki tutkittavien aterioilla nauttimat ruoat ja juomat. Päivällisen ja aamupalan välillä nautitut ruoat ja juomat kirjasivat hoitajat.

Ravinnon määrän ja laadun sekä ravinnon saannin arvioiminen

Yleisimpien käytössä olleiden astioiden ja välineiden tilavuudet mitattiin ennen tutkimuksen alkua. Keittiöhenkilökunnalta selvitettiin annoksille määritellyt standardikoot ja näitä käytettiin annoskokojen arvioinnissa. Kun standardikokoja ei ollut saatavilla, arvioitiin koot silmämääräisesti tiedossa olevien astioiden ja välineiden tilavuuksia hyväksi käyttäen. Lisäksi käytettiin Terveystietokeskuksen ja Hyvinvoinnin laitoksen ruokamittoja -tietokantaa (Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2004), josta selviävät ruoka-aineiden ja -annosten yleisimmin käytetyt koot. Teoksessa on ilmoitettu yleisin pieni, keskikokoinen ja iso koko painona tai tilavuutena. Lisäksi teoksessa on yleisesti käytettyjen astioiden tilavuuksia kuten teelusikallinen – 5 ml.

Ruokien ja juomien ravintosisällön arvioimiseksi ruokapäiväkirjoihin kirjattiin ruokatarvikkeiden laatu, esimerkiksi maidon tai levitteen rasvapitoisuus tai mehukeiton sokeripitoisuus. Ruoka-annosten ravintosisällöt selvitettiin haastatteleamalla keittiöhenkilökuntaa resepteistä ja käytettyjen elintarvikkeiden kuten rasvan ja maidon laadusta. Saatujen tietojen perusteella

laadittiin Nutrica-ravintolaskentaohjelmaan joko uusi resepti tai muokattiin jo ohjelmassa olevaa reseptiä vastaamaan mahdollisimman läheisesti kyseistä ruokalajia.

Tutkimuksen alussa jokaisella tutkijalla oli kerrallaan kirjattavana 4–7 asukkaan nauttimat ruoat ja juomat. Kirjaajat seurasivat ruoan jakelutilannetta ja kirjasivat tutkittaville asukkaille annosteltavien ruokien ja juomien määrät ja laadut. Jos tutkittavat ruokailivat yhteisessä tilassa, heitä havainnoitiin koko ruokailun ajan, jolloin selvisi esimerkiksi se, otettiinkö ruokaa lisää, putoiliko ruokaa tai vaikuttiko jokin muu mahdollinen tekijä nautitun ruoan määrään.

Jos asukas ruokaili omassa huoneessaan, ei kirjaaja pystynyt seuraamaan jokaista ruokailutilannetta. Tällöin hoitaja ilmoitti jos asukas oli ottanut lisää ruokaa tai juomaa sekä muista syömistäpahtumaan liittyvistä tekijöistä. Kun tutkittava oli päättänyt aterioinnin, kirjasi tutkija jäljelle jääneen ruoan ja juoman silmämääräisesti ja laski sitten syödyn ruoan määrän vähentämällä syömättä jääneen ruoan tarjoillun ruoan määrästä. Jos asukas ruokaili omassa huoneessaan, hoitaja toi tarjottimen tutkijan nähtäväksi, ja tutkija arvioi syödyn ruoan ja juoman määrän edellä mainitulla tavalla. Tutkija toimi näin jokaisella seurattavalla aterialla. Aterioiden välissä sekä aikoina, joina tutkija ei ollut paikalla, hoitajat raportoivat tutkijoille asukkaiden nauttimat ruoat ja juomat.

Energian, ravintoaineiden ja nesteiden saannit arvioitiin Nutrica-ravintolaskentaohjelmalla. Ruokapäiväkirjojen tiedot kirjattiin ohjelmaan ja niiden perusteella laskettiin ravintoaineiden saannit kahden päivän keskiarvoina. Tiedot siirrettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan. Vitamiineista ja kivennäisaineista tutkittiin D- ja E-vitamiinien, foolihapon ja kalsiumin saannit, koska niiden saannit ovat aikaisemmissa tutkimuksissa olleet vähäisiä (Suominen ym. 2004, Nowson ym. 2003).

Moniammatillinen tiimi ravitsemushoidossa

Ravitsemushoidolla tarkoitetaan sekä terveyttä edistävää ravitsemusta että sairaiden ravitsemushoitoa. Riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi ovat sopiva ruokavalio ja tarvittaessa täydennysravintovalmisteet ja tehostettu ruokavalio. Ravitsemushoitoon kuuluu myös oikea-aikainen ja asukaslähtöinen ravitsemusohjaus ja se edistää elämänlaatua ja terveyttä sekä säästää kustannuksia (Ravitsemussuositukset 2010). Ravitsemushoidon suunnitelma tehdään moniammatillisessa tiimissä, johon tässä tutkimuksessa kuului gerontologiseen ravitsemushoitoon perehtynyt ravitsemussuunnittelija, asiantuntijasairaanhoitaja, interventio-osastojen hoitohenkilökuntaa, ruokapalvelun edustajia ja joillain osastoilla myös lääkäri ja ravitsemusterapeutti.

Kun asukkaiden ruokapäiväkirjojen tulokset olivat valmiit, hoitajat, ruokapalvelun henkilökunta, asiantuntijasairaanhoitaja ja ravitsemussuunnittelija kokoontuivat arvioimaan asukkaiden ravitsemustilaa ja ravinnonsaantia tulosten perusteella. Hoitohenkilökunta arvioi, vastaako ruokapäiväkirja asukkaan tavanomaista ruokailua, syökö asukas esimerkiksi ylimääräisiä välipaloja huoneessaan tai vaihtelee asukkaan ruokahalu merkittävästi eri päivinä. Myös asukkaan omaisten mahdolliset tulokset, yhdessä ruokailut ja kahvihetket otettiin arvioinnissa

huomioon. Erityisen tärkeitä tässä yhteydessä olivat asukkaan painoindeksi, painonmuutokset, energian ja proteiinin saanti, syödyn ruoan annoskoko ja hoitohenkilökunnan arvio syömis-käyttäytymisestä. (Suominen ym. 2007.)

Tapaamisen yhteydessä täytettiin loppuarvio asukkaan ravitsemuksesta. Loppuarvioon kirjattiin asukkaan perustietojen lisäksi painoindeksi, energiansaanti ja tulosten perusteella ruokavalioon tehtävät muutokset. Kun ruokapäiväkirjojen tuloksissa havaittiin suuria yksilöiden välisiä vaihteluita ravinnon saannissa, tarvittiin paljon yksilöllisiä muutoksia tarjottavan ruoan suhteen. Vähiten energiaa saavien ruokavalioon valittiin enemmän rasvaa ja proteiinia sisältäviä ruoka-aineita. Proteiinin saantiin kiinnitettiin huomiota myös niiden kohdalla, joilla painoindeksi oli korkea ja proteiinin saantia pyrittiin lisäämään ilman annoskoon suurenemista. Kiinnitettiin huomiota myös muun muassa yöpaaston pituuteen suosittelemalla myöhäistä iltapalaa tai yöpalaa asukkaille.

Tiimipalaverissa todettiin, että joidenkin asukkaiden ruokahalu oli päivästä toiseen melko samanlainen, eikä heidän todellinen ravinnonsaantinsa poikennut ruokapäiväkirjan perusteella arvioidusta ravinnonsaannista. Toiset asukkaat taas söivät joinain päivinä erittäin hyvin ja toisinaan hyvin vähän, mikä otettiin arvioissa huomioon. Mahdolliset huoneessa syötävät tai omaisten kanssa yhdessä nautittavat kahvipullat ja makeiset otettiin arvioissa myös huomioon. Ruokapäiväkirjasta saatujen tietojen ja hoitajien asukkaan tapoja koskevan tuntemuksen perusteella muodostettiin kokonaiskuva siitä, miten lähellä arvioitua ravinnontarvetta asukkaan todellinen energian ja ravintoaineiden saanti oli. Keskustelun yhteydessä kirjattiin loppuarvio asukkaan ravitsemuksesta hänen Effica-tietoihinsa. Sinne kirjattiin asukkaan perustietojen lisäksi MNA-testin ja ruokapäiväkirjan tulosten perusteella ruokavalioon tehtävät muutokset. Paljon apua tarvitsevan muistisairaana asukkaan ravitsemusongelmiin ei ole yhtä oikeaa ratkaisua. Yksilöllinen arviointi ja ravitsemushoito mahdollistavat onnistuneen tuloksen.

Fyysisten tilojen arviointi ja palautteet

Päivi Topo ja Helinä Kotilainen

Käyttösoireintervention osana arvioitiin hoitoympäristöjä muistisairaiden ihmisten asuin- ja hoitopaikkoina jotta henkilökunta sai tietoa hoitoyksiköiden ympäristön kehittämistarpeista muistisairaana ihmisen näkökulmasta. Tätä varten kehitettiin arviointimenetelmä, josta jatkossa käytetään nimeä Muistisairaana ihmisen hoitoympäristön arviointi, lyhennettynä Muistitarjouma. Muistitarjouma -menetelmä pohjaa teoreettisiin lähestymistapoihin (ks. raportin Tausta-luku) aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen ympäristön merkityksestä tervehtymiselle ja psyykkiselle eheytymiselle, tutkimustuloksiin muistisairauden vaikutuksista ihmisen ja fyysisen ympäristön väliseen suhteeseen (Topo 2009, Dementia Services Development Centre 2008, Dijkstra ym. 2006, Reimer ym. 2004, Schwarz ym. 2004, Gitlin ym. 2003, Zeisel ym. 2003, Barnes & Design in Caring Environments Study Group 2002, Day ym. 2000, Sloane ym. 1998) sekä alan suunnitteluoppaisiin (Davis ym. 2009, Utton, 2007, Kotilainen ym. 2003, Regnier 2002, Judd ym. 1998).

Muistitarjouma-menetelmässä ympäristöä tarkastellaan kuuden ulottuvuuden avulla. Ulottuvuudet ovat rakennus ja hoitoyksikön pohjaratkaisu, kiinteät kalusteet, liikuteltavat kalusteet ja esineet, muokattavat materiaalit, aistiympäristö ja mahdollisuus yksityisyyteen ja yhdessä-oloon. Näiden kunkin ulottuvuuden alle on koottu piirteet, joita tulee arvioida ja selitys miksi ne ovat merkityksellisiä. Sen jälkeen on varattu tila sanallisiin merkintöihin ensinnäkin niistä arvioitavien ympäristöjen piirteistä, jotka ovat muistisairaahan ihmisen toiminnan ja toimijuuden kannalta myönteisiä ja toiseksi niistä piirteistä, jotka ovat kielteisiä. Lisäksi kielteisten piirteiden muuttamiseksi esitetään sanallisia korjaus- tai muutosehdotuksia. (Ks. tarkemmin Topo ym. 2010).

Intervention alettua kaksi hankkeen tutkijaa vieraili yksiköissä. Vierailu kesti noin puoli päivää ja sitä oli valmistellut yksikössä asiantuntijasairaanhoidaja. Yksikön esimies antoi vierailun aluksi tutkijoille yksikön pohjapiirustuksen. Aluksi tutkijan keskustelivat hänen kanssaan jonka jälkeen kierrettiin asiantuntijasairaanhoidajan kanssa yksikön kaikki tilat, lukuun ottamatta asukkaiden omia huoneita. Omista huoneista vierailtiin muutamissa asukkailta siinä yhteydessä varmistetun suostumuksen mukaisesti. Vierailujen yhteydessä keskusteltiin sillä hetkellä töissä olevan henkilökunnan kanssa sekä asukkaiden ja vierailevien omaisten kanssa. Keskusteluista tehtiin yksikkökierroksen aikana muistiinpanoja. Päättökäsitelmäaineisto koostui kuitenkin tutkijoiden havainnoista, jotka kirjattiin sekä valokuvista, joita otettiin ensimmäisellä kerralla yhteensä 1100 (vaihteluväli yksiköittäin 30–102). Kun yksikön tilat oli kierretty, koottiin pääkohdat yhteen ja yksikön henkilökunnalle pidettiin lyhyt palaute- ja keskustelutilaisuus. Kaikissa yksiköissä näihin tilaisuuksiin osallistui suurin osa paikalla olleesta henkilökunnasta ja tilaisuudet kestivät tunnista puoleentoista. Keskustelu oli vilkasta ja selvensi työntekijöiden näkökulmia hoitoympäristöön, joka on heidän työympäristönsä. Tilaisuuksiin osallistui myös asiantuntijasairaanhoidaja.

Kutakin yksikköä koskevat muistiinpanot ja valokuvat analysoitiin Muistitarjouma-lomakkeen mukaisesti ja tulokset sekä muutosehdotukset kirjattiin lomakkeisiin. Täytetyt lomakkeet lähetettiin asiantuntijasairaanhoidajan kautta yksiköiden esimiehille ja asiantuntijasairaanhoidajan yhtenä tehtävänä oli tukea kutakin ympäristön muuttamisessa. Vastuu muutoksista oli yksiköillä osana niiden normaalia toimintaa. He saivat myös lyhyen muistilistan ympäristön piirteistä, joilla voi olla yhteys käytösoireisiin. Tässä luvussa käsitellään intervention osana henkilökunnalle pidettyjen palautetilaisuuksien sekä yksiköihin toimitettujen Muistitarjoumien tulokset.

Seuranta-arvioinnit tehtiin noin 12 kuukauden kohdalla intervention alusta. Niiden pohjana käytettiin yksiköiden ensimmäisen käynnin jälkeen saamaa täytettyä Muistitarjouma -lomaketta ja arviointi keskittyi muutosehdotusten toteutumiseen (Topo ym. lähetetty julkaistavaksi 2011).

Muistitarjoumat lähtötilanteessa

Yksiköt poikkesivat toisistaan merkittävästi. Osa oli pienehköjä muistisairaiden ihmisten hoitoon erikoistuneita osastoja ja mukana oli myös suuri terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon vuodeosasto sekä vanhainkotien niin sanottuja sekaosastoja. Vuodepaikkojen määrä vaihteli 11 ja 43 välillä ja henkilöstömitoitus 0.62 ja 0.77 välillä. Toisilla osastoilla kaikki olivat yhden hengen huoneita kun taas toisella osastolla ei niitä ollut lainkaan. Joillakin osastoilla yhden hengen huoneeseen oli jouduttu sijoittamaan kaksi asukasta. Myös fyysisen ympäristön piirteet poikkesivat paljon toisistaan, vaikka pohjaratkaisuissa olikin pyritty siihen, että useista asukkaiden omista huoneista olisi näkymä yhteisiin tiloihin ja käytävät olisivat lyhyitä. Yksi muistisairaille suunnitelluista yksiköistä oli puhdas kaksikäytäväratkaisu ja terveyskeskuksen vuodeosasto sisäpihan ympärille kiertyvä monikäytävämalli. Kaikilta osastoilta oli mahdollisuus päästä ulos, joko terassille, pihalle, parvekkeelle tai kattoterassille.

Tilojen hahmottuminen, esteettömyys, turvallisuus ja viihtyisyys

Yleensä pohjaratkaisut antoivat hyvän lähtökohdan yhteisöllisyydelle, yhdessä ruokailulle ja seurustelulle, television katselulle, radion tai musiikin kuuntelulle tai lehdenluvulle. Tilojen sisustus oli alun perin monissa yksiköissä sekavaa eikä tukenut yhdessä oloa ja yhteisiä toimia. Tilojen omaleimaisuutta olisi voinut parantaa selvästi tunnistettavilla erilaisilla tai erivärisillä verhoilla, kalusteilla ja ”katseenvangitsijoilla” esim. tauluilla tai kohdevalaisimilla. Kalusteiden joustava järjestelymahdollisuus on toisaalta etu, mutta joskus voi käydä niin, että kalusteet jäävät seinän vierille siivouksen helpottamiseksi.

Useissa yksiköissä käytävien päätyikkunat toivat tärkeätä päivänvaloa sisälle, mutta ne aiheuttivat myös runsaasti häikäisyä, joka vaikeuttaa hahmottamista ja näkemistä sekä saattaa tehdä liikkumisesta turvatonta. Jossain yksikössä tämä oli korjattu ottamalla käytävän pääty käyttöön ja lisäämällä verho ikkunaan. Kovin usein käytävän päädyt olivat edelleen ylimääräisten kalusteiden säilytyspaikkoina eivätkä erottuneet toisistaan saman yksikön sisällä. Laitosmaisuuksien leimaa pitivät yhä yllä käytäväsvyvennyksiin tai yhteisiin tiloihin pysäköidyt siivousvaunut tai latauksessa olevat nostolaitteet.

Yksiköiden sisätilat olivat aika esteettömiä lukuun ottamatta useille terasseille, parvekkeille tai ulos johtavia ovia, joiden kynnykset olivat liian korkeita ja luiskattomia, ja hankalia silloin kun muistisairaahan ihmisen askel on matala. Käsijohteita oli käytävillä yleensä hyvin, mutta kontrasti seinän kanssa oli olematon. Yksiköstä, missä asukkaat olivat irrottaneet käsijohteita, ne puuttuivat. Asukkaiden kylpyhuoneet olivat persoonattomia. Vaippon keräily tapahtui suurilla jätesäiliöillä kaikista kylpyhuoneista. Saunojen yhteydessä olevat pesutilat olivat suurimmassa osassa yksiköistä laitosmaisia saappaiden, muoviesiliinonien ja suihkutuolien säilytyspaikkoja vailla mitään normaaliin saunomiseen kuuluvaa kalustusta (penkki, vaatekoukut). Puuritilät jalkojen alta puuttuivat.

Turvallisuutta tuovaa teknologiaa oli yksiköissä, mutta huomio ei kiinnittynyt siihen liikaa lukuun ottamatta yksikköä, jossa enimmillään saman palovälinekaapin ympärillä oli lähes 10 merkkiä ja kylpyhuoneeseen kuljetettava asukas joutui katselemaan merkit useaan kertaan.

Useimmista yksiköistä näki helposti ulos sekä omista huoneista, mikäli sälekaihtimet oli avattu, että yhteistä tiloista. Ikkunapenkit olivat sopivan alhaalla. Joissain yksiköissä sisustus oli kuitenkin asettunut niin, että asukkaat joutuivat istumaan pääasiassa selkä maisemaan päin.

Oma paikka, yksityisyys ja yhteisöllisyys

Oman huoneen merkitsemiseen yksiköissä oli erilaisia käytäntöjä. Joissain yksikössä ei haluttu käyttää nimeä ovesa yksityisyyden suojan vuoksi ja joissain yksikössä taas käytettiin useita toisiaan vahvistavia merkkejä (nimeä, lemmikinkuvia tms.). Omien tavaroiden määrä omista huoneista vaihteli. Joissain yksikössä tilaa mm. hyllyjä omia tavaroita varten oli hyvin vähän ja taulujen ripustustapa oli hankala. Eräissä yksiköissä ei ollut vuoteiden välissä verhoja, koska huoneisiin oli asennettu hoitotyön helpottamiseksi kattoon nostolaitteille kiskot.

Viihtyisyyttä lisääviä tavaroita oli yhteisissä tiloissa lähes kaikissa yksiköissä hyvin vähän. Joistain yksiköistä oli poistettu myös viherkasvit asukkaille vaarallisina. Kosketeltavia tavaroita esim. pehmoleluja oli ainoastaan asukkaiden omista huoneista.

Aistiympäristö

Päivänvaloa yksiköihin tuli yleensä runsaasti sekä asukkaiden omiin huoneisiin että yhteistiloihin. Keinovaloakin oli enimmäkseen riittävästi, mutta useimpien yhteisten tilojen valaisimet oli sijoitettu kalustukseen sopimattomasti tai ne olivat tyypiltään joko laitosmaisia tai tilan toimintoihin sopimattomia. Valaisinten vaihtaminen on myös tehtävä, mikä ei ole henkilökunnan vallassa. Moniin valaisimiin oli vaihdettu energiansäästölamput, jotka eivät niihin sopineet vaan häikäisivät selvästi, joko suoraa häikäisyä tai sitten lattian tai muiden pintojen kautta heijastuvaa häikäisyä. Asukkaiden huoneista oli useimmiten vain heikohko yleisvalaistus keskellä huoneen kattoa. Ylhäältä tuleva heikko valaistus ei auta muistisairasta hahmottamaan ympäristöään. Kohdevalaistuksella merkitään paikkoja ja esineitä, jotka tukevat havaintoja ja esim. oman oven löytämistä.

