

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutus

Maria Suuronen

TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA ASUVIEN MUISTISAIRAIDEN
SOSIOKULTTUURINEN INNOSTAMINEN

Opinnäytetyö 2015

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

MARIA SUURONEN

Tehostetussa palveluasumisessa asuvien muistisairaiden sosiokulttuurinen innostaminen

Opinnäytetyö

51 sivua

Työn ohjaaja

Lehtori Ari Vesanen

Toimeksiantaja

Loviisan kaupunki

Huhtikuu 2015

Avainsanat

Etenevät muistisairaudet, muistisairaiden kuntoutus, tehostettu palveluasuminen, sosiokulttuurinen innostaminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on vahvistaa sosiokulttuurisen lähestymistavan muodostumista osaksi muistisairaiden tehostetun palveluasumisen yksiköiden työtä tuottamalla tietoa sosiokulttuurisesta innostamisesta ja sosiokulttuurisesta työotteesta henkilöstön osaamisen kehittämisen tarpeisiin..

Tutkimus on laadullinen tutkimustyö, ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin haastatteluja. Työn tilaaja on Loviisan kaupungin vanhustyön päällikkö Lisbeth Forsblom, ja haastattelut tehtiin kolmessa Loviisan kaupungin muistisairaille tarkoitetussa tehostetun palveluasumisen yksikössä eli Emil-kodissa, Rosenkullassa ja Kodinonnassa.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että sosiokulttuurinen innostaminen osittain toteutuu arjen toiminnoissa. Asukkaita kohdataan yksilöinä ja heitä kannustetaan käyttämään jäljellä olevat voimavarat. Fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen, kommunikointi ja yhteistyö omaisten kanssa ovat tärkeitä tekijöitä arjen toiminnoissa. Sosiokulttuurista innostamista edistäviä tekijöitä ovat innostamisen prosessin ymmärtäminen, moniammatillisuuden merkitys ja työntekijöiden positiivinen ja innostava asenne. Suurin sosiokulttuurista innostamista estävä tekijä on se tosiasia, että sosiokulttuurinen innostaminen ja sosiokulttuurinen työote ovat edelleen käsitteinä melko vieraita eikä sosiokulttuurisia toimintatapoja ole täysin sisäistetty osaksi tehostettujen palveluasumisen yksikköjen toimintakulttuuria.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

SUURONEN, MARIA

Sociocultural Animation for People with Progressive
Memory Loss in Intensified Sheltered Housing

Bachelor's Thesis

51 pages

Supervisor

Ari Vesanen, Senior Lecturer

Commissioned by

City of Loviisa

March 2015

Keywords

Progressive Memory Loss, rehabilitation for people with
Progressive Memory Loss, Intensified Sheltered Housing
and Sociocultural Animation

The aim of this bachelor's thesis was to strengthen the development of a sociocultural approach in the care of elderly people with progressive memory loss in intensified sheltered housing by producing information about the approach and highlight the meaning of sociocultural animation. This was made by introducing sociocultural animation and its working methods to care personnel as well as providing them the tools to continuously develop their knowledge.

The thesis is qualitative and the material for the study was collected by interviews. The interviews took place at three intensified sheltered housing for persons with progressive memory loss: Emil-koti, Rosenkulla and Kodinonni, in the municipality of Loviisa.

According to the results in this thesis, it can be stated that sociocultural animation is partly appearing in daily routines. The promoting factors for the approach are understanding the process of animation, benefitting multi-professional co-operation, and a positive and animated spirit within the staff. The main obstacle to sociocultural animation is that as terms "sociocultural animation" and

“sociocultural approach” are still quite unknown, hence their methods have not yet been assimilated as standard practice in intensified sheltered housing.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	7
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	8
	2.1 Loviisan kaupungin vanhustyö	8
	2.2 Senioriasumisen palvelurakenteiden kehittäminen	8
	2.3 Henkilöstön osaamisen kehittäminen	10
	2.4 Omat lähtökohdat	11
3	GERONTOLOGIA	11
	3.1 Gerontologian osa-alueet	12
	3.2 Gerontologinen sosiaalityö	13
	3.3 Gerontologinen hoitotyö	14
4	MUISTISAIRAUDET	14
	4.1 Etenevät muistisairaudet	14
	4.2 Yleisimmät etenevät muistisairaudet	16
	4.3 Muistisairaahan kuntoutus	19
	4.4 Toimintakyky	21
	4.5 Toimijuus	22
5	ASUMISPALVELUT	23
	5.1 Kuntien vastuu	23
	5.2 Tehostettu palveluasuminen	23
6	SOSIOKULTTUURINEN INNOSTAMINEN	24
	6.1 Sosiaalipedagogiikka	24
	6.2 Sosiokulttuurisen innostamisen juuret	25
	6.3 Innostamisen menetelmät	26
	6.4 Sosiokulttuurinen työote	28
	6.5 Sosiokulttuurinen innostaminen palvelutaloissa ja laitoksissa	30

7	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA	31
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	33
	8.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	33
	8.2 Tutkimuskohde	33
	8.3 Tutkimuksen menetelmä	34
	8.4 Analyysi	35
9	TUTKIMUSTULOKSET	35
	9.1 Sosiokulttuurinen innostaminen arjen työssä	35
	9.2 Sosiokulttuurista innostamista edistävät tekijät	38
	9.3 Sosiokulttuurista innostamista estävät tekijät	40
10	POHDINTA	41
	LÄHTEET	45

1 JOHDANTO

“Every person diagnosed with Alzheimer’s disease or a related disorder deserves to be with individuals who know one’s life story, including cultural and religious traditions” (Bell & Troxel 2013).

Kun Virginia Bell ja David Troxel vuonna 1994 julkaisivat muistisairaiden oikeuksia sisältävän julistuksensa: *The Alzheimer’s Bill of Rights*, elettiin maailmassa, jossa muistisairaiden oikeuksia ja erityistarpeita ei vielä tiedostettu eikä ymmärretty riittävästi. Tänä päivänä tiedämme, että etenevät muistisairaudet ovat maailmanlaajuisesti alati kasvava ryhmä, ja muistisairaiden ja heidän omaistensa oikeuksia tiedostetaan huomattavasti paremmin kuin aikaisemmin. (Muistiliitto 2014 c.)

Etenevää muistisairautta sairastavilla ikäihmisillä on tasavertainen oikeus elää arvokasta ja laadukasta elämää muistisairauden vaikeusasteesta riippumatta. Sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen mukaan ikääntyneiden oikeuksia voidaan toteuttaa ylläpitämällä ja tukemalla heidän voimavarojaan ja toimintakykyään sosiokulttuurisen innostamisen ja sosiokulttuurisen työotteen kautta. Opinnäytetyössäni tutkin sosiokulttuurista innostamista tehostetussa palveluasumisessa olevien muistisairaiden parissa. Valitsin tämän aiheen, koska sosiokulttuurinen lähestymistapa on ajankohtainen ja tärkeä yhteiskunnallinen näkökulma muistisairaiden kuntoutuksen ja hoidon kehittämisessä ja olen itse kiinnostunut työskentelystä muistisairaiden parissa.

Muistisairauden edetessä ensin keskivaikeaksi ja myöhemmin vaikeaksi sairastunut on yhä enemmän riippuvainen omaisten ja ammatti-ihmisten avusta ja tuesta kaikissa arkielämän toiminnoissa. Silloin kun sairastunut ei enää itse kykene valvomaan omia oikeuksiaan, vastuu oikeuksien toteutumisesta siirtyy omaisille ja ammattitaitoiselle henkilökunnalle. (Telaranta 2014, 147.)

Bellin ja Troxelin uudistettu versio julistuksesta julkaistiin vuonna 2013 nimellä: *Dementia Bill of Rights* (Muistiliitto 2014 c).

Tarkoitukseni on antaa Bellin ja Troxelin julistus muistisairaiden oikeuksista, kulkea punaisena lankana rinnallani tämän opinnäytetyön prosessissa, muistuttamassa siitä, että sosiokulttuurisella vanhustyöllä voidaan tukea iäkkään muistisairaana oikeutta arvokkaaseen, turvalliseen ja hyvään elämään ja elämän loppuvaiheessa myös hyvään kuolemaan.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Loviisan kaupungin vanhustyö

Loviisan kaupunki yhdistyi vuonna 2010 Pernajan, Liljendalin ja Ruotsinpyhtään kuntien kanssa. Uuden Loviisan asukasmäärä on vajaa 16 000 asukasta. Yhdistyminen on tuonut mukanaan paljon muutoksia ja luonut haasteita vanhustyön kehittämiseen. Yhdistymisen myötä kaupungilla on nyt kolme muistisairaille tarkoitettua tehostetun palveluasumisen yksikköä, nämä sijaitsevat Pernajassa, Tesjoella ja Liljendalissa. Paikkoja on tällä hetkellä noin 35. Tehostetun palveluasumisen lisäksi kaupungilla on kaksi tavallista palveluasumisyksikköä ja kolme laitoshoidon tarjoavaa hoitoyksikköä. Näiden lisäksi kaupunki ostaa asumispalveluja yksityisiltä palvelujentuottajilta. (Loviisan kaupunki, hoivayksiköt.)

Senioripalvelukeskus vastaa senioripalveluista. Palvelukeskuksen tavoitteena on luoda ikäihmisille yhdenvertaiset mahdollisuudet osallistua hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan ja päästä palvelujen piiriin sekä kehittää hyvinvointiin, terveyteen, palveluihin ja sosiaaliturvaan liittyvää tiedotusta. Toiminnalla halutaan tukea vanhus-ten mahdollisuuksia itsenäiseen ja mielekkääseen elämään eri asumis- ja hoitoympäristöissä. (Loviisan kaupunki, senioripalvelut.)

2.2 Senioriasumisen palvelurakenteiden kehittäminen

Uuden vanhuspalvelulain mukaan kunnalla on oltava suunnitelma siitä, miten palveluja järjestetään. Suunnitelmassa tulee painottaa kotona asumista ja kuntoutusta edistävää toimenpiteitä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvakuista, 28.12.2012/980.)

Loviisan kaupungin perusturvalautakunta asetti vuonna 2010 työryhmän valmistelemaan ikääntymispoliittista ohjelmaa ja ohjelma hyväksyttiin kaupungin valtuustossa 11.9.2013. (Loviisan kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto julkaisivat vuonna 2008 ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen. Loviisan ikääntymispoliittisessa ohjelmassa vertaillaan kaupungin määrälliset ja laadulliset tavoitteet valtakunnallisiin palvelurakenteiden tavoitteisiin. Lähtökohtana on todellinen palvelutarve vuonna 2012 verrat-

tuna tilastokeskuksen ennusteisiin aina vuoteen 2040. Loviisassa oli ympärivuorokautisessa hoidossa 197 ikäihmistä kesäkuussa 2012. Ennusteen mukaan määrä vähenisi vuoteen 2020, jonka jälkeen tarve kasvaisi säännöllisesti, ja vuonna 2040 tarvittaisiin yli 300 paikkaa. Nykytilanne Loviisassa vastaa hyvin pitkälle valtakunnallisia suosituksia. (Loviisan kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma 2013.)

Paineet siirtää vanhusten hoidon painopiste laitoshoidosta avohoitoon ovat tällä hetkellä suuret koko maassa, ja tämä näkyy myös Loviisan kaupungin kehittämissuunnitelmassa. Elokuussa 2013 julkaistun, Kataisen hallituksen rakenneuudistusohjelman tavoitteena oli vähentää laitospaikkoja maastamme tuntuvasti. Kataisen hallituksen näkemys oli, että vanhuksia voidaan hoitaa enemmän ja pitempään kotona ja näillä toimenpiteillä tulisi säästöä yli 300 miljoonan edestä. Vanhuslaki, Kasteohjelma eli sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämissuunnitelma sekä kuntiin kohdistuvat säästötoimenpiteet pakottavat kuntia tekemään muutoksia toimintamalleihinsa.

Loviisan kaupungin ikääntymispoliittisessa ohjelmassa todetaan, että kaupungin tuotettava ikäihmisten ympärivuorokautinen hoito on laitosten ja että osa kaupungin hoivakodeista on huonokuntoisia, eivätkä täytä vaatimuksia. Kaupungin tavoitteena on rakenteita uudistamalla ja toimintatapoja muuttamalla kehittää ikääntyneiden pitkäaikaishoivaa. (Loviisan kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma).

Yksi merkittävä toimenpide tavoitteiden saavuttamiseksi on Loviisan kaupungin palvelurakenteiden kehittämissuunnitelma. Suunnitelma on kolmevaiheinen ja ensimmäinen vaihe on konsulttiyritys Tamoralta tilattu kehittämissuunnitelma, jossa muutosta lähdetään toteuttamaan palvelurakenteen muutoksesta avulla. Kolmion mukaan senioriasumisen palvelurakenne näyttäisi tulevaisuudessa tältä:

Laitososat muuttuisivat **Kuntoutuskartanoiksi**, joiden yhteinen asiakasmäärä olisi 50. Tehostetuista palveluasumisen yksiköistä tulisi **Hyvän Elämän Talot**, joissa olisi asuntoja 100 asukkaalle. Muutoksen jälkeen ei enää puhuttaisi kotihoidosta vaan **Kotona asumisen mahdollistamisesta**. Kotona asuvia asiakkaita olisi kaupungin palvelujen piirissä 300.

Hyvän Elämän Talot toimisivat tehostetun palveluasumisen statuksella, ja niissä keskityttäisiin vahvasti yksilölliseen hyvään elämään, jokaisen asiakkaan vahvuuksia etsien. Hyvän elämän taloissa asukkaan etu olisi ensisijainen. Suunnitelmassa mainitaan yhtenä esimerkkinä uusista toimintavoista, että henkilökunnan omista taukotiloista

luovuttaisiin ja aikaa vietettäisiin yhdessä asukkaiden kanssa, niin kuin kodeissa on tapana.

Tamoran laatiman kehittämissuunnitelmaan ensimmäinen vaihe hyväksyttiin Loviisan perusturvalautakunnassa 19.11.2013, kaupungin hallituksessa 2.12.2013 ja kaupunginvaltuustossa 11.12.2013. Perusturvalautakunta hyväksyi suunnitelman toisen vaiheen 20.1.2015 ja ehdotti, että kaupunginvaltuusto- ja hallitus hyväksyisi toisen vaiheen, joka on Polartek Oy:n laatima hankesuunnitelma. Hankesuunnitelmassa ehdotetaan, Tamoran suunnitelman pohjalta, että Loviisan keskustaan, Harmaakallioon, rakennettaisiin täysin uusi 56-paikkainen Hyvän Elämän Talo ja että osa nykyisistä palvelutaloista kunnostetaan. Pernajan kirkonkylässä sijaitseva Hemgården, jossa tällä hetkellä on kaksi laitososastoa ja yksi tehostetun palveluasumisen yksikkö purettaisiin kokonaan.

Kehittämissuunnitelman kolmannessa vaiheessa suunnitelmat toteutettaneen. (Loviisan kaupunki: Hankesuunnitelma 2015, 15 – 18.) Näillä näkymin yhden palvelutalon kunnostustyöt alkaisivat syksyllä 2015 ja Harmaakallion rakennushanke aikaisintaan vuonna 2016, koska kaupunki hakee palvelutalohanketta varten ARA-rahoitusta asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskukselta. ARA tekee päätöksen rahoituksen myöntämisestä tammikuussa 2016, eikä rakentamista voida aloittaa ennen sitä. (Loviisan kaupunki, perusturvalautakunta).

