



Kuntoutusta tukeva suunnitelma dementoituvan arjessa selviytymisen tukena

**Henna Kytöharju
Kaisu Lahtinen**

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2007**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Kytöharju, Henna Lahtinen, Kaisu	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 46+9	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Kuntoutusta tukeva suunnitelma dementoituvan arjessa selviytymisen tukena		
Koulutusohjelma Kuntoutuksen ohjauksen- ja suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Perttinä Pirkko, kuntoutuksen yliopettaja		
Toimeksiantaja(t) Seinäjoen kaupungin vuorohoitoyksikkö Viherkoti		
Tiivistelmä <p>Tutkimusten mukaan dementia on suurin ikääntyvien laitoshoidon joutumisen syy. Tällä hetkellä Suomessa arvioidaan olevan noin 80 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta ja lisäksi lievästi dementoituneita noin 30 000. Määrän ennakoitaan lisääntyvän vuosittain noin 11 000. Tämä lisää painetta kehittää kotona selviytymisen mahdollisuuksia.</p> <p>Seinäjoen kaupungin vuorohoitoyksikkö Viherkoti on perustettu toukokuussa 2006. Kaksitoista asiakaspaikkaa käsittävä Viherkoti tarjoaa kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa kotona asuville Seinäjokelaisille muistisairautta sairastaville henkilöille, joiden fyysinen toimintakyky on kohtalaisen hyvin säilynyt. Viherkoti tekee yhteistyötä dementoituvan, hänen omaistensa, Seinäjoen kaupungin kotihoidon sekä muiden dementoituvan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien tahojen kanssa.</p> <p>Opinnäytetyömme tavoitteena oli dementoituvan arjessa selviytymisen tukeminen sekä yhteistyön lisääminen Viherkodin, kotihoidon ja omaisten välillä. Tarkoituksena oli laatia kuntoutusta tukeva suunnitelma, jonka avulla tuetaan dementoituvan henkilön jäljellä olevia voimavaroja sekä kotona selviytymistä. Tavoitteena oli, että kuntoutusta tukevan suunnitelman avulla myös Viherkodin, kotihoidon ja omaisten välinen yhteistyö lisääntyisi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämishankkeena yhteistyössä Viherkodin ja kotihoidon työntekijöiden kanssa. Kehittämishankkeen aikana pidettiin yhteyttä sähköpostitse ja puhelimitse sekä järjestettiin kaksi yhteistä tapaamiskertaa. Kehittämishankkeen tuloksena syntyi kuntoutusta tukeva suunnitelmamalli, joka jäi koekäyttöön Viherkodille. Kuntoutusta tukevan suunnitelman kehitystyö jatkuu käytännössä saatujen kokemusten pohjalta. Nykyinen suunnitelman paperiversio siirtynee tulevaisuudessa sähköiseen muotoon Viherkodin järjestelmien muuttuessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Dementoituva, lyhytaikaishoito, kuntoutussuunnitelma		
Muut tiedot		

Author(s) Kytöharju, Henna Lahtinen, Kaisu	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 46+9	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Rehabilitation plan to support demented patients in everyday life		
Degree Programme Degree programme in Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) Pirkko Perttinä, Principal Lecturer		
Assigned by City of Seinäjoki, institutional respite care Viherkoti		
Abstract <p>According to researches dementia is the most general reason that elderly people get to long-term institutional care. There are approximately 80 000 patients with moderate and severe dementia and 30 000 patients with slight dementia. It is estimated that amount will increase annually approximately with 11 000 patients. This increases pressure to develop possibilities to cope at home.</p> <p>City of Seinäjoki institutional respite care Viherkoti is established in May 2006. Viherkoti, where are 12 places for patients, offers rehabilitative interval care for demented patients in Seinäjoki whose physical functional capacity is moderately sustained. Viherkoti is in collaboration with demented patient, his/her family carer's, community care of the City of Seinäjoki and others' who participate in caring and rehabilitation of the demented patient.</p> <p>The main point of the Bachelor's thesis was to support the demented patient in his/her everyday life and to increase co-operation between Viherkoti, community care and family carers' The objective was to outline the rehabilitation plan that supports remaining resources of demented patient and coping in everyday life. In addition our target was that with the aid of rehabilitation plan the co-operation of Viherkoti, community care and family carers' would increase.</p> <p>The Bachelor's Thesis was carried out as development project in co-operation with Viherkoti and employees' of the community care. During the development project the contacts were made via e-mail and phone and as well two meetings were held together. As a result of the development project was the rehabilitation plan model that was left for being tested at Viherkoti. The development work will continue when more results are achieved in practice. The resent plan will be available electronic when the software at Viherkoti changes.</p>		
Keywords demented patient, institutional respite care, Rehabilitation plan		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 DEMENTIAN MÄÄRITELMÄ.....	5
3 DEMENTOIVIEN SAIRAUKSIEN VAIKUTUS TOIMINTAKYKYYN.....	6
3.1 Alzheimerin tauti	6
3.2 Vaskulaariset demeniat.....	8
3.3 Lewyn kappale -tauti.....	9
4 DEMENTOITUVAN HENKILÖN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI	10
4.1 Dementoituvan moniulotteinen toimintakyky.....	11
4.2 Dementoituvan toimintakyvyn arvioinnin pääperiaatteet.....	14
4.3 Dementoituvan toimintakyvyn arvioinnissa käytettäviä mittareita.....	15
5 DEMENTOITUVAN KOTONA SELVIITYMISEN TUKEMINEN	16
5.1 Kotona asumista tukevat tekijät	17
5.2 Kotona asumisen päättymisen riskitekijät	18
5.3 Kotihoito.....	19
5.4 Kuntouttava lyhytaikaishoito	19
5.5 Omainen osana dementoituvan hoitoa	21
6 KUNTOUTTAVA TYÖOTE DEMENTOITUVIEN HOIDOSSA	22
7 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	24
7.1 Kehittämishanke opinnäytetyönä	25
7.2 Vuorohoitoyksikkö Viherkodin kuvaus.....	25
7.3 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet.....	27
7.4 Nykytilan kuvaus.....	28
8 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS.....	30
8.1 Ensimmäisen tapaamiskerran valmistelu.....	30
8.2 Ensimmäisen tapaamiskerran toteutus.....	35
8.3 Suunnitelman työstäminen.....	37
8.4 Toisen tapaamiskerran toteutus.....	39
8.5 Kuntoutusta tukevan suunnitelman kokeilu.....	41
10 POHDINTA.....	42
10.1 Oman oppimisprosessin arviointi	42
10.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi	43
10.3 Jatkokehittelyideat	44
LÄHTEET	46

LIITTEET

Liite1. Kuntoutusta tukeva suunnitelma	49
Liite 2 Esimerkki kuntoutusta tukevasta suunnitelmasta.....	54
Liite 3. Opinnäytetyön prosessikaavio	57

KUVIOT

Kuvio 1. Toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointi.....	14
Kuvio 2. Kuntouttava toiminta lyhytaikaishoitajaksolla.....	27
Kuvio 3. Kuntoutusta tukevan suunnitelman hyödyt.....	34

1 JOHDANTO

Dementoituvien kuntoutuksen kehittäminen on tärkeää ja ajankohtaista, sillä väestön ikääntyessä myös dementoituvien määrä kasvaa. Tällä hetkellä Suomessa arvioidaan olevan noin 80 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta ihmistä sekä lisäksi lievästi dementoituneita noin 30 000. Vuonna 2030 vähintään keskivaikeasti dementoituneiden määrän on arvioitu olevan lähes 130 000. Dementoivat sairaudet ovat merkittävä yhteiskunnallinen haaste. Ne aiheuttavat laajaa palveluiden tarvetta sairastuneille ja heidän omaisilleen. Dementoituville suunnattujen palveluiden kehittämisessä on ennen kaikkea kysymys kuntoutuksen näkökulman soveltamisesta dementoituvan ihmisen hoitoon ja palveluun. (Heimonen & Granö 2005, 11–14.)

Dementoituvien määrän ennakoitu kasvu lisää painetta kehittää kotona selviytymisen mahdollisuuksia. Tutkimusten perusteella dementia on suurin ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn menetyksen ja laitoshoitoon joutumisen syy. Dementoituvalle ihmiselle kotona asuminen olisi tutun ja turvallisen ympäristön vuoksi äärimmäisen tärkeää. Dementoituvalla ihmisellä on oikeus mahdollisimman normaaliin elämään, osallistumiseen ja itsensä toteuttamiseen sairaudesta huolimatta. Kotiympäristö tukee dementoituvan ihmisen elämän hallintaa ja mahdollistaa liikkumisen kodin ulkopuolella ja sen ympäristössä helpommin. (Heimonen & Tervonen 2004, 63–65.)

Seinäjoen kaupungin dementoituvien vuorohoitoyksikkö Viherkoti aloitti toimintansa toukokuussa 2006. Kaksitoista asiakaspaikkaa käsittävä Viherkoti tarjoaa kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa kotona asuville muistisairautta sairastaville ihmisille, joiden fyysinen toimintakyky on kohtalaisen hyvin säilynyt. Yhteistyötä tehdään dementoituvan, hänen omaistensa, Seinäjoen kaupungin kotihoidon ja muiden häntä hoitavien tahojen kanssa. Henna suoritti syksyllä 2006 yhdeksän viikon mittaisen harjoittelun Viherkodilla. Harjoittelun aikana nousi esille ajatus kuntoutuksen kehittämisestä entistä suunnitelmallisemmaksi, niin, että lyhytaikaishoitajakso tukisi dementoituvan jäljellä olevaa toimintakykyä kokonaisvaltaisesti sekä jaksolla että kotona.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia kehittämistyönä Viherkodille kuntoutusta tukeva suunnitelma, jonka avulla tuetaan dementoituvan ihmisen toimintakykyä, jäljellä olevia voimavaroja sekä kotona asumista. Tavoitteena on suunnitelman avulla lisätä myös arvokasta yhteistyötä Viherkodin, kotihoidon ja omaisten väillä. Lyhytaikaishoitajaksot ovat tärkeitä sekä dementoituvan itsenäisen selviytymisen tukemiseksi että erityisesti omaisen jaksamisen kannalta. Yhä enemmän tulisi kiinnittää huomiota myös omaishoitajien tukemiseen, heidän elämänlaatunsa kohentamiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen. Kuntoutusta tukevassa suunnitelmassa huomioimme myös omaisen omat voimavarat ja tuen tarpeet.

