

Katja Kurri

KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN TYÖTAVAN KEHITTÄMINEN
KÄENPESÄN PALVELUKESKUKSEN DEMENTIAKOTIIN

Kuntoutusohjauksen- ja suunnittelun koulutusohjelma
2010

KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN TYÖTAVAN KEHITTÄMINEN KÄENPESÄN PALVELUKESKUKSEN DEMENTIAKOTIIN

Kurri, Katja

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma

Toukokuu 2010

Ohjaaja: Saaristo, Sirpa ja Sallinen, Merja

Sivumäärä: 38

Liitteitä: tutkimuslupahakemus

Asiasanat: dementia, tehostettu palveluasuminen, toimintaympäristö, kuntoutumista edistävä työtap

Opinnäytetyön aiheena oli kehittää kuntoutumista edistävä työtap Käenpesän palvelukeskuksen dementiakotiin Luvialle. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia parannuksia dementiaan sairastuneiden hoitoon voidaan saada toimintaympäristö huomioimalla ja kuntoutumista edistävään työtapaan sitoutumalla. Tavoitteena on huomioida dementiaan sairautena asettamat vaatimukset hyvään toimintaympäristöön. Tutkimuksen tavoitteena on auttaa henkilökuntaa kehittämään kuntoutumista edistävää työtapaa dementiaa sairastavien hoitoon.

Toimintatutkimus kerättiin omasta työstä tutkimustiedon, haastattelujen sekä vertailukehittämisen avulla. Vertailukehittämisen aineisto kerättiin kirjallisesta materiaalista ja opintokäynnistä. Kenttähavainnot kerättiin tutkittavan organisaation Käenpesän palvelukeskuksen toiminnasta. Toimintatutkimuksen menetelmistä käytettiin avointa haastattelua ja osallistuvaa havainnointia.

Keskeiset kehittämisajatuksat löydettiin vertailukehittämisen, kenttähavaintojen ja tutkimustiedon perusteella. Kehittämisideat koottiin yhteen dementiakodin kuntoutumista edistävän työtavan kehittämistä varten. Toimintatutkimuksen toteutus kuvattiin kuviona. Johtopäätöksissä todettiin, että kuntoutumista edistävän työtavan käyttö kuuluu osana hyvään dementiaan hoitoon. Toiminnan kehittäminen vaatii motivoituneen henkilökunnan ja riittävän määrän työntekijöitä. Toimintaympäristön merkitys on suuri dementiaan hoidossa.

DEVELOPING A REHABILITATIONAL WORK METHOD FOR THE KÄENPESÄ SERVICE CENTRE DEMENTIA HOME

Kurri, Katja

Satakunta University of Applied Sciences

Unit of social Services and Health Care on Pori

Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, tel. (02) 6203 000

January 2010

Supervisor: Saaristo, Sirpa (MSc), Sallinen, Merja (Lecturer)

Number of pages: 38

Key words: dementia, intensive service housing, operational environment, a rehabilitational work method

The object of the thesis was to develop a rehabilitational work method for the Käenpesä service centre dementia home in Luvia. The aim of the research was to find out what kind of improvements may be made to the care of dementia patients by paying attention to the operational environment and by committing to a rehabilitational work method. The aim is to take into account the special demands dementia places on a good operational environment. The aim of the research is to help the staff develop the rehabilitational work method for the care of dementia patients.

The action research data was gathered using research information, interviews and benchmarking. The benchmarking data was gathered from literature and an excursion. The field observations were made of the operations at the object organisation, Käenpesä service centre. Of action research methods, open interview and participant observation were used.

The essential development ideas were found by benchmarking, field observations and research information. The development ideas were collected to be used in the development of a rehabilitational work method. The implementation of the action research was shown as a picture. The conclusions stated that the use of a rehabilitational work method is a part of good dementia care. The development of the operations requires a motivated staff and an adequate number of employees. The operational environment is a significant factor in dementia care.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	DEMENTIAA SAIRASTAVAN TOIMINTAKYKY.....	6
2.1	Dementian syyt ja eteneminen.....	6
2.2	Toimintakyvyn muutokset dementiassa.....	8
3	KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ TYÖTAPA DEMENTOITUVIEN HOIDOSSA.....	10
3.1	Kuntoutumista edistävän hoidon periaatteet.....	10
3.2	Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi	13
4	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KEHITTÄMINEN TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEEN	14
4.1	Hyvän fyysisen asuinympäristön tekijät dementiakodissa	16
4.2	Muut toimintaympäristöön vaikuttavat tekijät.....	17
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
6	TUTKIMUSMENETELMÄ	20
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
7.1	Nykytilan kuvaus	23
7.2	Toimintaympäristössä havaitut ongelmat	25
7.3	Avainhenkilöhaastattelujen keskeinen anti.....	26
7.4	Vertailukehittäminen	29
8	AINEISTON PERUSTEELLA SYNTYNEET JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISAJATUKSET	30
9	POHDINTA.....	31
	LÄHTEET.....	34
	LIITTEET	

Liite 1: TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1 JOHDANTO

Suuri osa ikääntyneistä suomalaisista elää itsenäistä elämää tarvitsematta säännöllisiä palveluita. Väestörakenteen muuttuminen vanhuspainotteisemmaksi jo lähitulevaisuudessa on nostanut dementoivat sairaudet koko yhteiskuntaa koskettavaksi kansanterveydelliseksi ja taloudelliseksi haasteeksi. Vuosittain dementoituviin sairauksiin sairastuu noin 12 000 henkilöä. Dementoiviin sairauksiin sairastuneiden ihmisten määrän lisääntyminen koskettaa siis koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja haastaa kehittämään palveluita. (Heimonen & Voutilainen 2006, 10.)

Kuntoutus on nostettu muistihäiriö- ja dementia-työssä esille yhä enenevässä määrin. Kuntoutuksen käsite on vuosikymmenten aikana muuttunut jälkihoidollisesta työkyvyn palauttamiseen tähtäävästä toiminnasta ehkäisevään ja kokonaisvaltaiseen toimintakykyä ylläpitävään toimintaan. Samalla kuntoutukseen piiriin kuuluvien sairauksien kirjo on laajentunut. Dementiaa sairastavien kuntoutusta on kehitetty viimeisen kymmenen vuoden aikana huomattavasti. (Pirttilä 2004, 20.)

Dementiasairauksissa soveltuvia kuntoutusmenetelmiä ja kuntoutuksen vaikuttavuutta on kuitenkin tutkittu vähän, mikä voi olla yksi syy siihen, että suunnitelmallinen kuntoutus ei ole vakiintunut osaksi dementia-potilaiden hoitoa. Dementia-potilaiden kuntoutuksen toteuttaminen ja kehittäminen on tapahtunut suurelta osin kolmannen sektorin toimesta, koska kuntien käytettävissä resurssit eivät mahdollista tasaveroista kuntoutusta. (Pirttilä 2004, 20.)

Dementiaa sairastavista henkilöistä kolme neljästä tarvitsee sairauden edetessä pysyvää laitoshoidoa. Laitoshoitoon siirtyminen riippuu dementoivan sairauden mukanaan tuomista toimintakyvyn rajoituksista, sosiaalisen tukiverkoston vahvuudesta ja omaisen voimavaroista. Nykyään suuntauksena sosiaali- ja terveydenhuollossa on tukea kotona asumista niin pitkään kuin mahdollista, mutta laitoshoido on usein järkevä vaihtoehto dementoivan sairauden edetessä pitkälle. Laitoshoidossa dementoituvan henkilön toimintakykyä voidaan ylläpitää ja ehkä hieman parantaa, mutta dementoituvien sairauksien luonteeseen kuuluu, ettei toimintakyky enää palaudu ennalleen. (Routasalo 2004, 86.)

Suomessa on viime vuosina perustettu erityisiä dementiayksiköitä, joilla tarkoitetaan dementoituvien ihmisten hoitoon erikoistuneita hoitopaikkoja. Yksiköiden toiminta perustuu dementoituvien ihmisten erityistarpeiden tuntemiselle ja niiden huomioon ottamiselle sekä henkilökunnan tietotaidon tavoitteelliselle kehittämiselle. Kuntoutumista edistävän työtavan toteuttaminen kuuluu dementiayksiköiden tunnuspiirteisiin.

Käenpesän palvelukeskuksen dementia koti on Luvian kunnan yksi perusturvan toimintamuoto, jossa tarjotaan dementiaa sairastaville kuntalaisille tehostettua palveluasumista. Luvialla on tavoitteena tukea vanhusten kotona asumista palvelujen avulla mahdollisimman pitkään. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät palvelujenkaan turvin enää selviä kotihoidossa.

Opinnäytetyö on toimintatutkimus Käenpesän palvelukeskuksen dementia kodin kehittämisestä. Tämän opinnäytetyön aihe on syntynyt halusta kehittää omaa työtä. Työskentelen Käenpesän palvelukeskuksen dementia kodissa sairaanhoitajana. Tällä hetkellä tavoitteena dementia kodin hoidossa on edistää ja tukea asukkaiden toimintakykyä, mutta käytännössä sen toteutus on haasteellista. Koen, että mahdollisuuksia toiminnan kehittämiselle on, haasteena on löytää hyviä toteutuskeinoja kuntoutumista edistävälle työtavalle. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää, mikäli Luvialle suunnitteilla oleva uusi dementia yksikkö päätetään rakentaa.

2 DEMENTIAA SAIRASTAVAN TOIMINTAKYKY

2.1 Dementian syyt ja eteneminen

Dementialla tarkoitetaan laaja-alaista muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymistä, joka vaikuttaa sairastuneen arkielviytymiseen. Kyseessä on oirekokonaisuus, johon muistihäiriöiden lisäksi liittyy vähintään yksi tai useampi seuraavista: kielellisten kykyjen häiriö, kätevyyden heikkeneminen, tunnistamisen vaikeutuminen ja monimutkaisten

älyllisten toimintojen heikkeneminen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 82; Erkinjuntti 2002, 89.) Dementiaa aiheuttavissa taudeissa muistihäiriö on usein ensimmäinen oire, mutta pelkän muistihäiriön perusteella ei voida tehdä dementia-diagnoosia, sillä muistihäiriöitä voivat aiheuttaa hyvin monet erilaiset tekijät. Esimerkiksi aineenvaihdunnan häiriöt, verenkiertohäiriöt, eräiden lääkkeiden sivuvaikutukset ja masennus- ja uupumistilat voivat heikentää muistia. Tilanne on korjattavissa, jolloin muistihäiriöt helpottuvat eikä syynä ole dementia. Muistihäiriöiden ilmaantuessa tilanteen varhainen toteaminen on tärkeätä, sillä ihmisen elämänlaatua voidaan parantaa asianmukaisella hoidolla ja oikealla lääkityksellä. (Alhainen 2001, 24.)