2.3 Henkilöstön osaamisen kehittäminen

Henkilöstön koulutuksesta todetaan Loviisan kaupungin toimenpide- ja kehittämissuunnitelmassa, että tavoitteena on vuosina 2013 – 2016 jatkuvan koulutuksen avulla vahvistaa henkilöstön osaamista ennaltaehkäisevään ja kuntouttavaan työhön. (Loviisan kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma). Keväällä 2014 noin 40 senioripalveluiden työntekijää aloitti oppisopimuskoulutuksen, joka tähtää palvelukehittäjän erikoisammattitutkintoon. Opiskelijat oli jaettu kahteen ryhmään: raivaajat ja rakentajat. Raivaajien oli tarkoitus luoda pohja uusille toimintamalleille ja myöhemmin koulutuksen aloittaneet rakentajat toteuttivat uusia asioita. Raivaajien ja rakentajien koulutustaivalta on voinut seurata netissä kummankin ryhmän blogeista osoitteissa: loviisanraivaajat.blogspot.fi ja loviisanrakentajat.blogspot.fi. Tutkinto tukee uusia toimintamalleja ja keskittyy erityisesti ehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan.

2.4 Omat lähtökohdat

Valmistuin lähihoitajaksi vuonna 2008, suuntaukseni oli vammaistyö. Ennen sitä olin työskennellyt epäpätevästi opettajana ala-asteella noin 15 vuotta. Niiden vuosien aikana opiskelin hieman kasvatustiedettä ja kävin erilaisia, lähinnä liikunnallisia, lastenohjaajan kursseja. Näin ollen minulle on vuosien aikana kertynyt paljon pedagogista työkokemusta ja osaamista. Valmistuttuani lähihoitajaksi sain töitä kotikunnassani Pernajassa muistisairaiden tehostetun palveluasumisen osastolla.

Työ muistisairaiden parissa herätti mielenkiintoni pitkäaikaiskuntoutuksen merkityksestä vaikeasti muistisairaiden elämänlaatuun. Muistihoidajakoulutukseni myötä, käsitykseni kokonaisvaltaisen kuntoutuksen tärkeydestä vain vahvistui. Sosionomiopinnoissani olen kehittänyt erityisosaamistani sosiokulttuurisesta innostamisesta ja sosiokulttuurisesta työotteesta muun muassa suunnittelemalla ja valmistamalla muistisairaille tarkoitetun aistipelin ja ohjaamalla ”*Aisti-iloittelu*”-nimisiä viriketuokioita muistisairaiden päivätoiminnassa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

Työskentelin muistisairaiden parissa reilut kaksi vuotta ja pidin työstäni todella paljon. Pitkän harkinnan jälkeen vaihdoin kuitenkin nykyiseen työhöni ja tällä hetkellä työskentelen erityiskoulussa koulunkäyntiavustajana. Selkäongelmat olivat osasyynä työpaikan vaihtoon, mutta olin myös turhautunut. Mielestäni asukkaiden sosiaalista toimintakykyä ja toimijuutta ei tuettu riittävästi. Sosiokulttuurista innostamista voi toteuttaa toiminnallisten ja virikkeellisten menetelmien kautta ja sosiokulttuurista työotetta voi käyttää monissa arjen tilanteissa, mutta toisinaan sain sellaisen käsityksen, että sosiaalista toimintakykyä ylläpitävien toiminnallisten ja virikkeellisten menetelmien käyttäminen ei työntekijöiden mielestä kuulunut heidän työtehtäviinsä.

Mielestäni yksikön toimintakulttuuri oli melko hoito- ja sairaus-orientoitunut ja laitosmainen vaikka kyseessä oli tehostettu palveluasuminen, eli vaikeasti dementoituneiden asukkaiden koti.

3 GERONTOLOGIA

Gerontologia (geron= vanhus, logos = oppia) on tieteenala, joka tutkii vanhenemista ja vanhuutta biologisena, psykologisena ja sosiaalisena ilmiönä. Gerontologit yrittävät selvittää, millä tavalla ihminen muuttuu vanhetessaan ja millaisia seurauksia vanhe-

nemisella on yksilöille ja yhteisöille. Vanhuutta tutkiessa eri tieteenalat tekevät paljon yhteistyötä, koska ihminen vanhenee kokonaisuutena, jossa biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja lääketieteelliset kysymykset vaikuttavat toisiinsa. (Heikkinen 2008, 16, 19.)

3.1 Gerontologian osa-alueet

Gerontologian osa-alueet ovat sosiaaligerontologia, kasvatus- ja koulutusgerontologia, geriatria, psykogerontologia, geroteknologia, terveysterveystiete ja biogerontologia. (Heikkinen 2008, 17).

Sosiaaligerontologiassa ikääntymistä tarkastellaan yhteiskunnallisena, sosiaalisena, kulttuurisena ja kokemuksellisena ilmiönä. Sosiaaligerontologian rinnalla puhutaan usein kasvatus- ja koulutusgerontologiasta. Koulutusgerontologiassa paljon keskustelua on herättänyt kysymykset siitä, mihin kasvatuksellinen gerontologia oikeastaan kuuluu. On pohdittu kuuluuko se sosiaaligerontologiaan vai aikuiskasvatukseen ja mietitty pitäisikö puhua enemmän oppimisesta kuin koulutuksesta. Monet näkevät aikuiskasvatuksen olevan hyvin lähellä kasvatusgerontologiaa. (Kurki 2008, 10.)

Geriatria on iäkkäiden hoidon lääketieteellinen erikoisala, jonka tavoitteena on hoitaa ihminen kokonaisuudessaan. Geriatriassa hoidon kohteena on kokonainen ihminen, ei yksittäinen elin tai elinjärjestelmä. Iäkkään ihmisen hyvään hoitoon kuuluu laaja arviointi, kokonaisvaltainen hoito ja kuntoutus, mutta myös iäkkäiden ihmisten elämää ja kokemuksia kunnioittava ja arvostava asenne (Hartikainen & Lönnroos 2008, 12 – 13.) Geriatriseen arviointiin liittyy perusteellinen tutkimus ja haastattelu. Arvioinnissa selvitetään vanhuksen sairaudet, terveydentila, toimintakyky, hoito, palvelut ja asuin-ympäristö. Geriatriksen arvioinnin pohjalta tehdään kuntoutussuunnitelma. (Lähdesmäki, & Vornanen 2014, 21.)

Geroteknologia on yhdistelmä sanoista gerontologia ja teknologia ja sillä tarkoitetaan iäkkäille suunniteltua teknologiaa. Geroteknologisen tutkimuksen tavoitteena on kehittää ja parantaa ikääntyvien elin- ja työympäristöjä tai heille sopeutettua hoitoa ja hoivaa. Väestön ikääntymiskehitys teollisessa maailmassa on vaikuttanut suuresti siihen, että kiinnostus geroteknologista tutkimusta ja tuotekehittelyä kohtaan kasvaa jatkuvasti. (Leikas 2008, 38 – 39.)

3.2 Gerontologinen sosiaalityö

Gerontologisella sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityötä, joka suuntautuu iäkkäisiin asiakkaisiin, työn painopiste on vanhusten sosiaalisissa ongelmissa. Gerontologisen sosiaalityön synonyymeinä käytetään käsitteitä vanhussosiaalityö, vanhustenhuollon sosiaalityö tai sosiaalityö vanhusten tai ikäihmisten kanssa. Ammatillisessa sosiaalityössä gerontologinen sosiaalityö on vielä melko uusi alue, mutta se on viime vuosien aikana saanut entistä tärkeämmän ja suuremman merkityksen sekä ammatillisessa vanhustyössä että vanhustyön kehittämisessä. (Koskinen 2008, 436.)

Ammatillisen vanhustyön päämääränä on ylläpitää, edistää ja lisätä ikääntyneen ihmisen hyvinvointia, elämänlaatua, elämänhallintaa ja turvallisuutta. Voimavaralähtöisellä ja osallistavalla vanhustyöllä luodaan edellytykset mielekkäälle elämälle. Vanhustyön keskeisiä osa-alueita ovat gerontologisen sosiaalityön lisäksi gerontologinen hoitotyö, geriatria ja psykogeriatría sekä gerontologinen kuntoutus.

Moniammatillisuuden merkitys vanhustyössä on kasvanut ja geriatriasta sosiaalityötä toteutetaan yhä useammin tiimeissä, joissa sosiaalityöntekijät tekevät työtä yhdessä esimerkiksi hoitotyöntekijöiden, fysio- ja toimintaterapeuttien, geriatriin tai dementia-työn ammattilaisten kanssa. (Koskinen 2008, 437.)

Gerontologisen sosiaalityön suurin haaste on laajemman sosiokulttuurisen vanhenemisen mallin tuominen käytännön vanhuustyöhön. Tehtävä on haastava sillä vanhustyö on maassamme hyvin pitkälle medikalisoitu ja sosiaalityö jää usein lääketieteellisen työn jalkoihin. Gerontologisen sosiaalityön tarve on lisääntynyt varsinkin dementia-työssä ja pitkäaikaishoidossa, sillä ikäihmiset elävät yhä pitempään. (Koskinen 2008, 439, 447.)

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA:n gerontologisen sosiaalityön kehittämishankkeella on ollut suuri merkitys gerontologisen sosiaalityön kehittämisessä. Hankkeessa nousi esiin sosiaalisen näkökulman painottamisen tärkeys vanhustyössä sekä ikäihmisten psykososiaalisten palvelujen kehittämistyön tarpeet ja puutteet (Liikanen, Kaisla & Viljaranta 2007.)

3.3 Gerontologinen hoitotyö

Gerontologinen hoitotyö on erikoisalue, jonka tehtävänä on edistää ja tukea iäkkäiden ihmisten terveyttä, toimintakykyä ja mielen hyvinvointia. Gerontologiseen hoitotyöhön kuuluvat gerontologinen osaaminen, hoitotyön yleiset mallit ja eettiset arvot. Gerontologisessa hoitotyössä korostuu erityisesti jäljellä olevien voimavarojen tukeminen ja ylläpitäminen joka onnistuu parhaiten moniammatillisella yhteistyöllä. Hoitava, huolehtiva läsnäolo on tietysti aina gerontologisen hoitotyön ydin, mutta varsinkin muistisairaiden hoitohenkilöstöltä vaaditaan gerontologisen osaamisen lisäksi, vahvaa osaamista muistisairaiden erityistarpeista ja eettisten ulottuvuuksien kuten itsemääräämisoikeuden ja oikeudenmukaisuuden kunnioittaminen. (Heikkinen 2008, 449, 452 – 455.) Muistisairaana vanhuksen ollessa kyseessä, on erittäin haasteellista huomioida asiakkaan itsemääräämisoikeus ja osallisuus. Satu Ylisen mukaan, eettinen asiantuntijuus on tärkeä osa gerontologisen vanhustyön asiantuntijuutta. (Kananaja, Lähteinen & Marjamäki 2011, 239.) Yksi gerontologisen hoitotyön keskeisimmistä tavoitteista on saada perusterveydenhuoltoa paremmin vastaamaan ikäihmisten tarpeita. (Heikkinen 2008, 450).

4 MUISTISAIRAUDET

4.1 Etenevät muistisairaudet

“Every person diagnosed with Alzheimer’s disease or a related disorder deserves to be informed of one’s diagnosis” (Bell & Troxel, 2013).

Etenevät muistisairaudet ovat maailmanlaajuisesti nopeasti kasvava uhka ja erittäin suuri haaste kansanterveydelle. Kansainvälisen Alzheimerliiton ja kansainvälisen terveysjärjestön WHO:n raportissa, vuodelta 2012, todetaan että vuonna 2010 maailmassa oli 35,6 miljoonaa muistisairasta. Ennusteen mukaan määrä tulee kaksinkertaistumaan vuoteen 2030, ja kolminkertaistumaan vuoteen 2050, mennessä. (Alzheimer’s Disease International and WHO 2012, 7, 13.) Arvioiden mukaan neljännesmiljoonalla suomalaisella on jonkinasteinen muistioire, ja heistä ainakin 120 000 on muisti ja tiedonkäsittelytoiminto lievästi heikentynyt. Suomessa on 35 000 lievästä ja 85 000 vähintään keskivaikeasta muistisairaudesta kärsivää ja maassamme todetaan vuo-

sittain noin 13 000 uutta vaikeampia muistisairaustapauksia. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 302.)

Kaikista sairausryhmistä dementoivat sairaudet aiheuttavat eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta ja ovat pääsyynä ympärivuorokautiselle pitkäaikais- hoidolle. (Stakes 2008, 2). Etenevien muistisairauksien hoito on myös taloudellisesti erittäin suuri menoerä valtion taloudessa, sillä dementiaoireisten ihmisten hoito mak- saa noin neljä miljardia vuodessa ja yhden sairastuneen välittömät vuosittaiset kustan- nukset ovat 24 000 euroa. Kaikista sosiaali- ja terveystalouden menoista menee 6 % etenevien muistisairaiden sosiaali- ja terveystalouteen. (Stakes 2008, 3.)

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedon- käsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, toiminnanohjausta ja näönvaraista hah- mottamista. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan eteneviksi muistisairauk- siksi. Tässä kohtaa on varmasti syytä nostaa esille yksi hyvin yleinen väärinkäsitys. Dementia-sanaa käytetään usein synonyymina muistisairaudelle. Kirjassaan *Muistisai- rauden kanssa* Pirkko Telaranta toteaa että dementia-sanalle ei ole löydetty hyvää suomenkielistä käännettä, ja sitä käytetään yleisesti henkisen tason, toimintakyvyn heikkenemisen ja muistihäiriöiden kuvaajana. Dementia ei siis ole sairaus, vaan oi- reyhtymä, jolla tarkoitetaan useamman kuin yhden älyllisen toiminnon heikentymistä siinä määrin, että se heikentää sairastuneen itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toimissaan. (Telaranta 2014, 27 – 29.) Sairastuneella, jolla on lieviä dementiaoireita, on vielä kohtuullinen arvostelukyky, ja hän pystyy edelleen elämään itsenäisesti vaik- ka työkyky ja sosiaalinen selviytyminen ovat heikentyneet. Keskivaikeat demen- tiaoireet vaarantavat sairastuneen itsenäistä selviytymistä ja vaikeat dementiaoireet vaikuttavat niin paljon sairastuneen jokapäiväiseen elämään, että hän on jatkuvan val- vonnan tarpeessa. (Hallikainen 2014, 46.)

Kaikkiin eteneviin muistisairauksiin liittyy myös laajasti erilaiset käyttäytymisen muutokset, kognitiiviset oireet sekä omatoimisuuden heikkenemistä. Käyttäytymisen muutokseen liittyvät oireet voivat olla masennus, apatia, ärtyneisyys, aggressio, harha- aistimukset ja harhaluulot, kuljeskelu ja karkailu, tavaroiden kerääminen, pakkaami- nen ja kätkeminen sekä jatkuva vaatteiden pukeminen ja riisuutuminen. Käyttäytymi- sen muutokset heikentävät paitsi sairastuneen, myös hänen omaistensa elämänlaatua merkittävästi. (Hallikainen 2014, 45 - 47.) Kognitiiviset oireet näkyvät erilaisina vai-

keuksina ja muutoksina tiedonkäsittelyn eri osa-alueilla. Sairastuneella voi olla vaikeuksia ajan tai paikan hahmottamisessa tai kielellisissä toiminnoissa, eli lukemisessa, kirjoittamisessa tai puhumisessa. Omatoimisuuden heikentyessä muistisairas ei enää selviydy jokapäiväisistä toiminnoista kuten ruokailusta, hygieniasta, liikkumisesta tai rahan käytöstä ilman tukea. (Hallikainen 2014, 45, 47.)