Opinnäytetyössämme käytämme muistisairautta sairastavasta henkilöstä käsitettä dementoituva. Dementoituva kuvaa sairauden etenevää luonnetta paremmin kuin käsite dementoitunut. Dementoituvalla ihmisellä on sairauden eri vaiheissa jäljellä myös terveyttä ja toimintakykyä. Dementoitunut sanaa käytämme ainoastaan kuvaamaan dementia eri vaiheita: lievästi, keskivaikeasti ja vaikeasti dementoitunut. Lyhytaikaishoidosta käytetään monia eri nimiä. Puhutaan lyhytaikaisesta laitoshoidosta, kuntouttavasta lyhytaikaishoidosta, jaksotaisoidosta, vuorohoidosta ja intervallihoidosta. Työssämme käytämme termejä vuorohoito ja lyhytaikaishoito. Viherkodin virallinen nimi on vuorohoitoyksikkö, mutta kirjallisuudessa käytetään yleisemmin sanaa lyhytaikaishoito.

2 DEMENTIAN MÄÄRITELMÄ

Dementia on oire aivoja rappeuttavasta sairaudesta, se ei ole erillinen sairaus. Siinä on kyse etenevästä aivotoiminnan häiriöstä, joka voi olla ohimenevä tai pysyvä. Vaikeusasteen mukaan dementia luokitellaan lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi. Dementia johtaa henkisen suorituskyvyn ennenaikaiseen heikkenemiseen. Alkuvaiheessa oireet ovat lieviä ja niiden eteneminen on yksilöllistä. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 54.) Yleinen käsitys on, että dementialla tarkoitetaan pelkästään muistin heikkenemistä. Kuitenkin dementialla tarkoitetaan aivojen korkeampien säätelytoimintojen laaja-alaista häiriintymistä, minkä seurauksena henkilöllä on huomattavia vaikeuksia selviytyä arkielämän toiminnoista. Muistioireiden lisäksi dementian käsitteeseen katsotaan kuuluvan muitakin oireita, kuten ongelmia toiminnan suunnittelussa, keskittymiskyvyssä, puheessa, kätevyudessa, hahmottamisessa sekä käyttäytymisen säätelyssä. Muistihäiriö on kuitenkin usein ensimmäinen oire dementiaa aiheuttavissa sairauksissa, mutta pelkän muistihäiriön perusteella ei voida tehdä dementiadiagnoosia. (Alhainen 2001, 22.)

Suomessa yleisesti käytetty dementian määritelmä on Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen laatima määritelmä. Sen mukaan dementialla tarkoitetaan useiden älyllisten toimintojen heikentymistä. Oireita ovat muistihäiriöt, kuten uuden oppimisen vaikeutuminen ja vaikeus palauttaa mieleen aiemmin opittua sekä vähintään yksi seuraavista häiriöistä:

- dysfasia eli kielellinen häiriö,
- dypraksia, tahdonalaisten liikkeiden häiriö, liikesarjojen suorittamisen vaikeus, vaikka motoriikka on kunnossa,
- agnosia, havaintotoiminnan häiriö, nähdyn esineen tunnistamisen vaikeus tai nähdyn merkityksen käsittämisen vaikeus, vaikka näköhavainnon jäsentäminen on normaali,
- toiminnan ohjaamisen häiriö muun muassa suunnitelmallisuudessa, kokonaisuuden jäsentämisessä, järjestelmällisyydessä ja abstraktissa ajattelussa.

Dementiaan kuuluu lisäksi, että älyllisten toimintojen muutokset rajoittavat merkittävästi sosiaalista tai ammatillista toimintaa ja toiminta heikkenee huomattavasti entisestä tasostaan. Merkittävää on, että oireet kehittyvät pikkuhiljaa, vähintään kuuden kuukauden kuluessa. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 44–46.)

3 DEMENTOIVIEN SAIRAUKSIEN VAIKUTUS TOIMINTAKYKYYN

Tärkeimmät dementiaa aiheuttavat sairaudet ovat Alzheimerin tauti (65–70 %), aivoverenkiertoperäinen vaskulaarinen dementia (15–20 %) ja Lewyn kapale-tauti (10–15 %). Harvinaisempia dementian aiheuttajia ovat muun muassa Parkinsonin tauti ja otsalohkorappeumista aiheutuvat muistisairaudet. Seuraavassa kerromme kolmesta yleisimmästä dementiaa aiheuttavasta sairaudesta lähinnä siitä näkökulmasta miten ne vaikuttavat sairastuneen henkilön toimintakykyyn. (Viramo & Sulkava 2001, 24–26.)

3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin, yksittäinen dementiaa aiheuttava, etenevä muistisairaus. Sen osuus keskivaikeista ja vaikeista dementioista on 65–75 %. Alzheimerin taudin aivomuutosten aiheuttamat oireet, jotka hankaloittavat arkea, ovat osa sairautta eivätkä kuulu normaaliin ikääntymiseen. Nykyään Alzheimerin tauti tunnetaan jo melko hyvin ja sen varhaista toteamista korostetaan, sillä uudella tiedolla sairaudesta ja uusilla lääkkeillä voidaan hidastaa oireiden etenemistä ja parantaa näin sekä potilaan että läheisen elämänlaatua. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 76–78.)

Alzheimerin tauti on aivojen rappeumasairaus, joka etenee tyypillisin vaihein, hitaasti ja tasaisesti. Mitä vanhemmaksi ihminen elää, sitä suurempi todennäköisyys hänellä on sairastua Alzheimerin tautiin. Alzheimerin taudin ensimmäisiä oireita on vaikea tunnistaa, joten yleensä ei tiedetä, koska tauti alkaa. Tyypillisin ensioire on uuden asian oppimisen vaikeus ja tuoreen muistiainek-

sen korostunut unohtaminen, mikä voidaan todeta muistitesteissä (kognitiiviset tehtäväsarjat). Muistihäiriöitä seuraavat toiminnan ohjauksen, kielellisen ilmaisun ja hahmottamisen vaikeudet. (Alzheimerin taudin oireet 2006.)

Alzheimerin taudin alkuvaihe

Alzheimerin taudin alkuvaiheessa lähimuisti heikkenee ja aktiivisuus vähenee. Muistivaikeudet ilmenevät uuden oppimisen vaikeutumisenä, unohtamisen lisääntymisenä ja asiakokonaisuuksien mieleenpainamisen hankaloitumisena. Hahmottamisen vaikeus korostuu vieraassa ympäristössä ja siitä seuraa eksymistä. Ahdistuneisuus, masennus ja ärtyisyys vaihtelevat yksilöllisesti. Alkuvaiheessa sairastuneen mielen valtaa epävarmuus, kun työtehtävät ja arjen askareet eivät suju kuten aiemmin. Keskittyminen, aloitekyky ja monimutkaisten sekä abstraktien asioiden ymmärtäminen heikkenee. Työssäkävillä havaitaan sairauden alkuvaiheessa usein stressioireita, uupumusta ja alavireisyyttä. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 64.)

Alzheimerin taudin keskivaihe

Alzheimerin taudin keskivaiheessa tapahtuu monia itsenäisen selviytymisen kannalta ratkaisevia muutoksia. Paikan hahmottamisen vaikeudet lisääntyvät ja tapahtuu eksymistä tutussakin ympäristössä. Pukeutumisessa tarvitaan apua ja vaatteiden lisäksi sanat tuntuvat olevan kateissa. Sairastuneella esiintyy harhaluuloja, harhanäkyjä ja uni- valverytmin häiriöitä. Sairastunut usein laihtuu, vaikka syökin monipuolisesti. Persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt säilyvät entisellään, fyysinen kunto on hyvä ja liikuntakyky on säilynyt. Ihminen ei tunne olevansa sairas, hänen toimintonsa ovat kuitenkin hidastuneet ja hän tuntee elävän onnellisten maailmassa. Sairauden tässä vaiheessa henkilö pystyy asumaan kotonaan ainoastaan päivittäisen valvonnan ja avun turvin, esimerkiksi puolisonsa kanssa. (Erkinjuntti ym. 2006, 87–88.)

Alzheimerin taudin loppuvaihe

Alzheimerin taudin loppuvaiheessa yksinkertaistenkaan päättelyä ja muistamista vaativien tehtävien suorittaminen ei yleensä onnistu. Sairastunut on laitostasoisen hoidon tarpeessa ja häntä joudutaan jatkuvasti avustamaan päivittäisissä toiminnoissa kuten peseytymisessä ja pukeutumisessa. Puhuminen on vaikeaa, henkilö toistaa sanoja ja ääniteitä. Vartalo on usein jäykistynyt, kä-

velykyky vaikeutuu ja lopulta katoaa. Sairastunut ei tunnista läheisiään ja myös paikan ja ajan taju häviävät. (Erkinjuntti ym. 2006, 89.)

3.2 Vaskulaariset dementiat

Dementia voi olla seurausta myös erilaisista verenkiertohäiriöiden aiheuttamista aivokudoksen vaurioista. Tällaisia dementioita kutsutaan verenkiertoperäisiksi eli vaskulaarisiksi dementioiksi. Suomessa ne aiheuttavat yksinään noin 15–20% dementioista. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia muutoksia esiintyy tätäkin useammin jonkin muun taudin, yleensä Alzheimerin taudin, lisäksi. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 72.)

Alzheimerin taudissa oireet ovat eri potilailla melko samanlaiset ja etenevät tietyssä järjestyksessä. Sama ei pidä paikkaansa vaskulaarisissa dementioissa. Niiden oireet riippuvat pitkälti siitä, missä kohdassa aivoja verenkiertohäiriö on. Joitakin tautiryhmälle tunnusomaisia piirteitä voidaan kuitenkin havaita. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 74.) Vaskulaarinen dementia alkaa usein nopeasti ja sen alku on selvemmin määriteltävissä kuin Alzheimerin taudissa. Sairaudesta etenee yleensä portaittain, välillä se pysähtyy ja olo voi jopa kohentua, välillä taas tulee äkillisiä pahenemisvaiheita ja sekavuustiloja. Osa älyllisistä toiminnoista saattaa säilyä pitkään, osa voi olla vaikeasti heikentyneitä jo sairauden alkuvaiheessa. Muistiongelmia tulee kaikille, mutta ne eivät yleensä ole yhtä vaikeita kuin Alzheimerin taudissa. (Erkinjuntti ym. 2006, 112.)