Yleisin dementoiva sairaus on Alzheimerin tauti. Kyseessä on hitaasti etenevä aivoja rappeuttava sairaus, jossa erityisesti aivojen muistijärjestelmään liittyvät hermosolut ja aivoalueet vaurioituvat. Alzheimerin taudin yleisyys lisääntyy iän myötä. 65-vuotiaista vain kahdella prosentilla on Alzheimerin tauti, mutta 85 vuotta täyttäneistä sitä sairastaa jo 25 prosenttia. Taudin ensimmäisinä oireina ovat muistihäiriöt ja uuden oppimisen vaikeus. Lähimuisti heikentyy tyypillisesti niin, ettei sairastunut muista muutamaa minuuttia aiemmin tapahtuneita asioita. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 82.) Taudin edetessä mielestä häviävät viime vuosien, sitten viime vuosikymmenten mielikuvat. Persoonallisuuspiirteiden ja toimintatapojen muuttuminen on toinen varhainen oire. Henkilö saattaa menettää aktiivisuutensa ja päivät saattavat kulua istuskellessa. Henkilö tiedostaa heikentyneen muistinsa ja toimintakykynsä ja vetäytyy helposti vähänkin monimutkaisemmista tehtävistä. Lisäksi tyypillistä on sosiaalisten kontaktien välttäminen ja väheneminen. (Pirttilä & Erkinjuntti 2002, 124.)

Vaskulaarisella dementialla tarkoitetaan aivoverenkierron aiheuttamia dementioita. Vaskulaariset dementiat ovat toiseksi tavallisin dementian syy ja noin 15-20 prosenttia kaikista dementiapotilaista sairastaa vaskulaarista dementiaa. Oireet riippuvat siitä, missä kohdassa aivoja verenkiertohäiriöt ovat. Esimerkiksi jos puheen tuottamista tai ymmärtämistä sääteleville aivoalueille syntyy vaurio, puheen tuottaminen ja ymmärtäminen heikkenevät tai kyky häviää kokonaan. Pelkkä afasia ei kuitenkaan vielä aiheuta dementiaa vaan vaskulaarisesta dementiasta puhutaan vasta, kun potilaalla on myös muita kognitiivisia häiriöitä. Muistioireiden lisäksi tavallisia ovat kätevyys heikkeneminen, alaraajojen jäykkyys ja kävelyn hidastuminen. Yleistä on myös mielialaan liittyvät oireet, keskittymis- ja tarkkaavuuskyvyn vaikeudet sekä yleinen toi-

minnan hidastuminen. (Alhainen 2001, 33.) Sairaus etenee portaittain, jolloin tilanne on välillä tasaisempi, joskus tulee äkillisiä pahenemisvaiheita ja sekavuustiloja. Tietoisuus toimintakyvyn puutteista säilyy kauemmin kuin Alzheimerin tautia sairastavilla. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 82.)

Lewyn kappale-tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttavista sairauksista. Sen perussy on tuntematon. Tauti on saanut nimensä hermosolujen sisällä mikroskoopilla havaittavien niin sanottujen Lewyn kappaleiden perusteella. Taudin oireet ovat joskus hyvin samankaltaisia kuin Alzheimerin taudissa. Lewyn kappale-tauti etenee jonkin verran Alzheimerin tautia nopeammin. (Alhainen 2001, 33.) Tautiin liittyvät henkisen suorituskvyn heikentyminen, Parkinsonin taudin kaltaiset oireet, kuten kankeus, hidasliikkeisyys ja jäykistymät sekä joskus myös vapina. Tyypillistä on oireiden ja vireystilan nopea vaihtelu ja näköharhat. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 82.)

Frontotemporaaliset dementiat ovat aivojen otsa- ja ohimolohkoja rappeuttava harvinaisen dementian syy. Arviolta vain 2-3 prosenttia kaikista dementiapotilaista voidaan luokitella tähän ryhmään. Frontotemporaalinen dementia alkaa tavallisimmin keski-ässä ja valtaosa tapauksista on perinnöllisiä. (Alhainen 2001, 35.) Frontaali- eli otsalohkodementian ensimmäisiä oireita ovat käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset, sillä muistioireet ovat aluksi hyvin lieviä. Tyypillisiä piirteitä ovat aloitekyvyttömyys ja apaattisuus, toisaalta estottomuus. Usein käytös on seksuaalisesti virittynyttä, paljastelua tai epämiellyttävää koskettelua. Henkilö muuttuu arvostelukyvottomaksi ja hän voi tehdä mielivaltaisia ratkaisuja. Taudin edetessä ilmenee usein puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeuksia. Osalle potilaista voi taudin myöhäisvaiheessa kehittyä samanlaista lihasten kuihtumista kuin ALS-taudissa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 82.)

2.2 Toimintakyvyn muutokset dementiassa

Dementoiva sairaus merkitsee toimintakyvyn vähittäistä heikentymistä, asteittaista luopumista rooleista ja vastuista sekä myös muutoksia minäkuvassa ja sosiaalisissa suhteissa (Heimonen & Voutilainen 2006, 16). Sairauden muodosta riippuen vaiku-

tukset toimintakykyyn vaihtelevat. Liikuntakyky heikkenee, kävely voi olla töpöttävää ja kävelykyky voi kadota kokonaan. Osalla potilaista ilmenee vuosien mittaan jäykkyyttä, hitautta ja etukumaruutta. Sairauden edetessä ilmaantuu virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyyttä. Ajantaju ja paikantaju häviävät, puhuessa sanat eivät löydy ja monimutkaiset motoriset toiminnot kuten ruoanlaitto ja pukeutuminen vaikeutuvat. Sairaudentunto, muisti ja uuden oppiminen heikentyvät sekä sairastuneella saattaa esiintyä sekavuutta ja masennusta. Aggressiivisuus ja äkkipikaisuus ovat myös yksi tyypillinen piirre dementoivissa sairauksissa. Aggressiivisuus voi ilmetä kiroiluna, lyömisenä tai huutamisena. Usein suuttumisen takana on vähäpätöinen syy ja tärkeitä hoidossa on altistavien tekijöiden tunnistaminen tai poistaminen. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 92-95.) Dementoivan sairauden edetessä sairastuneen avun tarve kasvaa, mikä voi merkitä laitoshoidon tarvetta (Granö, Heimonen & Koskisu 2006, 8).

Sairastuneen ihmisen minäkuvaan ja kokemukseen elämän mielekkyydestä vaikuttavat kyvyttömyys täyttää sosiaalisia rooleja ja velvoitteita sekä ylläpitää totuttuja aktiviteetteja. Dementoituvat ihmiset kokevat monia menetyksiä sairautensa vuoksi. He kokevat arjen toiminnoissaan kykyjensä ja taitojensa heikentymisen, joka saattaa aiheuttaa epäonnistumisia ja hyödyttömyyden sekä arvottomuuden tunteita. Jo sairauden alkuvaiheessa voi olla tuntemuksia oman elämän kontrollin menettämisestä, pysymättömyydestä sekä omaan elämään liittyvän päätöksenteon heikkenemisestä. Muutokset ja luopuminen ovat kuitenkin sairauden edetessä väistämättömiä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 16.)

Dementoituvalle on tärkeää löytää toimintamahdollisuuksia, eikä vain tunnista sairauden aiheuttamia rajoituksia. Dementoituvan voimaantumisen tukeminen vaikuttaa hänen elämänlaatuunsa. Tällöin hoidossa olisi tärkeää korostaa oman elämän hallinnan saavuttamista, itsenäisyyttä ja tasa-arvoista osallisuutta yhteisön elämään. Kuntoutuksella pyritään luomaan uusia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja, se on toivoa ja myönteisyyttä herättävä tuki, jolla on keskeinen rooli dementoituvien hoidossa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 19.)

3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ TYÖTAPA DEMENTOITUVIEN HOIDOSSA

3.1 Kuntoutumista edistävän hoidon periaatteet

Kuntoutumista edistävä työtap ja kuntouttava työote tarkoittavat samaa asiaa eli henkilökunnan toimimista siten, että dementoituvan ihmisen toimintakyky ja voimavarat otetaan huomioon. Kuntouttava työote on työntekijän tapa suhtautua työhönsä ja asiakkaisiinsa omalla persoonallisella ja ammatillisella tavalla. Perustana on toimiminen niin, että toiminta tuottaa dementiaan sairastuneelle onnistumisen kokemuksia, hyvää oloa ja iloa. Periaatteena on, että työntekijän rooli auttamistilanteissa on olla tilanteiden ohjaaja ja motivoija, jolloin dementiaan sairastunut tekee itse kaiken sen minkä pystyy. (Granö ym. 2006, 41.)

Lähtökohtana kuntoutumista edistävässä hoidossa on, että jokaisella dementoituvalla on jäljellä toimintakykyä, jota voidaan tukea. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoito sisältää sekä toimintakyvyn tukemisen että elämänlaadun edistämisen ulottuvuudet, jotka ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Peruseriaatteena kuntoutumista edistävässä hoidossa on dementoituvan ihmisen inhimillisten oikeuksien kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden tukeminen, säilyneiden, heikentyneiden sekä menetetettyjen kykyjen tunnistaminen ja toimintakyvyn tavoitteellinen tukeminen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57.) Henkilökunnan tulee johdonmukaisesti sitoutua työhönsä tavoitteiden saavuttamiseksi. Sitoutuminen on pitkäjänteistä ja tietoista toimintaa, ja edellyttää kaikkien henkilökuntaan kuuluvien toimimista samoilla periaatteilla. (Routasalo 2004, 2006.)

Rantasen ym. (2008) tutkimuksessa selvitettiin kolmen erilaisen hoitolaitoksen henkilökunnan näkemyksiä kuntouttavasta työotteesta teemahaastattelun avulla. Tutkimuksen tulosten mukaan kuntouttavat työmenetelmät eivät ole irrallisia työtehtäviä vaan hoitajien sisäistämiä tapoja toteuttaa kuntouttavaa työotetta jokapäiväisessä elämässä. Kiireettömyys edisti asiakkaan itsenäistä selviytymistä, kun annettiin aikaa tehdä itse. Henkilökunnalta edellytettiin kärsivällisyyttä, asukkaan tukemista, kehumista ja kannustamista. (Rantanen, Saarinen & Sabri 2008, 39.) Keskeinen tehtävä dementoituvia ihmisiä hoitavilla hoitopaikoilla on luoda asukkailleen edellytyksiä

mahdollisimman hyvään ja mielekkääseen elämään. Hoidon perustana on hoitopaikan hoitofilosofia, jolla on toimintaa ohjaava, tärkeä merkitys. Hoitofilosofia tarkoittaa yhteistä näkemystä hoidon tärkeistä peruseriaatteista. Sen tulisi olla selkeä, ymmärrettävä ja kirjallinen dokumentti, jonka arvioinnista tulisi huolehtia säännöllisesti. (Winblad & Heimonen 2004, 75.)