4.2 Yleisimmät etenevät muistisairaudet

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus ja yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Tyypillinen ns. muistipainotteinen Alzheimerin tauti kattaa noin 60 – 70 prosenttia kaikista muistisairauksista. Tyypillisen Alzheimerin taudin voi jakaa neljään vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti. Keskivaikean ja vaikean Alzheimerin taudin muisti- ja muut kognitiiviset oireet, toimintakyvyn- ja käyttäytymisen muutokset sekä somaattiset muutokset kuten laihtuminen, apraksia, ekstrapyramidaalioireet (jäykkyys, ilmeettömyys, vapina) ja hauraus-rainhausoireyhtymä (yleinen terveydentilan heikkous, jota ei voida suoraan liittää diagnosoituun sairauteen) johtavat siihen, että sairastuneen itsenäinen toimintakyky puuttuu lähes täysin tai kokonaan. Suurin osa Alzheimerin tautia sairastavista päätyy taudin edetessä ympärivuorokautiseen hoitoon. (Hallikainen 2014, 264 – 268.)

Tyypillisen Alzheimerin taudin lisäksi on vielä huomattavasti harvinaisemmat ja vähemmän tunnetut epätyypillinen Alzheimerin tauti ja sekatyypillinen Alzheimerin tauti.

Epätyypillinen Alzheimerin tauti alkaa usein muilla oireilla kuin muistiongelmilla ja sairastuneen muistitoiminnot säilyvät pitkään normaaleina. Tavallisin epätyypillinen oirekuva ovat vaikeudet nähdyn hahmottamisessa, ilman silmäperäistä syytä. Sairastuneella voi myös esiintyä muita tiedonkäsittelyn oireita, jotka saattavat aiheuttaa ongelmia, esimerkiksi tuttujenkin kasvojen tunnistamisessa tai liikenteen hahmottamisessa. (Remes 2014, 268 – 269.)

Sekatyypillinen Alzheimerin tauti yleistyy iän myötä ja yli 80-vuotiailla sen esiintyvyys on suurempi kuin puhtaan Alzheimerin taudin. Yleisin sekatyypillisen taudin muoto on Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden yhdistelmä. Silloin kun sairastuneella on lievä Alzheimerin tauti ja selkeitä parkinsonismoireita kuten jäykkyyt-

tä, harhoja, ilmeettömyyttä ja vapinaa, puhutaan Alzheimerin taudin Lewyinkappalemuodosta. Lewyinkappale-muodossa muistioireet ovat yleensä lievempiä kuin tyypillisessä Alzheimerin taudissa, mutta taudin eteneminen on nopeampaa. (Hallikainen 2014, 269 – 270.)

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus eli vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy. Sydänperäiset emboliset aivoinfarktit, pienten aivoverisuonten tauti ja suurten kaula- ja aivoverisuontentaudit ovat tärkeimmät vaskulaarista kognitiivista heikentymää aiheuttavat sairaudet. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä on aivoverenkiertosairauden aiheuttama oireyhtymä, johon liittyy muistin heikentymää ja ongelmia tiedon käsittelyssä. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014, 276, 280.) Aivoverenkiertohäiriöistä johtuvat muistisairaudet lisääntyvät iän myötä, ja miehet sairastuvat jonkin verran enemmän kuin naiset. Sairastuneen muistiongelmien eivät ole yhtä vaikeat kuin Alzheimerin taudissa, mutta toiminnalliset häiriöt esimerkiksi käsitteellisessä ajattelussa, järjestelmällisyydessä ja suunnitelmallisuudessa ovat yleisiä. Ajatustoimintojen hidastumisen lisäksi myös liikkeet hidastuvat ja kävelyvaikeudet, tasapainohäiriöt ja toistuvat kaatumiset ovat yleisiä. Aivoverenkiertoperäisiin muistisairauksiin sairastuneiden oireet voivat, aivoihin syntyneiden vaurioiden sijainnista ja laajuudesta johtuen, olla hyvinkin erilaiset. Sairastuneet ovat yleensä melko pitkään selvillä omista toimintakyvyn puutteistaan ja heikkouksistaan ja tästä johtuen heillä voi esiintyä masennusta ja ahdistuneisuutta. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 109, 112–116.)

Lewyinkappaletaudin tunnistaminen on vaikeaa, koska sen toteamiseksi ei ole erityistä tutkimusta. Taudin alkuvaiheessa muistin heikentymä on niukka, mutta sairastuneella esiintyy paljon neuropsykiatrisia oireita kuten näköharhoja, sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavia häiriöitä ja vireystilan nopeita muutoksia. Sairastuneiden kohdalla käy usein niin, että heidät alidiagnosoidaan tai että he saavat virheellisesti Parkinsonin- tai Alzheimerin taudin diagnoosin. Diagnoosin kriteerien ydinpiirteet ovat kognitiivisten kykyjen, tarkkaavaisuuden ja vireystilan nopeatkin vaihtelut sekä toistuvat näköharhat. Muita tautiin viittaavia tai taudin diagnoosia tukevia piirteitä ovat esimerkiksi REM-unihäiriöt, toistuvat kaatumiset tai pyörtymiset, selittämättömät tajunnanhäiriökohtaukset, herkkyyys psykoosilääkkeille, autonomisen hermoston toimintahäiriöt, systemaattiset harhaluulot ja masentuneisuus. Oikea diagnoosi saadaan kliinisen tutkimuksen, havainnoinnin ja tarkan seurannan avulla ja diagnoosin varmistu-

minen vaatii 1 – 3 vuoden seurannan. Taudin edetessä muistihäiriöt ovat selkeitä, mutta erilaiset kuin Alzheimerin taudissa. Muistista haku on työlästä, mutta sairastunut hyötyy vihjeistä ja tunnistava muisti säilyy. Lewyngappaletaudin kesto voi olla lyhyempi ja kuolleisuus suurempi kuin Alzheimerin taudissa. (Hartikainen 2014, 287 – 291.)

Aivojen otsa- ja ohimolohkoja vaurioittavien dementoivien sairauksien ryhmää, kutsutaan **otsa-ohimolohkorappeumiksi**. Sairauden oirekuvat vaihtelevat paljon ja oikean diagnoosin saaminen on alussa haasteellista, koska sairastuneella puuttuu alussa muistihäiriöille tyypilliset muistin vaikeudet ja hän saattaa suoriutua hyvin Mini Mental State Examination- testistä (MMSE), joka on yksi yleisimmin käytössä oleva muistitesti. Alkuoireet kuten muutokset persoonallisuudessa, psyykkiset muutokset ja erilaiset käyttäytymishäiriöt antavat sairastumisen ensivaiheessa syyn epäillä psykiatrista sairautta. Otsa-ohimorappeuma jaetaan kolmeen alatyyppeihin: otsa-ohimolohkodementia, semanttinen dementia ja etenevä sujumaton afasia. Näistä yleisin on otsa-ohimolohkodementia eli frontaalinen dementia, jossa persoonallisuuden muutokset ja käytöshäiriöt ovat hyvin tyypillisiä. Sairastuneiden käytös muuttuu impulsiiviseksi ja heillä esiintyy usein estottomuutta ja tahdittomuutta. Myös apatia, seksuaalisuuteen viittaavat puheet sekä kiroilu ovat hyvin tyypillisiä käyttäytymisen muutoksia. Yleensä muistioireet ilmaantuvat vasta siinä vaiheessa, kun tauti on jo edennyt melko pitkälle. Semanttista dementiaa sairastavat puhuvat usein paljon, mutta koska he ovat menettäneet sanojen merkityksen, myös se, mitä he sanovat, menettää merkityksensä. Henkilöillä, joilla on etenevää sujumatonta afasiaa, on vaikeuksia puheen tuottamisessa. Puhuminen, lukeminen ja kirjoittaminen vaikeutuvat ja puheentuoton ongelmat saattavat sairauden vaikeassa vaiheessa johtaa täydelliseen puhumattomuuteen.

Kaikkiin otsa-ohimolohkorappeumiin voi taudin edetessä liittyä fyysisiä oireita kuten vapinaa, pidätyskyvyttömyyttä, jäykkyyttä ja hitautta. Käyttäytymisen muutokset, joista apatia on yksi yleisimmistä, haittaavat huomattavasti toimintakykyä ja arjen sujumista, eikä sovi unohtaa, että sairastuneen käyttäytymishäiriöt koskettavat paitsi sairastunutta itseään myös laajasti hänen omaisiaan ja lähipiiriään. (Remes 2014, 282 – 285.)

4.3 Muistisairaahan kuntoutus

Gerontologinen kuntoutus on ikäihmisten kuntoutusta. Pikkaraisen mukaan gerontologista kuntoutusta ei voida määritellä yksiselitteisesti. Gerontologinen kuntoutus voi olla lääketieteellistä geriatriasta kuntoutusta, arjen ja elämänhallintaa, inhimillistä kasvua ja oppimista, voimaantumista tai ikäihmisen arvostamista ja auttamista. (Suhonen 2014, 88).

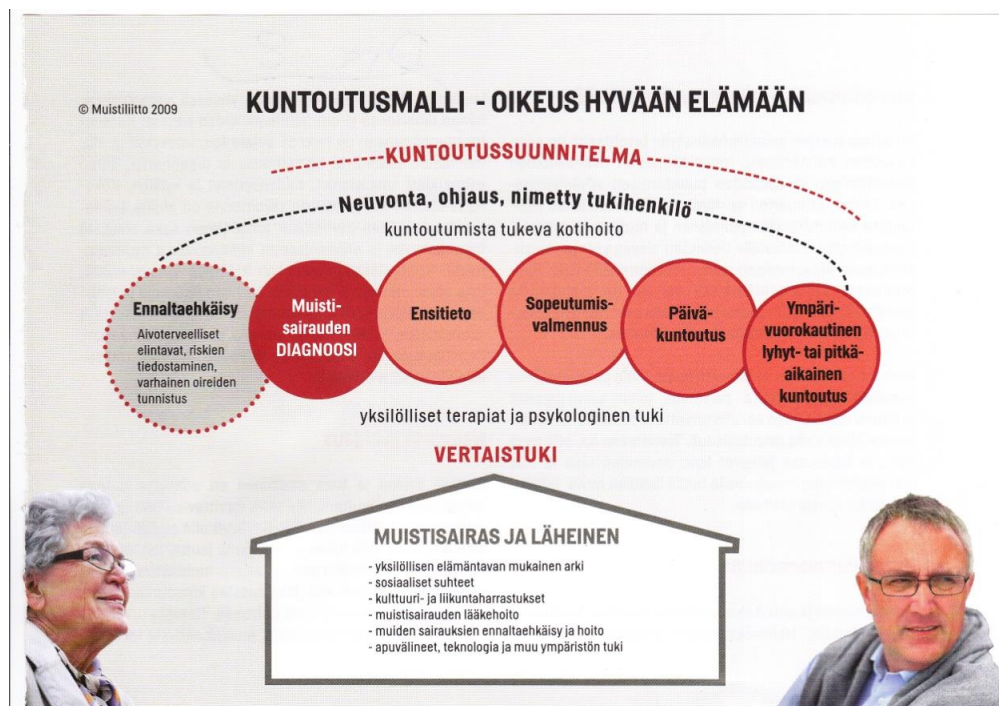
Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, Kaste, 2012 – 2015, ohjeistaa kolmannessa osaohjelmassaan ikäihmisten palveluiden rakenteen ja peruspalveluiden uudistamiseen. Yksi tärkeä toimenpide osaohjelmassa on kansallisen muistiohjelman toimeenpano. Muistiohjelman tavoitteena on edistää aivojen terveyttä, ehkäistä muistisairauksia, muistisairauksien varhaista toteamista, kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta sekä katkeamattoman hoito- ja palveluketjun turvaaminen muistisairaille ja heidän läheisilleen. (STM 2012).

Muistisairaahan ihmisen hoito ja kuntoutus tähtää sairastuneen ja hänen läheistensä hyvinvointiin, mielekkääseen elämään, oireiden etenemisen hidastumiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. (Muistiliitto.2014 c). Dementiaoireista ihmistä, jonka toimintakyky on heikentynyt, ei saa syrjiä kuntouttavien sosiaali- ja terveydenpalvelujen saatavuudessa, sillä muistisairailla on oikeus suunnitelmalliseen kuntoutukseen osana kokonaisvaltaista hoitoa samalla tavalla kuin kaikilla muilla kuntalaisilla. Muistisairaiden kuntoutuspalveluissa löytyy suuria alueellisia eroja johtuen siitä, että lainsäädäntö velvoittaa kuntia järjestämään kuntoutusta, mutta toiminnan sisällöstä tai kuntoutuksen järjestämistavasta ei ole yksityiskohtaisesti säädetty. (Petäjä-Leinonen 2008, 84.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että terveyden- ja sairaanhoidon asiakkaalle tulisi laatia hoito- kuntoutus tai muu vastaava suunnitelma. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.9.2004/857, 4a §). Diagnoosin varmistuttua muistisairaalle laaditaan kuntoutus- tai hoitosuunnitelma yhdessä sairastuneen, hänen omaisten ja ammattihenkilöiden kanssa. Suunnitelman tulisi olla riittävän laaja ja lääkinnällisen kuntoutuksen, kuten lääkkeiden, apuvälineiden ja fysioterapian lisäksi suunnitelmassa tulisi huomioida elämän laatua ylläpitävät asiat kuten esimerkiksi harrastukset. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan sairastuneen yhteyshenkilö, tämä voi olla muistikoordinaattori, muistihoitaja tai terveyskeskuksen muistisairauksista vastaava henkilö. Yhteyshenkilön merkitys on suuri, sillä tuki- ja palvelumuotojen järjestelmä voi olla

melko monimutkainen, ja hoito- ja palveluketjut saattavat helposti katketa. Sairastuneella on oikeus saada neuvontaa ja ohjausta. Yhteyshenkilö vastaa sairastuneen ja hänen läheistensä ohjauksesta ja neuvonnasta sekä kuntoutussuunnitelman seurannasta ja tarkastuksesta. (Högström & Granö 2009, 6.) HÄRTILL

Kotona asuvan muistisairaahan kuntoutus toteutetaan hänelle tehdyn yksilöllisen kuntoutus- ja hoitosuunnitelman mukaisesti. On syytä pitää mielessä, että muistisairaahan kuntoutuminen on mahdollista sairauden kaikissa vaiheissa, mutta sairauden edetessä hoidon ja kuntoutuksen tarve kasvaa ja muuttuu muotoaan. Muistiliiton kuntoutusmalli antaa erinomaisen kokonaiskuvan muistisairaahan hyvästä muistipolusta. Kuvassa olevasta kuntoutusmallista ilmenee selkeästi, että kuntoutuksen tulisi jatkua katkeamattomana diagnoosin saamisesta ympärivuorokautiseen kuntoutukseen asti. (Muistiliitto 2014 b.)