Useimmissa yksiköissä lämpötila vaikutti miellyttävältä myös talviaikaan. Ilmanlaatu sen sijaan oli heikohko erityisesti yksityisissä ja yhteisissä kylpyhuoneissa, joista suuret jätesäiliöt vaihdettiin vain ulkopuolisen toimittajan kanssa sovituin välein. Kaikissa yksiköissä ei voitu tuulettaa ikkunan kautta. Pukuhuoneen puuttuminen useimmista saunoista aiheutti asukkaan viemisen hyvin kevyesti peitettyä kylpyyn ja saunaan. Ympäristön mahdollisuuksia saunomisen myönteisten tuntemusten esille tuomisessa ei hyödynnetty juuri lainkaan.

Akustiikan kannalta useimmat yksiköt olivat kohtuullisen hyviä. Vaimentavaa materiaalia oli käytetty pinnoissa kohtuullisen paljon vaikka toisaalta matot ja esim. tynnyt puuttuivat lähes kokonaan. Ikäviä melun lähteitä olivat muutamat laatoitetuilla käytävillä kuljetettavat ruokatai siivousvaunut.

Visuaalisesti ympäristöissä olisi ollut paljon parannettavaa. Vaikka lähtökohtana useimmat pohjaratkaisut olivat kelvollisia ja kalusteetkin miellyttäviä, kokonaisuus oli monissa yksiköissä sekava. Selvästi mieleen jäävät paikat, ilahduttavat yksityiskohdat, eri aistien toisiaan

vahvistavat havainnot (näkö, kuulo, haju) puuttuivat. Esillä oli myös paljon ylimääräistä tavaraa, jonka olisi pitänyt olla kaapissa tai varastossa eikä käytävillä ja pöydillä kaikkien nähtävillä jatkuvasti, esimerkiksi hygienia-atarvikkeet eräässä yksikössä jokaisen asukkaan oven ulkopuolella. Vierailuille omaisille tarkoitetut ohjeistavat A4-laput yhteisten tilojen seinillä ja jopa asukkaiden kaappien ovilla lisäsivät julkisen tilan vaikutelmaa. Tällaiset yksityiskohtat kertoivat, että olemme laitoksessa, joka ei ole koti.

Itsenäisen oman toiminnan mahdollisuudet

Osassa yksiköistä asukkailta ja vierailta oli kielletty kokonaan keittiössä käyminen. Suurin osa keittiöiden kaapeista ja laatikostoista oli lukittu tai tyhjiä. Koska varsinainen ruoka tuotiin yksiköihin muualta, ruuan valmistamiseen kuuluvia toimia tai tuoksuja ei asukkaiden kokemusmaailmaan juuri kuulunut.

Monessa yksikössä oli hyvät mahdollisuudet käyttää parvekkeita ja terasseja oleskelu- ja ruokailutilojen lisänä, mutta käynnin osuminen kylmään vuodenaikaan ei antanut siitä käsitystä. Korjausehdotukset on koottu taulukkoon 5. Suurin kaikkia yksiköitä koskevat puute oli ympäristön virikkeettömyys ja tekemisen/toimijuuden hyvin rajoittuneet mahdollisuudet sekä ympäristön persoonattomuus, joka ulottui monesti omiin huoneisiin ja hygienia-tiloihin.

Taulukosta 5 nähdään, esitetyt muutokset olivat osin hyvin teknisiä (esim. ilmastoinnin puhtaus ja säätö) ja osin jatkuvaa arvioivaa toimintaa vaativia (asukkaiden identiteetin ja toimijuuden vahvistaminen omilla esineillä, vaatteilla, tuoksuilla jne.). Samoin osa ehdotuksista oli sellaisia, joiden toteuttaminen oli yksikön ja sen esimiehen päätettävissä (huonekalujen ryhmittely) ja osa vaatii laajempaa päätöksentekoa (yhden hengen huoneiden käyttö vain yhdelle hengelle tai yhden hengen huoneisiin siirtyminen kokonaan). Tämä kuvastaa ympäristön moniulotteisuutta ja kytkentää yksikön sisäiseen mikrovaltaan sekä laajempaan vanhustenhuollon valtarakenteeseen.

Pohjaratkaisu ja rakennus

- Ovien avaaminen yhteistilojen suurentamiseksi
- Luiska terassille/pihalle/atriumphalle
- Lisättävä kontrastia seinien/lattian/käsijohteiden välille
- Yhden hengen huoneet vain yhdelle asukkaalle
- Tavarat varastoihin, pois käytäviltä yms. paikoista
- Kalusteiden, värien, maalausten käyttö erottelemaan käytävät tosistaan
- Kynnysten poistaminen
- Yksikön keittiön käytön salliminen asukkaille/vierailijoille
- Henkilökunnan kahvihuoneena käyttämän asukashuoneen palauttaminen alkuperäiseen tarkoitukseen
- Vähän käytössä olevan toimistohuoneen palauttaminen takaisin alkuperäiseen TV-huonekäyttöön
- Apuvälineet ja kalustus, joka ei käytössä, varastoihin
- Korvaa TV-huoneen ovi liukuovella tai muuta aukeamissuunta

Kiinteät kalusteet

- Käytä pöydillä tms. lojuville hoito- ja hygieniatarvikkeille kaappeja ja varastoja
- Korjaa tai lisää käsijohteet
- Laske hyllyt ja maalaukset tms. seinillä alemmas
- Metallisen liukuseinän poistaminen yksikön keittiöstä ja keittiö avaaminen asukkaille
- Kiukaan siirtäminen alemmas ja puinen ralli jalkojen alle
- Lisää värejä kylpytiloihin, laita suihkuverhot, penkkejä ja pyyhekoukkuja (ei erillistä pukeutumistilaa)
- Normaalin suihkun asentaminen
- Sijoita verhon taakse roskakorit, suihkutuolit, esiliinat ja saappaat
- Korvaa tyhjät kaapit/lipastot toimivilla varastojärjestelmillä
- Lisää hyllyjä asukashuoneisiin
- Poista ylimääräiset paloturvallisuusmerkinnät
- Jos pukuhuone ei varsinaisessa käytössä, siirrä pesutiloista roskasäiliöt sinne
- Poista peiliovi käytävältä

Siirrettävät esineet

- Esille materiaaleja ja esineitä, jotka tukevat asukkaiden toimintaa (kirjat, lehdet, keittiövälineet, pehmeät esineet yms.)
- Takka paremmin esille
- Televisiolle parempi sijoituspaikka
- Lisää muutama turvallinen matto viihtyisyyden/orientaation vuoksi
- Käyttöön astiat, jotka erottuvat pöydästä ja joista ruoka erottuu
- Asukkaiden nimet tms. tunnisteet asukashuoneiden oviin
- Kalusta huonekaluista ryhmiä mm TV:n katseluun yms. toimintoihin
- Ripusta enemmän katseltavaa seinille
- Tarkista, että geriatisessa tuolissa mahtuu hyvin pöydän ääreen

Taulukko 5. *Fyysisen ympäristön ulottuvuudet ja parannusehdotuksia.*

- Laita A4-liuskoilla olevat ohjeet yms. kansioihin, ei yksittäin roikkumaan auloihin, asukashuoneisiin
- Siirrä lasiovelliset kaapit pois ikkunan vastaiselta seinältä
- Siirrä ylimääräiset, varastoidut esineet pois käytäviltä esteettömyyden ja paloturvallisuuden vuoksi
- Siirrä latauksessa olevat laitteet pois oleskeluhuoneesta
- Korvaa muovimukit posliinisilla, jotka puhdistuvat kunnolla astianpesukoneessa
- Lisää asukkaiden omien vaatteiden käyttöä
- Pidä kertakäyttötavarat vain siellä missä niitä käytetään
- Varmista, että tuoleja on pöytien ääressä tarpeeksi eri toimintoja varten
- Lisää henkilökohtaisia tarvikkeita kylpyhuoneisiin

Muokattavat materiaalit

- Esille toimintaan kannustavia asioita katsottavaksi, kestäviä esineitä purettavaksi ja koottavaksi, materiaalia muokattavaksi kuten lankakeriä, värejä, olkia, kankaita, elintarvikkeita

Mahdollisuudet yhdessäoloon ja yksityisyyteen

- Istuimia akvaarion lähelle
- Järjestä Tv:n katselulle oma nurkkaus
- Kalusta käytävän pää oleskelutilaksi
- Vähennä asukaspaikkoja huoneissa, joissa yli kolme henkilöä, varaa yksi yhden hengen huone
- Varaa viherhuone asukkaiden ja omaisten käyttöön, jotta heillä on joku paikka olla rauhassa

Aistiympäristö

- Tarkista, säädä ja puhdista ilmastointi
- Vähennä pahoja hajuja ottamalla käyttöön vaippojen desinfektointi
- Puhdista/pese tuolien päälliset useammin
- Korvaa hyvin meluista pesulaite hiljaisemmalla
- Varaa keittiön kaapeista/laatikoista osa esineille, joita voi kosketella/tutkia
- Asenna kattovalo siten, että on ruokapöydän yläpuolella, lisää valotehoa kaikkialla myös asukashuoneissa
- Vaihda häikäisevät lamput häikäisemättömiin
- Lisää verhoja ikkunoissa/lasioissa ja vähennä lattian vahausta, jotta heijastukset lattiassa vähenevät
- Lisää akustiikkaa parantavia elementtejä keittiöihin ja oleskelutiloihin, joissa monta samanaikaista toimintoa
- Korvaa laitosmaiset kellot tavanomaisilla
- Tyhjennä haisevat roskasäiliöt kylpyhuoneissa useammin tai säilytä niitä asukastilojen ulkopuolella
- Käytä pienempiä roskasäiliöitä asukkaiden kylpyhuoneissa
- Kalusta yhteistiloihin maamerkkejä, jotka tukevat orientaatiota

Lähteet

- Barnes S, Design in Caring Environments Study Group (2002). The design of caring environments and the quality of life of older people. *Ageing & Society*, 2002; 22: 775–789.
- Davis S, Byers S, Nay R, Koch S. Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings: Considering the living experiences. *Dementia*, 2009; 8: 185–203.
- Day K, Carreon D, Stump C. The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *Gerontologist*, 2000; 40: 397–416.
- Dementia Services Development Centre. Design for people with dementia. Audit tool. University of Stirling. Stirling, 2008.
- Dijkstra K, Pieterse M, Pruyn A. Physical environment stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 56: 166–181.
- Gitlin LN, Liebman J, Winter L. Are environmental interventions effective in the management of Alzheimer's disease and related disorders?: A synthesis of the evidence. *Alzheimer's Care Quarterly*, 2003; 4: 85–107.
- Judd S, Marshall M, Phippen, P. Design for dementia. *Journal of Dementia Care & Hawker*. London, 1998.
- Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2004 B15/2004 - ISBN 951-740-462-X - ISSN 0359-3576 - Helsinki 2004.
- Kotilainen H, Virkola C, Eloniemi-Sulkava U, Topo P. Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Suomen dementiahoitoyhdistys. Helsinki, 2003.
- Nowson CA, Sherwin AJ, McPhee JG, Wark JD, Flicker L. Energy, protein, calcium, vitamin D and fibre intakes from meals in residential care establishments in Australia. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2003;12:172-7.
- Numminen A. Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi: tutkimus aikuisen laulutaidon lukoista ja niiden aukaisemisesta. Väitöskirja. Sibelius-Akatemia, Helsinki 2005.
- Price JD, Hermans DG, Grimley Evans J. Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2000; (4)(4): CD001932.
- Ravitsemussuosittukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Edita 2010.
- Ravitsemushoito - Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palveluja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Edita 2010.
- Regnier V. Design for assisted living – guidelines for housing the physically and mentally frail. John Wiley & Sons. New York, 2002.
- Reimer MA, Slaughter S, Donaldson C, Currie G, Eliasziw M. Special care facility compared with traditional environments for dementia care: A longitudinal study of quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2004; 52: 1085–1092.
- Sloane PD, Mitchell CM, Preisser JS, Phillips C, Commander C, Burkner, E. Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998; 46: 862–869.
- Schwarz B, Chaudhury H, Tofle RB. Effect of design interventions on a dementia care setting. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 2004; 19: 172–176.
- Suominen M, Laine A, Routasalo P, Pitkala KH, Räsänen L. Nutrient content of served food, nutrient intake and nutritional status of residents with dementia in a Finnish nursing home. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2004; 8: 234-238.
- Suominen MH, Kivisto SM, Pitkala KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *Eur J Clin Nutr*. 2007; 61: 1226-32.
- Topo P. Technology studies to meet the needs of people with dementia and their caregivers: a literature review. *Journal of Applied Gerontology*, 2009; 28: 5–37.
- Topo P, Kotilainen H & Eloniemi-Sulkava U. Affordances of care environment for people with dementia – an assessment study. Käsikirjoitus, lähetetty julkaistavaksi 2011.
- Utton D. Designing homes for people with dementia. Hawker Publications. 2007.
- Zeisel J, Silverstein NM, Hyde J, Levkoff S, Lawton MP, Holmes W. Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *Gerontologist*, 2003; 43: 697–711.

TULOKSET

Taustatiedot muistisairaista asukkaista sekä tietoja käytösoireita ja elämänlaatua selittävistä tekijöistä

Muistisairaat asukkaat tutkimuksen alussa

Lähtötilanne

Lähtötilanteessa tutkimuskunnan vanhusten palveluiden pitkäaikaishoidon osastoja oli 13 ja niissä oli 19 itsenäisesti toimivaa hoitoyksikköä. Hoitoyksiköissä oli 385 asukasta, joista tutkimussuostumus saatiin 301 (78.2 %) asukkaalta. Tutkimussuostumuksista 42 (14.0 %) oli asukkaan itsensä antamia ja 259 (86.0 %) omaisen/edunvalvojan antamia. Ennen tutkimustietojen keruuta 7 asukasta kuoli, kolme oli saattohoitovaiheessa ja yksi asukas siirtyi toiseen hoitopaikkaan, joten tutkimushoitaja keräsi lähtötilanteessa omahoitajia haastattelemalla tiedot 290 asukkaasta. Heistä 233:lla (80.3 %) oli muistisairaus, jonka etiologinen diagnoosi pohjautui tutkimuksen neurologi-geriatrin sairauskertomustietojen pohjalta tekemään diagnosointiin. Diagnosoinnissa käytettiin tautikohtaisia kansainvälisiä kriteerejä (APA 2000, McKeith 2006, Dubois ym. 2007)

Muistisairaat asukkaat lähtötilanteessa

Muistisairaiden asukkaiden (n=233) keski-ikä oli 81 vuotta sekä interventio- että vertailuryhmässä. Heistä lähes kaksi kolmesta oli naisia ja joka kolmas oli avio- tai avoliitossa. Noin puolet asui vanhainkotosastolla ja joka neljäs dementiayksikössä. Merkille pantavaa on, että 38,6 %:n kohdalla omahoitajalla ei ollut tietoa asukkaan koulutuksesta. Myöskään kaikkien asukkaiden siviilisäätystä ei tiedetty (interventior ryhmässä 6.8 %, vertailuryhmässä 4.3 %). (Taulukko 1.) Samoin asukkaiden näkökyvyn arviointi koettiin vaikeana sellaisten asukkaiden kohdalla, jotka eivät liikkuneet itsenäisesti (taulukko 2).

Tavallisimmin esiintyvä muistisairaus oli Alzheimerin tauti (interventior yhmä 64.4 %, vertailuryhmä 65.2 %). Interventior yhmässä joka kolmas asukas (32.2 %) täytti Lewyn kappale-taudin kriteerit kun vastaava luku vertailuryhmässä oli 27.0 %. (Taulukko 3.) Noin puolella asukkaista (interventio 57 %, vertailu 50 %) muistisairauden vaikeusaste oli vaikea (CDR-luokka 3) (Morris 1993). Barthelin indeksillä mitattuna asukkailla oli runsaasti toiminnanvajetta ja avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa (Barthel-pisteet: interventio 30.1, vertailu, 27.5) (Mahoney ja Barthel 1965). Vain kuudella (5.1 %) interventior yhmän ja kolmella (2.6 %) vertailuryhmän asukkaista oli hyvä ravitsemustila. Interventior yhmän asukkaista kolmella viidestä asukkaasta (61.9 %) oli kasvanut riski virheravitsemukselle ja joka kolmas (33.0 %) kärsi virheravitsemuksesta. Vastaavat luvut vertailuryhmässä olivat kaksi kolmesta (70.4 %) asukkaasta ja joka neljäs (27.0 %). (Taulukko 4.)

Taustatekijä		Interventio-ryhmä	Vertailuryhmä	p-arvo
N=233		n = 118 (50.6 %)	n = 115 (49.4 %)	
Osastotyyppi, n (%)	Dementiayksikkö	34 (28.8)	27 (23.5)	0.606 ¹
	Vanhainkotosasto	54 (45.8)	59 (51.3)	
	Terveyskeskuksen vuodeosasto	30 (25.4)	29 (25.2)	
Sukupuoli, n (%)	Mies	41 (34.7)	36 (31.9)	0.675 ¹
	Nainen	77 (65.3)	79 (69.9)	
Ikä, keskiarvo (vaihteluväli)		81.6 (53-99)	81.2 (45-103)	0.771 ²
Siviilisääty, n (%)	Avo-/avioliitossa	43 (36.4)	43 (37.4)	0.625 ¹
	Naimaton	9 (7.6)	6 (5.2)	
	Asumusero/eronnut	7 (5.9)	12 (10.4)	
	Leski	51 (43.2)	49 (42.6)	
	Ei tietoa	8 (6.8)	5 (4.3)	
Koulutus, n (%)	Kansakoulu tai vähemmän	26 (22.2)	25 (21.7)	0.969 ¹
	Ammattikoulu	15 (12.8)	17 (14.8)	
	Keskikoulu	3 (2.6)	5 (4.3)	
	Lukio	1 (0.9)	2 (1.7)	
	Opistoaste	15 (12.8)	13 (11.3)	
	Korkeakoulu	11 (9.4)	9 (7.8)	
	(Ei tietoa)	46 (39.3)	44 (38.3)	

¹ Khii toiseen yhteensopivuustesti

² T-testi erisuuruksilla variansseilla

Taulukko 1. Muistisairaiden asukkaiden (n=233, 80.3 % asukkaista) taustatiedot lähtötilanteessa.

Kuulo ja näkö		Interventoryhmä	Vertailuryhmä	p-arvo ¹
N=233		n = 118 (50.6 %)	n = 115 (49.4 %)	
Kuulo, n (%)	Kuulee vaikeuksitta	30 (25.4)	29 (25.2)	0.409
	Kuulee kun korotetaan ääntä	59 (50.0)	62 (53.9)	
	Huomattavia vaikeuksia keskustelussa	29 (24.6)	24 (20.9)	
Näkee lukea, n (%)	Ei	30 (25.4)	29 (25.2)	0.769
	Kyllä	59 (50.0)	62 (53.9)	
	En osaa sanoa	29 (24.6)	24 (20.9)	
Näkee katsoa TV:tä, n (%)	Ei	13 (11.0)	19 (16.5)	0.379
	Kyllä	85 (72.0)	74 (64.3)	
	En osaa sanoa	20 (16.9)	22 (19.1)	
Näkee liikkoa, n (%)	Ei	7 (5.9)	8 (7.0)	0.325
	Kyllä	71 (60.2)	58 (50.4)	
	En osaa sanoa	40 (33.9)	49 (42.6)	

¹ Khii toiseen yhteensopivuustesti

Taulukko 2. Muistisairaiden asukkaiden (n=233) kuulo ja näkö lähtötilanteessa.

Muistisairauden diagnoosi, n=233	Interventoryhmä n = 118 (50.6 %)	Vertailuryhmä n = 115 (49.4 %)	p-arvo ¹
Alzheimerin tauti	76 (64.4)	75 (65.2)	0.994
Lewyn kappale -tauti	38 (32.2)	31 (27.0)	0.463
Vaskulaarinen dementia	34 (28.8)	35 (30.4)	0.899
Muu	13 (11.0)	23 (20.0)	0.086 *

¹ Khii toiseen yhteensopivuustesti

Taulukko 3. Muistisairaiden asukkaiden (n=233) muistisairauden diagnoosi lähtötilanteessa.