Yksi vaskulaaristen dementioiden tunnusomaisista piirteistä on häiriö oman toiminnan ohjaamisessa. Tämä näkyy muun muassa suunnitelmallisuudessa, kokonaisuuksien jäsentämisessä, järjestelmällisyydessä ja käsitteellisessä ajattelussa. Asiat eivät yksinkertaisesti hoidu. Tämä piirre on usein muistihäiriöitä selvempi. Kävelyvaikeudet ovat yleisiä ja kävely muuttuu usein haara-asennoiltaan leveähköksi ja askeleista tulee lyhyitä, köpöttäviä. Jo pelkkä liikkeelle lähteminen voi olla vaikeaa eikä käveleminen ole enää samalla tavalla automaattista kuin ennen. Liikkuminen muuttuu vähitellen kuin hiihtämiseksi, jalat eivät juuri nouse alustastaan. Monilla esiintyy myös lieviä halvausoireita ja yleistä raajojen kömpelyyttä. Ajatustoimintojen hidastumisen ohella siis

myös liikkeet hidastuvat. Seuraa tasapainohäiriöitä ja toistuvia kaatumisia. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 75.)

Joitakin vaskulaarista dementiaa sairastavia vaivaavat myös näköhäiriöt, kaksoiskuvat ja näkökenttähäiriöt. Tunne-elämästä tulee monilla ailahtelevaa: itku on yliherkkää pakkoitkua, joskus harvemmin pakkonaurua. Lähimmäiset havaitsevat persoonallisuuden ja mielialan muutoksia. Vaskulaarista dementiaa sairastavat ovat yleensä pidempään selvillä toimintakykynsä heikkouksista kuin Alzheimerin tautia sairastavat. Tämä saattaa aiheuttaa ahdistusta ja masentuneisuutta, omaa tilaa on vaikea hyväksyä. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 75.)

3.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on saanut nimensä taudissa havaittavien solunsisäisten muodostumien, Lewyn kappaleiden, mukaan. Lewyn kappale -taudin diagnoosi perustuu potilaan kliinisiin oireisiin ja aivojen patologiseen tutkimukseen (hermosolun sisäisten jyvästen, Lewyn kappaleiden esiintyminen aivokuorella ja -rungossa). Taudin syy on tuntematon, sairaus on etenevä eikä parantavaa hoitoa ole. Lewyn kappale -taudin kliininen kuva on hyvin vaihteleva, mikä vaikeuttaa diagnoosin tekoa. (Suomen dementiahoitoyhdistys ry 2004.)

Lewyn kappale -tautia sairastavan muisti on, henkilön ollessa virkeä, yleensä huomattavasti parempi kuin Alzheimerin tautia sairastavilla. Uusien asioiden oppimista voi tapahtua pitkällekin edenneessä taudissa. Vireystila vaihtelee kuitenkin nopeasti ja samalla myös muistitoiminnot voivat vaihdella paljon. Vaihtelevan vireystilan ohella myös oireiden yleistä kulkua leimaa voimakas fluktuaatio eli epävakaisuus. Toinen piirre, joka erottaa Lewyn kappale -taudin Alzheimerin taudista on tarkat ja toistuvat aistiharhat. Niitä saattaa esiintyä jo vuosia ennen muistioireita. (Viramo & Sulkava 2001, 11.)

Kolmantena Lewyn kappale -taudin tyyppioireena pidetään varhaisia parkinsonismioireita. Taudissa esiintyy tyypillistä lyijyputkimaista jäykkyyttä ja hammasratasmaista nykivää kankeutta. Ryhti saattaa muuttua etukumaraksi ja muun muassa käden toimintojen tarkkuus heiketä. Vapinaa esiintyy myös,

mutta harvemmin kuin esimerkiksi Parkinsonin taudissa. Lewyn kappale - taudin hoidossa on erityistä huomiota kiinnitettävä liikuntakykyyn ja fyysiseen kuntoon. Kävelykyvyn häviäminen on tavallinen laitoshoitoon joutumisen syy, jota voidaan myöhentää kuntoutuksella. (Viramo & Sulkava 2001, 11–12.)

4 DEMENTOITUVAN HENKILÖN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Heimonen ja Voutilainen (2006) kirjoittavat dementoituvan ihmisen toimintakyvyn ja elämänlaadun arvioinnin tärkeydestä. Dementoivat sairaudet ovat parantumattomia, jonka vuoksi hoidon tärkein tavoite on tukea sairastuneen ihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua. Etenevä muistisairaus aiheuttaa vähitellen toimintakyvyn heikentymistä, minkä myötä tuen, palvelujen ja hoidon tarve lisääntyy. Sairastuneen tilannetta ja avun tarvetta on arvioitava säännöllisesti, sillä auttamisen tapa on määriteltävä suhteessa ihmisen sen hetkiseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn arviointi on oleellinen osa tutkimuksia, jotka tehdään muistihäiriön syyn selvittämiseksi. Oikea diagnoosi ja säännöllisin väliajoin tehtävä toimintakyvyn arviointi ovat kuntoutumista edistävän hoidon ja palvelun lähtökohtia. Arvioinnin tulokset ohjaavat palvelun tavoitteiden asettamista ja palvelun toteuttamista sekä luovat pohjan tavoitteiden saavuttamisen ja palvelun vaikuttavuuden arvioinnille. (Heimonen & Voutilainen 2006, 22–23.)

Toimintakyvyn ja elämänlaadun arvioinnilla saadaan tietoa useisiin erilaisiin tarkoituksiin. Arviointituloksia voidaan hyödyntää muun muassa

- muistihäiriöistä henkilöä tutkittaessa muistihäiriön syyn selvittämisessä,
- jo todetun muistihäiriön tai dementoivan sairauden vaikeusasteen määrittelyssä,
- dementiaoireisen asiakkaan palvelutarpeen selvittämisessä,
- asiakkaan hoidon ja palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa (hoito- ja palvelusuunnitelmaa sekä kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa) sekä
- arvioitaessa ja seurattaessa kuntoutumista edistävän hoitotyön, lääkeshoidon ja muiden toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseksi tehty-

jen kuntoutustoimenpiteiden ja annettujen palvelujen vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun. (Heimonen & Voutilainen 2006, 23.)

4.1 Dementoituvan moniulotteinen toimintakyky

Toimintakyky käsitteenä liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin ja se voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona, tai todettuina toiminnan vajavuuksina. Ihmisen oma arvio toimintakyvystä on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka haittaavat hänen suoriutumista päivittäisissä perustoiminnoissa ja arjen askareissa. Laajasti määriteltynä toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla hänelle merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää. (Heimonen & Voutilainen 2006, 24.)

Toimintakykyä voidaan tarkastella moniulotteisesti neljän, fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen, osa-alueen avulla. Fyysinen toimintakyky määrittellään ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä, liikkumisesta (ADL) sekä asioiden hoitamisesta, kuten kotiaskareista ja asioinnista kodin ulkopuolella (IADL). Lisäksi fyysiseen toimintakykyyn katsotaan kuuluvan henkilön terveydentila ja erilaiset toiminnan vajavuudet. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Kognitiivisen (älyllisen) toimintakyvyn käsitteeseen kuuluvat ihmisen kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat a) eksekutiiviset eli toiminnanohjaukseen liittyvät tekijät, kuten toimintojen sujuvuus, suunnitelmallisuus ja joustavuus sekä b) tarkkaavaisuus, keskittyminen ja kontrollin ylläpitäminen. Toiminnanohjauksen perusluonteinen ominaisuus on kyky toimia tahdonalaisesti. Kaikki dementoivat sairaudet vaikuttavat toiminnanohjaukseen. Kognitiivinen toiminta edellyttää sopivaa vireystasoa ja tarkkaavaisuutta. Väsymys ja masennus ovat tyypillisiä tekijöitä, jotka voivat heikentää tarkkaavaisuutta väliaikaisesti, mutta ikääntyminen heikentää sitä pysyvämmiin. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Psyykkisen toimintakyvyn käsite liittyy ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisen toimintakyvyn kokonaisuuteen kuuluvat muun muassa itsearvostus, mieliala, omat voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen. Psyykkinen toimintakyky on otettava aina huomioon kognitiivista toimintakykyä määritettäessä, sillä mieliala ja motivaatio vaikuttavat älylliseen suoriutumiseen. Kognitiiviset muutokset voivat olla myös jonkin psyykkisen sairauden oireita. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Sosiaalista toimintakykyä määrittävät muun muassa suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen sekä myös vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys. Lisäksi harrastukset, yksin tai toisten kanssa, kotona tai kodin ulkopuolella tapahtuvat, kuuluvat sosiaaliseen toimintakykyyn. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Edellä kuvaamiemme neljän toimintakyvyn osa-alueen sekä ympäristöolotuvuuden lisäksi dementoituvan henkilön kohdalla on lisäksi usein tarpeen määrittää oikeudellinen toimintakyky, joka tarkoittaa ihmisen kykyä tehdä päätöksiä, joilla on oikeudellista merkitystä. Oikeudellinen toimintakyky liittyy siihen kuinka ihminen ymmärtää oikeudellisesti vaikuttavia asioita ja niiden merkityksiä. Oikeudelliseen toimintakykyyn liittyy muun muassa oikeustoimikelpoisuus (henkilön kyky antaa ja vastaanottaa oikeustoimiksi määritellyjä tahdonilmaisuja, kuten esimerkiksi tehdä kauppoja, lahjoittaa omaisuutta tai ottaa velkaa), testamentintekokelpoisuus, avioliitonsolmimiskelpoisuus sekä hoitosuostumuskelpoisuus eli ihmisen kyky antaa hoitoaan koskeva suostumus. (Heimonen & Voutilainen 2006, 27.)

Toimintakyky on moniulotteinen käsite ja kokonaisuus, jonka arviointi edellyttää käsitteen keskeisten sisältöjen konkretisoimista. Muuten toimintakyvyn arviointi ei ole mahdollista. Seuraavassa taulukossa on koottu esimerkkejä siitä, mitä kokonaisuuksia toimintakyvyn eri osa-alueille kuuluu (kuvio 1.). (Heimonen & Voutilainen 2006,27.)