Kuva 1. Muistisairaahan kuntoutusmalli (Muistiliitto 2014)

Ympärivuorokautinen lyhyt- tai pitkäaikainen kuntoutus on käsitteenä melko uusi, ja sillä tarkoitetaan sellaista laitos- tai palveluasunnossa annettavaa ympärivuorokautista hoitoa ja kuntoutusta, jota suurin osa sairastuneista tarvitsee muistisairaudeen edetessä keskivaikeaksi tai vaikeaksi, Lyhytaikaiskuntoutus merkitsee säännöllisesti toistuvat kuntoutusjaksot joko asumispalvelussa tai laitoshoidossa. Kuntoutusjakson aikana tuetaan asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, kunkin asiakkaan

yksilöllisen tarpeen mukaan. Ajoissa aloitettujen kuntouttavien intervallijaksojen avulla pyritään vahvistamaan muistisairaana toimintakykyä niin, että hän voisi asua kotona mahdollisimman pitkään. Muistisairaana kuntoutusjakson aikana kotona olevat omaishoitajat saavat omaa aikaa ja mahdollisuuden levätä, ja näin ollen kuntoutuksen avulla tuetaan myös heidän jaksamistaan. Pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen kuntoutumista edistävän hoidon avulla. Passivoiva hoito heikentää sairastuneen toimintakykyä hyvinkin lyhyessä ajassa mutta kuntouttavan työotteen avulla voidaan ylläpitää toimintakykyä. (Högström, Granö 2009, 10 – 11.)

4.4 Toimintakyky

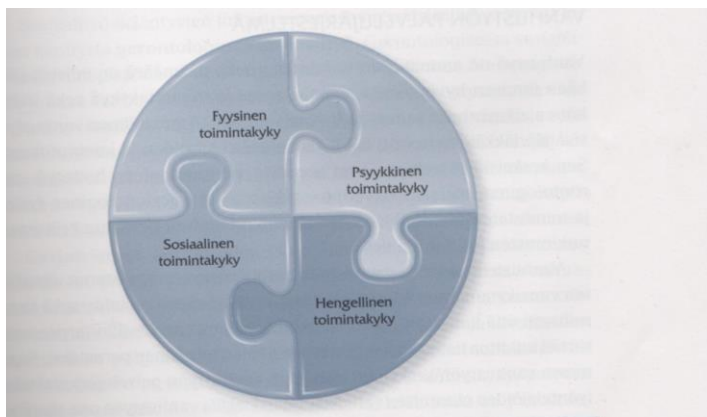
Vanheneminen on elinikäinen prosessi, jonka aikana tapahtuu biologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia ja vanhemmuutta tutkittaessa tarkastellaan usein juuri ihmisen toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. Ihmisen toimintakyky koostuu fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen toimintakyvyn osa-alueista, ja näiden neljän osa-alueiden välillä on erittäin vahva yhteys, sillä ne muodostavat yhdessä kokonaisuuden, jossa jokainen osa-alue vaikuttaa muihin osa-alueisiin.

Fyysinen toimintakyky muodostuu yleiskestävyydestä, lihaskunnosta ja liikkeiden hallintakyvystä. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy ihmisen persoonallisuus ja psyykkiset voimavarat, ja se kuvastuu hänen minäkäsityksessään, itsearvostuksessaan sekä hänen kyvyssään ratkaista ongelmia ja tehdä päätöksiä. Kognitiiviset toiminnot kuten muisti, oppiminen ja havaitseminen ovat tärkeitä psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita. Sosiaalinen toimintakyky on hyvin tärkeä osa toimintakyvyn kokonaisuutta ja avainasemassa muiden toimintakyvyn osa-alueiden tukemisessa, sillä sosiaalinen toimintakyky koostuu sosiaalisista taidoista, joiden avulla ylläpidetään vuorovaikutusta ja sosiaalista verkostoa. Fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn heikentyminen vaikuttaa taas rajoittavasti sosiaaliseen toimintakykyyn. Hengelliseen toimintakykyyn kuuluvat usko ja luottamus toisiin ihmisiin ja Jumalaan, sekä elämänkatsomus, aatteet, arvot ja filosofiset pohdinnat antavat ihmiselle voimaa ja tietoisuuden siitä, että on olemassa jotakin pyhää. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 31 – 38.)

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkoston asiantuntijaryhmä toteaa, että ikäihmisen palvelutarpeen arvioinnissa tulisi aina huomioida toimintakyvyn neljä ulottuvuutta. Asiantuntijaryhmän antamassa suosituksessa todetaan,

että palvelutarvetta arvioitaessa toimintakykyä tulisi arvioida keskustelemalla, havainnoimalla ja mittareilla, Asiantuntijaryhmä korostaa, että arvioinnin tulisi olla vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa tärkeintä on asiakkaan elämäntilanne ja tarpeet - mittarit ovat vain apuvälineitä. (Toimia 2011.)

Toimintakyvyn osa-alueet ovat niin vahvasti sidoksissa toisiinsa, että aina kun yksikin toimintakyvyn osa-alue heikkenee, niin ihmisen toimintakyky kokonaisuutena huononee. Lähdesmäki ja Vornanen kuvainnollistavat hyvin osuvasti toimintakyvyn osa-alueiden merkityksen vertaamalla osa-alueet palapelin palasiin, jossa jokaisen palan merkitys on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kannalta yhtä suuri ja merkittävä.



Kuva 2. Toimintakyvyn osa-alueet ovat kuin palapelin palaset – jokainen pala on yhtä tärkeä. (Lähdesmäki, Vornanen 2014, 19)

4.5 Toimijuus

Glen Elder ja Monica Kirkpatrick Johnson määrittelevät toimijuuden periaatteen näin: ”*Individuals construct their own life courses through choices and actions they take within the opportunities and constraints of history and social circumstances*”.

Ikäihmisten kohdalla toimijuudella ymmärretään lähinnä ikäihmisten osallisuutta arjessa ja arjen tilanteissa. Suomessa muun muassa Jyri Jyrkämä on käsitellyt toimijuuskäsitteen merkityksen vanhustyön arjessa. (Jyrkämä 2007, 205 – 212.) Voutilaisen näkemys asiakkaan toimijuudesta ja voimavaroista on, että niiden tulisi olla etusijalla ympärivuorokautisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, jotta kuntoutusta edistävä toiminta ei kohdistuisi vain asiakkaiden fyysiseen tai

kognitiiviseen toimintakykyyn. (Voutilainen 2010).

5 ASUMISPALVELUT

5.1 Kuntien vastuu

Sosiaalihuoltolaki määrittelee, että kunnan on huolehdittava sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Asumispalvelut kuuluvat sosiaalipalveluihin ja asumispalvelulla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982 /710, § 17 ja 22) Asumispalvelut ovat tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat tukea ja palveluja asumisensa järjestämiseen. Asumispalveluja tarvitsevat ryhmät ovat ikäihmiset, vammaiset, kehitysvammaiset sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujat. Kunnan järjestämään palveluasumiseen haetaan kunnan vanhus-, vammais-, mielenterveys- tai päihdehuollon kautta. (STM 2014.) Kunnat ovat vastuussa asumispalveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta mutta niiden ei tarvitse tuottaa kaikki palvelut itse vaan ne voivat myös ostaa palvelut yksityisiltä yrityksiltä, järjestöiltä tai säätiöiltä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, THL:n raportista, 27/ 2014, ilmenee, että vuonna 2013 suurin asumispalveluja tarvitseva ryhmä oli ikäihmiset. Ikääntyneitä asiakkaita oli 31.12.2013, melkein 35 000 ja kunnat tuottivat itse vain 51 %, heidän asumispalveluistaan loput olivat ostopalveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi asumispalveluja järjestetään myös vammaispalvelulain 380/1987 ja kehitysvammaisten erityishuoltolain 519/ 1977 mukaisesti. (STM 2014).

5.2 Tehostettu palveluasuminen

“Every person diagnosed with Alzheimer’s disease or a related disorder deserves to live in a structured and predictable environment” (Bell & Troxel 2013).

Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat apua, hoivaa ja valvontaa ympäri vuorokauden. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on oma huone tai asunto (STM:2014.) Sosiaali- ja terveysministeriön uusimmassa laatusuosituksessa vuodelta 2013, todetaan, että jokaisella asukkaalla on oltava oma huone ja kylpyhuone ja tätä suositusta tulisi huomioida uusien pitkäaikaishoidon toimintayksiköiden suunnittelussa ja rakentamisessa, tai vanhojen yksiköiden peruskorjauksessa.

ten yhteydessä. Suosituksessa todetaan myös, että asukashuoneiden ja muun ympäristön tulisi olla esteetön ja turvallinen ja asukkaiden ulkoilumahdollisuuksia tulisi lisätä. (STM 2013.) Virallisen määritelmän mukaan tehostettu palveluasuminen lasketaan avohoidoksi. Näin ollen tehostettu palveluasuminen eroaa laitoshoidosta ja Kela on hyväksynyt asumisyksiköt avohoidon yksiköiksi. Asiakas maksaa erikseen vuokran ja käyttämänsä palvelut ja hänellä on oikeus Kelan myöntämään eläkkeen saajien asumistukeen. (Blomgren 2011.)

“Every person diagnosed with Alzheimer’s disease or a related disorder deserves to be cared for by individuals who are well trained in dementia care” (Bell & Troxel 2013).

Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämänlaatuun liittyy vahvasti hänen saamansa hoidon laatu. Tämän takia on tärkeätä, että muistisairaiden asumispalveluyksiköissä on riittävä, vuorovaikutustaitoinen ja osaava henkilökunta, jolla on hyvät tiedot muistisairauksista ja ymmärtää dementiaoireisen erityistarpeet. (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki-Petäjä-Leinonen & Andersson 2008, 125 – 128.)

Tehostetun palveluasumisen ympärivuorokautisessa kuntoutuksessa asukkaan toimintakykyä voidaan edistää, tukea ja ylläpitää toiminnallisten menetelmien avulla. Toiminnallisissa menetelmissä tärkeintä on itse prosessi, osallistujan ei tarvitse muistaa, tietää ja osata jotain, vaan tavoitteena on tukea vuorovaikutusta ja tuottaa positiivisia tunne-elämyksiä, mielihyvää ja onnistumisen riemua. (Andreev,12.)

6 SOSIOKULTTUURINEN INNOSTAMINEN

6.1 Sosiaalipedagogiikka

Sosiaalipedagogiikka tarkastelee ihmisen kasvua sosiaalisena ilmiönä. Kasvun lisäksi sosiaalipedagogiikassa tarkastellaan kasvatusta eli sitä pedagogista toimintaa, jolla tuetaan ihmisen sosiaalista kasvua kaikissa elämänvaiheissa. Sosiaalipedagogiikan keskeiset teemat ovat täysipainoisen kansalaisuuden, yksilöiden ja yhteisöjen omaehtoisen toimintakyvyn ja tasapainoisen yhteiselämän vahvistumisen edellytysten ja keinojen tarkastelu kasvun ja kasvatuksen näkökulmasta. Sosiaalipedagogisen toiminnan

tarkoituksena on toisaalta tukea yleistä sosiaalista kasvua, ja toisaalta tukea henkilöitä, jotka tarvitsevat erityistä kasvatuksellista tukea. Erityistä kasvatuksellista tukea voi tarvita kaikissa elämänvaiheissa ja monista eri syistä. Taustalla voi olla vaikeuksia koulutuksessa tai työelämässä, syrjäytyminen, vammaisuus, päihde- ja mielenterveysongelmat tai perheongelmat. (Suomen Sosiaalipedagoginen Seura 2015.)

Suomessa vanhuudesta ei ole kirjoitettu juuri mitään sosiaalipedagogiikan näkökulmasta. Tätä voidaan pitää jopa hieman yllättävänä, sillä Kurjen näkemyksen mukaan sosiaalipedagogiikassa ja sosiaaligerontologiassa on sama keskeinen kysymys, eli molemmissa tutkitaan sosiaalista vanhenemista ja ikääntymistä ja molemmissa asioita tutkitaan samasta yhteiskunnallisesta, kulttuurisesta, sosiaalisesta ja kokemuksellisesta näkökulmasta. Vaikka maassamme löytyy runsaasti gerontologiaan liittyvää tutkimusta, koulutusta, kirjallisuutta ja keskustelua, niissä ei näy ikääntymisen sosiaalipedagogista näkökulmaa. (Kurki 2008, 9.) Sosiokulttuurinen innostaminen on sosiaalipedagogiikan vahva sovellusalue. Se on sosiaalipedagogista kasvatuksellista toimintaa, joka pyrkii luomaan prosesseja ihmisissä ja yhteisöissä. (Kurki 1997, 184 – 185.)

6.2 Sosiokulttuurisen innostamisen juuret

Sosiokulttuurisen innostamisen (animation socioculturelle) juuret ovat Ranskassa, jossa innostamista tarvittiin toisen maailman sodan jälkeen elvyttämään demokraattisia arvoja. Sosiaalisen kasvatuksen ammattina innostaminen syntyi 1960-luvulla vapaaehtoistyön pohjalta. Sen jälkeen sosiokulttuurinen innostaminen on levinnyt ammatillisena toimintana ja koulutuksena varsinkin sellaisiin maihin Euroopassa, Afrikassa, Kanadassa, Lähi-idässä ja Latinalaisessa Amerikassa joissa puhutaan ranskaa, espanjaa, portugalia tai italiaa. (Kurki 2008, 69.)

Suomessa sosiokulttuurinen innostaminen on melko uusi mutta varsin laajalle levinnyt toiminta. Vanhustyössä innostamista on sovellettu monissa erilaisissa projekteissa, esimerkiksi Lapin yliopiston taiteiden tiedekunnan kulttuuriprojektissa, STM:n rahoittamassa *Terveyttä ja hyvinvointia kulttuurista senioreille* -hankkeessa ja Keski-Suomen osaamiskeskuksen *Sukupolvet verkoksi* –hankkeessa. (Kurki 2008, 75 – 78.) Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun projektissa *Keinu – taiteilijat vanhusyhteisön arjessa*, vuosina 2006 – 2007, tehtiin yhteistyötä eri kulttuurialojen taitajien, vanhustyön asiakkaiden ja vanhustyöntekijöiden kanssa. Projektipäällikkö Teija Nuutisen mielestä Keinu-projekti oli sosiokulttuurisen toiminnan kokeilu- ja kehittämisprojekti,

jossa sovellettiin yhteisötaidetta ja sosiokulttuurista innostamista vanhustyöhön. Projektissa 11 eri alan taiteilijaa toimivat sosiokulttuurisina innostajina. (Nuutinen 2007, 12 – 14.)

Pedagoginen, sosiaalinen ja kulttuurinen ulottuvuus näkyvät aina innostamisen rakenteissa. Pedagogisen ulottuvuuden ytimessä on aina *persoona*, ja kasvatuksella halutaan tukea ihmisen kehittymistä. Sosiaalisessa ulottuvuudessa tarkastellaan ryhmän ja yhteisöllisyyden merkitystä. Ihmisen oma osallistuminen ja integroituminen yhteisöön ja yhteiskuntaan ovat tärkeässä roolissa samoin pyrkimys laadulliseen muutokseen. Kulttuurin avulla halutaan tukea ihmisen luovuuden ja monipuolisen ilmaisun kehittymistä. (Kurki 2008, 71.)