Dementoituva ihminen tarvitsee huomioon otetuksi ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Hänen tulee saada tuntea olevansa arvostettu yksilönä, jonka olemassaololla ja toiminnalla on merkitystä. Hyväksytyksi tulemisen tunne välittyy dementoituvalla siinä tavassa, miten muut ihmiset antavat tilaa hänen ilmaisemilleen tunteille ja asioille. Koska puheen sisältö huononee ja ajattelu konkretisoituu sairauden myötä, dementoituvan ihmisen tilanne on aina pohdittava ja mietittävä yksilöllisesti miten ymmärretyksi tulemisen tunnetta voi huomioida. (Heimonen & Voutilainen 2006, 61.) Dementoituvien hoidossa tarvitaan vuorovaikutustaitoja eli kykyä ja halua olla dementoituvan kanssa vuorovaikutuksessa tasa-arvoisella tavalla. Henkilökunnan kyky huomata asioita ja olla huomaavainen sekä taito tunnistaa dementoituvan ihmisen mielialoja, asenteita ja reaktioita ovat edellytyksiä välittää hyväksytyksi tulemisen tunnetta dementoituvalle. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57.)

Kuntoutumista edistävän työtavan yhtenä tavoitteena on fyysisten toimintojen ylläpitäminen. Käytännössä se tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tuetaan sairastuneen liikkumiskykyä eikä estetä sitä kaatumisen pelon takia, ohjataan käymään WC:ssä riittävän usein ja tuetaan ruokailemaan itse. Psykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen on henkilön turvallisen olon varmistamista sekä läheisyyden mahdollistamista. Myös sosiaalisen aseman ylläpito liittyy toimintakykyä tukevaan hoitoon. Tämä tarkoittaa sitä, että dementiaan sairastunutta kohdellaan aikuisena ja hänen yksityisyyttään ja ihmisoikeuksia kunnioitetaan (Routasalo 2004, 86.) Dementoituvalla ihmisellä on oikeus toimintakykyä ja mielekkääseen aikuisen minäkuvaa tukeviin aktiviteetteihin, yhteyteen yksikön ulkopuoliseen yhteisöön sekä oikeus läheisyyteen. Hyvää hoitoa tulisi toteuttaa ammattitaitoinen dementiaan perehtynyt henkilökunta. (Winblad & Heimonen 2004, 74; Routasalo 2004, 86)

Laadukas dementoituneiden hoito edellyttää, että hoitavaa henkilökuntaa on riittävästi asukkaiden määrään ja hoidollisiin tarpeisiin nähden. On myös tärkeitä, että työn-

tekijöillä on osaamista ottaa huomioon dementoituneen ihmisen erityispiirteet. Henkilökunnan määrä ei siis yksistään ole merkittävä tekijä hoidon laadun kannalta vaan tärkeimmäksi tekijäksi nousee henkilökunnan koulutustaso, erityisesti dementoituneiden hoitoon liittyvä erikoiskoulutus. Henkilökunnan tulee pystyä antamaan yksilöllistä hoitoa, joka perustuu dementoituneen elämänhistorian tuntemukseen (Juva, Valvanne & Voutilainen 2002, 510.)

Flycktin & Puusaaren (2000) tutkimuksessa selvitettiin mikä merkitys ihmisen elämäntarinan tuntemisella ja muistelulla on osana dementoituvan vanhuksen kuntouttavaa työtä. Tutkimukseen osallistui kolmen dementia kodin työntekijöitä ja tutkimus suoritettiin teemahaastatteluna. Tulosten mukaan dementoituneen vanhuksen elämäntarinan tunteminen ja muistelemine auttaa löytämään ja tuntemaan hänen voimavaransa ja tukemaan häntä niissä sekä ymmärtämään hänen käyttäytymistään. Ilman dementoituneen ihmisen elämäntarinan tuntemista hänen kohtaamisensa ei ole laadukasta ja yksilöllistä. Flyckt & Puusaari, 2000.) Hoidolle tulee asettaa yksilölliset ja selkeät toimintakykyä ja elämänlaatua ylläpitävät tavoitteet, joiden laatua säännöllisesti arvioidaan. (Juva ym. 2002, 510).

Kuntoutumista edistävään työtapaan sitoutuminen edellyttää henkilökunnan hyvää ammattitaitoa. Se tarkoittaa riittävää tietoperustaa sairaudesta, luovuuden käyttöä uusissa tilanteissa, tiedon soveltamista muuttuvissa tilanteissa sekä kykyä kohdata sairastunut ja omainen haasteellisissa tilanteissa, kun omat taidot ovat ammatillisen osaamisen äärirajoilla. Tavoitteet ja keinot on kirjattava huolellisesti, sillä se on laadukkaan hoidon ja kuntoutuksen osoittamisen edellytys. Kirjaaminen on osa ammattitaidon ilmentymää, joka vaatii luovuutta ja täsmällisyyttä. Kirjaaminen on kaikkien hoitoon osallistuvien velvollisuus eikä ole sidottua tiettyyn ammattiin. Kirjaamisella voidaan osoittaa ammattitaidon tarve dementiaa sairastavien toimintakyvyn tukemisessa. (Routasalo 2004, 26.) Laadukas hoito on dementoituvan ihmisen sairauksien hyvää hoitoa ja hänen elämänhallintansa tukemista (Winblad & Heimonen 2004, 74).

Kuntoutuksen suunnittelulle ja kuntoutuksen tulosten arvioinnille toimintakyvyn arvioimista pidetään tärkeänä (Järvikoski & Härkäpää 2004, 95). Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi edistää dementiaan sairastuneiden hoitoa ja kuntoutusta. Identiteetin ja toimijuuden tukeminen sekä osallisuuden ja tuttuuden tunteen luomi-

nen ovat keskeisiä tekijöitä toimintakyvyn ja elämänlaadun edistämisessä. Näihin tekijöihin tavoitteellisesti vaikuttamalla tuetaan mielekästä elämää, koska toimintakyky ja elämänlaatu ovat aina yksilöllisiä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 23.)

3.2 Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi

Toimintakyky käsitteenä liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin. Moniulotteista toimintakyvyn käsitettä on perinteisesti tarkasteltu seuraavien neljän osa-alueen avulla. **1) Fyysinen toimintakyky** määritellään ihmisen kykynä suoriutua päivittäisistä toiminnoistaan, kuten syömisestä, juomisesta, liikkumisesta, peseytymisestä, WC-käynneistä sekä kotiaskareiden hoitamisesta ja asioiden hoitamisesta kodin ulkopuolella. **2) Kognitiivisen eli älyllisen toimintakyvyn** käsitteeseen kuuluvat päättelytoiminnot, muistitoiminnot, kielelliset toiminnot, hahmottaminen ja motoriset taidot kuten nopeus ja näppäryys. **3) Psyykkisen toimintakyvyn** käsite liittyy ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisen toimintakyvyn kokonaisuuteen kuuluvat itsearvostus, mieliala, omat voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen. Kognitiivista toimintakykyä määritettäessä on aina otettava psyykinen toimintakyky huomioon. **4) Sosiaalinen toimintakyky** käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen määrittävät sosiaalista toimintakykyä. (Voutilainen 2006, 25.)

Elämänlaatu käsitteenä liittyy terveyteen. ”Se käsittää ihmisen kokemuksen omasta terveydentilastaan sekä eri sairauksien ja niiden hoidon vaikutukset ihmisen toimintakykyyn ja hyvinvointiin.” Elämänlaatu määrittyy ihmisen omassa kulttuurissa ja sosiaalisessa ympäristössä, se ei ole ainoastaan terveyttä tai psyykkistä hyvinvointia. (Luoma 2006, 63.) Elämänlaatu muodostuu eri tekijöistä. Sarvimäen mukaan (1998) kolme tärkeää tekijää ovat hyvän olon tunne, elämän mielekkyyden tai merkityksen kokeminen ja oman arvon tunne. Hyvän olon tunteen vastakohtana on kipu ja kärsimys. Kohtuullinen elämänlaatu ei tarkoita sitä, että jokainen hetki ja toiminto on maksimaalinen, vaan sitä, että mielekkyys ja merkitys ei puutu elämästä kokonaan. Oman arvon tunne tarkoittaa, että ihminen pystyy kunnioittamaan itseään. (Sarvimäki 1998, 13.)

Dementoituneen ihmisen toimintakyvyn ja kokonaistilanteen perusteellisella arvioinnilla voidaan selvittää ja tukea ihmisen elämänlaatua. Kun dementoituneen ihmisen voimavarat ja toimintakyvyn säilyneet osa-alueet tunnistetaan ja niitä tuetaan hänelle sopivien aktiviteettien tavalla, on se elämänlaadun kannalta merkityksellistä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63; Routasalo 2004, 86.) Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita tai useamman mittarin sisältäviä arviointijärjestelmiä, joita tulisi hyödyntää toimintakykyä tai elämänlaatua arvioitaessa. Arvioinnin kautta saadaan tietoa erilaisiin käyttötarkoituksiin, sillä tuloksia voidaan hyödyntää:

- muistihäiriön syyn selvittelyssä
- dementoivan sairauden vaikeusasteen määrittelyssä
- palvelutarpeen määrittelyssä
- hoidon ja palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa
- arvioitaessa ja seurattaessa kuntoutusta edistävän hoidon, lääkehoidon ja muiden palvelujen vaikutuksia sairastuneen toimintakykyyn ja elämänlaatuun (Voutilainen 2006, 23; Karppi & Nuotio 2008, 27.)

Laajemmin ajateltuna voidaan saaduilla tiedoilla myös kehittää vanhuspalveluita kuntalaisten palvelutarpeita vastaaviksi, kun lisäksi huomioidaan väestörakenne ja sen muutokset (Voutilainen 2006, 23).

4 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KEHITTÄMINEN TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEEN

Palveluasumisen käsitettä käytetään vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetussa laissa (759/1987). Jos henkilö vammansa tai sairautensa takia tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista, kunnan on järjestettävä palveluasuminen. Palveluasumiseen kuuluvat asunto ja asumiseen liittyvät tarvittavat palvelut, joita voivat olla avustaminen liikkumisessa, hygieniassa, pukeutumisessa, ruokataloudessa ja asunnon siivouksessa sekä asioissa

joita tarvitaan asukkaan terveyden, kuntoutumisen ja viihtyvyyden edistämiseksi. Palveluasuminen voidaan käytännössä järjestää yksittäisessä asunnossa, palveluasumisryhmässä, palvelutalossa tai muussa asumisyksikössä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2003:4.) Palveluasuminen jaetaan tavalliseen palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla vain päivällä ja tehostetussa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. (Andersson 2007, 10.)