<p>Fyysinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • kyky selviytyä arjen askareista: ruoan laitto, asiointi kaupassa/pankissa/postissa, pyykinpesu, siivoaminen • kyky selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista: ruokailu, peseytyminen, pukeutuminen, wc-käynnit • liikuntakyky, liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella • sairaudet ja niiden vaatima hoito • kyky huolehtia lääkityksestä • aistitoiminnot ja niiden vajavuudet • ihon kunto • kipu • ravitsemustila • suun terveysongelmat 	<p>Psyykinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • persoonallisuus • selviytymisstrategiat • tunteiden ilmaisu ja käsitteleminen • voimavarat • mieliala • mielenterveyden häiriöt, sairaudet • käytösoireet • turvallisuus/turvattomuus
<p>Kognitiivinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • päättelytoiminnot • muistitoiminnot, jotka käsittävät eri muistityypit, kuten esimerkiksi lyhyt- ja pitkäkestoisen muistin • kielelliset toiminnot, jotka käsittävät puheen tuottamisen ja ymmärtämisen • visuaaliset toiminnot, kuten hahmottaminen • motoriset toiminnot, kuten nopeus ja näppäryys • dementoivat sairaudet ja niiden hoito 	<p>Sosiaalinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • kyky ilmaista itseään • kyky käyttää puhelinta /kommunikoida muita välineitä käyttäen • asumismuoto (yksin vai yhdessä muiden kanssa) sosiaaliset verkostot • osallistumismahdollisuudet toimintaan kodin ulkopuolella
<p>Ympäristötekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • asunnon varustetaso, kodin muutostöiden tarve 	<p>Oikeudellinen toimintakyky</p> <ul style="list-style-type: none"> • oikeustoimikelpoisuus: henkilön kyky antaa ja vastaanottaa oikeus-

<ul style="list-style-type: none"> • lähiympäristön esteettömyys ja toimivuus (liikkumista vaikeuttavat tekijät ympäristössä, kuten hissittömyys) • asuinympäristön esteettömyys (lähipalveluiden saatavuus, kuten kauppa-, pankki- ja postipalvelut) 	<p>toimiksi määriteltyjä tahdonilmaisuja, kuten esimerkiksi tehdä kauppa, lahjoittaa omaisuutta tai ottaa velkaa</p> <ul style="list-style-type: none"> • testamenttikelpoisuus • avioliitonsolmimiskelpoisuus • hoitosuostumuskelpoisuus
---	--

Kuvio 1. Toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointi (mukaillen Heimonen & Voutilainen 2006, 28).

4.2 Dementoituvan toimintakyvyn arvioinnin pääperiaatteet

Toimintakyvyn arviointi edellyttää laajaa osaamista ja moniammatillista yhteistyötä, jossa hyödynnetään hoitotyön, sosiaalityön, lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta. Keskeistä on dementoituvan ja hänen läheistensä arvio toimintakyvystä, sillä toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista varten suunnitellut toimenpiteet ja palvelut edellyttävät ihmisen itsensä ja hänen läheistensä motivaatiota ja sitoutumista toimintakyvyn muutoksien aikaansaamiseksi. Tärkeää on selvittää myös ne tekijät, jotka vahvistavat ja edistävät toimintakyvyn myönteisiä muutoksia. Hyvässä toimintakyvyn arvioinnissa otetaan huomioon ihmisen oma arvio toimintakyvystä ja avun tarpeesta, omaisen arvio sekä yhden tai useamman asiantuntijan eri keinoja käyttäen tekemä arvio. (Heimonen & Voutilainen 2006, 29.)

Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia joko yhtä toimintakyvyn osa-alueita mittaavia mittareita tai useampia toimintakyvyn osa-alueita mittaavia arviointijärjestelmiä. Mittareiden käyttö ei kuitenkaan koskaan ole yksistään riittävä arvioinnin väline. Sen lisäksi tarvitaan keskusteluja arvioitavan ja hänen läheistensä kanssa, havainnointia siitä miten arvioitava selviytyy päivittäisistä toiminnoista sekä ympäristötekijöiden selvittämistä. Tämä on erityisen tärkeää dementoituvan ihmisen kohdalla, koska dementoituvan toimintakyky

on sidoksissa aikaan, paikkaan ja ihmisiin ja se muotoutuu yksilön, ympäristön ja toiminnan yhteisvaikutuksessa. Dementoituvan ihmisen toimintakykyä tulisi arvioida tutussa ympäristössä, normaaliin päivärytmiin liittyen ja hänelle ominaisella, tutulla tavalla. (Heimonen & Voutilainen 2006,30.)

Dementoituvan henkilön toimintakyvyn arviointi tulisi aina aloittaa keskustelulla, jolle on varattu riittävästi aikaa. Dementoituvan henkilön toimintakyvyn arvioinnin lähtökohtana ovat hänen elämäntarinatietonsa. Arvioitavilla tekijöillä on jokaiselle ihmiselle yksilöllinen merkitys: haluaako, osaako, kykeneekö hän ja täytyykö hänen tehdä näitä asioita arjessaan. Kutakin arvioitavaa tekijää voi ja tulisi tarkastella sekä toimintakyvyn vajeiden että voimavarojen näkökulmasta, sillä voimavarakeskeisyys on kuntoutumista edistävän hoidon ja palvelun lähtökohta. (Heimonen & Voutilainen 2006, 30.)

4.3 Dementoituvan toimintakyvyn arvioinnissa käytettäviä mittareita

Sairaudet, ihmisten elämäntilanteet ja mittausmenetelmien käyttötarkoitukset eroavat paljon toisistaan, joten ei ole mahdollista valita vain yhtä yleispätevää menetelmää. Kulloinkin käytettävissä olevista mittareista tulisi käyttää tarkoitukseen parhaiten soveltuvaa menetelmää. Esimerkiksi selviytymistä päivittäisessä elämässä voidaan arvioida useilla erilaisilla asteikoilla mutta erityisesti muistihäiriö- ja dementiapotilaiden arviointiin kehitetty ADCS-ADL asteikko tuo esiin jo lievänkin toimintahäiriön dementoivan sairauden alkuvaiheessa. (Alhainen & Rosenvall 2006, 403–404.) Seuraavaksi on esitelty dementoituvien henkilöiden toimintakyvyn arvioinnissa käytettäviä yleisimpiä mittareita ja arviointijärjestelmiä. Vaikka emme työssämme paneudu näihin sen syvemmin, haluamme tuoda lukijoille lyhyesti esille jokaisen mittarin käyttötarkoituksen.

ADCS-ADL (Alzheimer´s disease co-operative study – Activities of daily living inventory): päivittäisistä perus- ja välineellisistä toiminnoista selviytymistä sekä toiminnanohjausta mittaava asteikko

ADL (Activities of daily living): päivittäisistä perustoimista selviytymistä mittaava asteikko

Barthelin indeksi: päivittäisistä perustoimista selviytymistä mittaava mittari

CDR (Clinical dementia rating): muistihäiriön ja dementian vaikeusasteen arviointiin soveltuva, toiminnan yleistä tasoa arvioiva mittari

CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer´s Disease): kognitiivista toimintakyky laajasti mittaava tehtäväsarja

Cornell: dementoituvien henkilöiden masennusta mittaava asteikko

FIM (Functional independence measure): kuntoutuksen arviointi- ja seuranta-kokonaisuus

IADL (Instrumental activities of daily living): päivittäisiä välineellisistä toiminnoista selviytymistä mittaava asteikko

MMSE (MiniMental state examination): muistihäiriön ja dementian vaikeusasteen arvioinnin mittari, arvioi kognition eri osa-alueiden toimintoja

NPI (Neuropsykiatrinen haastattelu): dementiaoireisten henkilöiden käytösoireita mittaava mittari

RAI (Resident assessment instrument): laaja asiakaspohjainen seuranta- ja arviointijärjestelmä (koti- ja laitoshoidon järjestelmät)

RAVA: ikääntyneen ihmisen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelun tarvetta mittaava mittari

TOIMIVA: iäkkään henkilön fyysisen toimintakyvyn arvioimisen apuväline. (Heimonen & Voutilainen 2006, 37.)

5 DEMENTOITUVAN KOTONA SELVIYTYMISEN TUKEMINEN

Yleisin ikääntyvien kotona asumista vaarantava tekijä on dementia. Tutkimusten mukaan yli 90 % niistä yli 75-vuotiaista, joilla ei ole dementiaa, elää kotona. Vastaavasti dementoituvista henkilöistä kotonaan asuu noin puolet. Kotona asuminen on usein paras vaihtoehto dementoituvien ja heidän läheistensä kannalta. Tämä vaihtoehto edellyttää kuitenkin kehittyneitä avohoidon palveluita, joilla voidaan tukea sekä itse sairastunutta että hänen läheisiään. (Elo-niemi-Sulkava 2002 a, 106–107.)

Nykyisin tavoitteena on dementoituvien kotona asuminen mahdollisimman pitkään ja sitä pyritään tukemaan monin eri tavoin. Kotona asumista tukevat sekä sairastuneen omaiset ja muut läheiset että ammattihenkilöstön voimin to-

teutetut erilaiset sosiaali- ja terveystalvet. Hyvänä lähtökohtana kotihoidolle pidetään kattavan hoito- ja palvelusuunnitelman, nykyisin myös kuntoutussuunnitelman, laatimista. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 75–76.)

Heimonen ja Tervonen (2004) kirjoittavat dementoituvan arvokkaasta arjesta omassa kodissaan. Dementoituvalla ihmisellä on oikeus monimuotoisiin elämäkokemuksiin, terveyden kokemiseen ja mahdollisimman normaaliin elämään sekä osallistumiseen ja itsensä toteuttamiseen sairaudesta huolimatta. Kotiympäristö tukee dementoituvan ihmisen elämän jatkumista mahdollisimman normaalina. Dementoituvan ihmisen kotona asumisen edellytysten tulee kohdentua kotona olemisen sijasta kotona elämiseen ja elämänlaadun edistämiseen. Tällä tarkoitetaan dementoituvan ihmisen kokemusta mielekkästä elämästä. Tuttu ja turvallinen kotiympäristö voi tukea dementoituvan ihmisen elämän hallintaa. Kotiympäristö jatkaa perheeseen ja lähiympäristöön liittyvien ihmissuhteiden ylläpitämistä. Dementoituvalle ihmiselle on tärkeää saada olla osallisena ympäröivään yhteisöön. Liikkuminen kotona, sen ulkopuolella ja ympäristössä on tuttuuden ja tottumusten vuoksi helpompaa. Dementoituvan ihmisen minäkuvan kannalta katsottuna koti ilmentää ja ylläpitää hänelle tärkeitä asioita ja edistää hänen arvojensa ja uskomustensa todentumista. (Heimonen & Tervonen 2004, 63–64.)