Innostaminen on sellaista kasvatusta, joka juurtuu aktiiviseen ja osallistavaan pedagogiikkaan, se on aina suunniteltua ja päämäärätietoista toimintaa ja sillä pyritään sosiaalisen liikkeen aikaansaamiseen ja sosiaalisen muutoksen luomiseen ja vahvistamiseen. Innostamisella saadaan aikaan aloitteellisuutta ja osallistumista. *Persoonan ja yhteisön* tulisivat olla toiminnan suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin keskeisimmät käsitteet, ja toiminnassa pohditaan ihmisen paikkaa yhteisössään ja yhteiskunnassa.

Innostaminen perustuu sellaiseen kulttuurikäsitteeseen, jossa ajatellaan, että kulttuuri on tietoiseen valintaan perustuva inhimillinen aktiviteetti ja osallistuminen, jonka toimintaan myös ikäihminen voi osallistua. (Kurki 2008, 71 – 73.) Leonie-Hohenthal-Antin korostaa, että oikeus osallistua kulttuuri- ja taidetoimintaan kuuluu kaikenikäisille- ja kuntoisille. Hohenthal-Antin viittaa Markku T. Hyypän tutkimukseen kulttuurin terveysvaikutuksista, jossa todettiin, että harrastusten yhteisöllisyys edistää terveyttä ja pidentää ikää. Taiteen vaikutuksesta ihmisen psykososiaaliseen toimintakykyyn on sekä käytännön kokemusta, että kiistatonta näyttöä, mutta Suomessa taide ja kulttuurityö eivät ikävä kyllä ole vielä ole juurtuneet osaksi hoivatyötä. (Hohenthal-Antin 2013, 16 – 17.)

6.3 Innostamisen menetelmät

”Every person diagnosed with Alzheimer’s disease or a related disorder deserves to enjoy meaningful activities that fill each day” (Bell & Troxel, 2013).

Innostamisella ei ole varsinaisia omia toimintamenetelmiä, vaan sosiokulttuurisessa innostamisessa käytetään runsaasti menetelmiä eri tieteiden piiristä. Kaikkien käytettävien menetelmien lähtökohtana on osallistava pedagogiikka, jonka avulla ihmiset saadaan vuorovaikutukseen toistensa kanssa, sillä sosiokulttuurisen innostamisen kulmakiviä ovat ryhmäidentiteetti ja ryhmään kuuluminen. (Kurki 2008, 71.)

Kurki korostaa, että kaikkien innostamiseen käytettävien menetelmien tulisi aina olla **motivoivia, mahdollistavia, dialogisia, ei-kilpailevia, ryhmäännyttäviä, joustavia, aktiivisia ja koherentteja**. Koherentilla tarkoitetaan, että toiminnot juurtuvat aikaisempaan toimintaan ja tavoitteisiin siten, että ne rakentavat yhdessä niiden kanssa arkielämän täydellistymistä. Käytettävät menetelmät voivat olla joko kasvatuksellisia, sosiaalisia, kulttuurisia tai vapaa-ajan virkistyksellisiä aktiviteetteja (Kurki 2008, 87 – 89.)

Luovalla toiminnalla on suuri merkitys muistisairaana psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Luovalla toiminnalla pyritään tuottamaan mielihyvää, tunnekokemuksia, elämyksiä ja itseilmaisua. Musiikki, kuvataide, valokuvataide, lukeminen, kirjoittaminen, teatteri ja elokuvat soveltuvat hyvin muistisairaiden luovaan toimintaan. (Mönkäre & Semi 2014, 123 - 129.)

Toiminnalliset ryhmät voidaan määrittää sosiokulttuurisen innostamisen käsitteen kautta. Korkalon ja Mustanojan opinnäytetyössä *Sosiokulttuurinen toiminta osaksi arkea*, tekijät puhuvat sosiokulttuurisen innostamisen sijasta viriketoiminnasta. He perustelevat menettelynsä sillä, että viriketoiminta on sosiokulttuurista innostamista huomattavasti tutumpi termi niin työntekijöille kuin asiakkaille mutta korostivat kuitenkin oman näkemyksensä siitä, että viriketoiminta sisältyy sosiokulttuurisen toiminnan laajempaan käsitteeseen johon myös kuuluu sosiokulttuurinen työote. (Korkalo, Mustanoja 2012, 1.)

Muistisairaiden kuntouttavaan toimintaan soveltuvia viriketoiminnan muotoja on todella runsaasti. Airila jakaa viriketoiminnan toteutusmuotoja eri alueisiin kuten luova toiminta, käden taidot, virkistystoiminta, liikunnallinen toiminta, kotityöt ja hengellinen toiminta. Myös aivojumppa pelien, leikkien ja muistikuntoutuksen avulla ja keskustelupohjainen toiminta kuten muistelu, keskustelutuokiot ja lehtikatsaukset ovat erittäin hyviä toimintamuotoja. Airila toteaa, että keskustelut, muistelu, tutut laulut,

kotityöt, juhlat ja tanssi ovat dementiatyössä usein käytettyjä todella tärkeitä virike-toiminnallisia työmuotoja. (Airila 2000, 7.)

6.4 Sosiokulttuurinen työote

”Vanhuslaki” määrittelee, että: ”Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvallisiksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan” (Laki ikääntyneen väestön toiminnankyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 14. § 2. mom.)

Muistisairauden eteneminen heikentää muistisairaana vuorovaikutustaitoja ja vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä ja hänen itsetuntonsa kärsii toimintakyvyn heikentymisestä. Sairastunut luopuu pikkuhiljaa asioista, jotka aikaisemmin ovat merkinneet hänelle paljon esimerkiksi virikkeelliset ryhmät, käsityöt, leipominen, kalastus, liikunta tai lukeminen, ja hän kokee huonommuutta ja arvottomuutta, kun ei enää kykene tekemään samoja asioita kuin terveenä. (Andreev, 10.)

Sosiokulttuurinen vanhustyö on sekä kuntouttavaa että ehkäisevää toimintaa, jossa ikäihminen nähdään yksilönä, tuntevana, ajattelevana, osavana, ja kykenevänä sekä kehittyvänä aktiivisena toimijana ja kulttuurin tuottajana. Sosiaalikulttuurisen työotteen avulla voidaan lisätä ikäihmisen elämäniloa sekä elämän mielekkyyttä ja merkitystä, vahvistaa toimintakykyä ja identiteettiä sekä tukea sosiaalisia verkostoja ja yhteisöllisyyttä. (Korkalo & Mustanoja 2012, 5 – 6.) Nuutinen (2014) näkee sosiokulttuurisen vanhustyön taustalla ymmärryksen siitä, että taide, kulttuuri ja luovuus kuuluvat kaikille iästä, toimintakyvystä tai elämäntilanteesta huolimatta. Kaikki elämäkokemukset: lapsuudenmuistot, kotimaiset, perhe, työ, harrastukset, vanheneminen, ilot ja surut löytyvät Nuutisen mielestä aarrearkusta ja kaikki arkussa olevat kokemukset tulisi hyödyntää sosiokulttuurisessa innostamisessa. (Nuutinen 2014, 92 – 93.)

Elämänkulku, historia, yhteiskunta ja kulttuuri ovat myös Koskisen mukaan kiinteässä yhteydessä sosiokulttuuriseen vanhusnäkemykseen. Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys korostaa ikääntyneiden yksilöllisyyttä ja voimavaroja, kun taas medikaalinen vanhuskäsitys keskittyy sairauksiin ja raihnaisuuteen. Koskisen näkemys on, että ikääntyneiden voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen onnistuu vain sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen kautta. (Koskinen 2006, 6 – 7.)

”Kultturi-iloissa ei tärkeintä ole oikein tekeminen tai täydellinen suorittaminen vaan yhdessäolo ja iloinen mieli”, toteaa geroartisti, taideilmaisunohjaaja ja muistityön asiantuntija Taina Semi. (Härmä 2015, 13.) Muistisairauden eteneminen ei ole este luovalle toiminnalle, vaan osaava henkilökunta voi tukea ja rohkaista luovuuteen muistisairaana omista lähtökohdista. Luovuudesta voi hyötyä myös seuraamalla toimintaa katsojana tai kuulijana, sanatonkin osallistuminen voi antaa nautintoa ja piristystä. (Mönkäre, Semi 2014, 123.) ”Vanhus, jolla on pitkälle edennyt muistisairaus, ei hyödy luovasta toiminnasta”, on usein sanottu väittämä, jota Taina Semi torjuu jyrkästi. Vaikeastikin dementoitunut muistisairas hyötyy monista toiminnallisista asioista, silloin kun häntä ohjaa ja motivoi henkilö, ”innostaja”, joka tuntee hänet ja hänen elämänhistoriansa hyvin, ja joka uskaltaa laittaa itsensä likoon ja on myös itse innostunut. (Härmä 2015, 15.) Silloin kun toimintaa järjestetään työyhteisön ulkopuolelta olevien vetäjien kautta, toiminta jää usein irralliseksi puuhasteluksi, jossa ei näy sosiokulttuurisen innostamisen ulottuvuuksia (Kurki 2008, 107).

Sosiokulttuurista innostamista voi käyttää monissa arjen tilanteissa kuten ruokailussa, siirtymisissä tai pesutilanteissa. Aisteja voi aktivoida nuuhkimalla tuoksuja, siirtymisissä tai pesutilanteissa voi lauleskella, iltapuuhien aikana voi jutella tai katsella valokuvia jne. Luovan toiminnan hyöty näkyy lisääntyneenä vuorovaikutuksena, kielellisten taitojen kohentumisena, toiminnan sujuvuuden lisääntymisenä ja kognitiivisten prosessien muutoksina. (Härmä 2015, 15.)

Innostajalta odotetaan paljon, mutta millainen on hyvä innostaja? Juan Sáez on tutkinut innostajan ominaisuuksia. Hän toteaa, että innostajan täytyy ymmärtää, että toiminta on vain osa laajempaa prosessia. Innostajan tulee olla sekä motivoitunut että motivoiva ja sitoutunut työhönsä. Innostajan tulee kunnioittaa muita, olla ennakkoluuloton ja ymmärtää dialogin ja kommunikoinnin merkityksen. Innostajan tulisi olla valmis oppimaan uusia asioita, kyetä rakentamaan kriittisyyteen ja hänellä täytyy olla analysointikykyä. Hän on optimistinen ja huumorintajuinen eikä koskaan tee ketään naurunalaiseksi. Suárez kuitenkin muistuttaa, että innostaja ei ole mikään yli-ihminen vaan hänelläkin saa olla puutteita, joita hän osaa itsekriittisesti käsitellä. (Kurki 2008, 108 – 110.)

6.5 Sosiokulttuurinen innostaminen palvelutaloissa ja laitoksissa

”Aktiivinen, luova ja onnellinen vanhuus edellyttää, että tunnustetaan ikäihmisten oikeus valita elämäntyylinsä ja tapansa.” Voidakseen sen tehdä heidän persoonallisen integriteettinsä tulee säilyä ehjänä ja suhteensa yhteisöihinsä ja yhteiskuntaansa elävänä”. Sosiokulttuurinen innostaminen on sosiaalipedagogiikan osa-alue, jonka avulla voidaan tukea ikäihmisten aktiivista, luovaa ja onnellista vanhuutta. (Kurki 2008, 12 – 13.)

Laitoksessa sosiokulttuurinen innostaminen ei ole irrallinen toiminta tai ohjelma, vaan se pitää sisällään kaiken sen mitä laitoksessa tehdään. Kurki varoittaakin innostamisen kylmästä maailmasta. Kylmän maailman vallitessa puuhastellaan ilman sen kummempia perusteita. Ikäihmisille tuotetaan valmiita ohjelmia, joiden suunnittelussa ja toteutuksessa heillä itsellään on hyvin passiivinen rooli. Kylmän maailman vastakohdassa, innostamisen kuumassa maailmassa toimintaa perustuu persoonalliseen ja yhteisölliseen osallistumiseen ja suuntautuu ikäihmisen jokapäiväiseen elämään. (Kurki 2008, 90 – 92.) Sosiokulttuurisen toiminnan päämääränä on antaa asukkaille mahdollisimman hyvä arki huolehtimalla heidän perustarpeistaan ja tukemalla heidän sosiaalista elämää. Palvelutaloon tai laitokseen muuttaminen on ikäihmiselle suuri elämänmuutos, ja sosiokulttuurinen innostaminen alkaa jo siitä, että muutto ja uuteen kotiin siirtyminen tehdään mahdollisimman hienotunteisesti ja ikäihmisen toiveita kunnioittaen. Yhteistyö omaisten kanssa on aina tärkeä, mutta etenkin silloin kun kyseessä on muistisairas vanhus, joka ei itse enää pysty kertomaan kaikista toiveistaan ja mieltymyksistään yhteistyö omaisten kanssa on äärimmäisen tärkeä. (Kurki 2008, 101 – 102.)

Laitoksessa tapahtuvalle innostamisella on monia tavoitteita. Carolina Elizasu ja Limón Mendizábal ovat asettaneet tavoitteita laitoksessa tapahtuvalle innostamiselle, ja Leena Kurki on muokannut ja täydentänyt niitä. Innostamisen tavoitteita voidaan toteuttaa ylläpitämällä ihmisen itsenäisyyttä, riippumattomuutta ja auttamalla ikäihmistä kohtaamaan maailma laitoksen ulkopuolella, järjestämällä ulkoilut, ystävien ja omaisten tapaamiset sekä retket ja kulttuuriset kokemukset niin laitoksessa kun laitoksen ulkopuolella. Muita tärkeitä innostamisen tavoitteita ovat psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin tukeminen ja ihmisen sosiaalisen roolin ylläpitäminen, niin että hän kokee itsensä tärkeäksi ja hyödylliseksi. Aktiivisuuden ylläpitäminen lisää itsearvostusta ja luo asukkaalle positiivisen kuvan itsestään. Kulinaristiset makutottumukset ja toi-

veet tulisi toteuttaa mahdollisuuksien mukaan ja ruokailuhetkien antamat mahdollisuudet sosiaaliseen vuorovaikutukseen tulisi hyödyntää. Asukkaan ja työntekijän välinen verbaalinen- ja nonverbaalinen kommunikaatio on yksi toiminnan tärkeimmistä kulmakivistä, ja ruokailuhetket antavat hienon mahdollisuuden hyviin vuorovaikutustilanteisiin. Ylläpitämällä päivittäistä rytmiä asukas pystyy paremmin ylläpitämään ajan ja paikan tajua, ja viihtymisen ja iloitsemisen tarpeita voidaan tukea leikkien ja pelien avulla. Asukkaan integroimista ryhmään ja omaan kulttuuriin, sekä omien juurien kohtaamiseen pitää tukea ja uskonnon harjoittamiseen tulee antaa mahdollisuus. (Kurki 2008, 102 – 106.)

Sosiokulttuurinen innostaminen ei ole helppoa ja kokonaisuuden ymmärtäminen saattaa alussa työntekijöiden mielestä tuntua hankalalta. Innostamista saatetaan myös vastustaa koska henkilökunta kokee, että muistamaton vanhus ei hyödy toiminnasta, tai sitten vedotaan henkilökunnan vähyyteen ja ajan puutteeseen. Jos innostamisesta poimitaan vain osia, joita liitetään päivittäiseen toimintaan irrallisina tapahtumina, ei voida puhua sosiokulttuurisesta innostamisesta, sillä innostaminen on aina kokonaisuus, joka perustuu teorian ja toiminnan vuorovaikutukseen. (Kurki 2008, 106 – 108.)