Tehostettu palveluasuminen sijoittuu kotona asumisen ja laitoshoidon väliin. Tehostettu palveluasuminen on suunnattu vanhuksille, joilla on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakyvyn alenemista niin paljon, etteivät he selviydy kotona asumisesta enää omaisten tai kotihoidon palvelujen turvin. Tehostetussa palveluasumisessa tuetaan asukkaiden omatoimisuutta ja luodaan turvallinen asumisympäristö. Tavoitteena on ehkäistä pitkäaikaista laitoshoidon tarvetta. Hyvä ympäristö ylläpitää ja edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ympäristötekijät muodostuvat fyysisestä, sosiaalisesta ja asenneympäristöstä, jossa ihmiset asuvat ja elävät. Ympäristötekijät voivat olla joko edistäviä tai rajoittavia. Hyvä laitospäristö mahdollistaa mahdollisimman monien kotiin liittyvien toimintojen säilymistä. (Imponen, Pennanen & Vakkuri, 2007.)

Ikääntyminen vaikuttaa ihmisen kykyyn havaita ympäristönsä muutoksia ja kykyä selviytyä itsenäisesti jokapäiväisistä toiminnoista. Dementoituneen ihmisen hoidossa hyvin suunnitellulla ympäristöllä on tärkeä osa hänen jokapäiväisessä selviytymisensä omassa elinympäristössään. Dementoituneelle tärkeintä on tunne siitä, että hän pystyy hallitsemaan ympäristöään ja saa tarvitsemansa avun. (Kotilainen, Virkola, Eloniemi-Sulkava & Topo 2003.) Suomessa dementoituneiden hoidon suuntaus on ollut kohti eriytynyttä dementiahoitoa, koska erityisyksiköiden hoidosta on saatu kannustavia tuloksia. On suositeltu, että nimitystä dementiayksikkö käytettäisiin hoitopaikasta, jonka toiminta pohjautuu dementoituneiden ihmisten erityistarpeiden ymmärtämiseen ja jossa henkilökunnan korkeatasoista taitotietoa ylläpidetään. Tällaisessa dementiayksikössä on valmiudet toimintakykyä tukevaan hoitoon, joka sisältää myös käytösoireiden ei-lääkkeellisen hoidon. Toiminnaltaan suppeampaa ja vain pitkäaikaishoitoa tarjoavaa hoitopaikkaa voidaan kutsua esimerkiksi dementiakodiksi. (Juva ym. 2002, 505.)

4.1 Hyvän fyysisen asuinympäristön tekijät dementiaikodissa

Ympäristön, kalusteiden ja käyttöesineiden sopivalla suunnittelulla sekä materiaalien että mallien avulla voidaan dementoituneen heikentynyttä kykyä hahmottaa tilaa ja esineitä parantaa. Tilojen hyvä suunnittelu ja selkeys tukevat omatoimisuutta, lisää turvallisuutta ja auttaa dementoitunutta säilyttämään arvokkuutensa ja toimintakykynsä mahdollisimman pitkään. (Kotilainen ym. 2003, 14.) Dementoituvalla henkilöllä turvallinen, rauhoittava ja sopivasti virikkeitä tarjoava hoitoympäristö on toimintakykyä ylläpitävä (Routasalo 2004, 86).

Fyysinen ympäristö vaikuttaa myös dementoituvan ihmisen elämänlaatuun. Parhaimmillaan fyysinen ympäristö tukee dementoituvan ihmisen mahdollisuutta sosiaalisuuteen kanssakäymiseen ja aktivoi aisteja. Hoitoympäristön pysyvyys ja meluttomuus, selkeät ja tunnistettavat tilat sekä näkyvillä olevat hoitajat lisäävät turvallisuutta. (Winblad & Heimonen 2004, 82.) Väreillä, materiaaleilla, valaistuksella ja äänillä voidaan luoda rauhoittava ympäristö samoin kuin hoitajien käyttäytymisellä. Ympäristössä on vältettävä ärsykkeiden liiallisuutta ja sekavuutta, sillä ne herättävät ahdistuneisuutta ja levottomuutta dementoituvassa ihmisessä. Ilmapiiirin olisi hyvä olla lämmin, rauhallinen ja kodintuntuinen. Erilaiset viriketoiminnot ylläpitävät arjen tunnistettavuutta ja muut tutut toiminnot ylläpitävät muistia, kielellistä kykyä sekä sosiaalisia taitoja. (Routasalo 2004, 86.)

Fyysisen ympäristön turvallisuus koostuu monesta eri tekijästä:

- ympäristö on tuttu ja henkilökunta lähellä, lisää emotionaalista turvallisuutta
- ympäristön esteettömyys, jolloin tila on selkeästi hahmotettava ja hallittava kokonaisuus, etsityt tilat löytyvät helposti
- vapaa uloskäynti suljetulle pihalle
- ympäristön esteettömyys siten, ettei se aiheuta kaatumisen, kompastumisen tai liukastumisen vaaraa
- paloturvallisuus huomioitu määräysten, materiaalien ja hälytysjärjestelmien osalta sekä turvallisuusselvitys tehty
- sisäänkäyntien valvottavuus
- teknologian käyttö, jolla saadaan tieto esimerkiksi jos asukas putoaa vuoteestaan tai kaatuu yöllä huoneessaan (Kotilainen ym. 2003, 14.)

Fyysisen ympäristön laatu ei kuitenkaan takaa vielä itsenäistä suoriutumista. Rakennettu ympäristö asettaa fyysiset olosuhteet, jotka voivat joko edistää tai hankaloittaa hoidon tavoitteiden toteutumista. Laitosympäristönkin tulisi olla viihtyisä ja kotoinen asuinympäristö ja toisaalta tarkoituksenomainen, henkilökunnan työtä helpottava miljöö. Sisätiloissa jatkuvasti olevien asukkaiden pitäisi voida kokea muun muassa vuodenaikojen vaihtelu ja saada luonnonvaloa. Rakennusten suunnittelussa huomioi- daan sitä, että myös vuoteessa maata tai istuessa pitäisi olla näköaloja ulos siten, että ulkona on jotain seurattavaa. (Siitonen 2003, 431.)

Perusvalaistuksella on turvallisuuden kannalta merkitystä, sen tulisi säilyä kaikkina vuorokaudenaikoina, lisäksi turvallisuuden tunnetta vahvistaa valaistuksen ohessa myös ympäristön melun ja samanaikaisten ääniärsykkeiden minimointi. Selkeä, usei- ta sekä aikaan että paikkaan orientoitumista helpottavia vihjeitä sisältävä ympäristö on dementoituneelle ihmiselle tarkoituksenmukaisin. Usein tarvittavien huoneiden löytymistä on tärkeitä helpottaa esimerkiksi merkitsemällä nimi oman huoneen ul- kopuolelle. Osa dementiaa sairastavista hyötyy selkeästi, jos päivämäärät, päivän ta- pahtumat ja työvuorossa olevien hoitajien nimet ovat esillä. (Juva ym. 2002, 505.)

Pintamateriaalien tulisi olla selkeitä, yksinkertaisia ja heijastuksia minimoivia ja vä- rieroiltaan selkeät, koska yksitoikkoinen värittömyys voi vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Ne alueet, joihin dementiaa sairastavan ei toivota mene- vän, olisi hyvä lukita. Näin henkilökunnan ei tarvitse estää tai rajoittaa vapaata liik- kumista, mikä vähentää dementiaa sairastavan ahdistuneisuutta. Hyvän ympäristön yhtenä tekijänä on myös sen pysyminen samana. Ihanteellisin on tilanne, jossa asu- kas voisi viettää koko loppuelämänsä samassa yksikössä. (Juva ym. 2002, 505.)

4.2 Muut toimintaympäristöön vaikuttavat tekijät

Fyysisen ympäristön merkitys säilyy pitempään kuin yhteys toisiin ihmisiin. Sosiaa- liset kontaktit muihin ihmisiin ovat kuitenkin turvallisuuden tunnetta lisäävä tekijä dementoituneen elämässä, joten sillä on tärkeä merkitys hyvässä toimintaympäristös- sä. (Kotilainen ym. 2003.) Sosiaalinen ympäristö tarkoittaa mahdollisuuksia osallis- tua virikkeelliseen toimintaan ja ylläpitää sosiaalisia suhteita. Monet päivittäiset ti-

lanteet hoidossa ja kuntoutuksessa tarjoavat mahdollisuuksia yhteiseen tekemiseen. Henkilökunnan jokainen jäsen voi tehdä työtään tavalla, joka mahdollistaa dementoituvan ihmisen osallistumisen oman toimintakykynsä rajoissa. Sosiaalisten taitojen ylläpitäminen ja passivoitumisen ehkäiseminen ovat tärkeitä lähtökohtia dementoituvien ihmisten hoidossa. (Granö ym. 2006.)

Riittävä määrä henkilökuntaa asukkaiden määrään ja hoidollisiin tarpeisiin nähden on hyvän toimintaympäristön yksi edellytys. On olemassa erilaisia suosituksia henkilökuntamitoituksen minimitasosta, jotka vaihtelevat kunnittain. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan henkilökunnan määrää suunniteltaessa ja arvioitaessa on otettava huomioon asukkaiden toimintakyky ja avun tarve, joka voidaan selvittää palvelutarpeen arvion avulla. Henkilöstöön ja työn organisointiin liittyvät tekijät kuten toiminnan organisointi ja toteutus esimerkiksi asukkaan avun tarpeen huomioiminen henkilöstön työvuorosunnittelussa. Huomio on kiinnitettävä erityisosaamista tarvitsevien asukkaiden määrään kuten esimerkiksi käytösoireiset dementia-asukkaat. Palvelurakennetta ja eri palvelujen kattavuutta koskevat tavoitteet kunnassa tai yhteistoiminta-alueella tulee myös huomioida. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 33.)

Virikkeellinen toiminta on aina suunniteltava dementiaan sairastuneen lähtökohdista. Tällöin se ylläpitää ja tukee jäljellä olevaa toimintakykyä sekä antaa onnistumisen elämyksiä ja nautintoja. (Heimonen & Voutilainen 2006, 64.) Viriketoiminta on laajimmillaan yksilön aktivoimista, jolla voidaan ehkäistä ja korjata sairauden aiheuttamia mielekkään toiminnan ja aististimulaation puutteista ilmeneviä oireita. Yksilöllisten mielenkiinnon kohteiden löytäminen vaatii henkilökunnalta luovuutta. (Tinell 2001, 97.)