5.1 Kotona asumista tukevat tekijät

Dementoituva ihminen selviytyy parhaiten omassa kodissaan useita vuosia sairastumisen jälkeen edellyttäen, että hän saa riittävää ja tarpeellista apua. Kotihoidon onnistumisen perustana on dementoivan sairauden tunnistaminen, diagnosointi ja asianmukainen hoito. Kotona selviytymisen tukeminen edellyttää myös hoidon kokonaisvaltaista ymmärtämistä, vastuunottoa ja seurantaa. Hoidon suunnittelun kulmakiviä ovat itsenäisyyden ja aikuisen ihmisen kunnioittaminen, turvallisuudesta huolehtiminen sekä toimintakyvyn tukeminen. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2001, 488–499.) Dementoituvien päivä- ja ryhmätoiminta sekä lyhytaikaishoitojaksot pitäisi toteuttaa siten, että ne tukevat dementoituvan itsenäistä selviytymistä. Dementoituvaa hoitavan omaisen riittävän varhain saama tarpeenmukainen ulkopuolinen apu voi ennaltaehkäistä omaisen uupumista ja edistää dementoituvan kotona asumista.

Dementoituvan kotona asumista tukevat muun muassa

- Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut
- Dementoituvien päivätoiminta
- Dementoituvien ympärivuorokautinen lyhytaikaishoito
- Kodin muutostyöt
- Erilaiset arkitoimissa tarvittavat apuvälineet (Suomen dementiahoitoyhdistys 1999.)

5.2 Kotona asumisen päättymisen riskitekijät

Yksi tavallisimmista syistä kotihoidon päättymiseen ovat dementoituvan käytösoireet, erityisesti levottomuus ja ahdistuneisuus. Yksin asuvat dementiapotilaat edustavat ryhmää, jonka kotona selviytyminen on uhattuna jo sairauden alkuvaiheessa. Riski lisääntyy dementian vaikeusasteen edetessä. Myös fyysisen toimintakyvyn ongelmat jouduttavat usein laitoshoitoon päättymistä. (Eloniemi-Sulkava ym. 2001, 488–499.)

Omaishoitajan kokemat vaikeudet, kuten väsyminen erilaisten hoito-ongelmien vuoksi, hoidon sitovuus, ristiriitaiset paineet, vastuun kantaminen yksin, oma sairaus tai toimintakyvyn lasku ovat osaltaan vaikuttamassa kotona asumisen päättymiseen. Tämän vuoksi omaisen tukeminen sekä erilainen ohjaus ja neuvonta ovat merkittävässä asemassa dementoituvan kotona selviytymisen tukemisessa. (Eloniemi-Sulkava 2002 a, 106–107.)

Myös sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä itsessään voi aiheuttaa dementiapotilaalle riskin joutua laitoshoitoon. Epäonnistunut lyhytaikaishoito voi romahduttaa dementoituvan toimintakyvyn. Lisäksi hoitajien tietotaidon puute ja negatiiviset asenteet voivat johtaa kyvyttömyyteen ratkaista potilaan hoitoon liittyviä ongelmatilanteita. Jäykät ja joustamattomat palvelujärjestelmät ovat usein suunniteltu ei-dementoituville ja näin ollen ne eivät kykene vastaamaan dementiapotilaan tarpeisiin. (Eloniemi-Sulkava ym. 2001, 488–499.)

5.3 Kotihoito

Kotihoidon turvin ikääntynyt on suurimman osan vuorokaudesta kodissaan erilaisin palveluin tuettuna. Kotipalvelu on tarkoitettu ikääntyneen henkilökohtaiseen huolenpitoon sekä jokapäiväiseen elämään kuuluvissa toimissa avustamiseen ja niiden suorittamiseen. Yleisin syy kotipalvelun aloittamiselle on alentunut toimintakyky, yksin tai puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuminen sekä tukihenkilöiden vähyys. Kotisairaanhoidon on ikääntyneen kotona tapahtuvaa, usein varsin vaativaakin sairaanhoidon tapaan. Kotihoitoon luetaan kuuluvaksi myös erilaiset päivittäistä toimintaa tukevat palvelut. Tukipalvelut voivat olla ikääntyneen kotiin tarjottavia palveluita (esimerkiksi aterioiden kotiin kuljetus) tai kodin ulkopuolella tapahtuvia (esimerkiksi ateriointi palvelukeskuksessa). Muita kotihoitoon sisältyviä palveluita ovat kylvetyspalvelu, siivouspalvelu, turvapalvelut, kuljetuspalvelut, päiväpalvelutoiminta, yöpartio, osavuorokautinen hoito, vanhainkodin lyhytaikaishoito ja kotisairaaloiminta (Ahonen, Backman, Paasivaara & Ronkainen 2002, 100–101.)

Kotihoito on kaikissa kunnissa tänä päivänä sosiaali- ja terveydenhuollon painopistealue. Sosiaalihuolto- ja kansanterveyslakeihin on lisätty aikavälille 1.1.2005 – 31.12.2008 uusi luku koskien erilaisten vanhustenhuollon organisoimismallien kokeilua (STM kuntatiedote 2004.) Kokeilun tavoitteena on sosiaalihuollon kotipalvelun ja terveydenhuollon kotisairaanhoidon yhdistäminen uudeksi tehtäväalueeksi, kotihoidoksi. Monessa kunnassa on jo tällä hetkellä asiakastasolla yhdistetty kotipalvelutyö ja kotisairaanhoidotyö yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jossa henkilöstö tekee asiakastyötä yhdessä, samassa tilassa, yhteisin työvälinein ja yhdessä sopimiensa toimintaperiaatteiden mukaisesti. Tällöin pystytään luomaan yhteinen työorientaatio, jossa kummankin ammattialan ammattilaiset tuovat päivittäin oman osaamisensa asiakkaiden ja toistensa avuksi (Larmi, Tokola, Välkkiö 2005, 11–13.)

5.4 Kuntouttava lyhytaikaishoito

Kuntouttavalla lyhytaikaishoidolla tarkoitetaan dementoituvan henkilön itsenäisyyttä ja kotihoitoa tukevaa hoitoa jota toteutetaan siihen perehtyneissä hoitopaikoissa. Kuntouttavassa lyhytaikaishoidossa korostuvat dementoituvan jäl-

jellä olevien voimavarojen selvittäminen ja hyödyntäminen hoitotyössä. (Heimonen, Juva, Lundgren & Voutilainen 2001, 10.) Lyhytaikaishoitajaksot toteutuvat joko satunnaisesti tai säännöllisesti ja niiden pituudet voivat vaihdella muutamasta päivästä kuukauteen. Jaksoilla hoidon tavoitteena on dementoituvan ihmisen tarpeiden ja toimintakyvyn huolellinen selvittäminen, toimintakyvyn ylläpitäminen kuntouttavain keinoin, itsenäisen selviytymisen tukeminen, elämänlaadun parantaminen sekä itsetunnon kohottaminen. Kuntouttavan lyhytaikaishoidon tavoitteena on kotihoidon jatkumisen edellytysten vahvistaminen ja omaisen hyvinvoinnin tukeminen. (Heimonen & Tervonen 2004, 77.)

Lyhytaikaishoito on tarpeen erityisesti kotona asuvan omaisen jaksamisen lisäämiseksi sekä dementoituvan kotihoidon pitkittämiseksi. Lyhytaikaishoitajaksot tulisi aloittaa riittävän ajoissa, jolloin niistä saadaan paras mahdollinen hyöty sekä hoitavalle omaiselle että dementoituvalla itselleen. Liian myöhään aloitetulla lyhytaikaishoidolla ei voida enää riittävästi tukea dementoituvan jäljellä olevaa toimintakykyä ja hoitopaikan vaihdos voi myös liiaksi hämmentää dementoituvaa henkilöä. Alussa hoitajaksoja toteutetaan satunnaisesti ja siitä siirrytään vähitellen perheen tilanteen mukaan jaksottaishoitoon, jossa kotijaksoa lyhennetään sekä laitosjaksoja lisätään ja pidennetään yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Kotihoito jatkuu lyhytaikaishoidon turvin niin kauan kuin hoitavalla omaisella on siihen voimavaroja. Lyhytaikaishoidon tehtävänä on siis lykätä pitkäaikaishoidon tarvetta, mutta samalla myös toimia sitä edeltävänä siirtymävaiheena lopulta edessä olevaan pitkäaikaishoitoon. (Qvick 2002, 14–15.)

Dementoituvien lyhytaikaishoidosta on monenlaisia kokemuksia. Myönteisinä asioina on nähty dementoituvan toimintakyvyn säilyminen ja parantuminen, omaisen jaksamisen lisääntyminen sekä muiden palveluiden, kuten pitkäaikaishoidon tarpeen vähentyminen. Kokemuksia epäonnistuneesta lyhytaikaishoidosta esiintyy kuitenkin edelleen. Dementoituvan kunto on huonontunut hoitajakson aikana, mikä on kuormittanut kotihoitoa entisestään. Onnistuneen lyhytaikaishoidon edellytyksinä voidaan pitää seuraavia kuutta asiaa:

1. Dementoituva saa lyhytaikaishoitajakson aikana turvallista, kuntouttavaa ja elämäntoimintoja ylläpitävää hoitoa sekä huolenpitoa.

2. Omaisella on mahdollisuus tuoda dementoituva läheisensä lyhytaikais-hoitoon aina samaan tuttuun yksikköön.
3. Hoitoyksikössä on osaava ja riittävä määrä henkilökuntaa, joka a) voi auttaa dementoituvaa nauttimaan elämästään ja lisäämään elämänlaa-tua, b) auttaa dementoituvaa osallistumaan toimintaan kykyjensä mu-kaan, c) auttaa ylläpitämään dementoituvan hyvän olon kokemusta, d) auttaa luomaan dementoituvalle turvallisuuden tunnetta ja e) auttaa yl-läpitämään dementoituvan henkilön arvokkuutta ja sosiaalisia kontakte-ja.
4. Omainen saa kokonaisvaltaista, oikea-aikaista ja oikean tasoista tukea.
5. Omaishoitaja kykenee itse virkistäytymään ja lepäämään lyhytaikaishoi-tojakson aikana.
6. Hoitoyksikkö tarjoaa dementoituvalle tarkoituksenmukaisen ja hänen toimintakykyänsä tukevan fyysisen ympäristön. (Qvick 2002, 14–15.)