Mittari N=233		Interventoryhmä	Vertailuryhmä	p-arvo
		n = 118 (50.6 %)	n = 115 (49.4 %)	
CDR-luokka, n (%)	0,5-1 Lievä muistisairaus	20 (16.9)	26 (22.6)	0.535 ¹
	2 Keskivaikea	41 (34.7)	39 (33.9)	
	3 Vaikea	57 (48.3)	50 (43.5)	
Barthelin indeksi, keskiarvo (vaihteluväli)		30.1 (0-100)	27.5 (0-100)	0.504 ²
NPI-NH -kokonaispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)		18.0 (0-90)	16.2 (0-108)	0.542 ²
NPI-NH hoitajien stressin kokonaispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)		7.2 (0-37)	6.7 (0-46)	0.883 ²
Cornellin masennusasteikko, keskiarvo (vaihteluväli)		5.6 (0-21)	5.5 (0-22)	0.959 ²
MNA-asteikko, n (%)	1= Hyvä ravitsemustila, yli 23.5 pistettä	6 (5.1)	3 (2.6)	0.318 ¹
	2= Kasvanut riski virheravitsemukselle, 17-23.5 pistettä	73 (61.9)	81 (70.4)	
	3= Kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta, alle 17 pistettä	39 (33.1)	31 (27.0)	
QUALID, keskiarvo (vaihteluväli)		23.8 (12-46)	23.4 (11-43)	0.873 ²

¹ Khii toiseen yhteensopivuustesti

² Mann-Whitney U-testi

(CDR = Clinical Dementia Rating, luokitus muistisairauden vaikeusasteen arviointiin (Hughes ym. 1982)

Barthelin indeksi päivittäisen toimintakyvyn arviointiin, vaihteluväli 0-100, matalat pisteet kertovat heikosta toimintakyvystä (Mahoney ja Barthel 1965)

NPI-NH = Neuropsychiatric Inventory Nursing Home, Neuropsykiatrisen haastattelun vanhainkotiversio, muistisairaiden käytösoireiden mittari, vaihteluväli 0-120, korkeat pisteet kertovat psykologisista oireista ja runsaista käytösoireista (Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000)

Cornellin masennusasteikko muistisairaille, vaihteluväli 0-38, korkeat pisteet kertovat masennuksesta (Alexopoulos ym. 1988)

MNA = Mini Nutritional Assessment, ravitsemustilan arviointi (Guigoz ym. 1994)

QUALID = Quality of Life for Late Stage of Dementia, muistisairaiden elämänlaadun arviointi, vaihteluväli 0-55, alhaisemmat pisteet kuvaavat parempaa elämänlaatua (Weiner ym. 2000, Vaarama ym. 2008)

Taulukko 4. Muistisairaiden asukkaiden muistisairauden vaikeusaste (CDR), fyysinen toimintakyky (Barthelin indeksi), käytösoireet (NPI-NH), masennusoireet (Cornellin masennusasteikko), ravitsemustila (MNA) ja elämänlaatu (QUALID) lähtötilanteessa.

Käyttöoireita selittävät tekijät

Neuropsykiatrisen haastattelun vanhainkotien käyttöön tarkoitetun version mukaan (NPI-NH) (Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000) käyttöoireiden esiintyminen oli erittäin tavallista (79.0 %): interventioryhmässä 81.4 % ja vertailuryhmässä 76.5 %. Käyttöoireen esiintymistä (NPH-NH > 0) selittävät tekijät lähtötilanteessa olevien 233 muistisairaahan asukkaan kohdalla olivat asukkaiden matalampi ikä ($p=.049$), Barthelin indeksillä mitattu parempi toimintakyky ($p=.000$), hoitajien QUALIDilla arvioima asukkaiden huonompi elämänlaatu ($p=.000$), Lewyn kappale -taudin esiintyminen ($p=.027$) ja opistoasteen koulutus ($p=.023$). Käyttöoireista eniten esiintynyttä levottomuutta/aggressiivisuutta (interventio 68.5 %, vertailu 56.8 %) (taulukko 5, luku: 'Intervention vaikutukset') selittivät asukkaan huonompi elämänlaatu (QUALID) ($p=.000$), muistisairaahan CDR-luokka 2 ($p=.003$) tai 3 ($p=.000$), opistoasteen koulutus ($p=.005$). Leskeys vaikutti aggressiivisuutta vähentävästi ($p=.003$).

Muistisairaiden asukkaiden elämänlaatu lähtötilanteessa ja elämänlaatua selittävät tekijät

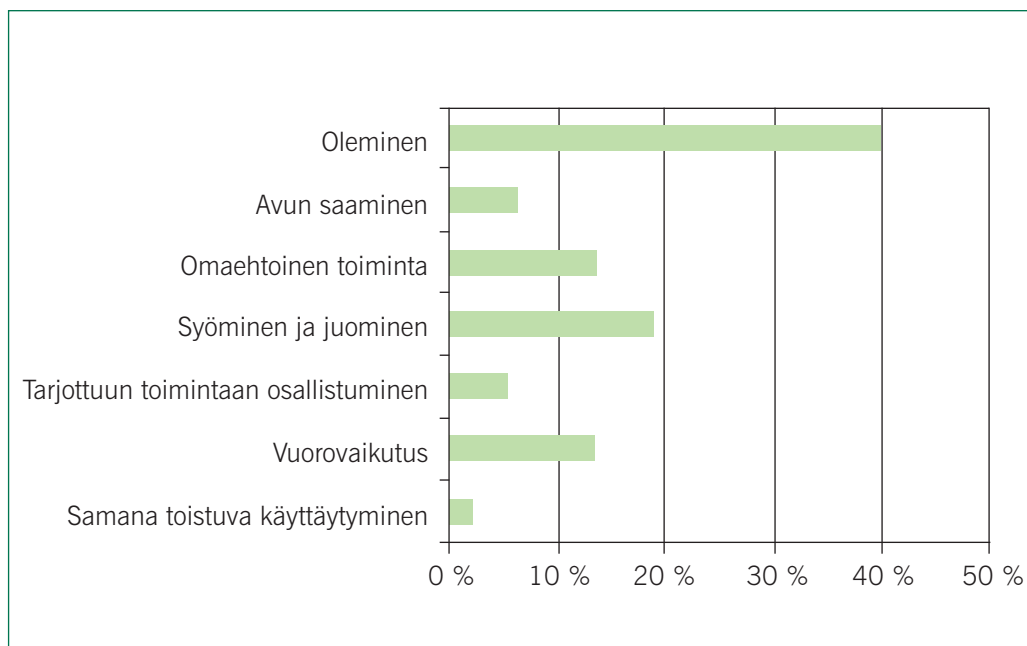
Muistisairaiden asukkaiden elämänlaadun arvioinnissa käytettiin Quality of life in late-stage dementia (QUALID) -mittaria (Weiner ym. 2000). QUALIDissa omahoitajat arvioivat asukkaiden elämänlaatua tutkimushoitajan haastattelemina. Kokonaispisteet vaihtelevat 11:n ja 55:n välillä, ja matalammat pisteet kuvaavat parempaa elämänlaatua. Interventioyhmän muistisairaiden asukkaiden QUALID-pisteet olivat keskimäärin 23.8 (vaihteluväli 12–46) ja vastaavat vertailuryhmän pisteet olivat 23.4 (11–43). Lähtötilanteessa asukkaiden huonompaa elämänlaatua selittivät huonompi fyysinen toimintakyky ($p=.046$) (Barthelin indeksi) (Mahoney ja Barthel 1965), muistisairaahan vaikeusaste (CDR 3: $p=.017$) (Morris 1993), MNA-asteikolla arvioitu huonompi ravitsemustila ($p=.020$) (Guigoz ym. 1994) sekä käyttöoireet (NPI-NH:n korkeammat kokonaispisteet ($p=.000$) (NPI-NH) (Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000).

QUALIDin lisäksi muistisairaiden asukkaiden elämänlaatua arvioitiin Elämänlaadun observointi dementia-työssä (ELO-D) -havainnointimenetelmällä (Salo 2009) jossa kaksi menetelmään koulutettua havainnoijaa arvioivat elämänlaatua ja hyvinvointia asukkaiden näkökulmasta sekä asukkaiden toimintaa. Menetelmä on kuvattu tämän raportin luvussa ' Tutkimuksen kulku, aineiston keruu ja tilastolliset menetelmät'. ELO-D:llä ja QUALID:lla oli tilastollisesti merkitsevä negatiivinen korrelaatio ($p=.004$) osoittaen mittarien kykyä samansuuntaiseen mittaamiseen.

Lähtötilanteessa tutkimussuostumuksen antaneesta 301 asukkaasta suostumuksen ELO-D havainnointiin antoi 296 asukasta. ELO-D -havainnointitoteutettiin menetelmän ohjeiden mukaan vain osaston yhteisissä tiloissa. Tämän vuoksi havainnointiaineistoon saatiin mukaan 146 yhteisissä tiloissa päivän aikana ollutta muistisairaasta asukasta, mikä oli 62.7 % niistä muistisairaista asukkaista, joilta oli havainnointisuostumus. Lähtötilanteessa havainnointiaikaa kertyi yhteensä 26 170 minuuttia (keskiarvo 179.3, vaihteluväli 5–420, keskihajonta 98.8). Tämä aika sisälsi 5 234 havainnointijaksoa (keskiarvo 35.9, vaihteluväli 1–84, keskihajonta

19.8), jotka menetelmässä ovat viiden minuutin mittaisia. Kuvio 1 kuvaa asukkaiden havainnoinnin aikaista toimintaa ja taulukko 5 asukkaiden hyvinvointia eri toimintaluokissa. Viiden minuutin jaksoista (n=4244, vaihteluväli 1–83, keskiarvo 29.1, keskihajonta 16.9) koostuvan havainnoinnin aikana 81 % ajasta asukkaiden hyvinvoinnin arvo oli 0. Oleminen oli eniten esiintyvä toimintaluokka ja sitä oli 40 % havainnointiajasta, kaikkiaan 2 089 viiden minuutin havainnointijaksoa (keskiarvo 14.3, vaihteluväli 0–72, keskihajonta 13.1) (kuvio 1).

Asukkaiden huonot hyvinvointiarvot selittyivät muistisairauden keskivaikealla vaiheella (p=.040) ja vaikealla vaiheella (p=.036) (CDR) (Morris 1993). ELO-D:n toimintaluokista 'Samana toistuva käyttäytyminen'(p=.002), 'Avun saaminen' (p=.012) ja 'Oleminen' (p=.019) selittivät hyvinvoinnin heikentymistä. Muistisairaiden asukkaiden parantunutta elämänlaatua selittivät toimintaluokat 'Tarjottuun toimintaan osallistuminen' (p=.000) ja 'Vuorovaikutus' (p=.000).



Kuvio 1. Asukkaiden (n=146) toiminta lähtötilanteessa havainnointien aikana (N = 5 234 viiden minuutin havainnointijaksoa).

Toimintaluokka	Hyvinvointi -1 (n = 304)	Hyvinvointi 0 (n = 4244)	Hyvinvointi 1 (n = 662)	Hyvinvointi 2 (n = 24)
Oleminen (%)	12.8	47.7	3.9	0.0
Avun saaminen (%)	16.8	4.9	9.1	8.3
Omaehtoinen toiminta (%)	8.9	15.3	6.8	12.5
Syöminen ja juominen (%)	11.2	19.6	18.7	4.2
Tarjottu toiminta (%)	1.0	3.6	16.9	50.0
Vuorovaikutus (%)	36.8	7.2	44.6	25.0
Toistokäyttäytyminen (%)	12.5	1.7	0.0	0.0
Kaikki toimintaluokat (%)	100.0	100.0	100.0	100.0

Taulukko 5. Muistisairaiden asukkaiden hyvinvoinnin arvojen osuudet prosentteina eri toimintaluokissa havainnointien aikana (N = 5 235 viiden minuutin havainnointijaksoa).

Lähteet

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23: 271–84.
- APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR)*. 4. painos, 2000.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308–14.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, Delacourte A, Galasko D, Gauthier S, Jicha G, Meguro K, O'Brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Stern Y, Visser PJ, Scheltens P. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol.* 2007; 6: 734–746.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Mini Nutritional Assessment : a practical tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994; suppl 2: 15–59.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61 – 5.
- McKeith IG. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the Consortium on DLB International Workshop. *J Alzheimers Dis.* 2006; 9 (3 Suppl): 417–423.
- Morris JC. The clinical dementia rating: current version and scoring rules. *Neurology* 1993; 43: 2412–2414.
- Salo M. Elo-D -laatusyökalu muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kehittämiseksi. Loppuraportti Dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kehittäminen -projektista 2005–2008. Suomen muistiasiantuntijat ry 2009.
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Sainem K, Foster B, Fontaine CS. The quality of life in late stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2000; 1: 114–116.
- Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 75–83.

Intervention vaikutukset

Tutkimuksen seuranta-aika ja intervention kesto olivat 14 kuukautta. Tutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli arvioida intervention vaikutuksia muistisairaiden asukkaiden käytösoireisiin, elämänlaatuun ja psyykenlääkkeiden käyttöön. Edellisessä luvussa käytösoireita ja elämänlaatua selittäviä tekijöitä selvitettiin suhteessa kaikkiin muistisairaisiin asukkaisiin joilta saatiin tutkimussuostumus. Tässä luvussa kerrotaan intervention vaikuttavuuden tuloksista. Vaikuttavuuden arviointi tehtiin vertaamalla niissä muistisairaissa asukkaissa tapahtuneita muutoksia, joilla lähtötilanteen NPI-NH –mittarissa (Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000) oli tullut vähintään yksi käytösoire. Muutoksia arvioitiin interventio- ja vertailuryhmän välillä tapahtuneina muutoksina tutkimuksen aikana. Lisäksi tutkittiin koko tutkimusjoukossa tapahtuneita muutoksia lähtötilanteen ja kuuden kuukauden sekä lähtötilanteen ja 14 kuukauden välillä.

Vaikuttavuuden seurannassa mukana olleet asukkaat lähtötilanteessa

Vaikuttavuuden arviointi Fixed effects -mallilla voitiin tehdä niistä asukkaista joista oli vähintään yksi seurantamittaus. Kriteerit täyttäviä asukkaita kertyi ensimmäiseen seurantamittaukseen mennessä 152, ja tutkimuksen aikana tuli mukaan 25 uutta kriteerit täyttävää asukasta. Näin ollen koko tutkimuksen aikana intervention vaikuttavuuden seurannassa oli mukana 177 asukasta, joista 89 kuului interventoryhmään ja 88 vertailuryhmään (luku 'Tutkimuksen kulku, aineiston keruu ja tilastolliset menetelmät', kuvio 1). Interventiossa mukanaoloaika oli keskimäärin 12.5 kuukautta (vaihteluväli 6–14 kuukautta).

Kaikista muistisairaista asukkaista 76.0 %:lla (n=177) oli lähtötilanteessa vähintään yksi NPI-NH:n mukainen käytösoire (Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000). Heidän demografisissa taustatiedoissaan, toimintakyvyssään, ravitsemustilassaan ja elämänlaadussaan ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja interventio- ja vertailuryhmän välillä (taulukko 1–4). Asukkaiden keski-ikä oli 81 vuotta ja heistä noin puolet asui vanhainkotiastolla. Interventoryhmässä miehiä oli kaksi viidestä (40.4 %) ja vertailuryhmässä joka neljäs (29.5 %). Yli puolella asukkaista (interventio 65.2 %, vertailu 62.5 %) oli Alzheimerin tauti. Lewyn kappale -taudin kriteerit täytti joka kolmas interventoryhmässä (38.2 %) ja joka neljäs vertailuryhmässä (23.9 %) oleva asukas. Vertailuryhmässä esiintyi merkitsevästi enemmän muita muistisairauksia, joista tavallisimmat olivat Parkinson-dementia ja alkoholidementia. Tätä selittää ainakin osittain se, että vertailuryhmässä oli osastoja, joihin ohjautui fyysisesti raskashoitaisempia asukkaita. Vastaavasti interventoryhmässä oli vaikeasti käytösoireisten asukkaiden hoitoon tarkoitettu yksikkö. Interventoryhmässä puolella muistisairauden vaikeusaste oli vaikea (CDR 3) (50.6 %) kun vertailuryhmässä vastaava osuus oli reilu kolmannes (36.4 %). Ravitsemustila (MNA, Guigoz ym. 1994) oli hyvä vain kolmella prosentilla kummassakin ryhmässä. (Taulukko 1–4.)

		Interventio n=89	Vertailu n=88	p-arvo
Osastotyyppi, n (%)	Dementiayksikkö	30 (33.7)	23 (26.1)	0.347 ¹
	Vanhainkotiostasasto	37 (41.6)	46 (52.3)	
	Terveyskeskuksen vuodeosasto	22 (24.7)	19 (21.6)	
Sukupuoli, n (%)	Mies	36 (40.4)	26 (29.5)	0.128 ¹
	Nainen	53 (59.6)	62 (70.5)	
Ikä, keskiarvo (vaihteluväli)		81.0 (53-95)	81.2 (45-100)	0.900 ²
Siviilisääty, n (%)	Avo-/avioliitossa	35 (39.8)	30 (34.1)	0.570 ¹
	Naimaton	7 (8.0)	7 (8.0)	
	Asumusero/ eronnut	6 (6.8)	7 (8.0)	
	Leski	33 (37.5)	41 (46.6)	
	Ei tietoa	7 (7.4)	3 (3.4)	
Koulutus, n (%)	Kansakoulu tai vähemmän	15 (17.0)	17 (19.3)	0.597 ¹
	Ammattikoulu	11 (12.5)	18 (20.5)	
	Keskikoulu	2 (2.3)	5 (5.7)	
	Lukio	1 (1.1)	1 (1.1)	
	Opistoaste	15 (17.0)	12 (13.6)	
	Korkeakoulu	9 (10.2)	6 (6.8)	
	Ei tietoa	35 (39.8)	29 (33.0)	

¹ Khii toiseen yhteensopivuustesti

² T-testi erisuuruksilla variansseilla

Taulukko 1. Tutkittavien (=käyttöoireista kärsivien muistisairaiden asukkaiden) (n=177, 76.0 % muistisairaista asukkaista) taustatiedot lähtötilanteessa.

		Interventio n=89	Vertailu n=88	
Kuulo (%)	Kuulee vaikeuksitta	73 (82.0)	64 (72.7)	0.307 1
	Kuulee kun korotetaan ääntä	14 (15.7)	22 (25.0)	
	Huomattavia vaikeuksia keskustelussa	2 (2.2)	2 (2.3)	
Näkee lukea (%)	Ei	21 (23.6)	19 (21.6)	0.576 1
	Kyllä	46 (51.7)	52 (59.1)	
	En osaa sanoa	22 (24.7)	17 (19.3)	
Näkee katsoa TV:tä (%)	Ei	7 (7.9)	11 (12.5)	0.583 1
	Kyllä	66 (74.2)	61 (69.3)	
	En osaa sanoa	16 (18.0)	16 (18.2)	
Näkee liikkua (%)	Ei	4 (4.5)	6 (6.8)	0.758 1
	Kyllä	58 (65.2)	54 (61.4)	
	En osaa sanoa	27 (30.3)	28 (31.8)	

¹ Khii toiseen yhteensopivuustesti

Taulukko 2. Tutkittavien (n=177) näkö ja kuulo lähtötilanteessa.

Muistisairauden diagnoosi (%)	Interventoryhmä n=89	Vertailuryhmä n=88	p-arvo ¹
Alzheimerin tauti	58 (65.2)	55 (62,5)	0.943
Lewyn kappale -tauti	34 (38.2)	21 (23.9)	0.056
Vaskulaarinen dementia	31 (34.8)	28 (31.8)	0.333
Muu	8 (9.0)	20 (22.7)	0.001

¹ Khii toiseen yhteensopivuustesti

Taulukko 3. Tutkittavien (n=177) muistisairauden diagnoosi.

		Interventio n=89	Vertailu n=88	p-arvo
CDR-luokka, n (%)	0.5 - 1 Lievä muistisairaus	11 (12.4)	21 (23.9)	0.068 ¹
	2 Keskipaikea	33 (37.1)	35 (39.8)	
	3 Vaikea	45 (50.6)	32 (36.4)	
Barthelin indeksi, keskiarvo (vaihteluväli)		29.6 (0-85)	32.4 (0-95)	0.415 ²
NPI-pisteet, keskiarvo (vaihteluväli)		21.7 (1-90)	17.9 (1-81)	0.634 ²
NPI Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)		8.4 (0-37)	7.2 (0-34)	0.863 ²
Cornellin masennusasteikko, keskiarvo (vaihteluväli)		6.1 (0-21)	6.1 (1-22)	0.658 ²
MNA-asteikko, n (%)	1 = Hyvä ravitsemustila, yli 23,5 pistettä	3 (3.4)	3 (3.4)	0.828 ¹
	2 = Kasvanut riski virheravitsemukselle, 17-23,5 pistettä	58 (65.2)	61 (69.3)	
	3 = Kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta, alle 17 pistettä	28 (31.5)	24 (27.3)	
QUALID, keskiarvo (vaihteluväli)		24.7 (14-46)	24.0 (11-43)	0.682 ²

¹ Khii toiseen yhteensopivuustesti

² Mann-Whitney U-testi

(CDR = Clinical Dementia Rating, luokitus muistisairauden vaikeusasteen arviointiin (Hughes ym. 1982)

Barthelin indeksi päivittäisen toimintakyvyn arviointiin, vaihteluväli 0-100, matalat pisteet kertovat heikosta toimintakyvystä (Mahoney ja Barthel 1965)

NPI-NH = Neuropsychiatric Inventory Nursing Home, Neuropsykiatrisen haastattelun vanhainkotiversio, muistisairaiden käytösoireiden mittari, vaihteluväli 0-120, korkeat pisteet kertovat psykologisista oireista ja runsaista käytösoireista (Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000)

Cornellin masennusasteikko muistisairaille, vaihteluväli 0-38, korkeat pisteet kertovat masennuksesta (Alexopoulos ym. 1988)

MNA = Mini Nutritional Assessment, ravitsemustilan arviointi (Guigoz ym. 1994)

QUALID = Quality of Life for Late Stage of Dementia, muistisairaiden elämänlaadun arviointi, vaihteluväli 0-55, alhaisemmat pisteet kuvaavat parempaa elämänlaatua (Weiner ym. 2000, Vaarama ym. 2008))

Taulukko 4. Tutkittavien (n=177) muistisairauden vaikeusaste (CDR), ravitsemustila (MNA), käytösoireet (NPI-NH), toimintakyky (Barthelin indeksi), masennusoireet (Cornellin masennusasteikko) sekä elämänlaatu (QUALID) lähtötilanteessa.