7 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA

Pääkaupunkiseudun gerontologisen sosiaalityön kehittämishankkeessa 2005 – 2007 tutkittiin gerontologisen sosiaalityön menetelmien soveltuvuutta vanhusasiakkaiden tukemisessa. Hankkeessa todettiin, että toiminnalliset ryhmät tukevat gerontologisen sosiaalityön tavoitetta toimintakyvyn ja sosiaalisen aktiivisuuden ylläpitämiseksi. Toiminnallinen ryhmä yhdistää ihmisen elinympäristöönsä ja toisiin ihmisiin. Ryhmässä oleminen antaa kokemuksia ja elämyksiä, joilla parhaimmillaan on vaikutusta ikäihmisen ajattelukykyyn ja kognitiivisiin valmiuksiin. Gerohankkeen raportista selviää, että dementoitunut vanhus hyötyi paljon toiminnallisista ryhmistä, muistelutyöstä ja biografisesta haastattelusta. (Liikanen 2007.)

Seuraavassa esittelen lyhyesti muutamia projekteja, joissa sosiokulttuurista innostamista on toteutettu toiminnallisten tai virikkeellisten menetelmien avulla.

Tampereen Sopimusvuorisäätiön ”*Dementoituneiden ja mielenterveysongelmaisten*

vanhusten viriketoiminnan toteutusmahdollisuuksien” kehittämis- ja tutkimusprojektissa tutkittiin kahden vuoden aikana millä tavalla pelit toimivat arkipäivän rikastuttajina ja vuorovaikutuksen apuvälineinä dementiatyössä. Yksilötasolla havaittiin muutoksia keskittymisessä ja lisääntyneenä aktiivisuutena. Pelaaminen vaikutti sekä laadullisesti että määrällisesti asukkaiden välisiin vuorovaikutustilanteisiin, ja lisääntyneet vuorovaikutustilanteet vaikuttivat positiivisesti myös henkilökunnan ja asukkaiden väliseen vuorovaikutukseen. (Saarela 1997, 1.)

Virikkeellisen toiminnan positiiviset vaikutukset muistisairaana elämässä näkyivät myös Airilan opinnäytetyössä: *Viriketoiminnan vaikutus dementoituneen käytösoireisiin*. Airilan tutkimuksessa seurattiin 4 – 6 viikon ajan, viriketoiminnan vaikutusta viiden vaikeasti dementoituneen henkilön käytösoireisiin. Muistisairaiden omahoitajat olivat lupautuneet kokeiluun mukaan sitoutumalla järjestämään omalle asukkaalleen sopivaa viriketoimintaa. Kokeilun aikana käytösoireet vähenivät kaikilla viriketoiminnan aikana, ja usein hyvätuulisuus jatkui koko päivän. Yhdellä asukkaalla todettiin käytösoireiden muutoksia pitkällä aikavälillä. Airila huomauttaa, että kokeiluaika oli lyhyt ja osallistujamäärä pieni, joten projektista ei voi tehdä kovin laajoja päätelmiä, mutta kokeilu osoitti selvästi, että viriketoiminnan avulla voidaan lieventää ja vähentää käytöshäiriöitä ja parantaa vaikeasti dementoituneiden elämänlaatua. (Airila 2000, 26 – 27.)

Pohjois – Karjalan ammattikorkeakoulun Keinu-projektiin osallistui yksitoista eri alan taiteilijaa, joukossa oli esimerkiksi virikeohjaajia, kuvataiteilijoita, ja tanssitaiteilijoita joiden johdolla kokeiltiin ja kehitettiin monenlaista luovaa toimintaa. Loppuraportista ilmenee, että muistelu, maalaaminen, leipominen ja erilaiset askartelut olivat olleet vanhuksille mieluisimpia. Projektiin aktiivisesti osallistuneet työntekijät kokivat, että uudet menetelmät antoivat uutta sisältöä hoitotyöhön sekä uudenlaista ymmärrystä vanhuksia kohtaan mutta usein kävi niin, että työntekijät eivät osallistuneet millään lailla, vaan toimittavat vain vanhukset mukaan ryhmätoimintaan. Raportista ilmenee, että hoitajien kielteinen asenne toimintaa kohtaan oli selvästi yllättänyt projektiin osallistuneita taiteilijoita. Kiire, työntekijöiden riittämättömyys, ja turhautuminen jatkuviin projekteihin nähtiin osasyynä hoitajien kielteiseen näkökantaan. Esille nousi myös henkilökunnan näkemys siitä, että taidetoiminta nähtiin turhana lisätyönä: *Kun ei ole aikaa kaikkeen tärkeään hoitoonkaan, niin ei haluta enää joustaa ylimääräiseen ja tarpeettoman hömppään ja istuskeluun, josta saa vain lisätyötä kun vanhukset tule-*

vat levottomiksi. Esimiehen rooli ja merkitys nähtiin merkittävänä. Taidetoimintaan myönteisesti suhtautunut esimies pystyi esimerkiksi työlistojen suunnittelussa huomiomaan työntekijöiden osallistumisen mutta esille nousi myös esimerkkejä yksiköistä, joissa esimiehen tai työtovereiden nuiva suhtautuminen taide- ja viriketoimintaan esti tai vaikeutti osallistumista niin paljon, että jotkut työntekijät osallistuivat projektiin omalla ajallaan. (Nuutinen 2007, 14 – 19.)

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on vahvistaa sosiokulttuurisen lähestymistavan muodostumista osaksi muistisairaiden tehostetun palveluasumisen yksiköiden työtä, tuottamalla tietoa sosiokulttuurisesta innostamisesta ja sosiokulttuurisesta työotteesta henkilöstön osaamisen kehittämisen tarpeisiin.

Työn tavoitteena on selvittää työntekijöiden näkemystä muistisairaiden asukkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemisen menetelmistä ja työtavoista sekä tuoda esiin sosiokulttuurisen innostamisen mahdollisuuksia.

Tutkimuskysymykset ovat:

Miten sosiokulttuurinen innostaminen näkyy arjen työssä?

Mitkä tekijät edistävät sosiokulttuurisen innostamisen toteuttamisen?

Mitkä tekijät estävät sosiokulttuurisen innostamisen toteuttamisen?

8.2 Tutkimuskohde

Palvelupäällikkö Lisbeth Forsblom Loviisan kaupungin senioripalveluista on opinnäytetyön tilaaja. Kaupungin toimenpide- ja kehittämissuunnitelmassa ilmenee, että kaupungin tavoitteena on vuosina 2013 – 2016 panostaa vanhustyön kehittämiseen toimintatapoja muuttamalla ja korostamalla ennaltaehkäisevän ja kuntouttavan työn merkityksen työntekijöiden koulutuksessa. Palvelupäällikkö myönsi minulle tutkimusluvan syyskuussa 2014. Lupa oikeutti minua tekemään tutkimusta, niissä kaupungin te-

hostetuissa palveluasumisyksiköissä, joissa asuu muistisairaita. Nämä yksiköt ovat Emil-koti, Rosenkulla ja Kodinonni, asukkaita näissä on yhteensä 33. Otin yhteyttä yksiköiden esimiehiin, ja sovimme haastattelujen ajankohdan, minkä jälkeen yksiköt olivat keskenään sopineet ketkä työntekijät tulevat haastatteluun. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Haastattelin kahta työntekijää jokaisesta yksiköstä. Haastattelut tehtiin maaliskuussa 2015 haastateltavien työpaikalla ja haastattelujen pituus oli noin 30 – 40 minuuttia. Haastatteluissa ei mainita nimiä eikä haastateltavan työyksikköä ja haastatteluissa käydyt keskustelut ovat täysin luottamuksellisia.

8.3 Tutkimuksen menetelmä

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimustyö. Valitsin tämän tutkimusmenetelmän siksi, että se sopii hyvin silloin kun kuvataan sosiaalisen maailman ilmiöitä ja koska laadullisen tutkimuksen tutkimusprosessi on joustava ja voi muuttua tutkimuksen aikana. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ilmiötä subjektin näkökulmasta. (Järvenpää 2006, 3 – 5.) Olin suunnitellut käyttäväni kyselyjä aineistonkeruumenetelmänä, mutta opinnäytetyötä ohjaava opettaja neuvoi valitsemaan haastattelua.

Haastattelun etu on joustavuus, kun haastattelijä voi keskustella tiedonantajan kanssa hän saa mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. Tarvittaessa haastattelijä voi toistaa kysymystä tai selventää kysymysten sanamuotoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72 – 74.)

Haastattelukysymykset olivat puolistrukturoituja, eli esitin kaikille samat kysymykset, mutta valmiita vastausehdotuksia ei ollut. Haastattelukysymykset käsittelivät yksiköiden säännöllisesti ja satunnaisesti käytössä olevia toiminnallisia ja virikkeellisiä menetelmiä ja toimintatapoja ja niiden käytöstä sovittuja yhteisiä käytäntöjä, sosiaalisen toimintakyvyn tukemista, omahoitajuutta, elämäntapaa, ja työntekijöiden näkemystä itsestään innostajana. Haastattelun onnistumisen kannalta olisi hyvä antaa haastattelukysymykset tai ainakin aiheet haastateltaville etukäteen. Tällainen menetelmä on myös eettisesti perusteltua (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Olin kertonut aiheeni haastateltaville etukäteen, mutta en kysymyksiä. Haastattelun jälkeen annoin kaikille vielä mahdollisuuden tehdä lisäyksiä tai muuten kommentoida haastattelua. Yksi tiedonantajista totesi, että vastaaminen olisi sujunut paremmin, jos olisi saanut tutustua kysymyksiin etukäteen, mutta muut haastateltavat eivät kommentoineet kysymyksiä.

8.4 Analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa analyysi koetaan usein vaikeaksi. Tämä johtuu siitä, että aineistoa voidaan analysoida monella tavalla, eikä tiukkoja sääntöjä ole. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 224.) Tehtyäni haastattelut saatoinkin itsekkin kokemattomana ”tutkijana” huomata analyysivaiheen haasteet. Analyysin teossa hyödynsin muokattua versiota tutkija Timo Laineen analyysirungosta, joka löytyi Jouni Tuomen ja Anneli Sarajärven kirjasta: *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 – 93.)

Tallensin kaikki haastattelut. Kuuntelin haastattelut ja kirjoitin ne auki mahdollisimman sanatarkasti. Kaksi haastattelua tehtiin ruotsiksi, niistä haastatteluista käänsin suomeksi ne osiot, joita otin mukaan tuloksiin. Pysin litteroimaan eli koodaamaan jokaisen haastattelun mahdollisimman nopeasti haastattelutilaisuuden jälkeen. Koodaaminen voidaan nähdä sisään kirjoitetuina muistiinpanoina, joiden avulla jäsennetään sitä, mitä tutkijan mielestä aineistossa käsitellään. Koodaus toimii apuvälineenä tekstin kuvaamisessa ja aineiston jäsennyksen testausvälineenä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Sosiokulttuurinen innostaminen arjen työssä

Emil-koti, Kodinonni ja Rosenkulla sijaitsevat kaikki eri paikkakunnilla Loviisan kaupungin alueella. Kaikki yksiköt työskentelevät itsenäisesti, mutta käytössä on tietysti erilaisia kaupungin yhteisiä toimintamalleja. Yksi sellainen on uuden asukkaan elämäntarviketomus.

Kun uusi asukas on muuttamassa tehostettuun palveluasumiseen, muistisairaus on yleensä edennyt keskivaikeaksi tai vaikeaksi. Siinä vaiheessa, kun senioripalvelukeskus on arvioinut palvelutarpeen ja kertoo asukkaalle ja hänen omaisilleen vapaana olevasta asunnosta, heille tarjotaan mahdollisuus tulla tutustumaan paikkaan. Tässä vaiheessa omaisia pyydetään täyttämään elämäntarviketomusta yhdessä asukkaan kanssa. Kertomuksen avulla saa tietoa ihmisen eri elämänvaiheisiin liittyvistä asioista, ja nämä tiedot voi olla työntekijöille äärimmäisen tärkeitä muistisairaana kohtauksissa. (Ks. Nuutinen 2014, 92 – 93; Kurki 2008, 101 – 102). Tiedot voidaan hyödyntää

myös kun hoitosuunnitelmaa laaditaan. Tutkimuksessa ilmenee, että työntekijät pitivät elämänkaarikertomusta tärkeänä, se nähdään kommunikoinnin ja hyvän vuorovaikutuksen mahdollistajana ja kertomus edesauttaa yksilöllisten tarpeiden huomioonottamisen. Haastateltavien mielipiteistä ilmeni selvästi, miten tarpeellisena työntekijät pitivät elämänkaarikertomusta.

”se on hoitajan työkalu, todella tärkeä ”

”sieltä löydetään vinkkejä keskusteluun”

”viriketoimintaa on helpompi järjestää kun vähänkin tietää mistä kukakin tykkää”

Elämänkaarikertomuksen täyttäminen on tietysti vapaaehtoista ja tutkimuksessa ilmeni, että kaikki omaiset eivät halua täyttää omaisensa elämänkaarikertomusta:

”mahtaako kaikki omaiset tietää miksi me sitä kysytään, pitäisikö siitä enemmän kertoa”

Kysymykseni säännöllisesti käytettävistä menetelmistä tai toimintatavoista herätti osassa vastaajissa hämmennystä.

”jaaha - heittpä pahan, toi säännöllisesti”.

Työntekijöillä oli selvästi vaikeuksia nimetä säännöllisesti käytettäviä menetelmiä mutta kuntouttavan työtteen kuulumisen arjen säännölliseen toimintaan nousi kuitenkin kaikissa haastatteluissa erittäin vahvasti esiin. Asukkaita kannustetaan käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan, kaikessa toiminnassa korostuu jokaisen asukkaan kohtaaminen yksilönä ja käytössä on monia työtapoja, joissa innostamisen tavoitteet täyttyvät, esimerkiksi juuri fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen, keskustelut ja non - verbaalinen kommunikointi, yhteiset ruokailut jne. (Ks. Kurki 2008, 102 – 106.)

“Every person with Alzheimer’s disease or a related disorder deserves to be outdoors on a regular basis” (Bell & Troxel 2013).

Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen koettiin tärkeäksi. Ulkoilu oli yhden yksikön ohjelmassa päivittäin ja korvattiin sisäjumballa, silloin kun sää ei suosinut ulkoilua.

”ulkoillaan joka säällä, se on se meidän valtti ja omaiset tietää sen, että meillä pääsee asukkaat aina ulos jos ne haluaa”

Kahdessa muussa yksikössä ulkoiltiin enemmän sattumanvaraisesti. Ulkoilua rajoitaviksi tekijöiksi mainittiin huono sää, talvikauden liukkaat, asukkaiden fyysiset rajoit-

teet tai aggressiivisuus ja henkilökunnan vähyys;

”vie nyt sitten ulos liukkaaseen ihmisiä, jotka eivät pysy pystyssä täälläkään kunnolla”

Kysyin haastateltavilta, onko heidän mielestä yksiköissä liian vähän henkilökuntaa.