Kuopion yliopistossa on tutkittu vuosina 1995–1996 ympärivuorokautisen lyhytaikaishoidon vaikutuksia dementoituvan kognitiiviseen ja fyysiseen toimintakykyyn sekä mielialaan kahdessa dementiayksikössä. Hoito pohjautui terapeuttisen yhteisön malliin sekä dementoituvien hyvään kokonaistilanteen arviointiin ja hoitoon, joka sisälsi dementoivan sairauden tarkan diagnosoinnin. Tutkimuksessa selvitettiin voidaanko lyhytaikaista ympärivuorokautista hoitoa toteuttaa ilman dementoituvan toimintakyvyn heikkenemistä. Mittareina tutkimuksessa käytettiin MMSE testiä sekä CGIC arviointia (Clinical General Impression of Change). MMSE testitulosten mukaan dementoituvien kognitiivinen toimintakyky parani merkittävästi molemmissa yksiköissä. CGIC tulosten mukaan hoidolla oli lisäksi positiivisia vaikutuksia dementoituvien fyysiseen toimintakykyyn ja mielialaan. Tehokas ja vaikuttava lyhytaikaishoito vaatii hyvin koulutetun henkilökunnan ja dementoituvan tarpeet huomioon ottavan hoitoympäristön. (Eloniemi-Sulkava 2002 b, 44, 63, 66–67.)

5.5 Omainen osana dementoituvan hoitoa

Usealla huonokuntoisella ikääntyvällä omainen on pääasiallinen hoitaja, joka kantaa vastuun sitovastakin läheisensä hoidosta. Hervonen ja Lääperi (2001) kuvaavat omaisten vaihtelevia ja moninaisia tunteita sairauden edetessä.

Yleisiä kielteisiä tunteita omaishoitajien haastatteluissa olivat väsymys, masennus, viha, suru, ahdistus ja kiukku. Väkivaltainen potilas aiheutti pelkoa. Hoitotyö koettiin henkisesti raskaaksi ja uuvuttavaksi. Ilonaiheena mainittiin hyvät päivät voinnissa ja molemminpuolinen huumori. Naapurien ja sukulaisten tuki sekä kotihoitohenkilökunnan apu koettiin tärkeäksi. Dementoituvan hoito on sitovaa. Joskus täytyy valvoa myös öisin, ettei omainen karkaa omille teilleen. Jatkuva huoli omaisesta aiheuttaa hankaluuksia oman ajan löytämiselle. Jotkut hoitajat saivat aikaa itselleen järjestämällä sijaisen kotiin tai potilaan lyhytaikaishoitoon laitokseen. (Hervonen & Lääperi 2001, 174–176.)

Omaishoitajuus muuttuu usein ympärivuorokautiseksi avun ja turvan järjestämiseksi sairastuneelle läheiselle. Omaishoitaja tulee huomioida hoidon resurssina, mutta häntä ei saa käyttää ammattityön korvaajana järjestettäessä kotona asumista edistävää tukea. Omaiset ja erityisesti omaishoitajat ovat ammattihenkilöiden yhteistyökumppaneita, mutta myös samalla itse tuen tarvisijoita. Sairauden edetessä omaishoitajat joutuvat entistä lujemmalle ja ovat suuremman avun ja tuen tarpeessa. Omaisen fyysisiä, taloudellisia ja psyykkisiä voimavaroja tulee tukea riittävästi tarjoamalla oikea-aikaisesti ja ennakoitujen riittäviä tukitoimia. Neuvonnan ja ohjauksen lisäksi omainen tarvitsee omaisryhmätoimintaa, jossa hän voi jakaa kokemuksiaan ja oppia muilta selviytymiskeinoja. Ennen kaikkea omaishoitajan tulisi voida kokea hyvinvointia ja elämänlaatua osana sairastuneen läheisensä hoitoketjua. (Heimonen & Tervonen 2004, 69–71.)

6 KUNTOUTTAVA TYÖOTE DEMENTOITUVIEN HOIDOSSA

Ikäihmisten kuntoutuksessa on painottunut fysioterapeuttien ja muiden kuntoutustyöntekijöiden rooli hoitotyöntekijöiden roolin osana kuntoutusta jäädessä epäselväksi. Kuitenkin ikäihmisen ollessa laitoshoidossa tai kotonaan, osallistuvat hoitotyöntekijät merkittävällä tavalla hänen hoitoonsa. He näkevät asiakkaan toimintakyvyn sekä siinä tapahtuvat muutokset konkreettisesti todellisissa arjen tilanteissa. Hoitotyöntekijät ovat toimineet ikään kuin välimaastossa hoidon ja kuntoutuksen välillä eivätkä he yleensä ole näkyvässä roolissa

asiakkaan kuntoutuksessa. Kuntouttavan työotteen käsite sijoittuu tähän väli-
maastoon. Sillä korostetaan jokaisen hoitotilanteen toteuttamista, sekä koti-
että laitoshoidossa, siten, että asiakkaan toimintakyky ja voimavarat otetaan
huomioon. Kuntouttavasta työotteesta käytetään myös nimitystä kuntoutumis-
ta edistävä hoitotyö. Konkreettisesti kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan sitä,
että asiakas tekee itse hoitotilanteessa kaiken sen, mihin hän pystyy, työnteki-
jän toimiessa tilanteiden ohjaajana ja asiakkaan motivoijana. (Holma, Heimo-
nen & Voutilainen 2002, 43.)

Holma ym. (2002) näkevät kuntouttavan työotteen kaikkien ikääntyneiden pa-
rissa työskentelevien yhteisenä haasteena. Heidän mukaansa se on tapa teh-
dä arjen työtä. Kuntouttavan työotteen perusta on ikäihmisen ja työntekijän
yhdessä toimiminen arjessa. Asiakkaan tulee saada käyttää omia voimavaro-
jaan työntekijän avustaessa häntä vain tarvittaessa. Lähtökohtana tulisi olla
asiakkaan oma kokemus voimavarojensa ja kykyjensä riittävydestä sekä
avun tarpeesta. Kuntouttava työote on tavoitteellista yhteistä toimintaa, jota
ohjaavat yhdessä sovitut tavoitteet toimintakyvyn ylläpitämiselle ja parantami-
selle. (Holma ym. 2002, 44–45.)

Kuntouttava työote näkyy työntekijän tavassa kohdata asiakas. Se näkyy arjen
perustoiminnoissa, siinä miten työntekijä auttaa asiakasta peseytymisessä,
ruokailussa, wc-käynneillä sekä siinä miten ohjataan, annetaan tietoa ja moti-
voidaan asiakasta toimimaan itse. Kuntouttavan työotteen käyttäminen edel-
lyttää työntekijän omien asenteiden tunnistamista, hyvää ammatillista tietope-
rustaa sekä taitoa toimia ikäihmisen kanssa. Taidot kehittyvät kokemuksen
kautta, mutta tiedon vahvistaminen vaatii jatkuvaa opiskelua. (Holma ym.
2002, 45.)

Kuntouttavan työotteen toteuttamisella voidaan lisätä mielekästä sisältöä
ikäntyneen henkilön arkipäivään sekä saada aikaan mielihyvän tunteita it-
sensä toteuttamisesta ja onnistumisen kokemuksesta. Ikääntyneiden kohdalla
itsensä toteuttamisen tarpeen mahdollisuudet on otettava huomioon suhtees-
sa heidän toimintakykyynsä ja elinympäristöönsä. Arkipäivien tulisi sisältää
mahdollisuuksia toimintaan ja tekemiseen, ei pelkästään olemiseen. Osallis-
tuminen mielekkääseen, aikuisen ihmisen minäkuvaa tukevaan toimintaan on

myös ikääntyvän ihmisen oikeus. Tämän avulla voidaan myös vähentää ikääntyneiden ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Mielekkään toiminnan mahdollisuuksia on löydettävä ja sovellettava yksilöllisesti jokaisen asiakkaan kohdalla. Ikääntyneelle itselleen tulee antaa mahdollisuus valita osallistumisensa ja työntekijän tulee kunnioittaa hänen yksilöllistä tapaansa osallistua. Mahdollisuus tehdä mielekkäitä asioita omien voimavarojen mukaan antaa ikääntyneelle tunteen hyväksytyksi tulemisesta ja osallisuudesta elämään omana persoonanaan. (Holma ym. 2002, 45–46.)

Dementoituvien henkilöiden kohdalla kuntouttavan työotteen toteuttaminen merkitsee samoja asioita mitä muidenkin ikääntyneiden kohdalla. Kuitenkin erityisesti dementoituvien kohdalla kuntouttavalla työotteella voidaan auttaa dementoituvaa selviytymään jokapäiväisistä askareistaan ja sosiaalisista suhteistaan mahdollisimman itsenäisesti sekä nauttimaan elämästään etenevän sairauden aiheuttamista vaikeuksista huolimatta. Kuntouttavan työotteen käytössä dementoituvien henkilöiden hoidossa korostuvat seuraavat periaatteet: dementoituvan yksilöllisyyden tunnustaminen ja kunnioittaminen, dementoituvan itsenäisyyden tukeminen, dementoituvan jäljellä olevien, heikentyneiden ja menetettyjen toimintakyvyn alueiden ja voimavarojen tunnistaminen ja huomioon ottaminen, dementoituvan säilyneiden toimintakyvyn alueiden ja voimavarojen tukeminen ja ylläpitäminen sekä hoitotyön tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja systemaattisuus. (Lundgren 1998, 13.)

7 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

Kehittämishankkeelle on ominaista, että se tehdään yhteistoiminnallisen työskentelyn keinoin. Olennaista on hyödyntää työntekijöiden kokemusta ja saada heidät osallistumaan aktiivisesti kehittämisprosessiin. Kehittämistyö edellyttää rohkeutta ja innovatiivisuutta, mutta sen tavoitteena on usein ratkaisujen tuottaminen yksinkertaisiin arkipäiväisiin ongelmiin. Työyhteisön toiminnan kehittämisen tulee liittyä organisaation yleisiin kehittämistavoitteisiin. Kehittämishankkeelle tulee olla analysoituna tarve ja sen pohjalta laadittu suunnitelma miten kehittämistyössä edetään. Kehittämishankkeessa työyhteisön saaminen

mukaan yhteistoiminnalliseen työskentelyyn vaatii oikeanlaisia keinoja ja perusteluja kehittämistyön tärkeydestä. (Perttinen, P. 2006.)

7.1 Kehittämishanke opinnäytetyönä

Opinnäytetyönä tehtävässä kehittämishankkeessa opiskelijalla on vaativa rooli. Opiskelijan tehtävänä on etsiä materiaalia ja tuoda yhteistoiminnalliseen työskentelyyn uutta tietoa, joka tukee kehittämistyön toteutusta. Opiskelijan haasteena on saada eri tahot työskentelemään yhdessä ja sitoutumaan yhteiseen kehittämistehtävään. Työskentelyn alkuvaiheessa on tärkeää luoda kehittämishankkeelle rajat, jotta keskitytään itse asiaan ja ettei työ muodostu liian laajaksi. Ehkä suurin kehittämistyön haaste on kiire ja yhteisen ajan puute. Näihin ongelmiin voi olla vaikea löytää ratkaisua, mutta jos niin saadaan tehtyä, palvelee lopputulos eri tahoja huomattavasti paremmin.