Käyttöoireiden esiintyminen lähtötilanteessa

NPI-NH -mittarissa asukkaan omahoitaja arvioi tutkimushoitajan haastattelemana 12 käyttöoireen esiintymistä, vaikeusastetta ja hoitajalle aiheuttamaa stressiä (Cummings ym. 1994, Wood ym. 2000) lähtötilanteessa, kuuden kuukauden kohdalla ja tutkimuksen päätyttyä 14 kuukauden kohdalla. Mittari koostuu 12 eri oireen esiintymisen arvioinnista. Jos kyseinen oire esiintyy, arvioidaan sen yleisyyttä ja vaikeusastetta. Yleisyyden vaihteluväli on yhdestä (joskus – harvemmin kuin kerran viikossa) neljään (erittäin usein – päivittäin tai jatkuvasti). Vaikeusaste saa arvot yhdestä (lievä) kolmeen (vaikea). Vaikeusasteen arvio on arvio oireen aiheuttamasta haitasta tai häiritsevyydestä muistisairaalle ihmiselle. Yleisyyden ja vaikeusasteen tuloksesta saadaan kyseisen osa-alueen käyttöoirepisteet. NPI-NH -kokonaispisteet muodostuvat osa-aluepisteiden summasta. (Savikko ja Pitkälä 2006).

Taulukossa 5 on asukkaiden käyttöoireiden esiintyvyys ja NPI-NH -pisteet interventio- ja vertailuryhmässä. Kahdella viidestä asukkaasta oli masentuneisuutta ja alakuloisuutta (interventio 42.7 %, vertailu 44.3 %). Sekä interventio- että vertailuryhmän asukkaista joka kolmannella oli harhaluuloja ja ärtyisyyttä/ mielialan vaihtelua ja joka viidennellä oli aistiharhoja. Ahdistuneisuutta oli merkittävästi enemmän vertailuryhmässä kuin interventior ryhmässä (47.7 % vs. 34.8 %, $p=.017$). Interventiossa olevilla asukkailla oli vertailuryhmän asukkaita enemmän estottomuutta (31.5 % vs. 12.5 %, $p=.002$) sekä ruokahalun ja syömisen häiriöitä (19.1 % vs. 6.8 %, $p=.039$).

Käyttöoire		Interventio-ryhmä n=89	Vertailuryhmä n=88	p-arvo
Kaikki	Esiintyvyys n (%)	89 (100)	88 (100)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	21.1 (1-90)	17,9 (1-81)	0.634
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	8.4 (0-37)	7.2 (0-34)	
Harhaluulot	Esiintyvyys n (%)	29 (32.6)	30 (34.1)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	1.6 (0-12)	1.7 (0-12)	0.804
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.6 (0-5)	0.7 (0-5)	
Aistiharhat	Esiintyvyys n (%)	22 (24.7)	19 (21.6)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	1.0 (0-12)	0.9 (0-12)	0.623
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.3 (0-4)	0.3 (0-5)	
Levottomuus/aggressiivisuus	Esiintyvyys n (%)	61 (68.5)	50 (56.8)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	3.8 (0-12)	2.9 (0-12)	0.134
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	1.8 (0-5)	1.4 (0-5)	
Masentuneisuus/alakuloisuus	Esiintyvyys n (%)	38 (42.7)	39 (44.3)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	1.8 (0-12)	1.9 (0-12)	0.509
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.7 (0-5)	0.9 (0-5)	

Käyttöoire		Interventio-ryhmä n=89	Vertailuryhmä n=88	p-arvo
Ahdistuneisuus	Esiintyvyys n (%)	31 (34.8)	42 (47.7)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	1.6 (0-12)	2.6 (0-12)	0.045
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.7 (0-5)	1.1 (0-5)	
Kohonnut mieliala/epäasianmukainen iloisuus	Esiintyvyys n (%)	8 (9.0)	5 (5.7)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	0.3 (0-12)	0.2 (0-6)	0.427
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.1 (0-2)	0.0 (0-2)	
Apatia/välinpitämättömyys	Esiintyvyys n (%)	33 (37.1)	35 (39.8)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	2.4 (0-12)	2.3 (0-12)	0.923
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.7 (0-5)	0.6 (0-3)	
Estottomuus	Esiintyvyys n (%)	28 (31.5)	11 (12.5)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	1.4 (0-12)	0.7 (0-12)	0.000
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.7 (0-5)	0.3 (0-5)	
Ärtisyys/mielialanvaihtelu	Esiintyvyys n (%)	34 (38.2)	31 (35.2)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	2.5 (0-12)	1.9 (0-12)	0.298
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	1.2 (0-5)	0.8 (0-5)	
Poikkeava motorinen käyttäytyminen	Esiintyvyys n (%)	27 (30.3)	22 (25.0)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	2.4 (0-12)	1.4 (0-12)	0.227
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.7 (0-5)	0.5 (0-4)	
Unen häiriöt	Esiintyvyys n (%)	15 (16.9)	18 (20.5)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	1.0 (0-12)	0.8 (0-12)	0.647
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.5 (0-5)	0.5 (0-5)	
Ruokahalun ja syömisen häiriöt	Esiintyvyys n (%)	17 (19.1)	6 (6.8)	
	Yhteispisteet, keskiarvo (vaihteluväli)	1.4 (0-12)	0.5 (0-12)	0.016
	Stressi, keskiarvo (vaihteluväli)	0.5 (0-5)	0.2 (0-5)	

Kaikki testit: Mann-Whitneyn U-testi

¹ NPI-NH -kokonaispisteet muodostuvat osa-aluepisteiden summasta

² NPI-NH -osa-aluepisteet saadaan kertomalla kyseessä olevan käyttöoireen yleisyys sen vaikeusasteella. Yleisyyden vaihteluväli on yhdestä (joskus – harvemmin kuin kerran viikossa) neljään (erittäin usein - päivittäin tai jatkuvasti). Käyttöoireen vaikeusaste saa arvot yhdestä (lievä) kolmeen (vaikea). Sillä tarkoitetaan kyseisen oireen aiheuttamaa haittaa tai häiritsevyyttä muistisairaalle ihmiselle.

Taulukko 5. Interventio-ryhmän asukkaiden (n=89) ja vertailuryhmän asukkaiden (n=88) käyttöoireet lähtötilanteessa.

Intervention vaikutukset käytösoireisiin

Ensimmäisen kuuden kuukauden kohdalla kaikkien 12 käytösoireen NPI-NH -kokonaispisteet olivat vähentyneet interventoryhmässä 4.1 pistettä ja vertailuryhmässä 1.1 pistettä (taulukko 6). Tämä ryhmien välinen piste-ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=.211$). Yksittäisiä käytösoireista estottomuus sekä ruokahalun ja syömisen häiriöt vähenivät tilastollisesti merkitsevästi enemmän interventoryhmässä vertailuryhmään verrattuna. Interventoryhmän asukkaiden estottomuus oli vähentynyt kuuden kuukauden kohdalla 0.8 pistettä, kun se vertailupuolella oli noussut 0.3 pistettä (ryhmien välinen ero $p=.003$). Vastaavasti interventoryhmän ruokahalun ja syömisen häiriöt olivat vähentyneet 0.2 pistettä ja vertailuryhmässä lisääntyneet 1.3 pistettä (ryhmien välinen ero $p=.010$). Kuuden kuukauden kohdalla voitiin todeta vertailuryhmän asukkaiden ahdistuneisuuden vähentyneen tilastollisesti merkitsevästi interventoryhmään verrattuna. Vertailuryhmän ahdistuneisuus oli vähentynyt 1.0 pistettä ja interventoryhmän ahdistuneisuus oli lisääntynyt 0.5 pistettä (ryhmien välinen ero $p=.004$). (Taulukko 6.)

Tutkimuksen lopussa 14 kuukauden kohdalla kaikkien 12 käytösoireen NPI-NH -kokonaispisteet olivat lähtötilanteeseen verrattuna vähentyneet interventoryhmässä 5.2 pistettä ja vertailuryhmässä 4.9 pistettä (taulukko 6). Käytösoireiden väheneminen tutkimuksen aikana koko tutkimusjoukossa oli tilastollisesti merkitsevä ($p=.009$). Interventio- ja vertailuryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa pistemäärissä. Myös yksittäisistä käytösoireista kahdessa tapahtui koko tutkimusjoukossa lähtötilanteesta tutkimuksen loppuun tilastollisesti merkitsevä väheneminen. Nämä olivat levottomuus/ aggressiivisuus ($p=.011$) ja ahdistuneisuus ($p=.014$). Ryhmien välillä ei ollut enää tilastollisesti merkitseviä eroja ahdistuneisuudessa, estottomuudessa eikä ruokahalun ja syömisen häiriöissä kuten oli ollut kuuden kuukauden kohdalla. (Taulukko 6.)

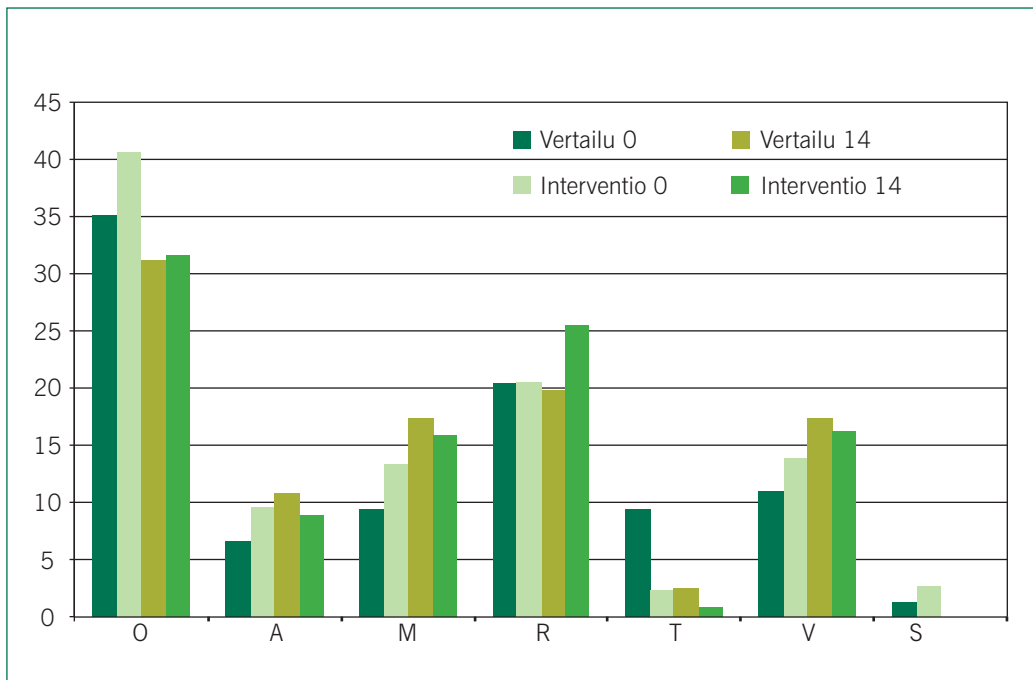
Intervention vaikutukset elämänlaatuun ja hyvinvointiin

Muutokset asukkaiden elämänlaadussa

Muistisairaiden asukkaiden elämänlaatua ja hyvinvointia arvioitiin ja seurattiin Quality of life in late-stage dementia (QUALID) -mittarilla (Weiner ym. 2000), jossa hoitajat arvioivat asukkaiden elämänlaatua. Tutkimuksen aikana kaikkien tutkittavien keskimääräinen elämänlaatu parani lähes merkitsevästi ($p=.078$), molemmissa ryhmissä 1.3 pistettä.

Hoitajien QUALIDilla arvioiman elämänlaadun lisäksi asukkaiden elämänlaatua arvioitiin myös kahden havainnoijan toteuttaman ELO-D -havainnoinnin avulla (Salo 2009). Intervention vaikuttavuuden seurannassa mukana olleesta 177 asukkaasta voitiin kerätä ELO-D -havainnointiaineisto alkutilanteessa 97 (54.8 %) asukkaasta (interventoryhmästä 51 (57.3 %) asukkaasta ja vertailuryhmästä 46 (52.3 %) asukkaasta). Vastaavat luvut 14 kuukauden kohdalla olivat yhteensä 85 (48.0 %) asukasta (interventoryhmästä 40 (44.9 %) asukasta ja vertailuryhmästä 45 (51.1. %) asukasta).

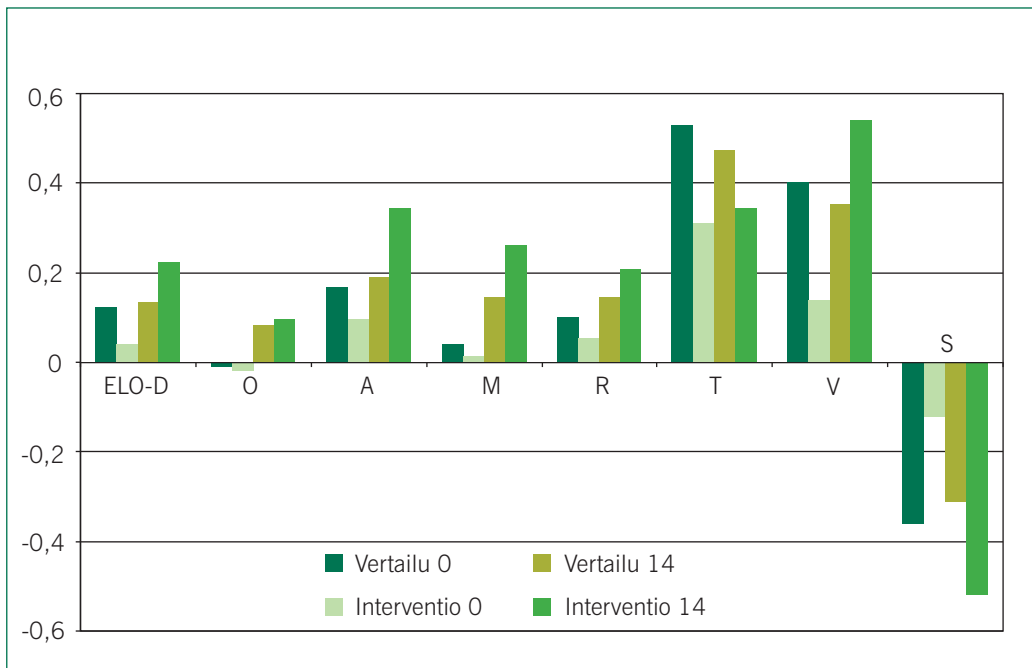
Kuvio 1 kuvaa asukkaiden eri toimintaluokkiin käyttämää aikaa havainnoinnin aikana lähtötilanteessa ja tutkimuksen lopussa. Asukkaiden olemiseen käyttämä aika väheni ja vuorovaikutukseen käyttämä aika lisääntyi sekä interventio- että vertailuryhmässä. Interventoryhmän asukkaiden ruokailuun käyttämä aika kasvoi. Koko ELO-D -havainnoinnin aikainen hyvinvointi ($p=.009$) ja vuorovaikutuksen aikainen hyvinvointi ($p=.009$) paranivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän interventoryhmässä kuin vertailuryhmässä (kuvio 2).



Kuvio 1.

Asukkaiden ELO-D -toimintaluokkien ajalliset prosentiosuudet havainnointiaikana lähtötilanteessa (0 kk) ja tutkimuksen lopussa (14 kk).

- O = oleminen
- A = avun saaminen
- M = omaehtoinen toiminta
- R = syöminen ja juominen
- T = tarjottuun toimintaan osallistuminen
- V = vuorovaikutus
- S = samana toistuva käyttäytyminen



Kuvio 2.

Asukkaiden toimintaluokkien aikaisten hyvinvoinnin keskiarvojen muutokset interventio- ja vertailuryhmän välillä.

ELO-D = koko ELO-D -havainnointiaika

O = oleminen

A = avun saaminen

M = omaehtoinen toiminta

R = syöminen ja juominen

T = tarjottuun toimintaan osallistuminen

V = vuorovaikutus

S = samana toistuva käyttäytyminen

Käyttöoire	Kuuden kuukauden seuranta			14 kuukauden seuranta		
	Interventio-ryhmä	Vertailuryhmä	p-arvo	Interventio-ryhmä	Vertailuryhmä	p-arvo
Kaikki oireet						
Kokonaispisteet	-4.1	-1.1	0.211	-5.2	-4.9	0.915
Hoitajien stressi	-0.9	-0.3	0.580	-1.6	-2.0	0.691
Harhaluulot						
Osa-aluepisteet	-0.4	-0.2	0.670	-0.3	-0.7	0.442
Hoitajien stressi	0	+0.2	0.449	-0.1	-0.4	0.202
Aistiharhat						
Osa-aluepisteet	-0.3	-0.1	0.573	+0.2	-0.1	0.359
Hoitajien stressi	0	0	0.867	+0.2	-0.2	0.010

Levottomuus/ aggressiivisuus						
Osa-aluepisteet	-0.6	0	0.258	-1.2	-1.0	0.750
Hoitajien stressi	-0.3	0	0.230	-0.6	-0.3	0.260
Masentuneisuus/ alakuloisuus						
Osa-aluepisteet	-0.6	-0.4	0.550	-0.3	-0.3	0.962
Hoitajien stressi	-0.1	-0.2	0.554	0	-0.2	0.230
Ahdistuneisuus						
Osa-aluepisteet	+0.5	-1.0	0.004	0	-1.0	0.096
Hoitajien stressi	+0.2	-0.3	0.039	0	-0.4	0.092
Apatia/välin- pitämättömyys						
Osa-aluepisteet	-0.6	-0.2	0.506	-0.7	-0.8	0.819
Hoitajien stressi	-0.2	0	0.167	0	0	0.597
Estottomuus						
Osa-aluepisteet	-0.8	+0.3	0.003	-0.6	-0.2	0.307
Hoitajien stressi	-0.3	+0.1	0.008	-0.3	-0.1	0.271
Ärtyisyys/ mielialanvaihtelu						
Osa-aluepisteet	-0.3	0	0.622	-0.7	-0.7	0.999
Hoitajien stressi	-0.1	0	0.408	-0.4	-0.3	0.673
Poikkeava motori- nen käyttäytyminen						
Osa-aluepisteet	-0.2	+0.1	0.559	-0.9	-0.2	0.230
Hoitajien stressi	0	0	0.849	-0.1	-0.2	0.852
Unen häiriöt						
Osa-aluepisteet	0	-0.2	0.651	-0.3	-0.2	0.861
Hoitajien stressi	0	-0.1	0.488	-0.2	-0.1	0.623
Ruokahalun ja syömisen häiriöt						
Osa-aluepisteet	-0.2	+1.3	0.010	-0.2	+0.8	0.100
Hoitajien stressi	0	+0.4	0.047	-0.2	+0.2	0.107

Taulukko 6. Interventio- ja vertailuryhmässä tapahtuneet muutokset käytösoireissa ja niiden hoitajille aiheuttamassa stressissä kuuden kuukauden ja 14 kuukauden kohdalla neuropsykiatrisen haastattelun vanhainkotiversiolla arvioituina (NPI-NH). Kohonnut mieliala/epäsiällinen iloisuus -käytösoireen muutoksia ei voitu arvioida vähäisen esiintymisen vuoksi.