”No tavallaan ei ole liian vähän, mutta sitten esimerkiksi kun pitäisi lähteä yksiköstä ulos, niin toinen työntekijä jää aina yksin”

Erilaisia menetelmiä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemiseksi oli myös käytössä melko runsaasti, mutta niiden käytössä oli melko suuria vaihteluja.

Ulkoilun lisäksi haastateltavat mainitsivat seuraavat toimintakykyä ja elämänlaatua tukevat menetelmät ja toimintatavat, joita heidän yksiköissään käytetään satunnaisesti.

- **LIIKUNTA**
tuolijumppa, motomed-kuntopyörä, tasapainoharjoitukset, pelit, pallonheitto
- **MUSIIKKI**
musiikin kuuntelu, yhteislauluhetket,
- **KESKUSTELUPOHJAINEN TOIMINTA**
päivittäiset keskustelut, lukuhetket, sanomalehdet, television katselu yhdessä
- **KOTITYÖT**
leipominen, käsityöt, kasvien ja kukkien istutukset, perunan istutus- ja nosto, haravointi,
- **AIVOJUMPPA**
muistelu, muistipelit ja muut pelit
- **”TEEMA-TAPAHTUMAT”**
myyjäiset, olympialaiset, luontopolut, terassin rakentaminen
- **ASKARTELU**
- **HEMMOTTELUHOIDOT**
jalkakylvyt, käsien ja jalkojen hieronta

- VIERAILUT

päiväkodit, koulut, Martat ja muut järjestöt, seurakunta, musiikki- ja tanssi-esityksiä, eläimet

Asukkaiden sosiaalista toimintakykyä tuetaan keskustelemalla asukkaiden kanssa sekä yksilöllisesti että yhdessä. Keskustelut olivat kaikkien haastateltavien mukaan yksi tärkeimpiä asioita. Asukkaat ovat päivän aikana paljon yhdessä, he ruokailevat useimmiten yhdessä ruokailutilassa, mutta omassa asunnossa saa tietysti syödä jos haluaa. Televisiota katsellaan paljon, esimerkiksi vanhoja elokuvia on mukava katsella yhdessä ja silloin herää keskustelua ja mielipiteiden vaihtoa. Elokuvien ja television katselu on usein kuitenkin vain asukkaiden kesken, koska työntekijöillä on muita töitä: *”kyl ne yleensä on omineen, ei me mitään telkkareita ehditä istuu ja katella”*

Asukkaiden syntymäpäivät ja vuoden eri juhlapäivät huomioidaan ja vietetään yhdessä. Erilaisten ryhmien vierailut tuovat piristystä. Retkiä tai teatterimatkoja tehdään joskus mutta usein esteenä ovat taloudelliset seikat. Kaupunki ei osallistu kustannuksiin vaan asukkaat maksavat itse retket, ja matkakustannukset ovat usein huomattava menoerä.

Asukkaiden hengellistä toimintakykyä tuetaan seurakuntien hartaushetkien ja seurakunnan työntekijöiden vierailujen avulla. Asukkaille tarjotaan mahdollisuus seurata hengellisiä ohjelmia televisiosta tai radiosta.

Omaiset ovat yksi tärkeä kulmakivi asukkaan hyvinvoinnin kannalta. Yhteistyötä tehdään tarjoamalla omaisille mahdollisuus tulla omaiskeskusteluun ja järjestämällä yhteisiä juhlia, esimerkiksi joulujuhlat. Omaishoitajat huolehtivat lähinnä käytännön asioista omaisten kanssa ja pitävät yhteyttä tarpeen vaatiessa. Saattohoidon aikana omaisten tukeminen on tärkeä osa saattohoitoprosessia. Omaishoitajat tekevät asukkaan hoitosuunnitelman sekä väliarvioinnit, huolehtii vaatteista ja siitä, että asukkaalla on kaikki mitä hän tarvitsee.

9.2 Sosiokulttuurista innostamista edistävät tekijät

Tutkimustulos osoitti selkeästi, että sosiokulttuurisen innostamisen ja sosiokulttuurisen työotteen tavoitteet toteutuivat selkeimmin yksikössä, jossa toiminnan suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista oli yhteisesti sovittu. Viriketoimintaa voi olla mo-

nenlaista; kaikki eivät osaa laulaa tai maalata, mutta jokainen osaa jotain. Työntekijöiden omia vahvuuksia hyödyntämällä, yksikön toiminnasta tulee mahdollisimman monipuolinen ja työntekijät saavat tehdä sellaista, josta itsekin pitävät. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeässä osassa muistisairaiden kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa. (Koskinen 2008, 436 – 437; Heikkinen 2008, 449, 452 – 455). Yksikössä, jossa yhdellä työntekijällä oli kuntohoitajan koulutus, oli tehty yksilölliset kunto-ohjelmat kaikille asukkaille ja kuntohoitaja oli kouluttanut muita työntekijöitä ”kunnon hoitajiksi”.

Monissa yksiköissä työruutiinit pohjautuvat vanhaan malliin, joka on hyvin medikalisoitunut. Pienilläkin muutoksilla vanhoihin rutiineihin voi kuitenkin saada hyvää tulosta;

”tietyt rutiinit on ne määrätty mutta ei niitä ole pakko noudattaa sillä tavalla säännöllisesti koko ajan, vaan voidaan poiketa niistä”

Yhdessä yksikössä oli pohdittu työruutiineja ja muutettu yksi aamuvuoro välivuoroksi. Välivuorossa oleva hoiti esimerkiksi sauna- ja suihkuvuoroja, jolloin muille työntekijöille jäi paremmin aikaa esimerkiksi ulkoiluun ja viriketoimintaan. Haastateltavat kokivat välivuoroon siirtymisen positiivisena ja toimintaa piristävänä asiana.

Työntekijöiden asenne merkitsee hyvin paljon, usein syytetään henkilökunnan vähyyttä tai taloudellisten resurssien niukkuutta mutta ennakkoluulottomalla ja positiivisella asenteella voidaan kuitenkin korvata monet puutteet:

”eihän kaikki maksa paljon, henkilökunnalta vaaditaan aloitteellisuutta, luovuutta, mielikuvitusta ja ryhtymistä”

Leena Kurjen mukaan (2008, 110) innostamisen ainoa ehdoton perusvaatimus on, että *innostaa ei voi, jollei ole itse innostunut*. Melkein kaikki haastateltavat näkivät itsensä innostajina ja totesivat, että innostunut työntekijä hyötyy myös itse:

”silloin kun meillä on joku suunnitelma tai teemaprojekti meneillä, niin minä ainakin innostun niistä hirveästi”

Milloin sinulla on hyvä työpäivä? *No, esimerkiksi tänään.*

Mikä teki tästä päivästä hyvän? *Kun istuin juttelemassa asukkaan kanssa, hän kertoi*

paljon asioita, naureskeli ja oli iloinen. Tiesin, että hänellä oli hyvä olla ja silloin minullakin on hyvä

Oletko omasta mielestäsi innostaja?

”Olen, ja jos koen etten ole, niin sitten pitää hakee se asenne uudestaan. Positiivisuus vie eteenpäin, niin se vaan menee”

Yksi hyvä esimerkki rutiinien ennakkoluulottomasta rikkomisesta ja työntekijöiden asenteesta, oli yhdessä yksikössä vastikään käyttöön otettu lähihoitajan opinnäytetyönä tehty ”*Unelma-lomake*”, jonka avulla kartoitettiin asukkaiden mieltymyksiä ja unelmia, ja sitten pyrittiin mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan unelmat. Tähän mennessä yhden asukkaan unelma oli toteutunut, kun hän oli päässyt käymään kotonaan, jossa ei ollut käynyt sairastumisensa jälkeen. Vierailun kohokohta oli, kun hän pääsi navettaan silittelemään lehmiään.

9.3 Sosiokulttuurista innostamista estävät tekijät

Tutkimustulos osoitti selkeästi, että sosiokulttuurista innostamista ei nähdä osana hoito- ja hoivatyön toimintakulttuuria. Tämä näkyi esimerkiksi siinä, että viriketoiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin ei panosteta:

”kyllä me osastokokouksissa usein sovitaan, että ruvetaan säännöllisesti tekemään jostain, mutta jostain syystä se aina sitten unohtuu”

Viriketoimintaa ei nähdä työhön kuuluvaksi, vaan koetaan ylimääräisenä ja vapaaehtoisena toimintana. Vain yhdessä yksikössä oli yhteisesti sovittu viriketoiminnasta, muissa yksiköissä viriketoiminta jäi enemmän tai vähemmän jokaisen työntekijän omaan harkintaan. Tältä osin tutkimustulokset olivat osittain samankaltaiset kuin Kei-nuprojektissa, jossa osa työntekijöistä koki viriketoiminnan ylimääräisenä ja turhana työnä. (Ks. Nuutinen 2007, 14 – 19.)

Vanhuslain valmisteluvaiheessa käytiin paljon keskustelua ja kädenvääntöä henkilöstömitoituksesta mutta lopputulos oli, että henkilöstömitoitusta ei kirjattu lakiin. Näin ollen ympärivuorokautisen hoidon henkilöstöresursseista on ainoastaan olemassa suositus 0,5 työntekijästä asukasta kohti (Voutilainen 2010). Haastateltavat kokivat, että työntekijöitä periaatteessa on riittävästi mutta asukkaiden käytösoireet, mielialan vaihtelut ja hoidollisuuden eri asteet asettavat toisinaan toiminnalle rajoitteita. Esimerkiksi

tilanteessa, jossa iltavuorossa on kaksi työntekijää kymmenen asukkaan kanssa, toinen työntekijä ei voi lähteä ulkoilemaan yhden tai kahden asukkaan kanssa, jos asukkaan auttamiseen tarvitaan kahta työntekijää, esimerkiksi nostoissa tai jos yksikössä sillä hetkellä on asukas, jolla on vakavia käytöshäiriöitä. Yksiköissä voi samanaikaisesti asua useampi vaativaa hoidollista apua tarvitsevaa asukasta, ja nämä asukkaat vievät paljon työntekijöiden ajasta, varsinkin silloin kun kyseessä on saattohoito. Tavoitteena on, että kaikki asukkaat saavat asua loppuun asti palveluasunnossaan.

Osa työntekijöistä koki, että jatkuva kehittäminen, koulutukset ja muutokset, ja esimerkiksi uudet tietokoneohjelmat, vaikuttavat omaan jaksamiseen. Perustyö, eli hoito ja hoiva sekä uusien asioiden opetteleminen vie kaikki voimavarat eikä motivaatiota enää riitä esimerkiksi virikkeellisten tuokioiden pitämiseen.

Taloudelliset resurssit ovat monessa kunnassa tiukalla ja myös vanhustyössä vaaditaan säästöä. Talousarvioissa ei aina ole mahdollista huomioida kulttuuria ja luovaa toimintaa eikä kaikilla asukkailla ole taloudellisesti mahdollista itse kustantaa esimerkiksi teatteri- tai konserttimatkoja.

10 POHDINTA

Sosiokulttuurinen innostaminen ja sosiokulttuurinen työote ovat selkeästi vieraita käsitteitä muistisairaiden parissa työskenteleville. Tutkimustulos tukee osittain omia kokemuksiaani ja vahvistaa näkemystäni siitä, että asukkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemisen merkitystä ei vieläkään korosteta tarpeeksi. Toimintakyvyn tukeminen nähdään kyllä erittäin tärkeänä, mutta painopiste on vieläkin valitettavan usein fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen mukaan ikääntyneiden oikeuksia voidaan toteuttaa ylläpitämällä ja tukemalla heidän voimavarojaan ja toimintakykyään. Gerontologisen kuntoutuksen määritelmään kuuluu lääketieteelliseen kuntoutuksen lisäksi inhimillistä kasvua ja oppimista, voimaantumista, arjen hallintaa ja ikäihmisten arvostamista ja auttamista. (Suhonen 2014, 88.) Näkemykseni on, että sosiokulttuurisella toiminnalla voidaan parhaiten toteuttaa muistisairaan oikeudet ja gerontologisen kuntoutuksen tavoitteet.

Teoreettisessa viitekehyksessä toin esille useamman tutkimustuloksen, joka selkeästi osoitti, että toiminnallisten ja virikkeellisten menetelmien avulla voidaan tukea muistisairaiden kokonaisvaltaista kuntoutusta ja ylläpitää heidän elämänlaatuaan. (Liikanen

2007; Saarela 1997, 1; Airila 2000, 26 – 27.) Vanhojen toimintatapojen muuttaminen vie tietysti aina oman aikansa, mutta mielestäni sosiokulttuurinen innostaminen ei ole vielä riittävästi juurtunut osaksi suomalaisen vanhustyön toimintakulttuuria. Omassa tutkimuksessani tämä nousi myös esille, esimerkiksi viriketoiminnan merkityksen osalta.

Vanhuslaki määrittää, että pitkäaikaishoidossa olevalla vanhuksella on oikeus osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Mielestäni yhteiskunnassamme on tällä hetkellä selkeästi nähtävissä, että löytyy tahtoa ja uskallusta tehdä muutoksia vanhustyön hoiva- ja hoitokulttuuriin. Ikäihmisten sosiaali- ja terveystalouteen liittyvät kysymykset ovat jatkuvasti ajankohtaiset ja media tuo näkyvästi esiin varsinkin epäkohtiin liittyviä asioita. Olemme esimerkiksi talven aikana voineet seurata A-studion ohjelmassa, miten työyhteisökouluttaja Anne Pylkkänen, geroartisti Taina Semi ja geriatrian professori Jaakko Valvanne tekivät vanhustyön vallankumouksen somerolaiseen hoitokoti Tervaskantoon. Samalla saimme seurata, miten Ylen sosiaalisen median, Hoiva-kodit kuntoon kampanjan, avulla onnistuttiin pienillä hyvillä teoilla piristämään laitoksissa asuvia vanhuksia noin 500:ssa vanhainkodissa. Ruotsissa SVT esitti ohjelmasarjan *Sveriges bästa äldreboende*, jossa tavoite oli sama kun Hoivakodit kuntoon – ohjelmassa, eli asiantuntijat halusivat tuoda esiin epäkohtia ja osoittaa, miten toimintatapoja muuttamalla voidaan kohdata vanhustyön arjen esteet ja ongelmat.

Uusi vanhuslaki korostaa ikääntyneen mahdollisuutta asua kotona tai kodinomaisessa ympäristössä mahdollisimman pitkään. Tehostetun palveluasumisen tarkoitus on tarjota mahdollisimman kodinomaisen puitteet. Kodinomaisuuden merkitystä korostetaan myös laadukkaiden dementia palvelujen oppaassa jossa todetaan että vaikka tehostetun palveluasumisen asukkaat ovat usein melko iäkkäitä ja heillä on muistisairausten lisäksi paljon perussairauksia, joiden hoito vaatii geriatrista osaamista niin arjen toiminnot eivät saisi olla liian sairausorientoituneet vaan asukkaiden tulisi saada elää mahdollisimman kodinomaista arkea. (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki-Petäjä-Leinonen & Andersson 2008, 127 – 128.)