Hoitoyhteisöjen arjessa monet päivittäiset tilanteet tarjoavat luontevan mahdollisuuden yhteiseen tekemiseen. Lehden lukeminen voi johtaa muistelemaan menneitä ja keskustelemaan päivän tapahtumista. Hyviä keskusteluja ja muistelutuokioita voi syntyä autettaessa peseytymisessä tai pukeutumisessa. Kuntoutumista edistävään työtapaan tulisi kuulua virikkeellinen yksilö- tai ryhmämuotoinen toiminta, jota toteutetaan tietoisesti ja tavoitteellisesti. (Granö ym 2006, 43.) Vaihteleva virkistystoiminta ja vieraskäynnit virkistävät koko yhteisöä. Vuodenaikojen huomioiminen viriketoi-

minnassa edistää dementoituneen ajantajua. Suuntaamalla samantyyppiset asiakkaat sairauden eri vaiheissa omiin ryhmiinsä tehostaa viriketoiminnan vaikutusta, jolloin syntyy hyvä tunnelma, joka kohottaa mielialaa, vahvistaa minäkuvaa ja luo yhteisöllisyyttä. (Mäki 1998, 103.)

Viriketoimintaa on mahdollista luoda monipuolisesti. Kirjojen tai lehtien lukemisella on terapeuttinen vaikutus, sillä se ylläpitää hyvää yhdessäoloa. Muistelu kuuluu ihmisyyteen ja muistot vahvistavat mielikuvaa siitä, kuka on ja minkälainen merkitys elämällä on ollut. Muistojen muokkaaminen ja niille merkityksen antaminen on välttämätöntä ihmisen psykososiaalisen kehityksen kannalta. Dementian edetessä ja kommunikointikyvyn heiketessä muistelukansio antaa ihmiselle historian ja identiteetin edesauttaen henkilökuntaa ja omaisia samaistua dementoituneen nykytilanteeseen. Muisteluhetki tarjoaa mahdollisuuden onnistumisen elämyksiin, joita jokaisen ihmisen tulisi saada päivittäin. (Mäki 1998, 103.)

Musiikki on yksi käytetyimmistä viriketoiminnan muodoista dementoituneiden kuntoutuksessa. Musiikin avulla voidaan vaikuttaa sekä yksilön että ryhmän aktivointiin, mutta myös ihmisen persoonallisuuden tukemiseen. Musiikki herättää tunteita ja muistoja sekä tuo esille kokemuksia, joita voi jakaa. Musiikin avulla dementoitunutta voidaan auttaa jäsentämään omaa olotilaansa. (Tinell 2001, 91.)

Eteneviin muistisairauksiin liittyvien kehon toiminnallisten muutosten takia dementoituvan ihmisen fyysisen toimintakyvyn tukeminen on tärkeää sairausprosessin eri vaiheissa. Passivoitumisen ennaltaehkäisyyn ja päivittäisten toimintojen aktiiviseen tukemiseen pitää kiinnittää erityistä huomiota. Liikunnalliset virikehetket aktivoivat aivoja, tuovat mielekäästä sisältöä arkeen ja ennaltaehkäisevät kunnon huononemista. Ulkona liikkuminen virittää aistit ja tuo energiaa. Moniammatillinen henkilöstö on keskeisessä roolissa fyysisen aktiivisuuden tukemisessa. (Granö ym. 2006, 46.) Musiikki, teatteri, kuvallinen, tarinallinen tai liikunnallinen ilmaisu auttavat lähestymään vaikeitakin asioita ja ne voivat tukea dementoituvan ihmisen minuuden rakentamista. Ilmaisullisten menetelmien käyttäminen on enemmän kuin arkinen vuorovaikutus, sillä se sisältää taiteen ja kulttuurin keinojen käyttämistä. (Granö ym. 2006, 44.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää dementia kodin kuntoutumista edistävää työtapaa Käenpesän palvelukeskukseen. Tavoitteena on selvittää millaisia parannuksia dementiaan sairastuneiden hoitoon voidaan saada toimintaympäristö huomioimalla ja kuntoutumista edistävään työtapaan sitoutumalla. Tavoitteena on huomioida dementia n sairautena asettamat vaatimukset hyvään toimintaympäristöön.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten voidaan dementia kodin asukkaiden kuntoutumista edistävää työtapaa kehittää?
2. Millainen toimintaympäristö tukee dementia kodin asukkaiden kuntoutumista?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tässä opinnäytetyössä on käytetty menetelmänä toimintatutkimuksen perusteita, koska se soveltuu käytännön työn kehittämiseen hyvin. Tämä tutkimus on kuitenkin vain osa toimintatutkimuksen kaaresta, toimintatutkimuksen suorittaminen laajemmin olisi vaatinut pitkäkestoisempaa kehittämistyötä.

Toimintatutkimukselle on tunnusomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä pyrkimys saavuttaa käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta. Toimintatutkimuksessa on ensisijaisena tarkoituksena tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa. Toimintatutkimusta voidaan siis kuvata sosiaalisena prosessina, jossa teoriaa ja käytäntöä ei nähdä toisistaan erillisinä vaan ennemminkin saman asian eri puolina. (Heikkinen. 2007.)

Toimintatutkimus on menetelmä, jonka avulla voidaan tarkastella työyhteisöjen muutosprosesseja ja se onkin yleistynyt maassamme työelämän kehittämisen välineenä

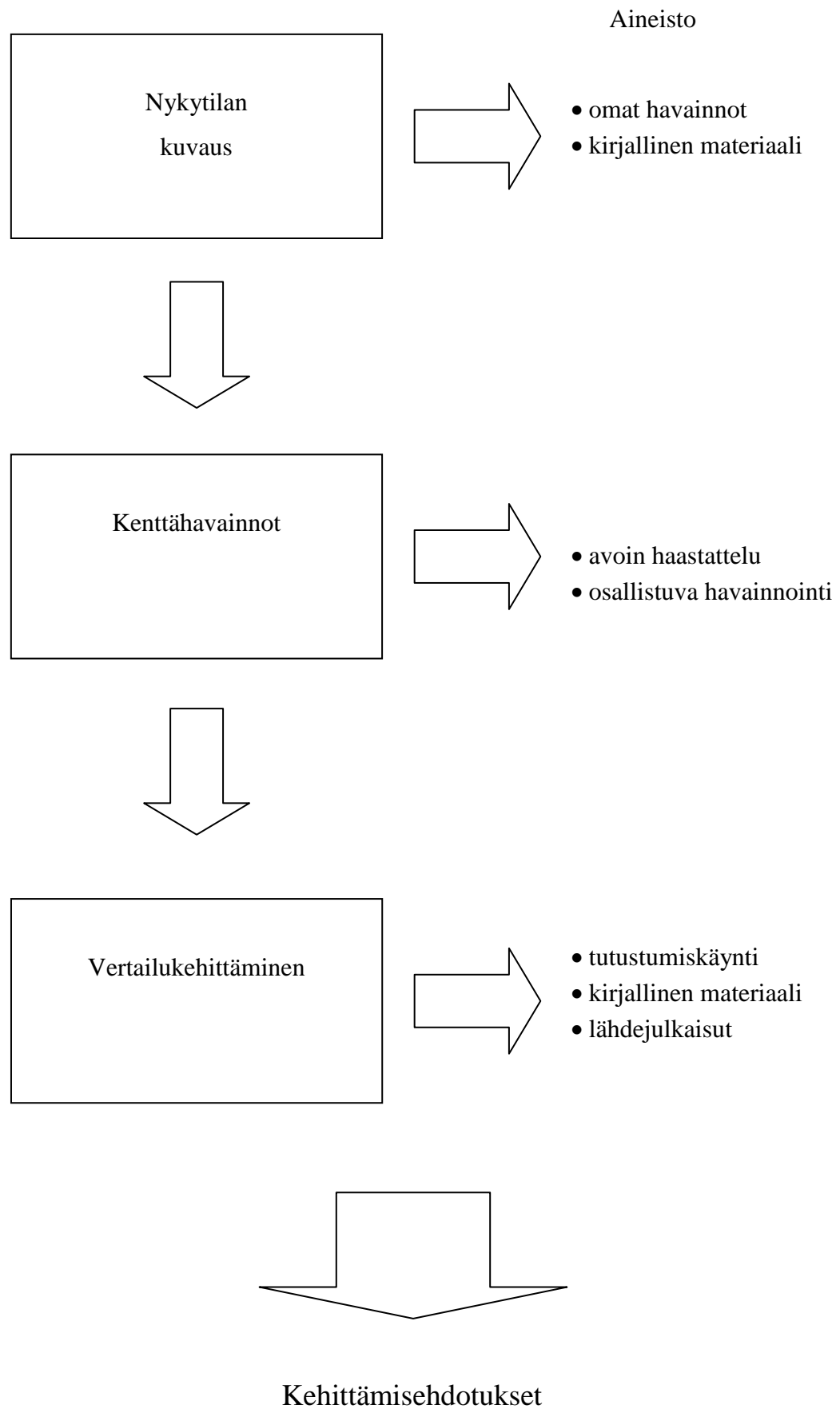
aina 1990-luvun alusta alkaen. Toimintatutkimusta on käytetty tilanteissa, joissa organisaatiot ovat itse määrittäneet ongelmansa ja luoneet niihin yksilölliset ratkaisunsa. Käytännön ongelmien ratkaisemisen ohella keskeinen tavoite on uuden tiedon tuottaminen tai päinvastoin. (Kekäläinen 2000, 28.)

Toimintatutkimuksessa ihminen nähdään itseohjautuvana, aloitteellisena ja omasta oppimisestaan vastuun kantavana yksilönä. Oleellista on, että yksilö haluaa aktiivisesti vaikuttaa työyhteisönsä toimintaan. Tutkija toimii ryhmän aktiivisena jäsenenä ja koko ryhmä toimii tasavertaisena läpi tutkimusprosessin vaiheiden. (Kekäläinen 2000, 31.)

Toimintatutkimuksessa tutkija on osallisena kehittämis- ja muutosprosessissa, tutkija ei ole vain ulkopuolinen tarkkailija vaan osa tutkittavaa yhteisöä. Tutkija seuraa prosessin kulkua ja sen eri vaiheita, kerää niistä tietoa ja on osaltaan kehittämässä toimintaa. (Kivimäki, M. 2008.) Toimintatutkimukselle on tyypillistä, että se pyrkii tekemään tutkimusta mahdollisimman lähellä käytäntöä. Pyrkimys on myös reflektiiviseen ajatteluun ja sen kautta toiminnan parantamiseen. Reflektoidessaan ihminen tarkastelee toimintaansa etäältä ja näkee oman toimintansa ja ajattelunsa uudesta näkökulmasta. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 26.)

”Toimintatutkimus voidaan kuvata spiraalina, joka kuvaa kuinka toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uudelleensuunnittelun sykleinä.” (Heikkinen 2007, 33). Spiraalimallia on arvosteltu siitä, että se on liian kahlitseva, koska välttämättä ei ole mahdollista erottaa tutkimuksen syklin vaiheita selkeästi toisistaan. Mallin tarkoituksena onkin antaa yleisperiaatteellinen kuva toimintatutkimuksen etenemisestä. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 26.)