Muutokset masennusoireissa

Tutkimushoitajan haastatteluissa asukkaan omahoitaja arvioi muistisairaiden asukkaiden masentuneisuutta Cornellin masennusasteikolla (Alexopoulos ym. 1988). Koko tutkimusjoukossa masentuneisuus väheni tilastollisesti merkitsevästi lähtötilanteesta sekä kuuden kuukauden seurantaan ($p=.006$) että tutkimuksen loppuun eli 14 kuukauden seurantaan verrattuna ($p=.003$). Ryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja (kuusi kuukautta $p=.435$ ja 14 kuukautta $p=.388$).

Muutokset asukkaiden ravitsemustilassa

Asukkaiden ravitsemustilan arvioinnissa käytettiin MNA-mittaria (Guigoz ym. 1994). Lähtötilanteessa kolmella prosentilla (3.4 %) asukkaista ravitsemustila oli hyvä (taulukko 4). MNA-pisteiden keskiarvo (vaihteluväli) oli interventoryhmässä 18.9 (9-24) ja vertailuryhmässä 19.2 (11-25). Koko tutkimusjoukossa ravitsemustila huononi merkitsevästi lähtötilanteesta kuuden kuukauden seurantaan ($p=.000$) ja tutkimuksen loppuun ($p=.000$) verrattuna. Huononemisessa oli kuitenkin ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero. Interventoryhmän asukkaiden MNA-pisteet olivat laskeneet vertailuryhmää merkitsevästi vähemmän sekä kuuden kuukauden kohdalla ($p=.050$) että 14 kuukauden kohdalla ($p=.004$). Kuuden kuukauden seurannassa interventoryhmän asukkaiden keskimääräiset MNA-pisteet olivat huonontuneet 0.6 pistettä ja vertailuryhmän asukkaiden 1.5 pistettä. Vastaavat luvut 14 kuukauden seurannassa olivat 0.9 ja 2.4 pistettä.

Muutokset asukkaiden fyysisessä toimintakyvyssä

Asukkaiden fyysinen toimintakyky Barthelin indeksillä mitattuna (Mahoney ja Barthel 1965) heikkeni tutkimuksen aikana. Koko tutkimusjoukossa tilastollisesti merkitsevä huononeminen oli tapahtunut lähtötilanteeseen verrattuna sekä kuuden kuukauden ($p=.000$) että 14 kuukauden ($p=.000$) kohdalla. Kuuden kuukauden kohdalla interventoryhmän asukkaiden Barthelin indeksi oli huonontunut 3.8 pistettä ja vertailuryhmän 5.6 pistettä ($p=.304$) ja vastaavasti 14 kuukauden kohdalla 4.8 ja 6.0 pistettä ($p=.499$). Piste-erot interventio- ja vertailuryhmän välillä eivät siis olleet tilastollisesti merkitseviä.

Intervention vaikutukset psykenlääkkeiden käyttöön

Psykenlääkkeiden käyttö väheni tutkimuksen aikana sekä interventio- että vertailuryhmän asukkailla (taulukko 7). Pitkäaikaishoidon ylilääkäri, joka oli aktiivisen kiinnostuneena mukana interventiossa, vastasi virkansa puolesta kaikkien pitkäaikaisasukkaiden hoidosta. Sen lisäksi hän oli myös viiden vertailuryhmän yksikön asukkaiden hoitava lääkäri. Lähtötilanteessa interventioyksikön 30:stä (33.7 %) antipsykoottia käyttäneestä asukkaasta kahdella (2.2 %) oli kaksi eri antipsykoottia ja yhdellä 1 (1.1 %) kolme. Vastaavasti vertailuryhmässä antipsykootteja käytti 37 (42.0 %) asukasta ja heistä kahdella (2.3 %) oli käytössä kaksi antipsykoottia ja yhdelläkään ei ollut kolmea eri antipsykoottia. Tutkimuksen lopussa asukkailla oli enintään yksi antipsykootti käytössä.

Psykenlääke	Interventioryhmän asukkaat			Vertailuryhmän asukkaat		
	Lähtö-tilanne	Tutkimuksen lopussa	p-arvo	Lähtö-tilanne	Tutkimuksen lopussa	p-arvo
Antipsykootit, n (%)	30 (33.7)	20 (22.5)	0.002	37 (42.0)	26 (29.5)	0.027
Bentsodiatsepiinit, n (%)	26 (29.2)	13 (14.6)	0.002	20 (22.7)	14 (15.9)	0.109
Antidepressiivit, n (%)	32 (36.0)	21 (23.6)	0.021	28 (31.8)	30 (34.1)	0.481
Unilääkkeet, n (%)	13 (14.6)	3 (3.4)	0.006	14 (15.9)	7 (8.0)	0.084

Kaikki testit McNemar -testillä

Taulukko 7. *Interventio- ja vertailuryhmän asukkaiden psykenlääkkeiden käyttö lähtötilanteessa ja tutkimuksen lopussa.*

Lähtötilanteesta tutkimuksen loppuun interventioryhmän asukkaiden kaikkien psykenlääkkeiden käytössä tapahtui tilastollisesti merkitsevä väheneminen. Vertailuryhmän asukkaiden antipsykoottien käyttö väheni tilastollisesti merkitsevästi mutta muiden psykenlääkkeiden käytössä ei ollut merkitsevää muutosta. (Taulukko 7.) Verrattaessa interventio- ja vertailuryhmän asukkaiden eri psykenlääkkeiden käytössä tapahtuneita muutoksia voitiin todeta, että interventioryhmässä antidepressiivan käyttö oli merkitsevästi vähentynyt vertailuryhmään verrattuna ($p=.023$). Muiden psykenlääkkeiden kohdalla ei tullut esiin tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä.

Intervention vaikutukset käytösoireiden henkilökunnalle aiheuttamaan stressiin

Taulukosta 6 ilmenee NPI-NH -mittarilla esiin tulleet käytösoireiden hoitajille aiheuttaman stressin muutokset ja muutosten vertailu interventio- ja vertailuryhmän välillä. *Ensimmäisen kuuden kuukauden kohdalla* interventioryhmän hoitajien kokema stressi oli vähentynyt tilastollisesti merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna estottomuudessa ($p=.008$) sekä ruokahalun ja syömisen häiriöissä ($p=.047$). Vertailuryhmän hoitajien ahdistuneisuudesta aiheutuva stressi oli laskenut tilastollisesti merkitsevästi interventioryhmään verrattuna ($p=.039$). Nämä tilastollisesti merkitsevät erot poistuivat 14 kuukauden seurantaan saavuttaessa. (Taulukko 6.)

Tutkimuksen lopussa 14 kuukauden kohdalla ei enää ollut eroja estottomuuden, ruokahalun ja syömisen häiriöiden eikä ahdistuneisuuden aiheuttamassa stressissä interventio- ja vertailuryhmän hoitajien välillä. Aistiharhoista hoitajille aiheutuva stressi oli interventioryhmässä tilastollisesti merkitsevästi lisääntynyt vertailuryhmään verrattuna ($p=.010$). (Taulukko 6.) Koko hoitajien tutkimusjoukossa käytösoireiden aiheuttama stressi väheni tutkimusaikana eli lähtötilanteesta 14 kuukauden seurantaan tilastollisesti merkitsevästi ($p=.011$). Merkitsevää muutosta ei ollut tapahtunut kuuteen kuukauteen mennessä ($p=.680$). Lähtötilanteesta tutkimuksen loppuun verrattuna yksittäisistä käytösoireista harhaluulojen ($p=.027$) ja levottomuuden/ aggressiivisuuden ($p=.054$) aiheuttama stressi oli vähentynyt merkitsevästi.

Lähteet

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23: 271-84.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-14.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Mini Nutritional Assessment : a practical tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994; suppl 2: 15-59.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61 -5.
- Morris JC. The clinical dementia rating: current version and scoring rules. *Neurology* 1993; 43: 2412-2414.
- Salo M. Elo-D -laatutyökalu muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kehittämiseksi. Loppuraportti Dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kehittäminen -projektista 2005-2008. Suomen muistiasiantuntijat ry 2009.
- Savikko N, Pitkälä K. Tutkimuksessa käytetyt mittarit. Raportissa: Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementia-aperheiden tukimallin vaikuttavuus. Toim. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus, Saarijärvi 2006: 212-220.
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Sainem K, Foster B, Fontaine CS. The quality of life in late stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2000; 1: 114-116.
- Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 75-83.

TULOSTEN YHTEENVETO

Keskeiset tulokset

Muistisairauden ja käytösoireiden esiintyvyys tutkimusjoukossa

- 80 %:lla kaikista pitkäaikaishoidon yksiköiden asukkaista oli jokin muistisairaus, tavallisimmin Alzheimerin tauti (64.8 %)
- Muistisairaiden asukkaiden keski-ikä oli 81 vuotta ja heistä naisia oli 65 % Alzheimerin tautia sairastavista asukkaista enemmän kuin joka kolmannella (36.4 %) lisäksi Lewyn kappale -taudin piirteet
- Lewyn kappale -tautia 29.6 %:lla asukkaista mutta vain 15 asukkaalla (6.4 %) tauti ainoana muistisairautena
- Muistisairauden vaikeusaste
 - lievä 19.8 %
 - keskivaikea 34.3 %
 - vaikea 45.9 %
- 79 %:lla muistisairaista asukkaista oli hoitajien arvioimana vähintään yksi käytösoire
- Lähes kolmasosa (30.0 %) muistisairaista asukkaista kärsi aliravitsemuksesta

Käytösoireita selittävät tekijät

- asukkaiden matalampi ikä
- parempi toimintakyky (Barthelin indeksillä mitattuna)
- korkeampi koulutus
- Lewyn kappale -tauti
- huonompi elämänlaatu (hoitajien QUALID -mittarilla arvioimana)

Aggressiivisuutta ja levottomuutta esiintyi eniten NPI-NH -mittarin mukaisesta 12 käytösoireesta. Sen esiintymistä selittivät:

- keskivaikea ja vaikea-asteinen muistisairaus
- opistoasteen koulutus
- asukkaan huonompi elämänlaatu (hoitajien QUALID -mittarilla arvioimana)

Huonompaa elämänlaatua selittävät tekijät

- huonompi fyysinen toimintakyky (Barthelin indeksillä mitattuna)
- keskivaikea- ja vaikea-asteinen muistisairaus
- huonompi ravitsemustila MNA -asteikolla mitattuna
- käytösoireet
- toiminnan puuttuminen arjesta ja pääasiassa olemisesta koostuva päivän sisältö

Muutokset asukkaiden käytösoireissa ja elämänlaadussa

- Interventio- ja vertailuryhmän väliset erot
- Kuuden kuukauden kohdalla interventioryhmän asukkaiden 10 käytösoireessa 12:sta oli tapahtunut vähenemistä vertailuryhmään verrattuna; näistä estottomuuden sekä ruokahalun ja syömisen häiriöiden kohdalla ero oli tilastollisesti merkitsevä. Ainoastaan ahdistuneisuus oli vähentynyt enemmän vertailuryhmässä kuin interventioryhmässä ja ero oli tilastollisesti merkitsevä.
- Tutkimuksen lopussa ryhmien väliset erot käytösoireissa olivat tasoittuneet.
- Havainnoinnin perusteella interventioryhmän asukkaiden elämänlaatu parani merkitsevästi vertailuryhmän asukkaisiin verrattuna. Myös vuorovaikutustilanteiden aikainen hyvinvointi parani merkitsevästi interventioryhmässä vertailuryhmään verrattuna.
- Interventioasukkaiden ravitsemustilassa tapahtui merkitsevää paranemista vertailuryhmään verrattuna. Ruokaluun käytetty aika lisääntyi lähtötilanteeseen verrattuna mutta myös vertailuryhmään verrattuna.

Lähtötilanteesta tutkimuksen loppuun tapahtuneet muutokset kaikkien asukkaiden kohdalla (interventio- ja vertailuryhmän asukkaat yhdessä)

- Käytösoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi.
- Hoitajien käytösoireisiin liittyvä stressi väheni tilastollisesti merkitsevästi.
- Asukkaiden elämänlaatu hoitajien arvioimana parani ja paraneminen oli tilastollisesti lähes merkitsevä.
- Masennusoireet Cornellin masennusasteikolla mitattuina vähenivät tilastollisesti merkitsevästi.

Muutokset psyykenlääkkeiden käytössä

- Psyykenlääkkeitä käyttävien asukkaiden määrä väheni tilastollisesti merkitsevästi tutkimuksen aikana koko tutkimusjoukossa.
- Interventioryhmässä kaikkien psyykenlääkkeiden käyttäjien määrä väheni merkitsevästi mutta vertailuryhmässä vain antipsykoottisten lääkkeiden käyttäjien määrä väheni.
- Interventioryhmässä masennuslääkkeitä käyttävien asukkaiden osuus väheni tutkimuksen aikana merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna.

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Asukkaiden hyvinvoinnin tarpeista lähtevä ja asukaslähtöisesti räätälöity hoito lievensi asukkaiden käytösoireita ja masennusoireita. Lisäksi asukkaiden elämänlaatu hoitajien arvioimana koheni lähes merkitsevästi. Asukkaiden tilanne koheni myös vähentyneenä psyykenlääkkeiden käyttönä. Positiiviset muutokset, jotka tapahtuivat myös vertailuryhmän asukkaiden elämässä, heijastavat ainakin tiedon leviämistä kunnan vanhuspalveluiden pitkäaikaisosastoilla. Kuitenkin interventio- ja vertailuryhmien välillä voitiin todeta myös merkitseviä eroja interventioryhmän hyväksi. Interventioryhmässä kaikkien psyykenlääkkeiden käyttö väheni tilastollisesti merkitsevästi. Interventioryhmän asukkaiden ravitsemustila koheni merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna. Lisäksi asukkaiden hyvinvoinnin ja hoitoyksiköiden arjen havainnoinnit osoittivat, että interventioryhmän asukkaiden elämänlaatu oli tutkimuksen lopussa vertailuryhmän asukkaiden elämänlaatua merkitsevästi parempi.

Käytösoireista muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin tarpeisiin

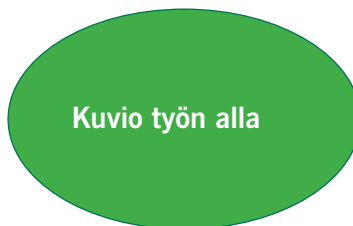
Perinteisesti käytösoireista puhuttaessa on viitattu muistisairaana hankalaksi koettuun käyttäytymiseen ja sen ulkopuolisille aiheuttamaan hankaluuteen. Tässä tutkimuksessa sen sijaan käytösoire nähtiin muistisairaana ihmisen tarpeiden ilmaisuna, joka muistisairauden vuoksi on muuttunut. Tutkimuksen lähtökohtana oli muistisairas ihminen tuntevana ja kokevana ihmisenä, joka omilla tavoillaan ja kyvyillään ilmaisee itseään. Tätä muistisairaslähtöistä lähestymistapaa käytösoireisiin edustavat englanninkieliset käsitteet 'need-driven dementia-compromised behaviour' (Kolanowski ja Whall 2000) ja 'unmet needs behavior' (Kitwood 1997). Näitä englanninkielisiä käsitteitä on vaikea kääntää ymmärrettäviksi suomenkielen käsitteiksi. Tutkimusryhmä käytti runsaasti aikaa käytösoireikäsitteen merkityksen pohtimiseen ja sen sisällön avaamiseen. Interventio suunniteltiin siten, että se tuki mahdollisimman paljon uudenlaisen muistisairaslähtöisen ajattelutavan juurtumista hoitokäytäntöihin. Tällä hetkellä ehkä kuitenkin tarvitaan vielä käytösoireen käsitettä, jolla ilmaistaan näkyvää, vaikeaksi koettua ja usein normitonta käyttäytymistä.

Tutkimusten valossa hoidon ratkaisut kuitenkin löytyvät, kun vaikeana koettua käyttäytymistä ymmärretään muistisairaana ihmisen näkökulmasta (muun muassa Bird ym. 2007, Cohen-Mansfield ym. 2007, Davison ym. 2007). Voidaankin toivoa että asenteiden ja hoidon muuttuessa käytösoireen leimaavaa käsitettä ei enää tarvittaisi ja että kokonaisvaltaisen selvittelyn tuloksena voitaisiin ymmärtää, mistä tarpeista itse asiassa kunkin sairastuneen kohdalla on kysymys käytösoireen esiintyessä.

Kuviossa 1 on jaettu käytösoireen sisältö muistisairaana ihmisen näkökulmasta. Käytösoireen sisältönä voi olla kognitiivisten muutosten aiheuttama toimintatapa, delirium, psykoottinen oire ja muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin tarpeen ilmaisu. Ulkopuolisten tulkitsema harha saattaakin olla kognitiivisista vaikeuksista johtuva virhetulkinta. Touhuilevassa levottomuudes-

sa, tavaroiden keräilyssä tai yliseksuaalisuudessa on kyse kognitiivisesta vaikeudesta, joka on tässä tapauksessa toiminnanohjauksen vaikeus. Vastaan paneminen ja yhteistyöhaluttomuus hoitotilanteissa johtuvat usein kognitiivisista muutoksista aiheutuvasta apraksiasta. Muistisairas ihminen on luonnollisesti tilanteessa mukana koko menneisyytensä kanssa. Tällöin myös persoonalliset ominaisuudet voivat vaikeuttaa apraksiasta liikkeelle lähtenyt hankalaa tilannetta. Näin käyttäytymiseen nivoutuvat myös ihmisen hyvinvoinnin tarpeet. Auttajan taidot tulla vastaan ja paikata kognitiivisia vaikeuksia helpottavat muistisairaahan ihmisen tilannetta.

Äkillisesti vaikeutuvat käyttäytymisen tavat usein johtuvat deliriumista. Hoitona on deliriumin taustalla olevan somaattisen vaivan hoitaminen tai lääkehoidon asianmukaistaminen. Todellisten psykoottisten oireiden tunnistaminen ja asianmukainen lääkehoito on muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Kuitenkin on vaikeaa tietää todellisten aistiharhojen ja harha-ajatuksien esiintymisosuutta, mitä heijastaa oireiden arvioitu esiintyvyys 25–50 %:iin (Koponen ja Saarela 2010). Osuus ei ehkä olisi näin korkea, jos hoitohenkilökunta ymmärtäisi olla nimeämättä muistisairaahan ihmisen nykytodellisuutta vastaamattomia puheita harhoiksi. Muistisairas ihminen sanoittaa nykykokemuksiaan ja tarpeitaan menneisyydestä muistissa olevilla ihmisillä ja tapahtumilla. Samoin television tapahtumien tulo arjen todellisuuteen ei kuulu harhojen kategoriaan, vaan edustaa kognitiivisista muutoksista aiheutuvaa virhetulkintaa. Suurin osa käyttöoireista on muistisairaahan ihmisen tarpeen ilmaisua. Näiden tarpeiden tunnistamiseen ja vastaamiseen kannattaa siirtyä, kun delirium ja psykoottiset oireet on poissuljettu käyttöoireen aiheuttajina. Kognitiivisten muutosten ymmärtäminen nivoutuu muistisairaslähtöiseen ja kokonaisvaltaisesti tarpeita huomioivaan hoitoon. Sairautensa vuoksi muistisairas ihminen ei usein kykene tunnistamaan ja ilmaisemaan tarpeitaan ymmärrettävällä tavalla. Turvallisuuden, identiteetin säilymisen, toiminnan ja osallisuuden tarpeet ovat varmasti tavallisimpia tarpeita, jotka jäävät muistisairaahan ihmisen elämässä vaille tarpeellista huomiota.



Kuvio 1. Käyttöoireen sisältö muistisairaahan ihmisen näkökulmasta.

Tutkimuksessa mukana olleet asukkaat

Tutkimussuostumuksen antoi 78 % asukkaista. Nämä asukkaat vastasivat pääosin aikaisempien tutkimusten asukkaita asukasrakenteeltaan (Noro ym. 2005, Sinervo ym. 2010). Asukkaisista muistisairaus oli 80 %:lla. Muistisairaiden asukkaiden keski-ikä oli 81 vuotta. Yllättävää oli, että asukkaista miehiä oli jopa 35 % kun yleensä miesten osuus on vaihdellut 17:stä 26:een prosenttiin (Sinervo ym. 2010). Mahdollinen osaselitys on tutkimussuostumusten painottuminen miesasukkaisiin, josta ei ole tietoa. Toinen mahdollisuus on, että miesomaishoitajien määrä on kasvanut kotihoidon kehittymisen myötä ja myös omaishoitajasukupolven vaihtuessa. Kolmantena kyse voi olla kyvyttömyys tukea muistisairaiden miesten kotihoitoa, joiden hoito voi olla hyvinkin fyysisesti raskasta.