Loviisan kaupunki on rohkeasti vastannut vanhuslain haasteisiin tekemällä muutoksia ja uudistuksia vanhustyön palvelurakenteisiin. Kaupungin uuden palvelurakenteen mukaan tehostetuista palvelutaloista tulisi Hyvän Elämän Talot. Tutkimukseni haas-

tatteluissa sanat *osasto, hoitajat, sairaanhoitaja, osastonhoitaja, hoitosuunnitelma* toistuvat melko usein. Kaikki nämä ovat mielestäni sanoja, joita liitetään vahvasti sairauksiin ja sairaalaympäristöön. Asunto tehostetussa palveluasumisessa on kuitenkin muistisairaana koti, ei potilashuone ja kodissa asuu asukas, tai esimerkiksi Hulda, mutta ei potilas. Työntekijää hoitaa ja hoivaa, mutta ennen kaikkea hän ohjaa silloin kun työskentelee muistisairaana kanssa. Siinä vaiheessa kun Hyvän Elämän Talot rakennetaan ja yksiköiden toimintaa suunnitellaan, voisi olla paikallaan pohtia, millä nimikkeillä asioita kutsutaan, koska sillä voi olla suurempi merkitys kuin ehkä ajatellaankaan.

Loviisan kaupunki on myös panostanut henkilökunnan koulutukseen. Keväällä 2014, noin 40 senioripalveluiden työntekijää aloitti oppisopimuskoulutuksen, joka tähtää palvelukehittäjän erikoisammattitutkintoon. Palvelukehittäjän erikoisammattitutkinnon tarkoitus on tukea uusia toimintamalleja ja keskittyä erityisesti ehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan. Koulutuksen aikana palvelukehittäjät tuovat ”tuotteitaan” omille työpaikoilleen. Työyhteisössä olisi ehkä hyvä yhteisesti sopia uuden idean tai menetelmän toimintatavoista sekä niiden toteuttamisesta ja arvioinnista, jotta välttäisiin joutumasta innostamisen kylmään maailmaan. (Kurki 2008, 90 – 92).

Keinu-projektin loppuraportissa esimiestyön merkitys korostui. Johtaminen vaikuttaa työympäristöön, resursseihin, työntekijöiden osaamiseen ja työmotivaatioon ja johtamisella on suuri merkitys työn laatuun (Heimonen, Topo & Voutilainen 2008, 149). Esimies, joka itse on innostava, kannustaa esimerkillään työntekijöitään. Loviisan kaupungin vanhustyön kehittämissuunnitelmiin liittyy paljon muutoksia ja uudistuksia. Tutkimuksessani ilmeni, että osa työntekijöistä jo nyt kokee, että jatkuvat muutokset syövät liikaa voimavaroja ja vaikuttavat työntekijöiden jaksamiseen ja työssä viihtymiseen. Muutostyö vaatii ennen kaikkea työntekijöiden sitoutumista ja tässäkin kohdalla esimiehen työllä on merkittävä rooli. Artikkelissa *Muutos voimavaraksi – hoitajien matka hoivakulttuurista hyvinvointikulttuuriin* Tiina Viljakainen (2014) toteaa hyvin osuvasti, että työntekijöiden ja työyhteisön motivointi muutokseen ja ennakoiva tiedottaminen sekä henkilökunnan aito ja luottamuksellinen kuunteleminen muutosprosessin aikana ovat avaimia hyvin toteutuneeseen muutokseen. Työntekijöiden jaksaminen muutosten myllerryksessä on tärkeä, sillä osaava, motivoitunut henkilökunta joka ymmärtää gerontologisen hoitotyön, gerontologisen sosiaalityön ja kokonaisvaltaisen kuntoutuksen merkityksen on ehdoton edellytys sille että työ muistisairaiden tehoste-

tussa palveluasumisyksiköissä on laadukas, eettinen ja asukkaiden oikeuksia kunnioittava.

”Tutkijan tulee olla aiheesta aidosti kiinnostunut ja mieluummin sen verran sisällöstä perillä, että hän osaa alusta lähtien havaita olennaiset tutkittavan ilmiön piirteet. Toisaalta liian kiinni aiheessa oleva asiantuntija saattaa puolestaan omata monenlaisia ennakkokäsityksiä, jotka estävät joidenkin asioiden havainnoinnin”. Jossain vaiheessa opinnäytetyöprosessia, luin nämä lauseet jotka mielestäni kuvaavat hyvin omaa prosessiani tämän työn aikana. Valitsin aiheen, josta olen aidosti kiinnostunut ja josta minulla oli jonkin verran osaamista koulutukseni ja työkokemukseni kautta. Aikaisemmasta osaamisesta on tietysti ollut paljon hyötyä, mutta välillä ehkä myös haittaa. Esimerkiksi haastattelutilanteet koin vaikeiksi, koska tiesin melko paljon yksikköjen toiminnasta ja koin vaarana, että asettaisin liian johdattelevia kysymyksiä. Varovaisuuteni heijastui jonkin verran sitten haastattelujen lopputuloksessa. Analyysivaiheessa huomasin puutteita omissa kysymyksissäni, yksi tärkeä asia olisi esimerkiksi ollut kysymys esimiehen roolista sosiokulttuurisen innostamisen toteutumisessa.

Toinen asia, joka nyt jäi tutkimuksessa kokonaan käsittelemättä, on geroteknologian hyödyntäminen muistisairaiden toimintakyvyn tukemisessa. Uutta teknologiaa tullaan varmasti tulevaisuudessa yhä enemmän hyödyntämään, kun vanhustyöhön luodaan uusia toimintamalleja ja todennäköisesti teknologian avulla voidaan myös tukea sosiokulttuurista innostamista ikäihmisten parissa.

Loviisan kaupungin toimenpide- ja kehittämissuunnitelmaan tavoitteena on vahvistaa henkilöstön osaamista ennaltaehkäisevään ja kuntouttavaan työhön. Opinnäytetyöni tarkoituksena on vahvistaa sosiokulttuurisen lähestymistavan muodostumista osaksi muistisairaiden tehostetun palveluasumisen yksiköiden työtä tuottamalla tietoa sosiokulttuurisesta innostamisesta ja sosiokulttuurisesta työotteesta henkilöstön osaamisen kehittämisen tarpeisiin. Toivottavasti Hyvän Elämän Taloissa tullaan toteuttamaan sellaista suunniteltua ja päämäärätietoista kuntouttavaa toimintaa, joka perustuu sosiokulttuurisen innostamisen ideologiaan.

LÄHTEET

Airila, A. 2000. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käytösoireisiin. Opinnäytetyö. Helsingin yliopiston aikuiskoulutuskeskus. Saatavissa: <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/149> [viitattu 23.2.2015].

Alzheimer's Disease International and World Health Organisation. 2012. Dementia- A public health priority. Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1 [viitattu 15.1.2015].

Andreev, T. Iloa arkeen toiminnallisilla menetelmillä. Teoksessa Opas dementoituvaa ihmistä hoitavalle, toim. Verkkoniemi, A. & Andrew, T. Alzheimer-keskusliitto ja Pfizer. Saatavissa: http://www.pfizer.fi/sites/fi/Products/oppaat/Documents/Opas_dementoivaa_ihmista_hoitavalle.pdf [viitattu 11.2.2015].

Bell, V. & Troxel, D. 2013. Dementia Bill of rights. Saatavissa: http://www.alzsupport.org/uploads/AN_ALZHEIMER_bill_of_rights.pdf [viitattu 28.2.2015].

Blomgren, J. 2011. Mistä ikääntyneet saavat apua. Kansallinen ikääntymisen foorumi: Kela. Päivitetty 23.11.2011. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/157956/Blomgren231111.pdf/b3d9b60d-4b9d-43e1-a34e-c209874284ab> [viitattu 21.1.15].

Erkinjuntti, T., Alhainen, K. & Rinne, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus. Teoksessa Muistihäiriöt, toim. Huovinen, M. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 108-116.

Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M.. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 276, 280

Hallikainen, M. 2014. Muistisairauden yleiset oireet. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 45–47.

Hartikainen, P. 2014. Lewynkappaletauti. Teoksessa: Muistisairaahan kuntouttava hoito, toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 287–291.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatrisen tiedon ja taidon merkitys iäkkäiden hoidossa. Teoksessa Geriatria- arvioinnista kuntoutukseen, toim. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima, 12 – 13.

Heikkinen, E. 2008. Tutkimuskohde, tutkimusmenetelmät, teorianmuodostus. Teoksessa Gerontologia, toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 16 – 17.

Heikkinen, R-L. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Gerontologia, toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 449 – 450, 451 - 455.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Hohenthal-Antin, L. 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Jyväskylä: PS-kustannus.

Härmä, H. 2015. Kulttuuri kuuluu kaikille. Muisti-lehti 1/2015, 13 – 15.

Högström, S. & Granö, S. 2009. Elämää muistisairauden kanssa: Kuntoutusopas muistisairaille ja heidän läheisilleen. Saatavissa:
<http://www.muistiliitto.fi/files/3713/7587/6873/Kuntoutusopas.pdf>. [viitattu 1.2.15].

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja vanhustyö. Teoksessa Vanhuus ja sosiaalityö, toim. Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus. Luento 2.2.2006. Teknillinen korkeakoulu. Saatavissa: <http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf> [viitattu 19.3.2015].
- Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. 2011. Sosiaalityön käsikirja. Kolmas painos. Helsinki: Edita Prima.
- Korkalo, T. & Mustanoja, M. 2012. Sosiokulttuurinen toiminta osaksi arkea. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulu. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39173/Korkalo_Tuija_Mustanoja_Minna.pdf?sequence=1 [viitattu 16.2.2015].
- Koskinen, S. 2008. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Gerontologia, toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T.2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 436 – 437, 439, 447.
- Kurki, L. 1997. Sosiaalipedagogiikka sosiaalisen kasvatuksen pedagogisena tieteenä. Teoksessa Sosiaalipedagogiikka, toim. Hämäläinen, J. & Kurki, L. Helsinki: WSOY.
- Kurki, L. 2008. Innostava vanhuus. 2. painos. Tampere: Finn Lectura.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.17.9.2004/857.
- Leikas, J. 2008. Ikääntyvät, teknologia ja etiikka. VTT:n julkaisu: VTT Working papers 110.Saatavissa: <http://www2.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2008/W110.pdf> [viitattu 27.1.2015].
- Liikanen H - L. 2007. Gerontologisen sosiaalityön menetelmiä. Teoksessa Vanhuus ja sosiaalityö, toim. Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Liikanen, H - L., Kaisla, S. & Viljaranta, L. 2007. Gerontologisen sosiaalityön pioneirit kentällä. SOCCA:n ja Heikki Waris instituutin julkaisusarja NRO 12. Saatavissa:

http://www.socca.fi/files/75/Gerontologisen_sosiaalityon_pioneerit_kentalla.pdf [viitattu 15.2.2015].

Loviisan kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma 2013–2020. Saatavissa:
<http://www.loviisa.fi/files/download/IkAAntymispoliittinenohjelma2013-2020.pdf>
[viitattu 19.2.2015].

Loviisan kaupunki.2015. Hankesuunnitelma. Saatavissa:
<http://77.105.94.16/d2/FIN/kokous/20154014-4-1.PDF> [viitattu 4.3.2015].

Loviisan kaupunki. 2015.Perusturvalautakunta. Esityslista. Saatavissa:
http://77.105.94.16/d2/FIN/cgi/DREQUEST.PHP?page=meeting_frames [viitattu 25.4.2015].

Loviisan kaupunki.2015. Senioripalvelut. Päivitetty 2.1.2015. Saatavissa:
<http://www.loviisa.fi/fi/palvelut/sosiaalijaterveyspal/senioripalvelut> [viitattu 19.1.2015].

Loviisan kaupunki. Senioripalvelut. Hoivayksiköt. Päivitetty 2.1.2015. Saatavissa:
<http://www.loviisa.fi/fi/palvelut/sosiaalijaterveyspal/senioripalvelut/hoivayksikot> [viitattu 19.1.2015].

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. 2., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Muistiliitto.2014 a. Hoito ja kuntoutus. Päivitetty 7.5.2014. Saatavissa:
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/>. [viitattu 28.1.15].

Muistiliitto. 2014 b. Kuntoutusmalli. Päivitetty 26.9.2014. Saatavissa:
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/kuntoutus/>
[viitattu 3.2.2015].

Muistiliitto. 2014 c. Muistisairaahan ihmisen oikeudet. Päivitetty 20.8.2014. Saatavissa:
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/palvelut-etuudet-ja-oikeudet/muistisairaahan-ihmisen-oikeudet/> [viitattu 28.2.2015].

Mönkäre, R. & Semi, T. 2014. Luova toiminta muistisairaana toimintakyvyn tukena. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito, toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 123 – 129.

Nuutinen, T. 2007. Keinuu – taiteen ja vanhustyön kohtaamisia. Teoksessa Elämänilon välähdyksiä, toim. Nuutinen, T. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisu C: Tiedotteita, 24.

Petäjä-Leinonen, A. 2008. Dementiaoireisella on lakisääteinen oikeus kuntoutukseen. Teoksessa Laadukkaat dementiaapalvelut, toim. Sormunen, S. & Topo, P. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 84.

Remes, A. 2014. Epätyypillinen Alzheimerin tauti. Teoksessa: Muistisairaana kuntouttava hoito, toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 268 – 269.

Remes, A. 2014. Otsa-ohimolohkorapheimien aiheuttama muistisairaus. Teoksessa: Muistisairaana kuntouttava hoito, toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 282 – 285.

Saarela, M. 1997. Pelit arkipäivän rikastuttajina ja vuorovaikutuksen apuvälineinä dementia-työssä. Tampere: Sopimusvuorisäätiö.

Sormunen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Andersson, S. 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Laadukkaat dementiaapalvelut, toim. Sormunen, S. & Topo, P. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 125 – 128.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Stakes. 2008. Laadukkaat dementiaapalvelut. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen opas kunnille, toim. Sormunen, S. & Topo, P. Saatavissa: http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Laadukkaat_dementiaapalvelut_Opas_kunnille_12032008.pdf [viitattu 6.2.2015].

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2012 – 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu 2012:1. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf [viitattu 6.2.2015].

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf [viitattu 3.2.2015].

STM. 2014. Asumispalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut [viitattu 6.2.2015].

Suhonen, L. 2014. Ikäihmisten kuntoutumisen uudistusnäkökulmat. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisussa B:24, Ikä! Moninainen ikäosaaminen, toim. Jämsén, A. & Kukkonen, T. Saatavissa: <http://issuu.com/karelia-amk/docs/ika-moninainen-ikaosaaminen> [viitattu 25.2.2015].

Suomen Sosiaalipedagoginen Seura. 2015. Sosiaalipedagogiikka. Saatavissa: <http://www.sosiaalipedagogiikka.fi/sosiaalipedagogiikka/> [viitattu 10.2.2015.]

Telaranta, P. 2014. Muistisairauden kanssa - Alzheimer arjessa. Helsinki: Auditorium.

Toimia. 2011. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto: Suositukset. Päivitetty 9.6.2011. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/> [viitattu 25.2.2015].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Viljakainen, T. 2014. Mikkelin ammattikorkeakoulun julkaisu: Ammatti-ihmiset vanhusten asialla. Gerontologinen erityisosaja kehittäjänä, toim. Jouppila-Kupiainen, E., Kammonen, S., Kirvesniemi, T., Kuru, T., Mikkonen, H., Piirainen, A., Rautasalo, E., Reunanen, M. & Utriainen, S. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, 215 – 216.

Voutilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/KH2014-suositukset-portlet/Tulosta?id=nix01676#R28> [viitattu 28.2.2015].