Kuvio 1. Tutkimuksen aineiston hankinta



Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto kerättiin vertailuaineistosta ja kenttäaineistosta. Vertailuaineisto kerättiin lähdejulkaisusta ja kirjallisesta materiaalista sekä omia kokemuksia hyödyntäen. Lisäksi tehtiin tutustumiskäynti palvelukeskukseen, jossa hoidetaan dementiaa sairastavia vanhuksia. Käynnin tarkoituksena on ollut havainnoida miten käytäntöjä on ratkaistu vastaavassa hoitolaitoksessa, jossa hoidetaan dementiaa sairastavia vanhuksia.

Kenttäaineisto kerättiin tutkittavasta organisaatiosta Käenpesän palvelukeskuksen toiminnasta. Toimintatutkimuksen menetelmistä käytettiin avointa haastattelua ja osallistuvaa havainnointia. Käenpesän palvelukeskuksesta haastateltiin dementiaa sairastavien kolmea hoitajaa sekä osastonhoitajaa ja vanhustyön johtajaa joulukuun-tammikuun aikana. Haastatteluista ilmoitettiin etukäteen henkilökunnalle ja ne nauhoitettiin. Tutkija valmisti kysymykset etukäteen, mutta antoi tilaa myös haastattelun aikana esille tuleviin asioihin. Haastattelun perustan muodostivat asiat, joita nousi teoriaosuudesta. Vastauksien sisällöstä muodostettiin yhtenäisiä kokonaisuuksia, joita tarkasteltiin lähemmin. Tutkimuslupahakemus (liite 1) lähetettiin Luvian perusturvajohtajalle 19.11.2009. Lupa myönnettiin opinnäytetyön tekijälle 26.11.2009.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Nykytilan kuvaus

Käenpesän palvelukeskus sijaitsee Luvialla taajaman laidalla. Alue on rauhallinen, ympärillä on metsää ja luontoa. Palvelukeskuksen alkuperäiset tilat ovat 1932 vuodelta, mutta tiloja on peruskorjattu ja rakennusta laajennettu vuosien aikana. Palvelukeskus kuuluu Luvian kunnan perusturvan organisaatiossa vanhustenhoidon vastuualueeseen vuoden 2009 loppuun asti. Palvelukeskuksen osastonhoitaja vastaa toiminnasta ja vanhustenhuollon vastuualueen toimintaa johtaa vanhustyön johtaja. Sosiaalitoimen palveluita johtaa perusturvajohtaja. 1.1.2010 Luvia liittyi Porin perusturvan yhteistoiminta-alueeseen sosiaali- ja terveystalouden osalta yhdessä kuuden muun lähikunnan kanssa. Organisaatiokaavio tämän muutoksen osalta on tekeillä.

Luvialla on tavoitteena tukea vanhusten kotona asumista palvelujen avulla mahdollisimman pitkään, kun kotona asuminen palvelujenkaan turvin ei ole enää turvallista on mahdollista siirtyä Käenpesän palvelukeskukseen. Toiminta-ajatuksena on yhteistyössä eri osaajien ja omaisten kanssa kehittää vanhustyön palveluita ja toimintaa niin, että asiakas kokee olonsa turvalliseksi. Toimintaa ohjaavat arvot ovat ihmisarvon yksilöllinen kunnioittaminen, turvallisuus ja ammattitaito. Arvojen mukaan asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet huomioidaan omatoimisuutta tuettaessa ja asiakas itse osallistuu omaisen kanssa hoidon suunnitteluun. Asiakaslähtöinen ilmapiiri, tutut, vastuuntuntoiset hoitajat sekä tekniset laitteet luovat turvallisuutta. Henkilökunnan vankka ammattitaito luo pohjan toimia asiakkaan hyväksi oikeudenmukaisesti. (Luvian kunnan vanhustenhoidon käsikirja.)

Palvelukeskuksessa on asuinpaikkoja 33, joista dementiakodissa on 9 paikkaa. Dementiakodin huoneista kolme on yhden hengen huoneita ja muut neljä huonetta on kahden hengen huoneita. Yhden hengen huoneissa on oma WC, muuten osastolla on kaksi yhteiskäytössä olevaa kylpyhuonetta. Tilan yhdistää suuri oleskelutila, jossa on ruokailupöydät ja sohvut sekä pieni keittonurkkaus. Henkilökunnalla on käytössä oma tila, jossa säilytetään asukkaiden lääkkeitä ja muita hoitotarvikkeita. Dementiakodin yhteydessä on ulkoparveke, mutta ovet parvekkeelle pidetään lukossa turvallisuuden takia. Dementiakodin osasto on mahdollista rajata muusta palvelukeskuksesta ovilla.

Dementiakotiin on nimetty neljä hoitajaa, jotka työvuorojen mukaan pääasiassa aamuvuorossa huolehtivat asukkaiden hyvinvoinnista. Iltavuoroissa henkilökunnan vaihtuvuus dementiayksikössä on suurempi ja riippuu muiden palvelukeskuksen osastojen tilanteesta. Viisi kertaa päivässä tarjottava ruokailu rytmittää päivän ohjelmaa, sillä muu toiminta sopeutetaan ruokailun aikataulujen mukaan. Dementiakodin asukkailla on mahdollisuus osallistua kuntahoitajan järjestämään viriketoimintaan koko talon asukkaiden kanssa pääasiassa kaksi kertaa viikossa.

7.2 Toimintaympäristössä havaitut ongelmat

Fyysiset tilat ovat dementian hoitoon tarkoituksettomat. Fyysistä toimintakykyä rajoittaa tilojen yhtenäinen vaalea väritys, sillä dementoituneen on hankala erottaa lattian ja seinän rajaa. Lukittuja ovia esimerkiksi ulos parvekkeelle on paljon ja ne saatavat aiheuttaa levottomuutta ja tunteen vankilassa olossa. Yksilöllisyys ei toteudu toivotulla tavalla, koska osa asukkaista asuu kahden hengen huoneessa, eikä kaikissa asuinhuoneissa ole omaa WC:tä. Toisaalta myös ryhmätuokion järjestäminen on haasteellista näissä tiloissa, sillä tilojen muuntelumahdollisuudet ovat vähäiset. Rauhallista tilaa hieman erillään muusta toiminnasta ei ole olemassa. Hoitajien kansliasta puuttuu näkyvyys dementiakotiin, jolloin on vaikea havainnoida tapahtumia. Dementiakodista ei myöskään ole välitöntä turvallista ulkoilumahdollisuutta piha-alueelle, sillä piha on aitaamaton ja ulkoilu vaatii valvontaa, jolloin ulkoilu tapahtuu hoitajan kanssa.

Dementiakodissa aamuvuorossa työskentelee yleensä yksi hoitaja. Iltavuoroissa henkilökunnan määrä vaihtelee koko palvelukeskuksen asukasmäärän mukaan, mutta enimmillään dementiakodin yhdessä vuorossa henkilökuntaa on kaksi henkilöä. Dementiakodissa työskentelemisessä korostuu kiireettömyys ja yleensäkin ilmapiiri. Henkilökunnan on haastavaa työskennellä rauhallisesti, koska asukkaiden toimintakyky ja olotila saattavat vaihdella päivittäin. Dementiaa sairastavat asukkaat ovat myös eri vaiheessa sairautessaan, jolloin jokainen tarvitsee yksilöllistä tukea ja huomiointia. Tällöin aito läsnäolo ja kosketus asukkaan sekä yhteisön tunnelmaan on tärkeä.

Jokainen hoitaja toteuttaa omalla persoonallisella tavallaan kuntoutumista edistävää työtapaa. Liiallinen kiire ja paine pysyä aikataulussa kuitenkin vähentää mahdollisuutta toimia tämän periaatteen mukaan. Toisaalta dementiakodin henkilökunnalta puuttuu yhteiset tavoitteet kuntoutumisen ja sen arvioinnin suhteen. Toimintatapa saattaa vaihdella paljonkin eri hoitajien kesken. Lisäksi dementiakodissa työskentelee hoitajia, joita ei ole perehdytetty huomioimaan dementian erityispiirteitä ja toiminnan tavoitteita. Toimintatapoja ja tavoitteita ei ole riittävän yksityiskohtaisesti kirjattu asiakirjoihin, joka varmistaisi toiminnan yhdenmukaisuuden. Tämä edellyttää, että henkilökunta yhdessä sopii asioista ja pohtii toimintatavat, joihin kaikki si-

toutuvat. Dementiakotiin nimetyillä hoitajilla ei ole omia palavereja, joissa käsitellään ainoastaan dementiakodin ja sen asukkaiden asioita.

Viriketoimintaa dementiakodissa järjestetään niukasti tai ei ollenkaan. Dementiakodin asukkaat saavat osallistua kuntohoitajan järjestämään viriketoimintaan yhdessä muiden palvelukeskuksen asukkaiden kanssa. Lisäksi palvelukeskuksessa on ulkopuolisten tahojen järjestämää viriketoimintaa, joihin kaikki palvelukeskuksen asukkaat voivat osallistua. Dementiakodin asukkaat hyötyisivät kuitenkin enemmän erityisesti heille suunnatusta viriketoiminnasta, jolloin olisi mahdollisuus huomioida asukkaat yksilöllisemmin ja taata heille mielekästä toimintaa.

7.3 Avainhenkilöhaastattelujen keskeinen anti

Haastattelut suoritettiin joulukuun aikana Käenpesän palvelukeskuksessa. Haastateltavia oli yhteensä viisi. Kolme heistä oli dementiakotiin nimettyjä hoitajia ja kaksi palvelukeskuksen esimiehiä. Haastateltavista yksi vastasi kysymyksiin sähköpostin välityksellä. Kysymyksistä oli laadittu runko etukäteen, mutta tilanteessa oli mahdollisuus puhua myös muista aiheista esille nousevista asioista. Haastateltavien vastaukset olivat ammattinimikkeestä huolimatta samansuuntaisia. Palvelukeskuksen esimiehet toivat esille sen, että dementiakodin toiminnassa on kehitettävää.

Haastattelun pohjalta nousi esille kolme erilaista teemaa, jotka ovat: dementiaa sairastavien asukkaiden kanssa työskentelyä ohjaavat arvot, henkilökunnan koulutustarve erityisesti dementiaan ja sen erityispiirteisiin sekä työn tekeminen nykyisillä resursseilla.