NPI-NH -mittarilla esiin tullut muistisairaiden asukkaiden käytösoireiden 79 %:n esiintyvyysoosuus vastasi aiempia tutkimuksia (Boustani ym. 2005, Testad ym. 2007). Vaikea-asteinen muistisairaus oli 46 %:lla ja lievä 20 %:lla. Odotetusti tavallisin muistisairaus oli Alzheimerin tauti (64,8 %). Tutkimus toi esiin uuden tiedon Lewyn kappale -taudin korkeasta esiintyvyydestä (29.6 %). Pääosin kyse oli Alzheimerin taudista Lewyn kappale -taudin piirtein. Puhtaan Lewyn kappale -taudin osuus oli kuusi prosenttia. Lewyn kappale -tauti oli puutteellisesti tunnistettu kotihoidossa diagnosoinnin ja hoidon seurannan aikana. Oikea diagnoosi olisi ohjannut hyvää lääketieteellistä ja lääkkeetöntä hoitoa, mikä olisi todennäköisesti mahdollistanut pidentyneen kotona asumisen. Hoitajat tarvitsevat koulutusta Lewyn kappale -tautia sairastavien ihmisten kohtaamiseen ja kuntoutukseen sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa.

Myös asukkaiden elämänlaatu hoitajien arvioiman QUALIDin mukaan vastasi useiden EU-maiden tuloksia, jotka ovat vaihdelleet 22:sta 23:een pisteeseen (mittarista saatavat pisteet vaihtelevat 11:stä 55:een pisteeseen jossa matalat pisteet kuvaavat hyvää elämänlaatua) (Saks ym. 2008).

Muistisairaiden asukkaiden ravitsemustila oli lähtötilanteessa pääosin huono. Vain neljällä prosentilla ravitsemustila oli hyvä. Heikko lähtötilanne huononi merkitsevästi tutkimuksen aikana. Interventoryhmässä huononeminen oli kuitenkin merkitsevästi vertailuryhmää vähäisempää. Intervention aikana ravitsemustilan kohentamiseen kiinnitettiin runsaasti huomiota osana ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja myös ruokailun sosiaalisten elementtien vuoksi. Tämä näkyi ELO-D -havainnoinneissa lisääntyneenä ruokailuun käytettynä aikana.

Käytösoireita ja elämänlaatua selittävät tekijät

NPI-NH -mittarilla esiin tulleita käytösoireita selittivät asukkaiden matalampi ikä, parempi toimintakyky, korkeampi koulutus, Lewyn kappale -tauti sekä hoitajien arvioima huonompi elämänlaatu. Muistisairaiden asukkaiden heikompa elämänlaatua selittivät käytösoireet, keskivaikea- ja vaikea-asteinen muistisairaus, huonompi ravitsemustila, huonompi fyysinen toimintakyky sekä toiminnan puuttuminen arjesta ja pääasiassa olemisesta koostuva päivän sisältö. Käytösoireet ja elämänlaatu nivoutuivat vahvasti toisiinsa. Muistisairaana ihmisen

elämänlaatu ei todennäköisesti ole parhaimmillaan, kun hän toimii ulkopuolisten mielestä vaikeasti. Toisaalta muistisairaana ihmisen kokema huonovointisuus tai paha olo ovat laukaisemassa toimintatapoja, jotka ulkopuoliset kokevat vaikeina.

Käyttöoireita selittävät tekijöitä on tutkittu jonkin verran ja tulokset ovat aika ristiriitaiset. Aiemmin on voitu osoittaa paremman toimintakyvyn ja nuoremman iän (Brodaty ym. 2001) selittävän käyttöoireita. Yhdessä tutkimuksessa korkeammin koulutetuilla esiintyi hoitotilanteissa aggressiiviseksi koettua käyttäytymistä (Whall ym. 2008). On mahdollista, että toimintakyvyltään parhaimmista kunnossa olevat muistisairaajat asukkaat jaksavat vielä ilmaista itseään ja myös puolustautua kokiessaan tilanteen vaikeana. Liikkeellä olevat asukkaat ovat henkilökunnan nähtävillä tarpeiden ilmaisuineen, kun taas toimintakyvyltään heikommat asukkaat viettävät aikaansa suurimmaksi osaksi sängyssä omissa huoneissaan. Korkeampi koulutus käyttöoireiden selittäjänä voi liittyä korkeammin koulutetun asukkaan elämänaikaiseen elämäntyyliin ja sosiaalisissa suhteissa saamaansa arvostukseen. Lewyn kappale -tautia sairastavilla tiedetään olevan muita muistisairaita ihmisiä herkemmin käyttöoireita mikä tulee esille myös tässä tutkimuksessa (Borroni ym. 2008).

Pitkäaikaishoidossa asuvan muistisairaana ihmisen elämänlaatuun vaikuttavat hänen fyysinen ja psyykinen hyvinvointinsa sekä hänen fyysinen ja psykososiaalinen ympäristönsä (Sloane ym. 2005, Sormunen ym. 2007). Elämänlaatua tukevalla hoitotyöllä näyttäisikin olevan käyttöoireita vähentävä vaikutus. Hoitotyössä tarvitaan taitoa yksilöidä asukkaiden tarpeet monessa mielessä, niin sairauden ja toimintakyvyn vaikutusten kuin elämän tapojen ja ihmisiin liittyvien odotusten näkökulmasta. Tämän tutkimuksen interventiossa henkilökuntaa tuettiin ymmärtämään ja aiempaa tietoisemmin pohtimaan asukkaiden yksilöllisiä tarpeita ja käyttämään räätälöidysti erilaisia keinoja vastata niihin.

Intervention vaikutukset käyttöoireisiin ja elämänlaatuun

Kuuden kuukauden kohdalla interventioryhmän asukkaiden NPI-NH -mittarin 10 käyttöoireessa 12:sta oli tapahtunut vähenemistä vertailuryhmään verrattuna. Ainoastaan ahdistuneisuus oli vähentynyt enemmän vertailuryhmässä kuin interventioryhmässä. Tutkimuksen lopussa kaikkien 12 käyttöoireen NPI-NH -kokonaispisteet olivat lähtötilanteeseen verrattuna vähentyneet sekä interventio- että vertailuryhmässä. Ryhmien väliset kuuden kuukauden kohdalla havaitut erot eivät kuitenkaan olleet tutkimuksen lopussa enää merkitseviä. Tulokset osoittavat että interventiolla pystyttiin vähentämään käyttöoireiden esiintyvyyttä ja parantamaan asukkaiden hyvinvointia. Ahdistuneisuuden suurempi väheneminen vertailuryhmässä saattaa selittyä sillä, että interventioryhmässä oli merkitsevästi enemmän Lewyn kappale -tautia sairastavia muistisairaita ihmisiä, joilla esiintyy käyttöoireita, erityisesti ahdistuneisuutta, enemmän kuin muilla muistisairailta (Borroni ym. 2008). Ryhmien välisten erojen häviäminen saattaa selittyä tiedon leviämällä myös vertailupuolelle (katso tarkemmin myöhemmin tässä luvussa Intervention onnistuminen -kappale).

Tutkimus osoitti, että asukkaiden elämänlaadun arvioiminen on haasteellista. Hoitajien QUALIDilla arvioima elämänlaatu parani lähes merkitsevästi sekä interventio- että vertailuryhmän asukkailla kun taas havainnoinnin perusteella interventio-ryhmän asukkaiden elämänlaatu parani merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmän asukkaiden. Myös vuorovaikutustilanteiden aikainen hyvinvointi parani merkitsevästi interventio-ryhmässä vertailuryhmään verrattuna.

Osastojen ulkopuoliset havainnoijat näkivät siis enemmän paranemista interventio-ryhmän asukkaiden elämänlaadussa kuin vertailupuolen asukkaiden, mutta henkilökunta näki parantumista molempien ryhmien asukkaiden elämänlaadussa. Tuloksia saattaa selittää vertailupuolen henkilökunnan halu ”parantaa tuloksiaan”, jolloin he joko tiedostaen tai tiedostamatta vastaavat kysymyksiin niin, että tulokset olisivat paremmat. Interventio-ryhmässä olleiden muistisairaiden asukkaiden vuorovaikutustilanteiden aikaisen hyvinvoinnin merkitsevä paraneminen vertailuryhmään verrattuna kertonee henkilökunnan kohtaamisen taitojen paranemisesta. Kaiken kaikkiaan tulokset viittaavat siihen, että interventiolla vaikutettiin henkilökunnan osaamiseen ja edistettiin asukaslähtöisiä toimintatapoja. Interventioasukkaiden elämänlaadua voitiin edistää myös parantamalla heidän ravitsemustilaansa vertailuryhmään verrattuna.

QUALID-mittari pohjaa yksittäisen hoitajan arvioon asukkaasta yleisellä tasolla, ja asukas ei ole itse läsnä arviointitilanteessa. Havainnointimenetelmässä hoitoyksikön ulkopuoliset havainnoijat havainnoivat toimintaa ja elämänlaadua asukkaiden näkökulmasta arjen konkreettisia tilanteita ja tunteita havainnoiden. Havainnointimenetelmän tulokset antavat mittaria kattavamman kuvan asukkaiden elämänlaadun ja hyvinvoinnin muutoksista kuin QUALID-mittari. Havainnoinnin tulokset heijastavat myös interventio-ryhmän henkilökunnassa tapahtuneita muutoksia. Esimerkiksi vuorovaikutukseen käytettiin enemmän aikaa ja sen laatu parani, mikä näkyi asukkaiden vuorovaikutuksen aikaisen hyvinvoinnin lisääntymisenä. Tällaisten muutosten syntyminen vaatii henkilökunnan ajattelutavan ja asenteiden muuttumista, mitä ei voitu saavuttaa vertailupuolella pelkän tiedon leviämisen avulla. Asiantuntijasairaanhoidajan pitkäjänteinen henkilökunnan tukeminen asukaslähtöiseen toimintaan on osoittautunut toimivaksi myös aiemmissa tutkimuksissa (Fossey ym. 2007, Chenoweth ym. 2009).

Lähtötilanteen havainnoinnit tehtiin ennen randomointia. Tutkimuksen lopussa toinen havainnoijista oli täysin tietämätön randomoinnin tuloksista. Toinen havainnoija oli tutkimusryhmän jäsenen, ja hänelle ei tarkoituksellisesti kerrottu randomoinnin tuloksia, jotka kuitenkin olivat luonnollisesti hänen saatavanaan. Havainnointia voidaan pitää luotettavana tietona asukkaiden elämänlaadusta ja toiminnoista havainnointiaikoina.

Muutokset psykenlääkkeiden käytössä

Kaikkien asukkaiden psykenlääkkeiden käyttö väheni lähtötilanteesta tutkimuksen loppuun ja lisäksi interventio-ryhmässä masennuslääkkeiden käyttö väheni merkitsevästi vertailuryhmään verrattuna. Myös vertailuryhmässä tapahtui psykenlääkkeiden käytössä vähenemistä mutta tilastollisesti merkitsevä väheneminen vain antipsykoottisten lääkkeiden käytössä. Psykenlääkkeiden käytön selkeä väheneminen molemmissa ryhmissä saattaa ainakin osin selittyä sillä, että pitkäaikaishoidon ylilääkäri toimi kuuden interventio- ja viiden vertailuyksikön

asukkaiden hoitavana lääkärinä. Ylilääkäri sai käyttöönsä tutkimuksen konsultoivan geriatrin interventioryhmän asukkailla tekemät lääketieteellisen hoidon kommentit, jotka olivat ehdotuksia toimenpiteiksi hoidon parantamiseksi. Näissä kommentteissa oli paljon yleisiä huomioita, joita voitiin soveltaa kaikkiin samasta ongelmasta kärsiviin asukkaisiin. Esimerkiksi matalasta verenpaineesta huomioita oli seuraavanlaisia kommentteja: ” Lewy-potilailla verenpaineen säätely on heikentynyt liittyen autonomiseen polyneuropatiaa, joten se voi olla välillä korkeakin, mutta pääosin haittaavan matala”, ”Matala verenpaine voi haitata myös nukkumista; illalla sillivoileipä?”, ”Oireet suihkussa voivat liittyä verenpaineen mataluuteen: vesi tuntuu epämiellyttävältä”, ”Verenpaine pystyssä matala; onko mahdollista vähentää Atacandia tai Furesista? Tässä iässä verenpaine saa olla korkeahko, erityisesti jos on aivosairaus”, ” Liian matala paine aiheuttaa väsymistä, kaatumista, pyörtymisiä, poissaolokohtauksia erityisesti, koska potilaalla on verenkiertoa huonontamassa vielä flimmeri. Nostaisin Effortilin 10mgx3:een. Juotavaa, suolaa. Pääpuoli koholla nukkuessa. Liikuntaa. Kahvia.” Matala verenpaine oli yleinen ongelma tutkimuksen asukkailla.

Vähentyneestä psyykenlääkkeiden käytöstä huolimatta kaikkien asukkaiden käytösoireet ja masennusoireet vähenivät lähtötilannetta tutkimuksen loppuun verrattaessa. Tämä viittaa siihen, että positiivisia tuloksia käytösoireiden ja masennuksen suhteen ei saavutettu lääkkeitä lisäämällä, vaan ennemmin räätälöidyillä psykososiaalisilla hoitomuodoilla ja asianmukaisella lääketieteellisellä hoidolla.

Intervention vaikuttavuus suhteessa aikaisempien tutkimusten tuloksiin

Tämän tutkimuksen tulokset ovat linjassa aikaisempien vastaavien tutkimusten tulosten kanssa, joissa on ollut randomoitu tutkimusasetelma. Näitä tutkimuksia on tehty vain muutama ja ne on julkaistu viimeisen viiden vuoden aikana. Muistisairaana ihmisen tarpeista lähtevä ja asukaslähtöinen hoito on tällä hetkellä lupaavin hoitolinja, kun sairastuneella on ulkopuolisten kokemaa vaikeaa käyttäytymistä. Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan pitää aiempia vastaavia tutkimuksia parempina, koska interventiolla pystyttiin vähentämään käytösoireita, parantamaan elämänlaatua sekä vähentämään psyykenlääkkeiden käyttöä. Tuorein korkeatasoinen tutkimus on Chenoweth’in tutkimusryhmänsä kanssa julkaisema (2009) randomoitu interventiotutkimus, jossa käytösoireita hoidettiin asukaslähtöisellä ja muistisairaana asukkaan tarpeita huomioivalla hoito-otteella kahdessa erilaisessa interventioryhmässä. Toisessa interventioryhmässä asukaslähtöisen toiminnan lisätukena oli Dementia Care Mapping –havainnointimenetelmän (Dementia Care Mapping 2005) avulla saatu ymmärrys asukkaiden tarpeista. Tutkimuksessa oli myös vertailuryhmä. Käytösoireet Cohen-Mansfield agitation inventory -mittarilla mitattuna (Cohen-Mansfield 1999) vähenivät tilastollisesti merkitsevästi molemmissa interventioryhmässä vertailuryhmään verrattuna. Interventiolla ei kuitenkaan ollut myönteisiä vaikutuksia NPI-NH:lla mitattuihin käytösoireisiin, elämänlaatuun (QUALID) tai psyykenlääkkeiden vähenemiseen. Brittiläisessä tutkimuksessa taas kyettiin vähentämään psyykenlääkkeiden käyttöä asukaslähtöisellä psykososiaaliseen hoitoon panostavalla hoito-otteella, mutta se ei vaikuttanut käytösoireisiin eikä DCM -havainnointimenetelmällä arvioituun

elämänlaatuun (Fossey ym. 2007). Tämän tutkimuksen hyvät tulokset selittyivät asukkaiden tilanteen hyvin kokonaisvaltaisella kartoituksella. Käyttösoireita tarpeiden ilmaisijana ei tarkasteltu vain psykososiaalisina tarpeina vaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tarpeina.

Intervention onnistuminen

Tutkimuksen alussa osastoilla useiden asukkaiden hoitotyön tavoitteeksi oli kirjattuna toimintakyvyn ylläpitäminen ilman sen tarkempia erittelyjä tai keinoja. Intervention aikana henkilökuntaa ohjattiin asukaslähtöiseen ajatteluun ja asukkaiden elämänlaadun tavoitteelliseen kohentamiseen kokonaisvaltaista hyvinvointia tukemalla. Tämä tapahtui muun muassa räätälöintitapaamisissa, joissa lähdettiin puhumaan vaikeaksi koetusta asukkaasta ihmisenä, jolla oli elämänkulkunsa ja persoonallisuutensa. Henkilökunnalla oli usein puutteellisia tietoja asukkaan elämänkulusta sekä esimerkiksi siviilisäädystä ja koulutuksesta. Yhdessä pyrittiin ymmärtämään, mitä kaikkea fyysisiä, sosiaalisia, henkisiä ja hengellisiä kysymyksiä voisi olla heikentämässä hänen hyvinvointiaan. Tällainen laaja-alainen syiden selvittely oli monelle aivan uutta. Henkilökunta ei ollut yleensä tullut ajatelleeksi, miten monenlaiset syyt vaikeana nähdyn käyttäytymisen takana voivat olla.

Intervention toteuttamista auttoi tutkimusaineiston keräämisen yhteydessä saatu monipuolinen tieto asukkaasta ja hoitoympäristöstä, mikä oli sekä tutkimuksen asiantuntijasairaanhoitajan että hoitoyksiköiden henkilökunnan käytettävissä. Laajan ymmärryksen löytämisessä auttoivat lähtötilanteen mittarien ja ELO-D -havainnointien tulokset, ympäristöarvioinnit, ruokapäiväkirjoista saatu ravitsemustieto sekä konsultoivan geriatrin muistisairauden etiologinen diagnoosi ja lääketieteelliset kommentit. Omainen oli usein antamassa lisää ymmärrystä täydentämällä olemassa olevia elämänkulun tietoja. Ympäristöarvioinnissa esiin tulleet näkökohdat huomiointiin kyseessä olevan asukkaan hyvinvoinnissa. Hyvin kokonaisvaltaisen ja asukaslähtöisen toiminnan omaksuminen kehittyi henkilökunnan keskuudessa hitaasti ensimmäisten interventiokuukausien mutta oli nähtävillä kuuden kuukauden seurannan tuloksissa.

Henkilökunnalle tarjottujen välineiden monipuolisuus tuki intervention onnistumista. Lähes 50 hoitajaa osallistui lauluvalmennukseen ja muistelukoulutukseen. Lisäksi intervention fysioterapeutti oli lähes päivittäin tekemisissä jonkun henkilökunnan edustajan kanssa. Ravitsemuksen tiimipalaveriin osallistui koko hoitoyksikön työvuorossa oleva henkilökunta. Ympäristön arvioinnista annetut palautteet olivat osastonhoitajien ja hoitoyksikön asiantuntijasairaanhoitajien käytössä.

Intervention onnistumisen haaste oli, kuinka saada mahdollisimman moni henkilökunnan jäsen toteuttamaan asukaslähtöiset tarpeet huomioivaa, räätälöityä hoitoa. Räätälöintitapaamisissa suunnitellut hyvät käytännöt eivät kattavasti toteutuneet hoitotyön arjessa henkilökunnan erilaisten valmiuksien vuoksi. Todennäköisesti tutkimuksen tulokset olisivat olleet vielä paremmat, jos koko henkilökunta olisi noudattanut sovittuja hoitosuunnitelmia ja jos se olisi innokkaammin käyttänyt heille tarjottuja lauluvalmennuksia ja muistelukoulutuksia sekä niissä saatuja välineitä. Lauluvalmentajan arvio oli, että laulamisen juurtuminen jokapäiväiseksi käytännöksi olisi vaatinut suurempaa panostusta laulun käytön tukemiseen arjen hoitotyössä.

Joillakin osastoilla perustettiin muisteluryhmiä ja osa henkilökunnasta kertoi käyttävänsä muistelua asukkaan hoidossa. Ympäristöpalautteissa esiin tulleita korjausehdotuksia oli jonkin verran tehty, mutta osa helpoistakin muutoksista oli jätetty tekemättä. Joillakin osastoilla ravitsemuskuntoutukseen kiinnitettiin intervention seurauksena runsaasti huomiota. Näissä yksiköissä ymmärrettiin, että ravitsemuksesta huolehtiminen on ympärivuorokautista ja tärkeä osa hoitotyötä. Toisissa yksiköissä taas pidettiin melko tiukasti kiinni ruokailuajoista, jolloin asukkaiden yksilölliset tarpeet jäivät osittain huomioimatta.