7.2 Vuorohoitoyksikkö Viherkodin kuvaus

Seinäjoen kaupungin dementoituvien vuorohoitoyksikkö Viherkoti on aloittanut toimintansa toukokuussa 2006. Kaksitoistapaikkainen yksikkö tarjoaa kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa seinäjokelaisille muistisairautta sairastaville asukkaille, joiden fyysinen toimintakyky on kohtalaisen hyvin säilynyt. Viherkodin toiminta on suunnitelmallista kotona asumista tukevaa yksikössä tapahtuvaa toimintaa. Keskeinen osa kuntouttavaa hoitoa on hyvä yhteydenpito kodin ja yksikön välillä, jolla voidaan täydentää ja tukea muistisairautta sairastavan ja hänen omaisensa arjen sujuvuutta. Jaksot Viherkodilla suunnitellaan yksilöllisesti vastaamaan dementoituvan ja hänen omaisensa tarpeisiin. Lyhytaikaishoitajaksojen pituudet vaihtelevat tilanteesta riippuen muutamasta päivästä kolmeen viikkoon. Dementoituvaa läheistään hoitava omainen tietää, että hänellä on mahdollisuus saada apua puhelimitse tai tuoda sairastunut tarvittaessa hoitojaksolle ympärivuorokauden. Tämä tietoisuus avun saannista on hoitavien omaisten jaksamisen kannalta merkittävä tukimuoto.

Viherkoti tarjoaa dementoituvalle viihtyisän ja turvallisen hoitoympäristön, jossa hän voi elää arvokasta ja hyvää elämää. Vuorohoitojaksojen tarkoitus on

- toimia kuntoutusjaksona dementoituvalle

- tukea dementoituvan olemassa olevia voimavaroja, tietoja ja taitoja
- luoda yksinasuvalle dementoituvalle turvallisuuden tunnetta ja tarjota sosiaalisia kontakteja
- tukea yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta sekä antaa mahdollisuus omatoimiseen tekemiseen
- siirtää dementoituvan pitkäaikaishoitoon joutumista
- antaa hoitavalle omaiselle mahdollisuus lepoon ja omaan aikaan sekä
- tukea omaisen jaksamista dementoituvan hoitotyössä

Viherkodin toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaan elämänhistorian tunteminen, nykytilanteen, jäljellä olevan toimintakyvyn ja voimavarojen arvioiminen. Tavoitteena on löytää jokaisen asiakkaan persoonallisuuden ja elämänhistoriasta saatujen tietojen pohjalta yksilöllinen, yhteneväinen tapa ohjata ja tukea dementoituvaa elämisen toiminnoissa. Lyhytaikaishoitojaksolla pyritään dementoituvan kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn ylläpitoon fyysisen, sosiaalisen, henkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueilla (kuvio 2.).

Fyysinen toiminta	Sosiaalinen toiminta
<p>Yksilöllinen ja ryhmässä tapahtuva kuntoutus</p> <ul style="list-style-type: none"> • lenkkeily, jumpat, retket, tasapainokoulu, hieronta ym. <p>Kodinholdolliset askareet</p> <ul style="list-style-type: none"> • pöytien pyyhkiminen, tiskaus ym. <p>Omatoimisuus arkisissa toimissa</p> <ul style="list-style-type: none"> • pukeminen, oman ruuan annostelu ja pöytään vieminen ym. 	<p>Viriketoiminta</p> <ul style="list-style-type: none"> • laulaminen, ulko- ja sisäpelit ym. <p>Yhdessäolo</p> <p>Retket</p> <p>Keskustelu</p> <p>Lehdenluku</p> <p>Tv:n katselu</p>

Henkinen toiminta	Kognitiivinen toiminta
<p>Itsetunnon tukemista ja oman identiteetin säilyttämistä</p> <p>Mahdollisuutta ilmaista ja kokea erilaisia tunteita</p>	<p>Muistin ja älyllisten toimintojen tukemista</p> <ul style="list-style-type: none"> • muisteluttaminen, tietokilpailut ja -visailut, sananlaskut

Kuvio 2. Kuntouttava toiminta Viherkodilla

Viherkodin toimintaa ohjaavina arvoina ovat ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. Toimintaperiaatteina ovat asiakaslähtöisyys, turvallisuus, ennaltaehkäisy, jatkuvuus, yksilöllisyys, valinnanmahdollisuus, yhteistyö, kokonaisvaltaisuus ja kustannusvaikutukset. Viherkodin henkilökuntaan kuuluu fysioterapeutti, sairaanhoitaja, geronomeja, lähihoitaja sekä laitoshuoltaja. Työntekijät Viherkodilla ovat sitoutuneet yksikön kuntouttavaan hoitotyöhön ja sen kehittämiseen.

7.3 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Lyhytaikaishoidon asiakkaat kykenevät vielä avun turvin asumaan omassa elinympäristössään. Usein omaiset ja/tai kotihoito tukevat dementoituvan itsestä selviytymistä kotona. Kuntouttava lyhytaikaishoito kotihoidon rinnalla tarjoaa tavoitteellista ja monipuolista kuntoutusta dementoituvalle sekä antaa hoitavalle omaiselle mahdollisuuden lepoon ja omaan aikaan. Näin ollen dementoituvan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuu monta toimijaa. Dementoituvan jäljellä olevan toimintakyvyn ja voimavarojen ylläpidon kannalta on tärkeää, että kaikki häntä hoitavat tahot toimisivat yhteisten tavoitteiden mukaan. Kehittämishankkeessa pyrimme Viherkodin, kotihoidon ja omaisten välisen yhteistyön lisäämiseen, jotta lyhytaikaishoidossa aloitettu kuntoutus jatkuisi kotona ja päivittäin.

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli laatia kuntoutusta tukeva suunnitelma eri tahojen yhteistyön välineeksi ja dementoituvan arjessa selviytymisen tu-

kemiseksi. Suunnitelman laadinta toteutettiin kehittämishankkeena yhteistyössä Viherkodin työntekijöiden kanssa. Suunnitelman laadintaprosessiin osallistui lisäksi muutama edustaja kotihoidosta tuomaan näkökulmaa dementoituvan kotona selviytymisestä.

Lyhytaikaishoidon yhtenä tärkeänä tehtävänä on dementoituvaa hoitavan omaisen hyvinvoinnin tukeminen. Ammattihenkilöstön tehtävänä on tukea omaishoitajaa selviytymään tehtävässään ja auttaa tunnistamaan omia voimavarojaan. Dementoivan sairauden etenevä luonne lisää omaisten tuottaman avun ja tuen tarvetta, jolloin hoidon sitovuus ja omaisen kuormittuvuus lisääntyvät sairauden edetessä. (Heimonen & Tervonen 2004, 70–71.) Työsämme pyrimme ottamaan huomioon omaiset ammattihenkilöstön tärkeänä yhteistyökumppanina, mutta myös itsekin tuen tarvitsijoina.

Kehittämishankkeen alussa määrittelimme työllemme tavoitteet, jotka nousivat esille Viherkodin ja kotihoidon kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Tavoitteet loivat yhteisen suunnan kaikille kehittämishankkeessa mukana oleville.

1. Dementoituvan jäljellä olevien voimavarojen ja toimintakyvyn tunnistaminen osaksi tavoitteellista ja virikkeellistä hoitoa ja kuntoutusta
2. Yhteisten tavoitteiden määrittely kuntouttavalle lyhytaikaishoidolle ja kotihoidolle dementoituvan kuntoutuksen jatkuvuuden varmistamiseksi
3. Yhteistyön lisääminen Viherkodin ja kotihoidon välillä
4. Omaisen hyvinvoinnin tukeminen

7.4 Nykytilan kuvaus

Uutena yksikkönä Viherkoti haluaa kehittää toimintaansa muun muassa lisäämällä yhteydenpitoa omaisten ja yhteistyötahojen välillä sekä panostamalla asiakkaiden ja heidän elämänsä historian tuntemiseen. Kehittämishankkeelle asettamamme tavoitteet tukevat näin ollen Viherkodin toiminnalleen laatimiaan kehittämistavoitteita. Toiminnan etsiessä uomiaan Viherkodin työntekijät ovat myös valmiita vastaanottamaan muutoksia ja kehittymään. Opinnäytetyömme kannalta tämä on hyvä, sillä työntekijöiden sitoutuminen työnsä kehittämiseen on muutosvastarintaa suurempi.

Viherkodilla jokaisella asiakkaalla on henkilökohtainen kansio, joka sisältää muun muassa asiakkaan henkilötiedot, omaisen yhteystiedot, palvelut kotona asumisen tueksi, liikkumisen, peseytymisen, pukeutumisen ja apuvälineet. Uuden asiakkaan tullessa lyhytaikaishoitajaksolle Viherkotiin, kerätään asiakkaasta aina haastatteleamalla perustiedot. Kotihoidossa asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma eli Omakansio. Omakansio pitää sisällään muun muassa asiakkaan henkilötiedot, sairaudet, apuvälineet, kotihoidon päivittäiset tehtävät sekä viestilehden. Omakansio kulkee ikääntyneen mukana lyhytaikaishoidossa, terveyskeskuksessa sekä muissa hänen hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvissa yksiköissä. Molemmat tahot kirjaavat kattavasti tietoja asiakkaasta lomakkeisiinsa, mutta dementoituvan toimintakyvyn, voimavarojen ja tavoitteiden määrittely kuntoutukselle jää puutteelliseksi. Kuntoutusta tukeva suunnitelma haluttiin laatia täydentämään jo olemassa olevia lomakkeita. Suunnitelman avulla myös Viherkodin työtä ohjaavat arvot ja periaatteet kuten yksilöllisyys, asiakaslähtöisyys, kokonaisvaltaisuus, yhteistyö ja jatkuvuus saavat lisää painoarvoa.

Lyhytaikaishoidon tulisi olla aktiivista, suunnitelmallista ja kuntoutuksellista ja pohjata kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutuksen palveluiden tulisi muodostaa katkeamaton palveluprosessi, jolla tuetaan dementoituvan ihmisen selviämistä arkisissa toiminnoissa ja hänen elämänhallintaansa sairauden kanssa. Kirjallisesta suunnitelmasta nähdään, mitä kuntoutus tämän yksittäisen henkilön kohdalla tarkoittaa. (Högström & Granö 2006, 18.)