Haastateltavat kokivat, että dementiaa sairastavien asukkaiden hoitamisessa tulisi korostua seuraavat arvot:

- asukkaan kohtaaminen aidosti
- kunnioitus dementiaa sairastavaa asukasta kohtaan
- läheisyys
- kodinomaisuus

Näiden arvojen mukaan työskenteleminen koettiin tärkeäksi osaksi dementiaa sairastavan hoitoa ja kuntoutusta. Kaiken toiminnan perustana haastateltavien mielestä on asukkaan kohtaaminen aidosti ja kunnioitus asukasta kohtaan, vaikka hänen muistitoimintonsa ovat heikentyneet ja osin kadonneet. Kunnioitus näkyy henkilökunnan toiminnassa siten, että dementiaa sairastavaan ihmiseen suhtaudutaan asiallisesti ja ymmärtävästi. Henkilökunta koki tärkeäksi läheisyyden tunteen luomisen asukkaisiin, sillä siten pystyy vaikuttamaan asukkaiden mielentilaan rauhoittavasti ja luomaan turvallisuuden tunnetta. Levottomuus ja häiriökäyttäytyminen vähenevät, kun asukkaat kokevat henkilökunnan läheiseksi ja turvalliseksi.

”Kunnioittavaa kohtelua, vaikka asukkaat on höperöitä ja vanhoja...”

Kodinomaisuuden merkitys korostuu turvallisuuden tunteen luomisessa. Omat huonekalut, taulut, valokuvat ja tekstiilit lisäävät tuttuuden ja turvallisuuden tunnetta, vaikka selkeää muistikuvaa niiden alkuperästä ei olekaan. Samalla ne tekevät ympäristöstä viihtyisän. Henkilökunta toivoi, että kodinomaisuutta voitaisiin lisätä myös siten, että asukkaat voisivat tehdä pieniä kodinomaisia askareita dementiakodissa esimerkiksi osallistumalla pyykinhuoltoon tai siivoukseen yksilöllisten kykyjen mukaan. Samalla päiviin tulisi viriketoimintaa, joka vähentäisi asukkaan mahdollisesti tuntemaa hyödyttömyyden tunnetta.

”Kodin töitä sais tehdä, jotta asukas kokisi itensä hyödylliseksi...”

Haastateltavista suurin osa koki, että olivat saaneet riittävästi koulutusta erityisesti dementiaan ja sen hoitoon. Koulutukseen osallistumisesta oli kulunut aikaa, mutta joidenkin haastateltavien mielestä uutta tietoa ei ole tullut merkittävästi koulutuksessa käymisen jälkeen. Kaksi haastateltavista kertoi saaneensa tietoa dementiaasta itse hankkimalla tai liian kauan aikaa sitten ja toivoi mahdollisuutta koulutukseen. Haasteeksi koettiin se, että tietoa on riittävästi, mutta sen käyttäminen on haasteellista ajanpuutteen ja kiireen takia.

Kaikki haastateltavat tiesivät tai kokivat työn tekemisen tällä hetkellä haastavaksi dementiakodissa. Työstä suurin osa ajasta menee perushoitoon, jolloin muulle toiminnalle ei ole mahdollisuuksia, sillä asukkaat ovat toimintakyvyltään hyvin erilai-

sia. Dementiakodissa asuu vuodepotilaita ja paljon apua tarvitsevia, jolloin henkilökunnan täytyy suunnitella ajankäyttö hyvin, jotta kaikki asukkaat saavat tarvitsemansa hoidon.

”Perushoito vie kaiken ajan eikä työtä pysty tekemään niin hyvin kuin haluais...”

”Ei ole kiva tunne tehdä huonosti työtä...”

Haastateltavien mielestä kuntoutumista edistävän työtavan ensimmäisenä edellytyksenä on, että henkilökuntaa on riittävästi. Lisäksi henkilökunnan tietotaito ja asenne sekä motivaatio ovat tärkeitä asioita, jotka kaikki haastateltavat mainitsivat. Kun on riittävästi aikaa käytettävissä, pystyy kannustamaan ja ohjaamaan asukkaita suoriutumaan itse päivittäisistä toiminnoista. Haastateltavat toivoivat myös, että pystyisivät ottamaan asukkaiden omaiset enemmän huomioon ja pitämään yhteyttä heihin. Jokaiselle asukkaalle on nimetty omahoitaja, mutta tällä hetkellä yhtenäistä tapaa omaisten suhteen ei ole olemassa. Kerran vuodessa on dementiakodin asukkaiden omaisten ilta, jossa yhdessä keskustellaan tärkeistä asioista.

”olis hyvä olla joustavat työntekijät ja yhteiset pelisäännöt koko porukalla...”

Dementiakodin toimintojen kehittäminen oli kaikkien mielestä tärkeää ja haastateltavilla oli ajatuksia miten asioita voidaan parantaa. Kysymykseen miten työntekijät haluaisivat kehittää omaa työtään, kaikki työntekijät toivoivat lisää henkilökuntaa dementiakotiin ja uudet tilat dementiakodille. Osa haluaa kouluttautua lisää dementiaa lääketieteellisenä sairautena. Myös toiminnan suunnitelmallisuus ja viriketoiminnan järjestäminen koettiin tärkeäksi. Kiireettömän ajan viettäminen asukkaiden kanssa oli myös toiveissa. Esimiehet haluaisivat kehittää dementiakodin toimintaa turvallisen ja selkeän hoitoympäristön sekä motivoituneen, riittävän ja osaavan henkilöstön kautta. Viriketoiminnan järjestäminen oli esimiesten mielestä myös erittäin tärkeä asia.

” Paljon mahdollisuuksia tehdä homma hyvin...”

7.4 Vertailukehittäminen

Vertailukehittäminen eli benchmarking on prosessi, jossa hyviä käytäntöjä nostetaan esiin julkisesti. Prosessin avulla tavoitteena on nostaa esille parhaat menetelmät ja toimintatavat sekä soveltaa niitä oman organisaation suorituskyvyn kehittämiseksi. Vertailu voi tapahtua oman toiminnan muutosten analysoinnilla tiettyä ajankohtana tai suhteessa muihin samanlaisiin yksiköihin. (Kivimäki 2008, 26.)

Tämän opinnäytetyön vertailukehittäminen toteutui marraskuussa Pappilanlammen palvelukeskuksessa Ulvilassa. Se on Ulvilan vanhustenhuoltoyhdistys ry:n ylläpitämä palvelukeskus, joka on aloittanut toimintansa vuonna 1996 ja viimeisin laajennus on valmistunut 2006. Raha-automaattiyhdistys tukee toimintaa. Pappilanlammen palvelukeskuksessa on palveluasumista ja tehostettua asumista muistihäiriöisille. Lisäksi palvelukeskuksessa toimii vanhusten päiväkeskus ja se tarjoaa ateriapalvelua, lähi- ja tukipalveluja kotona asuville vanhuksille. (Pappilanlammen palvelukeskuksen kotisivut.) Pappilanlammen palvelukeskus valikoitui vertailukehittämisen kohteeksi, koska se on voittanut valtakunnallisen Vuoden vanhusteko-palkinnon vuonna 2009 dementiahoidon kehittämisestä. Palvelukeskuksessa on myös panostettu liikuntaan pohjautuvaan toimintaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tueksi sekä palvelukeskuksessa työskennellään kuntouttavan työotteen periaatteiden mukaisesti. (M. Varjus henkilökohtainen tiedonanto 27.11.2009.)

Pappilanlammen palvelukeskuksen dementiahoitoa on kehitetty luomalla profiilihoitomalli, jossa jokaisen asukkaan elämä kartoitetaan lapsuudesta sairastumiseen asti ja kerätään tietoja asukkaan voimavaroista. Näin saadaan yksilöllisesti selville mistä asioista asukas pitää sekä saa iloa ja merkitystä elämäänsä. Samalla myös voidaan asukkaan kokemaa turhautumista välttää ja jopa häiriökäyttäytyminen saada loppumaan. Profiilimallin käyttö dementiaa sairastavien hoidossa helpottaa asukkaan elämistä ja henkilökunnan työntekoa, sillä kaikkien viihtyvyys paranee. Profiilihoitomalli on yksinkertainen ja käytännön työn kautta kehitetty. (Pöllänen 2010, 12.)

Palvelukeskuksen fysioterapeutti vastaanotti tutkijan ja kertoi palvelukeskuksen toiminnasta ja esitteli palvelukeskuksen tilat. Tilat ovat nykyaikaiset ja helppokulkuiset,

sillä esteettömyys on huomioitu jo rakennusvaiheessa. Huoneet ovat pääasiassa yhden hengen huoneita, jotka sisustetaan omilla huonekaluilla. Fysioterapeutti ohjaa ja kuntouttaa asukkaita, myös koko henkilöstö osallistuu tarvittaessa viriketoiminnan ohjaukseen. Palvelukeskuksen asukkaille tehdään kerran vuodessa toimintakykytesti, joka on monipuolinen ja koostuu monesta toimintakykytestistä. Testin tuloksia verrataan edellisen vuoden tuloksiin ja toimintaa tarkastellaan uudestaan toimintakyvyn muutosten mukaan. Testitulosten mukaan pyritään löytämään asukkaan vahvuudet ja kehittämään niitä. Fysioterapeutti tukee ja ohjaa henkilökuntaa kuntouttavassa hoitotyössä sekä kehittää toimintaa yhdessä henkilökunnan kanssa. (M. Varjus henkilökohtainen tiedonanto 27.11.2009.)

8 AINEISTON PERUSTEELLA SYNTYNEET JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISAJATUKSET

Kuntoutumista edistävää työtapaa voidaan käyttää hyväksi dementiaa sairastavien hoidossa. Siihen ei tarvita välttämättä suurta taloudellista panostusta sen jälkeen, kun toimintaympäristö on riittävän hyvä. Uuden suunnitteilla olevan dementia kodin rakentaminen Käenpesän palvelukeskukseen parantaisi tilannetta ratkaisevasti. Vaikka fyysinen ympäristö on merkittävässä roolissa työn sujuvuuden kannalta, sen muuttaminen vaatii taloudellisesti paljon. Toisaalta toimintaa voidaan kehittää muilta osin parhaalla mahdollisella tavalla ja saada siten huomattavia muutoksia parempaan toimintaan.

Riittävä henkilökunnan määrä vaikuttaa merkittävästi työn tekemiseen, sillä vain siten voidaan varmistaa dementiaa sairastavien asukkaiden tarvitsema hyvä hoito ja kuntoutus. Henkilökunnan määrän tulee olla suhteessa asukkaiden tarvitseman avun määrään. Kun henkilökuntaa on riittävästi, työntekijällä on mahdollisuus tehdä työtään parhaalla mahdollisella tavalla ja käyttää tietoa, jota koulutuksista on saanut. Henkilökunnan oma arviointi koulutuksen tarpeellisuudesta saattaa olla vaikeaa, sillä työn tekemisen ohessa ei välttämättä huomaa tiedon uusiutumista. Henkilökunnan säännöllinen kouluttautuminen on tärkeää, sillä dementiaa sairastavien hoito ja kuntoutus on kehittynyt viime vuosina huomattavasti.