Tutkimuksen haasteena oli kontrolliasetelman säilyttäminen. Lopputulokset todennäköisesti heijastavat tiedon ja jopa osaamisen leviämistä saman kunnan vanhuspalveluiden pitkäaikais-hoidon sisällä. Kontrolliasetelman säilyttäminen oli vaikeaa, koska samoja kunnan toimijoita liikkui sekä interventio- että vertailupuolella. Interventiossa panostettiin vahvasti toimintamallin juurtumiseen. Tämän vuoksi intervention koulutuksiin ja tapaamisiin jouduttiin ottamaan mukaan myös niitä toimijoita, joiden mukana tieto saattoi levitä myös vertailupuolelle. Puolella hoitopaikoista oli sama hoitava lääkäri, ja osastonhoitajat tapasivat säännöllisissä kokouksissa. Pitkäaikaishoidon kehittämisestä vastaava ylihoitaja osallistui interventiotapahtumiin mutta samanaikaisesti vastasi myös vertailuosastojen kehittämisessä. Intervention tiedon ja taidon leviämistä vertailupuolelle olisi voitu estää jos vertailuryhmä olisi alun perin otettu toisesta kunnasta. Tutkimuksen toteuttaminen kahden kunnan alueella olisi kuitenkin vaikeuttanut tulosten tulkintaa kuntien erilaisten organisaatioiden ja johtamiskäytäntöjen vuoksi.

Johtopäätökset

Huono elämänlaatu on erittäin merkittävä käytösoireita selittävä tekijä. Muistisairaahan ihmisen elämänlaatua voidaan kohentaa asukaslähtoisellä, kokonaisvaltaisella hoidolla. Muistisairaahan ihmisen näkökulmasta hyvä hoito, jossa hänen hyvinvoinnin tarpeensa huomioidaan, vähentää ulkopuolisten kokemia käytösoireita. Hyvinvoinnin tärkeä lähtökohta on muistisairaahan oikea diagnosointi ja muu hyvä lääketieteellinen hoito. Tavoitteellisen ja systemaattisen hoitoprosessin tueksi tarvitaan intervention aikana kehitettyä toimintamallia. Sen mukaisen toimintatavan omaksumisessa henkilökunta tarvitsee ulkopuolisen asiantuntijan tukea. Toiminnan juurtuminen edellyttää käytännön hoitotyöhön osallistuvan lähiesimiehen jatkuvaa ohjausta. Muistisairaiden ihmisten hoito vaatii muistiammattilaiseksi erikoistumista (Eloniemi-Sulkava ym. 2010). Tämä tulee huomioida hoitajien, lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien perus- ja täydennyskoulutuksessa. Muistiammattilaisilta vaaditaan erilaisia osaamisen painotuksia työpaikasta riippuen.

Tutkimus toteutettiin ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon paikoissa. Muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin tarpeista lähtevä ja asiakaslähtöisesti räätälöity hoito soveltuu hyvin myös kotona asuvien muistisairaiden ihmisten hoitoon. Ulkopuolisten kokemat käytösoireet ovat yksi tärkeimmistä kotona asumista vaikeuttavista tekijöistä. Lewyn kappale -taudin tunnistamiseen ja tautia sairastavan lääketieteelliseen ja muuhun hoitoon tulee kiinnittää huomiota. Terveysasemien ja kotihoidon työntekijöiden osaamista auttaa käytösoireista kärsivää muistisairasta ihmistä ja hänen omaisiaan tämän tutkimuksen toimintamallin mukaisesti tulee lisätä. Sen lisäksi hoito- ja palvelujärjestelmän työntekijöillä tulee olla selkeästi sovittu ja tiedossa oleva

toimintamenetelmä, kun he kohtaavat muistisairaahan ihmisen kotona asumista vaikeuttavan käytösoireen. Ratkaisuna voi olla eri alojen muistiammattilaisista koostuva tiimi, joka on koulutettu asiakaslähtöiseen, hyvinvoinnin tarpeet huomioivaan ja räätälöityyn hoitoon. Tiimi pitää saada kokoon helposti ja nopeasti. Tiimin kokoon kutsujana ja koordinoijana on muistisairaahan ihmisen parhaiten tunteva ammattilainen. Hän huolehtii yhteistyön toteutumisesta muistisairaahan ihmisen ja hänen läheistensä kanssa.

Lähteet

- Bird M, Jones RH, Korten A, Smithers H. A controlled trial of a predominantly psychosocial approach to BPSD: treating causality. *Int Psychogeriatr* 2007; 19: 874–91.
- Borroni B, Agosti C, Padovani A. Behavioral and psychological symptoms in dementia with Lewy-bodies (DLB): frequency and relationship with disease severity and motor impairment. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008; 46: 101–106.
- Boustani M, Zimmerman S, Williams CS, Gruber-Baldini AL, Watson L, Reed PS, Sloane PD. Characteristics associated with behavioral symptoms related to dementia in long-term care residents. *Gerontologist*. 2005; 45: 56–61.
- Brodady H, Draper B, Saab D, Low LF, Richards V, Paton H, Lie D. Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *Int J Geriatr Psychiatr* 2001; 16: 504–512.
- Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodady H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M, Luscombe G. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol* 2009; 8: 317–25.
- Cohen-Mansfield J. Measurement of inappropriate behavior associated with dementia. *J Gerontol Nurs* 1999; 25: 42–51.
- Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62: 908–16.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308–14.
- Davison TE, Hudgson C, McCabe MP, George K, Buchanan G. An individualized psychosocial approach for “treatment resistant” behavioral symptoms of dementia among aged care residents. *Int Psychogeriatr* 2007; 19: 859–873.
- Dementia Care Mapping, DCM 2005. Evaluating dementia care. The DCM method, 7th edition. Bradford Dementia Group 2005. University of Bradford.
- Eloniemi-Sulkava U, Rahkonen T, Erkinjuntti T, Karhu K, Pitkälä K, Pirttilä T, Vuori U, Suhonen J. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. *Suom Laakaril* 2010; 39: 3144–3146.
- Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 2006; 332: 756–61.
- Kitwood T. The experience of dementia. *Aging Ment Health* 1997; 1: 13–22.
- Kolanowski AM, Whall AL. Toward holistic theory-based intervention for dementia behavior. *Holist Nurs Pract* 2000; 14: 67–76.
- Koponen H, Saarela T. Käyttöoireiden hoito. Kirjassa: Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Soininen H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 2010: 485–497.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgrren M, Vähäkangas P (toim.). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, M205. Helsinki 2005.
- Saks K, Tiit E-M, Muurinen S, Mukkila S, Frommelt M, Hammond M. Quality of life in institutional care. Kirjassa: Toim: Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A. Care-related quality of life in old age. Concepts, models and empirical findings. Springer, New York, USA, 2008: 196–216.
- Sinervo T, Noro A, Tynkkynen L-K, Sulander J, Taimio H, Finne-Soveri H, Lilja R, Syrjä V. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakente, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 34/ 2010. Yliopistopaino 2010.
- Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J, Stewart BJ, Talerico KA, Rasin JH, Zink RC, Koch GG. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1795–804.
- Sloane PD, Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, Gill KS, Preisser JS. Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist*. 2005; 45: 37–49.
- Sormunen S, Topo P, Eloniemi-Sulkava U, Räikkönen O, Sarvimäki A. Inappropriate treatment of people with dementia in residential and day care. *Aging Ment Health*. 2007; 11: 246–55.
- Testad I, Aasland AM, Aarsland D. Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 916–921.

-
- Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Sainem K, Foster B, Fontaine CS. The quality of life in late stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2000; 1: 114–116.
- Whall AL, Colling KB, Kolanowski A, Kim H, Son Hong GR, DeCicco B, Ronis DL, Richards KC, Algase D, Beck C. Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *Gerontologist*. 2008; 48: 721–31.
- Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 75–83.



6460

Taustatietolomake

Päivämäärä

Tutkittavan nimi

Syntymäaika

Hoitopaikka

1. Sukupuoli

1. mies
2. nainen

2. Ammatti

3. Siviilisääty

1. avo-/avioliitossa
2. naimaton
3. asumuserossa tai eronnut
4. leski

4. Koulutus

1. kansakoulu tai vähemmän
2. ammattikoulu
3. keskkoulu
4. lukio
5. opistoasteen ammattikoulutus
6. korkeakoulu

5. Kuulo (kuulokojeen kanssa tai ilman)

1. Asukas kuulee puheen vaikeuksista tai pienin vaikeuksin
2. Asukas kuulee puheen vaikeuksista tai pienin vaikeuksin, kun ääntä korotetaan
3. Keskustelussa huomattavia vaikeuksia kuulon vuoksi
4. Järkevä keskustelu asukkaan kanssa on mahdotonta huonokuuloisuuden vuoksi

6. Näkeekö asukas lukea (silmälaseilla tai ilman)?

1. ei
2. kyllä
3. en osaa sanoa

7. Näkeekö asukas katsoa televisiota (silmälaseilla tai ilman)?

1. ei
2. kyllä
3. en osaa sanoa

8. Näkeekö asukas liikkua vaikeuksista (silmälaseilla tai ilman)?

1. ei
2. kyllä
3. en osaa sanoa

9. Muistisairauden diagnoosi

1. Alzheimerin tauti
 2. Lewyn kappale -tauti
 3. Vaskulaarinen dementia
 4. Frontaalinen dementia
 5. Muu, mikä _____

Tiedot antoi



Barthelin indeksi



Toiminta	Toimintakyky	Pisteet
Ruokailu	Täysin autettava Osittain autettava, esim. ruoan leikkaus Itsenäinen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
Siirtyminen vuoteesta tuoliin	Vuodepotilas Pystyy istumaan, täysin autettava siirroissa Tarvitsee vähän apua Itsenäinen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15
Siisteys: hiukset, hampaat ym.	Tarvitsee apua Itsenäinen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5
WC:ssä käynti	Täysin autettava Tarvitsee vähän apua Itsenäinen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
Kylpeminen	Tarvitsee apua Itsenäinen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5
Liikkuminen	Vuodepotilas Vain pyörätuolilla 50 m Tarvitsee apua, kävelee 50 m Kävelee itsenäisesti 50 m	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15
Kävely portaissa	Ei Tarvitsee apua Itsenäinen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
Pukeutuminen ja riisuutuminen	Täysin autettava Tarvitsee apua Itsenäinen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
Suoli	Täysin inkontinentti Ajoittain inkontinentti Normaali	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
Rakko	Täysin inkontinentti tai katetri Ajoittain inkontinentti, ei katetria Kontinentti	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
	Kokonaispistemäärä (max 100p)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





6460

CDR-luokitus

CDR-LUOKKA

OSA-ALUE	CDR 0 ei dementiaa	CDR 0.5 mahdollinen	CDR 1 lievä	CDR 2 keskivaikea	CDR 3 vaikea
MUISTI	Ei muistin huonontumista tai pientä muistamattomuutta toisinaan. <input type="checkbox"/>	Lievää jatkuvaa muistamattomuutta; tapahtumien osittaista muistamista; "hyväntahtuista" muistamattomuutta. <input type="checkbox"/>	Kohtalaista muistin huonontumista, selvempänä koskien viimeaikaisia tapahtumia; vaikuttaa jokapäiväisiin toimintoihin. <input type="checkbox"/>	Vaikea muistihäiriö, vain hyvin opittu aines säilynyt; uusi aines unohtuu pian. <input type="checkbox"/>	Vaikea muistihäiriö; vain pirstaleita säilynyt. <input type="checkbox"/>
ORIENTAATIO	Täysin orientoitunut. <input type="checkbox"/>	Täysin orientoitunut lukuun ottamatta pieniä vaikeuksia aikasuhteissa. <input type="checkbox"/>	Jonkin verran vaikeuksia aikasuhteissa; tutkimustilanteessa orientoitunut paikkaan; muuten voi olla maantieteellistä desorientaatiota. <input type="checkbox"/>	Suuria vaikeuksia aikasuhteissa; yleensä desorientoitunut aikaan ja usein paikkaan. <input type="checkbox"/>	Orientoitunut vain henkilöön. <input type="checkbox"/>
ARVOSTELUKYKY	Ratkaisee jokapäiväiset ongelmat ja hoitaa taloudelliset asiansa hyvin; arvostelukyky hyvin säilynyt. <input type="checkbox"/>	Vain vähäistä huonontumista ratkaistaessa ongelmia, yhtäläisyyksiä, eroja. <input type="checkbox"/>	Kohtalaisia vaikeuksia käsiteltäessä ongelmia, yhtäläisyyksiä ja eroja; sosiaalinen arvostelukyky yleensä säilynyt. <input type="checkbox"/>	Merkittäviä vaikeuksia käsiteltäessä ongelmia, yhtäläisyyksiä ja eroja; sosiaalinen arvostelukyky yleensä heikentynyt. <input type="checkbox"/>	Arvostelukyvytön ja kyvytön ratkaisemaan ongelmia. <input type="checkbox"/>
YHTEISÖLLISET TOIMINNOT	Toimii itsenäisesti tavanomaisella tasolla työssä, ostosten teossa sekä vapaaehtoistyössä ja sosiaalisissa ryhmissä. <input type="checkbox"/>	Vain vähäistä huonontumista em. toiminoissa. <input type="checkbox"/>	Kyvytön toimimaan itsenäisesti em. toiminoissa joskin saattaa silti olla mukana joissakin; voi edelleen vaikuttaa normaalilla satunnaisesta tarkkailijasta. <input type="checkbox"/>	Ei itsenäistä toimintaa kodin ulkopuolella, joskin kykenee saatettuna osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan. <input type="checkbox"/>	Ei itsenäistä toimintaa kodin ulkopuolella; ei saatettunakaan kykene osallistumaan tällaiseen toimintaan. <input type="checkbox"/>
KOTI JA HARRASTUKSET	Eläminen kotona, älyllinen mielenkiinto ja harrastukset hyvin säilyneet. <input type="checkbox"/>	Eläminen kotona, älyllinen mielenkiinto ja harrastukset korkeintaan lievästi heikentyneet. <input type="checkbox"/>	Lievää mutta selkeää huonontumista toiminoissa kotona; luopunut vaikeammista askareista; luopunut monimutkaisemmista harrastuksista ja toiminoista. <input type="checkbox"/>	Vain yksinkertaisimmat askareet sujuvat; hyvin rajatut kiinnostuksen kohteet; huonosti keskittyvä. <input type="checkbox"/>	Ei merkittävää toimintaa kotona. <input type="checkbox"/>
ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN	Täysin kykenevä huolehtimaan itsestään. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tarvitsee kehoitusta ja muistutuksia. <input type="checkbox"/>	Tarvitsee apua pukeutumisessa, henkilökohtaisessa hygieniassa ja henkilökohtaisten tavaroidensa hoidossa. <input type="checkbox"/>	Tarvitsee paljon apua itsestään huolehtimisessa; usein inkontinentti. <input type="checkbox"/>

Suomen Alzheimer-tutkimusseura ja Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä



Cornellin masennusasteikko

Dementoituneiden depression mittari



Pisteytys: a) ei voida arvioida 0) ei esiinny
1) lievä tai satunnainen 2) vakava

Pisteytyksen tulee pohjautua oireisiin ja löydöksiin, jotka ovat esiintyneet haastattelua edeltäneen viikon aikana. Pisteytystä ei tehdä niistä oireista, jotka johtuvat fyysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta.

A. Mielialaan liittyvät oireet

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ahdistuneisuus
vaikuttaa ahdistuneelta, hautoo asioita, huolestunut | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Surullisuus
vaikuttaa surulliselta, surullinen ääni, itkuinen | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Ei reagoi miellyttäviin tapahtumiin | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4. Ärtisyys | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

B. Käyttäytymisen oireet

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5. Levottomuus
vaikuttaa kiihtyneeltä, väänтелеe käsiään, repii hiuksiaan | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6. Hidastuminen
hitaat liikkeet, hidas puhe, hitaat reaktiot | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 7. Moninaisten ruumiillisten oireiden valittaminen
(pisteytys 0, jos vain vatsavaivoja) | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Mielenkiinnon menetys
osallistuu vähemmän tavanomaisiin toimintoihinsa (pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana) | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

C. Ruumilliset oireet

- | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9. Ruokahaluttomuus
syö tavallista vähemmän | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 10. Laihtuminen
(pisteytys 2, jos paino pudonnut yli 2 kg kuukauden aikana) | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 11. Energian puute
uupuu helposti, ei jaksa ylläpitää aktiviteetteja (pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana) | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

D. Vuorokauden rytmiin liittyvät oireet

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 12. Mielialaoireet pahempia aamuisin | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 13. Nukahtaa myöhemmin kuin tavallisesti | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 14. Heräilee tavallista useammin yön aikana | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 15. Herää aikaisemmin kuin tavallisesti | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

E. Vääristyneet mielikuvat

- | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 16. Itsetuhoisuus
ei koe elämänsä elämisen arvoiseksi, itsemurha-ajatuksia tai itsemurhayrityksiä | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 17. Itsetunnon menetys
moitiskelee itseään, huono omanarvontunne, epäonnistumisen tunteita | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 18. Pessimismi
odottaa pahinta | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 19. Masentunutta mielialaa ilmaisevat harhaluulot
köyhydestä, sairaudesta tai menetyksestä | <input type="checkbox"/> a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |



Ravitsemustilan arviointi MNA

Mini Nutritional Assessment MNA™

Pituus: (cm) _____

Paino: (kg) _____

Seulonta

A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia
0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti
1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman
2 = ei muutoksia

B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana
0 = painonpudotus yli 3 kg
1 = ei tiedä
2 = painonpudotus 1-3 kg
3 = ei painonpudotusta

C Liikkuminen
0 = vuode- tai pyörätuolipotilas
1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona
2 = liikkuu ulkona

D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus
0 = kyllä 2 = ei

E Neuropsykologiset ongelmat
0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma
1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma
2 = ei ongelmia

F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²)
0 = BMI on alle 19
1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21
2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23
3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)

--	--

Arviointi

G Asuuko haastateltava kotona
0 = ei 1 = kyllä

H Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääkettä
0 = kyllä 1 = ei

I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla
0 = kyllä 1 = ei

J Päivittaiset lämpimät ateria (sisältää puurot ja velli)
0 = 1 ateria
1 = 2 ateria
2 = 3 ateria

K Sisältääkö ruokavalio vähintään
• yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä kyllä ei
• kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä ei
• lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä kyllä ei
0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta
0.5 = jos 2 kyllä-vastausta
1.0 = jos 3 kyllä-vastausta

L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia
0 = ei 1 = kyllä

M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)
0.0 = alle 3 lasillista
0.5 = 3-5 lasillista
1.0 = enemmän kuin 5 lasillista

N Ruokailu
0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä
1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua
2 = syö itse ongelmitta

O Oma näkemys ravitsemustilasta
0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus
1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus
2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin
0.0 = ei yhtä hyvä
0.5 = ei tiedä
1.0 = yhtä hyvä
2.0 = parempi

Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)
0.0 = OVY on alle 21 cm
0.5 = OVY on 21-22 cm
1.0 = OVY on yli 22 cm

R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)
0 = PYM on alle 31 cm
1 = PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

--	--	--	--	--	--	--	--

Seulonta (maksimi 14 pistettä)

--	--	--	--	--	--	--	--

Kokonaispistemäärä

(maksimi 30 pistettä)

--	--	--	--	--	--	--	--

Asteikko

- yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila
- 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut
- alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology, Supplement #2:15-59.
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA, Inc.
"Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners



MUISTISAIRAIDEN IHMISTEN ELÄMÄNLAATUMITTARI QUALID

TAUSTATIEDOT

Miten hyvin hoitaja tuntee asiakkaan:

- 3 Tuntee hyvin; huolehtii päivittäisestä hoidosta
- 2 Tuntee melko hyvin; hoitaa melko usein
- 1 Ei kovin hyvin; huolehtii vain lääkityksestä. Vain vähän tekemisissä asiakkaan kanssa.