Kehittämisaatuksina ehdotan, että henkilökunta nimetään aamu- ja iltavuoroon systemaattisesti. Nykytilanteeseen muutosta olisi se, että iltavuoroissa dementiakodissa olisi hoitaja paikalla koko työvuoron. Henkilökunnalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa omien työvuorojen suunnitteluun, jolloin työviihtyvyys ja työn suunnitelmallisuus lisääntyy. Dementiakodin viikko-ohjelmaa pystyisi näin suunnittelemaan ja toteuttamaan työntekijälähtöisesti. Lisäksi vaihtelevaa viriketoimintaa pitää järjestää joka päivä suunnitelmallisesti dementiakodin asukkaille heidän mieltymysten ja toimintakyvyn mukaan.

Kuntoutumista edistävän työtavan käyttöön paneudutaan huolellisesti ja päätetään yhdessä toimintatavat, joihin kaikki työntekijät sitoutuvat. Asukkaiden päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen kuten ruokailuun, pukeutumiseen ja peseytymiseen sovitetaan yhteiset menettelytavat pitkäjänteisesti ja asukkaiden toimintakyky huomioon. Dementiakodin henkilökunta sopii yhteiset palaverit säännöllisin väliajoin, jotta voidaan arvioida ja keskustella työtavan toteutumisesta.

Dementiakodissa aloitetaan asukkaiden toimintakyvyn arvioiminen säännöllisesti toimintakykytesteillä. Tällöin toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset pystytään huomioimaan mittauksen perusteella eivätkä tulokset perustu pelkkään henkilökunnan oletukseen. Näin voidaan myös varmistaa hoidon ja kuntoutuksen suunnitelmallisuus sekä jatkuvuus.

9 POHDINTA

Dementiaa sairastavien vanhusten kuntouttaminen on tärkeää, sillä elämän mielekkyyden säilyminen on jokaisen ihmisen oikeus. Dementia on sairaus, joka muuttaa ihmistä edetessään, mutta ihmisarvoa se ei saa hävittää.

Dementoivaa sairautta sairastavan ihmisen suoriutumista ja omatoimisuutta päivittäisissä toiminnoissa voidaan tukea kuntoutuksella. Kuntoutustoiminnan tulee lähteä yksilöllisesti asukkaan omista lähtökohdista ja siinä tulee korostaa asukkaan voima-

varoja. Koko henkilökunnan tulee sitoutua kuntoutumista edistävän työtavan käyttöön, jotta toiminnasta tulee johdonmukaista ja pitkäjänteistä. Henkilökunnan ammattitaito ja yhdessä sovitut toimintatavat sekä kriteerit asukkaaksi pääsevästä luovat myös perustan kuntoutumista edistävälle työtavalle. Vain tällä tavalla toiminta hyödyttää dementia kodin asukasta.

Toimintatutkimus on prosessi, jonka tavoitteena on asioiden muuttaminen ja kehittäminen entistä paremmaksi. Vertaamalla toimintaa muiden palvelukeskusten toimintaan saadaan tärkeitä tietoja erilaisista käytännöistä ja menetelmistä. Vertailukehittäminen on mielenkiintoinen ja hyödyllinen tapa saada uutta tietoa. Tätä tutkimusta varten tehtiin yksi vertailukäynti hyvien käytäntöjen kokoamiseksi. Se ei ole riittävä vaan käyntejä olisi hyvä ollut enemmän. Näin vertailevaa aineistoa olisi ollut enemmän ja tutkimuksen luotettavuutta useampi käynti vastaaviin dementia koteihin olisi lisännyt.

Tämän tutkimuksen havainnot ovat mielestäni siirrettävissä muihin kunnallisiin palvelukeskuksiin, sillä vastaava tilanne ei ole harvinainen kunnallisella palvelupuolella. Henkilökunnan määrä ei ole riittävä työn vaativuuteen nähden eikä uusinta tietoa dementiaa sairastavien hoidon ja kuntoutumisen erityispiirteistä ole saavutettu saati otettu käyttöön. Toisaalta menossa on murros koko sosiaalihuollon palvelurakenteessa ja hoitokäytännöissä. Tällöin voi olla helppoa suojata työyhteisöä muutoksilta vetäällä kiireeseen ja henkilökunnan vähyteen. Uusien toimintatapojen käyttöönottoa voidaan tällöin hidastaa ja jatkaa työntekeä totutulla tavalla, sillä yleensä muutokset ovat aluksi raskaita ja työläitä.

Tämä tutkimus osoitti, että kuntoutumista edistävän työtavan käyttö Käenpesän dementia kodissa vaatii vielä kehittämistä, jotta se vastaisi nykypäivän tietämystä dementiaa sairastavien hoidosta. Dementiaan sairastuvien määrä kasvaa lähivuosina, kun ihmisten elinikä pidentyy ja se luo haasteita dementiaa sairastavien kuntoutukselle. Jotta kuntoutus olisi dementiaa sairastavan toimintakykyä tukevaa, tulisi se suunnitella yksilöllisesti tarpeita vastaavaksi.

Tätä tutkimusta voidaan hyödyntää Käenpesän palvelukeskuksen dementia kodin kehittämisessä. Tutkimuksen perusteella saa yleiskuvan siitä, mitä muutoksia demen-

tiakodin toiminnassa olisi tehtävä, jotta se vastaisi paremmin dementiaa sairastavien kuntoutusta. Mielestäni esittämäni kehittämisajatukset ovat helposti toteutettavissa, uuden dementiakodin rakentamista lukuun ottamatta, esimiesten hyväksynnän ja tuen avulla. Aukkaan näkökulmasta muutoksilla olisi huomattavia vaikutuksia asukkaan mielialaan ja toimintakykyyn, sillä asukkaan olisi mahdollisuus saada kokea itsensä tarpeelliseksi ja tärkeäksi. Muutoksilla voidaan vaikuttaa myönteisesti asukkaan fyysiseen, sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn.

Tulevaisuudessa dementiaa sairastavien omaisten toiveiden selvittäminen olisi mielenkiintoista ja antaisi lisää tietoa Käenpesän henkilökunnalle siitä miten Käenpesän palvelukeskuksen dementiakodin toimintaa voitaisiin kehittää kaikkia osapuolia tyydyttäväksi. Tutkimuksessa olisi mielenkiintoista selvittää myös asukkaiden toiveita dementiakodissa elämisestä, mikäli se olisi mahdollista ja sopiva tutkimusmenetelmä löytyisi.

LÄHTEET

Alhainen, K. Dementoivien sairauksien tunnistaminen ja diagnostiikka. 2001. Teoksessa Heimonen, S-L., & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan hoitopolku. Tammi.

Andersson, S. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. 2007. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Erkinjuntti, T. Dementian käsite. 2002. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki. Duodecim.

Flyckt, K. & Puusaari, M. 2000. Ihminen dementian takana – elämäntarinan tuntemisen ja muistelun merkitys osana kuntouttavaa työtä. Opinnäytetyö. Järvenpään diakonia-ammattikorkeakoulu. Järvenpää. <http://kirjastot.diak.fi/files/diak-lib/Jarvenpaa2000/FlycktKirsi.pdf>

Granö, S., Heimonen, S-L. & Koskisu, J. 2006. Kuntoutuksen sanakirja. Muistihäiriö- ja dementiatyöhön. Helsinki. J-Paino.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria. Helsinki. Edita.

Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. teoksessa Ikäkunoita tutkimusmetodeihin 1. Aaltola, J. (toim.), Valli, R. 2007. Juva. PS- kustannus.

Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. Mitä on toimintatutkimus? 1999. Teoksessa Heikkinen, H. L.T., (toim.) Huttunen, R., & Moilanen, P. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. Atena kustannus.

Heimonen, S-L. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki. Edita.

Helin, S. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. 2003. Teoksessa Heikkinen, E., & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki. Duodecim.

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Yliopistopaino.

Imponen, T., Pennanen, M. & Vakkuri, S. 2007. Kontulan vanhustenkeskuksen päivätoimintayksikön asiakkaiden fyysinen toimintakyky ja fyysinen toimintaympäristö. Opinnäytetyö Stadia. Helsinki.

Juva, K., Valvanne, J., & Voutilainen, P. 2002. Dementoituneen laitoshoidon. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki. Duodecim.

Järvikoski A., & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOY.

Karppi, P., & Nuotio, M. 2008. Geriatrien arviointi. Teoksessa Hartikainen, S., & Lönnroos, E. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki. Edita.

Kekäläinen, M. 2000. Aamusta iltaan. Pitkien työaikavuorojen työaikakokeilu synnytysosastolla. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Kivimäki, M. 2008. Kuntouttavan palveluskeskustoiminnan kehittäminen. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pori.

Kotilainen, H., Virkola, C., Eloniemi-Sulkava, U., & Topo, P. 2003. Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Helsinki. Suomen dementiahoitoyhdistys.

Luvian kunnan vanhustenhuollon käsikirja.

Mäki, O. 1998. Muistelu – kuntouttavaa hoitotyötä parhaillaan. Teoksessa Heimonen, S-L & Voutilainen, P. (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Pappilanlammen palvelukeskuksen kotisivut [verkkodokumentti]. Viitattu 28.4.2010. Saatavissa [http:// www.pappilanlammen palvelukeskus.fi](http://www.pappilanlammen palvelukeskus.fi)

Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus. Teoksessa Heimonen, S-L & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki. Tammi.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2002. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki. Duodecim.

Pöllänen, M. Vanhustenhuollon uudet tuulet 2/2010. Dementiahoidon profiilimalli.. Helsinki. Vanhus- ja lähimmäisliitto ry.

Rantanen, A., Saarinen, K., Saarinen, P. & Sabri, N. 2008. ”Ei olla heti häärimässä ja auttamassa” Hoitohenkilökunnan näkemyksiä toimintakykyä edistävästä hoidosta. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Helsinki.

Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksissa. Teoksessa Heimonen, S-L & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki. Tammi.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1998. Hoitotyön etiikan perusteet. Porvoo. WSOY.

Siitonen, T. Elinympäristön kehittäminen. 2003. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki. Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:4. Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. Helsinki.

Sulkava, R., & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S., & Lönnroos, E. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki. Edita.

Tinell, M. 2001. Päivätoiminta – mielekästä sisältöä arkipäivään dementoituvan hoidon polulla. Teoksessa Heimonen, S-L., & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan hoitopolku. Tammi.

Varjus, M. 2009. Fysioterapeutti. Pappilanlammen palvelukeskus. Ulvila. Henkilökohtainen tiedonanto 27.11.2009.

Winblad, I., & Heimonen S-L. 2004. Laatu laitoksesta – kuntouttavan lyhytaikais-hoidon haasteet. Teoksessa Heimonen, S-L., & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö ja dementiatyön palapeli. Helsinki. Edita Prima.