Kuinka usein hoitaja tapaa asiakasta:

- 6 asuu asiakkaan kanssa
- 5 useita kertoja päivässä
- 4 kerran päivässä
- 3 2-3 krt viikossa
- 2 kerran viikossa
- 1 harvemmin

QUALID

A. Asiakas hymyilee:

- 1 spontaanisti kerran tai useammin päivittäin
- 2 spontaanisti harvemmin kuin kerran päivässä
- 3 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä
- 4 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä
- 5 harvoin, jos koskaan

B. Asiakas vaikuttaa surulliselta:

- 1 harvoin tai ei koskaan
- 2 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä
- 3 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä
- 4 ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä
- 5 ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä

C. Asiakas itkee:

- 1 harvoin tai ei koskaan
- 2 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä
- 3 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä
- 4 ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä
- 5 ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä

D. Asiakkaan ilmeet kertovat levottomuudesta, hän vaikuttaa olevan onneton tai hänellä näyttää olevan kipuja (Asiakas näyttää huolestuneelta, irvistele, on kulmat kurtussa):

- 1 harvoin tai ei koskaan
- 2 harvemmin kuin kerran päivässä
- 3 ainakin kerran päivässä
- 4 lähes puolet päivästä
- 5 suurimman osan päivästä

E. Asiakkaalla näyttää olevan fyysisesti epämukava olo (kiemurtelea, vääntelehtii, vaihtaa jatkuvasti asentoa):

- 1 harvoin tai ei koskaan
- 2 harvemmin kuin kerran päivässä
- 3 ainakin kerran päivässä
- 4 lähes puolet päivästä
- 5 suurimman osan päivästä



6460

F. Asiakas sanoo asioita tai äänтелеe tavalla, joka vaikuttaa johtuvan tyytymättömyydestä, onnettomasta tai epämukavasta olosta (valittaa, vaikeroi, huutaa):

- 1 harvoin tai ei koskaan
- 2 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä
- 3 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä
- 4 ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä
- 5 ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä

G. Asiakas on helposti ärtyvä tai aggressiivinen (suuttuu, kiroilee, tönnii tai pyrkii vahingoittamaan toisia):

- 1 harvoin tai ei koskaan
- 2 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä
- 3 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä
- 4 ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä
- 5 ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä

H. Asiakas nauttii syömisestä :

- 1 useimmilla aterioilla ja välipaloilla
- 2 kahdesti päivässä
- 3 ainakin kerran päivässä
- 4 harvemmin kuin kerran päivässä
- 5 harvoin tai ei koskaan

I. Asiakas nauttii koskettamisesta :

- 1 lähes aina; tekee lähes aina aloitteen kosketukseen
- 2 yli puolet ajasta; tekee joskus aloitteen kosketukseen
- 3 puolet ajasta; ei tee aloitetta, muttei vastusta koskettamista
- 4 alle puolet ajasta; vastustaa usein tai toistuvasti koskettamista
- 5 harvoin tai ei koskaan; vastustaa lähes aina koskettamista

J. Asiakas nauttii muiden seurassa olemisesta tai kanssakäymisestä muiden kanssa :

- 1 lähes aina; tekee lähes aina aloitteen kanssakäymiseen muiden kanssa
- 2 yli puolet ajasta; tekee joskus aloitteen kanssakäymiseen muiden kanssa
- 3 puolet ajasta; ei tee aloitetta, muttei myöskään vastusta kanssakäymistä muiden kanssa
- 4 alle puolet ajasta; vastustaa usein tai toistuvasti kanssakäymistä muiden kanssa
- 5 harvoin tai ei koskaan; vastustaa lähes aina kanssakäymistä muiden kanssa

K. Asiakas vaikuttaa emotionaalisesti rauhalliselta ja oloonsa tyytyväiseltä :

- 1 suurimman osan päivästä
- 2 enemmän kuin puolet päivästä
- 3 puolet päivästä
- 4 vähemmän kuin puolet päivästä
- 5 harvoin tai ei koskaan

Laske pisteet yhteen: _____



6460

NPI-NH
©JL Cummings, 1994

NEUROPSYKIATRINEN HAASTATTELU (NPI-NH)

Mikä on työkuvasi:

- Laitos- / hoitoapulainen
 Lähi- tai perushoitaja
 Sairaanhoitaja

 Muu _____

Mitä vuoroja yleensä teet?

- Päivää ja yötä
 Pelkästään päivävuoroja
 Pelkästään yövuoroja

 Muuta _____

Kuinka hyvin tunnet tutkittavan?

- Omahoitaja
 Erittäin hyvin (näkee päivittäin)
 Jonkun verran (näkee usein mutta ei päivittäin)
 En kovin hyvin (jakaa vain lääkkeitä tai on harvoin tekemisissä asukkaan kanssa)

Kuinka pitkään olet työskennellyt asukkaan kanssa? _____ kk/ _____ vuotta

NEUROPSYKIATRISET OIREET

Osio	EA	Ei esiinny 0	Yleisyys				Vaikeus			Y x V	Stressi				
			1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
A. Harhaluulot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Aistiharhat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Levottomuus/ aggressiivisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Masentuneisuus/ alakuloisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Ahdistuneisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Kohonnut mieliala / epäasianmukainen iloisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Apatia/ välinpitämättömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Estottomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Ärtäisyys/ mielialan vaihtelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Poikkeava motorinen käyttäytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YHTEENSÄ:										_____					

NEUROVEGETATIIVISET MUUTOKSET

K. Unen häiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Ruokahalun ja syömisen häiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



NEUROPSYKIATRINEN HAASTATTELU (NPI-NH)

Pisteytysyhteenveto

Ohje: Lue haastattelua koskeva ohje ohjekirjasta ennen kysymysten esittämistä. Merkitse hoitajan vastaukset tälle lomakkeelle ennen kuin arvioit oireiden yleisyyttä, vaikeusastetta tai niistä aiheutunutta stressiä.
(K = oire esiintyy potilaalla, E = oiretta ei esiinny, EA = ei arvioitavissa)

A. Harhaluulot

- | | K | E | EA |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Uskoo olevansa vaarassa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Uskoo häneltä varastettavan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Uskoo puolison olevan uskoton | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ihmiset ovat vaihtuneet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Puhuu TV:n esiintyjille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Muu harhaluulo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4

Vaikeusaste 1 2 3

Stressi 0 1 2 3 4 5

C. Levottomuus/aggressiivisuus

- | | K | E | EA |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hermostuu ihmisistä, vastustaa hoitoa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Itsepäinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Yhteistyöhäluton | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vaikea käsitellä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Huuataa tai kiroilee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Paiskoo ovia, potkii | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lyö toisia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Muita oireita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4

Vaikeusaste 1 2 3

Stressi 0 1 2 3 4 5

E. Ahdistuneisuus

- | | K | E | EA |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Huolissaan tulevasta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kyvytön rentoutumaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Huokaileva, haukkoo henkeään | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Perhosiä vatsassa, rytmihäiriöitä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Välttämiskäyttäytymistä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ahdistuu erosta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Muita ahdistusoireita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4

Vaikeusaste 1 2 3

Stressi 0 1 2 3 4 5

B. Aistiharhat

- | | K | E | EA |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kuulee ääniä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Puhuu olemattomille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Näkee harhoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haistaa harhoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kosketustunnon harhoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Maistaa harhoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Muita aistiharhoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4

Vaikeusaste 1 2 3

Stressi 0 1 2 3 4 5

D. Masentuneisuus/alakuloisuus

- | | K | E | EA |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Itkuinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Alakuloisen oloinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vähättelee itseään | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sanoo olevansa paha ihminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Lannistunut, ei tulevaisuutta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Taakka perheelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kuoleman toiveita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Muita masennusoireita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4

Vaikeusaste 1 2 3

Stressi 0 1 2 3 4 5

F. Kohonnut mieliala

- | | K | E | EA |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Liian tyytyväinen, onnellinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Epätavallinen huumorintaju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nauraa sopimattomasti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kertoo tylsiä vitsejä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tekee lapsellisia kepposia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Muita euforisia oireita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4

Vaikeusaste 1 2 3

Stressi 0 1 2 3 4 5



6460

**G. Apatia**

- | | K | E | EA |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Passiivinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ei aloita keskustelua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ei osoita tunteitaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Toiset ihmiset eivät kiinnosta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ei kiinnostu kuten aiemmin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Istuu hiljaa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Muita apatian merkkejä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4Vaikeusaste 1 2 3Stressi 0 1 2 3 4 5**H. Estottomuus**

- | | K | E | EA |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Impulsiivinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tekeytyy tuttavalliseksi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Käyttäytyy tahdittomasti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Käyttäytyy karkeasti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Liiallisen avoin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Koskettelee ja halailee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Muita oireita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4Vaikeusaste 1 2 3Stressi 0 1 2 3 4 5**I. Ärtyneisyys**

- | | K | E | EA |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Menettää malttinsa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nopeita mielialan vaihteluita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kiukunpurkauksia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kärsimätön | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kärtyysä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Riidanhaluinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Muita oireita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4Vaikeusaste 1 2 3Stressi 0 1 2 3 4 5**J. Poikkeava motorinen käyttäytyminen**

- | | K | E | EA |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kävelee ympäriinsä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Penkoo paikkoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Toistuvaa riisuuntumista ja pukeutumista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Toistotapoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hypistelyä, näpräilyä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hermostunutta liikehdintää | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Muita poikkeavia motorisia oireita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4Vaikeusaste 1 2 3Stressi 0 1 2 3 4 5**K. Unen häiriöt**

- | | K | E | EA |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nukahtamisvaikeuksia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nousee ylös yön aikana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kuljeskelee yöllä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pukeutuu yöllä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Herää liian aikaisin aamulla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Muita unen häiriöitä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4Vaikeusaste 1 2 3Stressi 0 1 2 3 4 5**L. Ruokahalun ja syömisen häiriöt**

- | | K | E | EA |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Menettänyt ruokahalunsa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ruokahalu lisääntynyt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Paino laskenut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Paino noussut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ruokailutavat muuttuneet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Lempiruokat muuttuneet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Syömisessä rituaaleja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Muita ruokailuun liittyviä oireita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Yleisyys 1 2 3 4Vaikeusaste 1 2 3Stressi 0 1 2 3 4 5

Ruokailun seurantalomake

Asukkaan sukunimi, etunimi.....ID.....

Talo/osasto.....Lomakkeen täyttäjän nimikirjaimet.....

Pvm.....Viikonpäivä.....

Asukkaan ruokailu

Mitä asukas syö ja juo seurantapäivänä?

Kirjaa muistiin kaikki syödyt ruoat ja juomat. Lomakkeen kääntöpuolella on ohjeet.

1. Aamupalaksi aamulla kellonaika.....

.....
.....

2. Välipalaksi aamupäivällä kellonaika.....

.....
.....

3. Lounaaksi kellonaika.....

.....
.....

4. Välipalaksi iltapäivällä kellonaika.....

.....
.....

5. Päivällisellä kellonaika.....

.....
.....

6. Iltapalaksi illalla kellonaika.....

.....
.....

7. Yöllä kellonaika.....

.....
.....

Katso täyttöohjeet paperin toiselta puolelta ->

OHJEET RUOKAILUN SEURANTALOMAKKEEN TÄYTTÖÄ VARTEN

Kirjoita lomakkeeseen asukkaan nimi.

Ruokailun seurantapakettiin kuuluu:

- ruokailun seurantalomake
- tämä ohje lomakkeen täyttöö varten

Ruokailun seurantalomakkeen avulla selvitetään asukkaiden energian ja ravintoaineiden saantia. Tietojen pohjalta tehdään laskelma asukkaan ravinnonsaannista. Siksi on tärkeää kirjata tarkoin varsinkin energiapitoiset ruoat ja elintarvikkeet, kuten levitteet, kahvileivät ja välipalat. Merkitse myös mahdolliset täydennysravintovalmisteet.

Kirjoita aterian alkamis- ja päättymisajankohta sille varattuun tilaan, esim. 8.00–8.30. Kirjaa asukkaalle tarjotut ruoat lomakkeeseen ja merkitse asukkaalle tarjotun ruoan määrät kohtaan tarjottu määrä (dl, kpl, viip).

Leivän päällä olevan levitteen laatu ja määrä on mainittava aina, samoin leipien ja leivänpäällisten määrät ja laadut. Määrät voi ilmoittaa esim. siivuina, viipaleina tai kappalemäärinä. Levitteen määrän voi arvioida grammoina tai teelusikallisina (esim. 1 tl on noin 5 grammaa).

Myös juomien laatu ja määrä on muistettava merkitä: maidon laatu (rasvaton/kevytmaito), sokeroidut mehut, mehukeitot ja tuoremehut.

Kahviin ja teehen mahdollisesti lisättävät sokerit ja kermat on kirjattava ja asian selkeyttämissiksi on syytä merkitä, jos sokeria ja kermaa ei käytetä kahvissa tai teessä.

Kahvilla nautitut leivät ja leivonnaiset on mainittava.

Ruokapäiväkirjaan tulee kirjata ”voisilmät” puurossa yms. puuroon lisättävät, kuten sokerit ja hillot ja niiden määrät (tl, rkl). Puuron ja vellin määrä on hyvä arvioida desilitroina.

Pääruokien laatu ja määrä on keskeistä, joten ne on kirjattava selkeästi, esimerkiksi perunoiden määrä (kpl), perunasose/riisi (dl), liha/kanakastike (dl), lihapullat ym. (kpl), esimerkiksi lautasellinen lihakeittoa sekä lämpimät kasvikset ja salaattit/raasteet (dl) ja jälkiruokien laatu ja määrä (dl, kpl). Salaatinkastikkeen laatu (esim. öljykastike, kermaviilikastike) ja syöty määrä (tl, rkl) kirjataan.

Yksi lasi vetää n. 1,7 desilitraa (dl) ja kahvikuppi n. 1,5 dl.

Kirjoittajien esittely

Ulla Eloniemi-Sulkava vastasi MielenMuutos -käyttösoireosahankkeesta sen tutkimuksen ja intervention suunnittelusta tutkimusaineistojen keruuseen, analysointiin ja raportointiin. Hän osallistui interventioon ohjaamalla interventiota toteuttaneita tutkimusryhmän jäseniä sekä vetämällä osastojen henkilökunnan Memotiimin tapaamisia ja räätälöintikokouksia. Eloniemi-Sulkava on työskennellyt yli 25 vuotta muistisairaiden ihmisten hoidon asiantuntijana, kehittämis- ja tutkimustehtävissä. Hän on Tampereen yliopiston gerontologian dosentti. Hän on nykyään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella muistiasiantuntija ja -tutkimustehtävissä. Hän on koulutukseltaan filosofian tohtori ja erikoissairaanhoitaja.

Marjo Forder suunnitteli ja toteutti MielenMuutos -käyttösoireosahankkeen liikuntaintervention. Forder osallistui tutkimusintervention suunnitteluun ja raportin kirjoittamiseen liikunnan osalta. Hän toimii nykyään palvelupäällikkönä ja fysioterapeuttina yksityisellä sektorilla sekä erilaisten liikuntaryhmien ohjaajana. Forder on koulutukseltaan fysioterapeutti. Hän on erikoistunut muistihäiriöisten ihmisten kuntoutukseen ja hoitoon sekä psykofyysiseen fysioterapiaan.

Juhani Koskinen vastasi MielenMuutos -käyttösoireosahankkeen tilastollisten tutkimusaineistojen saattamisesta analyysikuntoon sekä suunnitteli ja toteutti analyysit. Hän osallistui raportin kirjoittamiseen tilastoanalyysien osalta. Koskinen on aiemmin tehnyt riskienhallintaan liittyvää mallinnusta ja markkinointia. Hän on koulutukseltaan kauppatieteiden kandidaatti.

Helinä Kotilainen arvioi MielenMuutos -käyttösoireosahankkeessa fyysistä hoitoympäristöä ja antoi siitä parannusehdotuksia yhdessä Päivi Topon kanssa. Kotilainen toimii yliarkkitehtina Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Menetelmien ja käytäntöjen arviointi -ryhmässä. Hän on koulutukseltaan arkkitehti, SAFA.

Terhi Köykkä toimi MielenMuutos -käyttösoireosahankkeen tutkimushoitajana. Hän keräsi tutkimusaineiston. Lisäksi hän osallistui tutkimusaineiston tallentamiseen ja loppuraportin kirjoittamiseen. Köykkä on jatko-opiskelijana Tampereen yliopistossa ja valmistelee väitöskirjaa käyttösoirehankkeen aineistosta. Hän on nykyään hoitotyön opettajana ja on aiemmin toiminut sairaanhoitajana ikääntyneiden hoitotyössä. Koulutukseltaan hän on terveystieteiden maisteri ja sairaanhoitaja.

Ava Numminen suunnitteli ja toteutti lauluintervention, keräsi sitä koskevan tutkimusaineiston sekä osallistui tältä osin raportin kirjoittamiseen. Hän toimii parhaillaan hoitolaitosten kulttuuritoiminnan edistämisen läänintaiteilijana Uudellamaalla. Numminen luennoi sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle kulttuuriryövälineiden hyödyistä lääkkeettömän hoidon muotoina sekä vetää heille tanssin ja maalaamisen koulutushankkeita. Hän on aiemmin toiminut henkilöstöjohtamisen lehtorina ja opintopsykologina, kasvatopsykologian lehtorina sekä musiikki ja hyvinvointi -tutkimuskoordinaattorina. Koulutukseltaan hän on musiikin tohtori, psykologi ja laulunopettaja.

Minna Pietilä työskenteli MielenMuutos -hankkeessa tutkijana tarkastellen omassa osahankkeessaan iäkkäiden ihmisten mielenterveyttä koskevia julkisia käsityksiä, tavoitteita ja käytäntöjä (tutkimusraportti 1). Käyttösoireosahankkeessa hän toteutti toisena havainnoijana kaikkien yksiköiden ELO –D -havainnoinnit lähtötilanteessa ja tutkimuksen lopussa sekä osallistui niiden osalta raportin kirjoittamiseen. Pietilä on aiemmin tehnyt laadullista terveystieteiden sosiologian ja sosiaalisiin kysymyksiin keskittyneitä tutkimuksia julkisella sektorilla sekä sosiaali- ja terveysalan järjestöissä. Hän on toiminut myös tutkimuskoordinaattorina erilaisissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa. Pietilä on koulutukseltaan sosiologian tohtori (Ph.D.).

Marja Saarenheimo toimi MielenMuutos –kokonaisuuden johtajana ja vastasi masennusta käsittelevän osahankkeen suunnittelusta ja toteutuksesta. Tässä osahankkeessa Saarenheimo osallistui intervention suunnitteluun, toteutti mukana olleiden yksiköiden hoitajille suunnatun muistelukoulutuksen ja toimi yhdessä yksikössä työnohjaajana. Saarenheimo on koulutukseltaan psykologi ja filosofian tohtori. Hän työskentelee Vanhustyön keskusliiton ”Elämänkulku ja ikäpolvien dialogi” -hankkeessa projektin johtajana ja tutkijana.

Niina Savikko toimi MielenMuutos -käyttösoireosahankkeen tutkijana. Hän koordinoi tutkimusaineiston keruuta ja intervention koulutusten toteutusta sekä osallistui tutkimusaineiston tallentamiseen, analysointiin ja loppuraportin kirjoittamiseen. Savikko on aiemmin osallistunut tutkijana interventiotutkimusten toteutukseen ja raportointiin. Savikko on koulutukseltaan terveystieteiden tohtori ja sairaanhoitaja.

Heli Sillanpää-Nisula toimi MielenMuutos -käyttösoireosahankkeen interventioyksiköiden henkilökunnan asiantuntijasairaanhoitajana. Hän tuki ja ohjasi henkilökuntaa muistisairaiden ihmisten hyvinvoinnin tarpeiden tunnistamisessa ja räätälöidyn tavoitteellisen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Sillanpää-Nisula on peruskoulutukseltaan psykiatrinen sairaanhoitaja vuodesta 1993. Hän on työskennellyt pitkään muistisairaiden ihmisten lyhytaikais-, pitkäaikais- ja osavuorokautisessa hoitotyössä sairaanhoitajana. Muistisairaiden ihmisten hoitotyön sisällön kehittäminen on ollut hänen keskeinen toimialueensa kymmenen vuoden ajan.

Timo Sinervo

Merja Suominen antoi MielenMuutos -käyttösoireosahankkeessa ravitsemusneuvontaa ja vastasi ravitsemukseen liittyvän arvioinnin tekemisestä. Hän toimii parhaillaan projektijohtajana muistisairaiden ikäihmisten ravitsemushankkeessa. Aiemmin hän on työskennellyt projektisuunnittelijana ja ravitsemussuunnittelijana. Suominen on koulutukseltaan elintarviketieteiden tohtori.

Päivi Topo arvioi MielenMuutos -käyttösoireosahankkeessa fyysistä hoitoympäristöä ja antoi siitä parannusehdotuksia yhdessä Helinä Kotilaisen kanssa. Päivi Topo toimii parhaillaan akatemiattutkijana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa, Ikäihmisten palvelut ryhmässä. Hän on valtiotieteen tohtori ja lääketieteen sosiologian dosentti.



Ikäihmisten hyvinvointi ja mielenterveys 2007–2010

MielenMuutos on nelivuotinen Vanhustyön keskusliiton tutkimus- ja kehittämishanke, joka jakautuu kolmeen osahankeeseen:

- Masennuksesta kärsivien ikäihmisten räätälöity psykososiaalinen tukeminen
- Käyttösoireista kärsivien muistisairaiden ikäihmisten laaja-alainen tukeminen
- Ikäihmisten mielenterveyttä koskevat julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt

www.vtkl.fi

www.mielenmuutos.fi



Vanhustyön keskusliitto
Centralförbundet för de gamlas väl ry



**ESPOO
ESBO**