Viherkodin ja kotihoidon yhteisiä asiakkaita ovat etenkin monet yksin asuvat lyhytaikaishoidossa käyvät dementoituvat. Yhteistyötä Viherkodin ja kotihoidon työntekijät tekevät pääasiassa puhelimitse. Asiakkaiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä asioista keskustellaan myös silloin, kun kotihoidon työntekijä saattaa asiakkaan jaksolle Viherkotiin. Kotihoidon asiakkaiden mukana kulkeva Omakansio toimii myös eräänlaisena viestinnän välineenä jaksojen ja kotihoidon välillä. Tällä hetkellä yhteistyö on satunnaisia tapaamiskertoja lukuun ottamatta vähäistä. Molempien tahojen toivomuksena on, että yhteistyö lisääntyisi ja muodostuisi säännöllisemmäksi.

8 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

Kehittämishankkeessa työyhteisön aktiivinen osallistuminen suunnitteluprosessiin on tärkeää. Lisähaasteita yhteistyön toteutumiselle toi välimatka Seinäjoen ja Jyväskylän välillä. Käytännössä päädyimme toteuttamaan kehittämishankkeemme siten, että järjestimme Seinäjoella kaksi yhteistä tapaamiskertaa ja lisäksi pidimme yhteyttä sähköpostitse ja puhelimitse. Pidimme yhteiset palaverit Viherkodin tiloissa ja tapaamiskertojen kesto jokaista päivää kohden muotoutui puolestatoista tunnista kahteen tuntiin.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla kokoonnuimme ideoimaan suunnitelman sisältöä, rakennetta ja käyttötarkoitusta. Toisella tapaamiskerralla esittelimme laatimamme kuntoutusta tukevan suunnitelman kokeiluversion. Tämän jälkeen Viherkodilla kokeiltiin suunnitelmaa muutamalla asiakkaalla. Koekäytön pohjalta nousseet palaute ja kehittämisideat olemme kirjanneet opinnäytetyöhömme jatkokehittelyä varten.

8.1 Ensimmäisen tapaamiskerran valmistelu

Aihe opinnäytetyöllemme muotoutui syksyllä 2006. Viherkodilla on alusta alkaen ollut ajatuksena laatia kuntoutussuunnitelma entistä tavoitteellisemman ja suunnitelmallisemman hoidon koordinoijaksi. Viherkodin toimintaan ja kuntouttavaan lyhytaikaishoittoon tutustuminen yhdeksän viikon mittaisen harjoittelun aikana loi hyvän pohjan kehittämistyöllemme. Erinomaiset lähtökohdat yhteiselle hankkeellemme toi myös Viherkodin moniammatillinen, toimintaansa kehittävä työntekijätiimi ja meidän kuntoutuksen tuore asiantuntemus.

Syksyn mittaan perehdyimme Viherkodin asiakastietolomakkeisiin ja kotihoiton hoito- ja palvelussuunnitelmaan. Halusimme selvittää, mitä ja miten tietoja asiakkaasta tällä hetkellä kirjataan ja kuinka tavoitteellista ja suunnitelmallista hoito ja kuntoutus on. Keräsimme myös paljon teoretietoa dementiasta ja dementoituvien kuntoutuksesta sekä tutustuimme muutamaaan dementoituvia hoitavaan yksikköön. Vierailimme Jyväskylän Mathilda-kodissa, joka on de-

mentoituvien pitkäaikaishoitopaikka sekä tutustuimme muutamiin muihin dementoituvia hoitaviin yksiköihin internetissä. Katsoimme myös dokumentin dementoituvien lyhyt- ja pitkäaikaishoitoon erikoistuneesta Espoon demen-tiakodista Oprista ja Oleksista.

Tammikuussa alkoi kehittämistyömme tarkempi suunnittelu ja ensimmäisen tapaamiskerran valmistelu. Yhteistyömme alusta lähtien pidimme yhteyttä Viherkodin henkilökunnan kanssa sähköpostitse ja puhelimitse. Kävimme myös Seinäjoella keskustelemassa kotihoidon eteläisen alueen aluevastaavan kanssa kotihoidon nykytilasta ja Viherkodin ja kotihoidon tämän hetkisestä yhteistyöstä. Kotihoidolla ja Viherkodilla on paljon yhteisiä asiakkaita, etenkin yksinasuvia dementoituvia. Molempien tahojen kuntouttavan hoidon tavoitteena on kotiselviytymisen tukeminen ja dementoituvan jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitäminen. Keskusteluissa kotihoidon päällimmäiseksi toiveeksi nousi yhteistyön tiivistäminen ja lisääminen Viherkodin kanssa niin, että dementoituvien kuntoutus ja hoito toteutuisivat yhteisesti määriteltyjen tavoitteiden pohjalta. Tärkeäksi koettiin myös se, että tiedetään mitä lyhytaikaishoitajaksolla tehdään kyseisenkin asiakkaan kohdalla.

Käytössä oleviin kuntoutussuunnitelmiin tutustuminen

Ensimmäistä tapaamiskertaa varten tutustuimme erilaisiin dementoituvien hoitopaikoissa käytössä oleviin kuntoutussuunnitelmiin. Löysimme kolme hyvin samanlaista kuntoutussuunnitelmaa, jotka oli laadittu kahdessa eri projektissa. Ensimmäinen suunnitelma löytyi Dementoituvien lyhytaikaishoidon kehittäminen Pohjois-Kymenlaaksossa – projektin loppuraportista. Projekti toteutettiin vuosina 2003–2005. Projektin tavoitteena oli kehittää lyhytaikaishoitoa antavien laitosten lyhytaikaishoitoa kotona asumista tukevaksi ja kuntouttavaksi toiminnaksi, sekä kehittää malli kuinka dementoituvien lyhytaikaishoitoa voi toteuttaa. (Manninen 2006.) Projektissa laadittuun kuntoutussuunnitelmaan kirjataan dementoituvan voimavarat ja vahvuudet, hoidon tarve, hoidon tavoitteet ja keinot sekä hoidon toteutus ja arviointi. Kuntoutussuunnitelman rinnalla on erikseen tarkempi hoitosuunnitelma ja dementoituvan elämänkulun kuvaus.

Toiset kaksi kuntoutussuunnitelmaa löytyivät Vanhus- ja lähimmäispalveluliiton Muisti ja kuntoutus 2003–2005 –projektin hyvien käytäntöjen inter-

netsivuilta. Kyseisen projektin tavoitteena oli dementoituneen ihmisen omista voimavaroista lähtevän kuntouttavan dementiahoidon kehittäminen seitsemässä Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton yksikössä. Projektissa mukana olleissa dementia-ryhmäkoodissa ja päivätoimintayksiköissä laadittiin dementoituville asiakkaille voimavarojen kartoitus, tehtiin elämänkaariselvityksiä, havainnoitiin käyttäytymistä ja ongelmatilanteita sekä ympäristöä. Voimavarojen kartoitus sisälsi psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin lähinnä päivittäisten toimintojen osalta. Voimavarojen kartoituksen pohjalta laadittiin kaikille omat kuntoutuksen tavoitteet ja keinot, jotka kirjattiin kuntoutussuunnitelmaan tai hoitotyön suunnitelmaan. (Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. 2005.)

Neljännän suunnitelmamallin poimimme Taina Semin (2004) kirjasta, joka käsittelee ilmaisullista kuntoutusmenetelmää dementia-työssä. Halusimme yhden täysin erilaisen suunnitelmaversiomallin, jossa lähtökohtana ovat dementoituvan voimavarat. Suunnitelmasta käytetään nimeä asukkaan voimavara- ja hyvinvointikaavake. Perustietoina asukkaasta siinä kartoitetaan muun muassa läheisen tiedot, allergiat, apuvälineet, diagnoosit, hoitotestamentti, ruokavalio sekä MMSE testin tulos. Lähtökohtana suunnitelmassa on asukkaan päivittäiset, sosiaaliset, kognitiiviset ja motoriset taidot. Taitoihin kirjataan yksilöllisesti asukkaan vahvuuksia, voimavaroja ja mieltymyksiä. Taitojen tunnistaminen vaatii hoitohenkilökunnalta tietynlaista herkkyyttä, sillä joskus niitä voi olla vaikea nähdä, mutta silti niitä löytyy jokaiselta. Taitojen lisäksi suunnitelmassa on kohta pulmat, johon kirjataan arjessa esiintyviä ongelmia sekä ratkaisuja niihin. Kuntoutus on huomioitu suunnitelmassa kohdalla lääkkeetön hoito. Suunnitelman lopussa on kohta taikasanat, johon kirjataan esimerkiksi päivittäisiä toimintoja helpottavia asioita, taikasanoja, joiden avulla saadaan dementoituva syömään, rauhoittumaan, peseytymään tms. (Semi 2004, 97–102.)

Kaikki neljä kuntoutussuunnitelmaa, joihin tutustuimme, ovat käytössä hoitopaikoissa muiden asiakastietolomakkeiden rinnalla. Kehittämishankkeemme tarkoituksena on myös laatia suunnitelma, joka tulee täydentämään Viherkodin nykyisiä asiakastietolomakkeita. Päätimme hyödyntää edellä esiteltyjä, jo käytössä olevia kuntoutussuunnitelmia keskustelun pohjana ja Viherkodin oman kuntoutusta tukevan suunnitelman tarpeen määrittelyssä. Tavoitteena

ensimmäisellä tapaamiskerralla oli saada aikaan mahdollisimman paljon avointa keskustelua siitä millainen olisi Viherkodin tarpeisiin sopiva ja toimiva suunnitelma ja mitä sen tulisi sisältää.

Ensimmäistä tapaamiskertaa varten laadimme myös taulukon (kuvio 3.), johon kirjasimme kuntoutusta tukevan suunnitelman hyödyt kaikille neljälle taholle: dementoituvalle, Viherkodille, kotihoidolle ja omaiselle. Halusimme tuoda esille sekä itsellemme että työntekijöille suunnitelman käytöstä esiin nousevia positiivisia puolia. Halusimme myös korostaa kaikkien dementoituvan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien tahojen merkitystä kuntoutusta tukevassa suunnitelmassa. Erityisesti dementoituvan hoitoon osallistuvien omaisten jaksamisen ja voimavarojen kartoituksesta tulisi keskustella suunnitelman laadinta vaiheessa.

<p>KUNTOUTUJA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yksilöllistä ja tavoitteellista hoivaa ja kuntoutusta • Toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen • Itsenäisyyden ja omatoimisuuden vaaliminen • Kokonaisvaltainen hyvinvoinnin lisääntyminen • Mielihyvää tuottavien asioiden lisääntyminen 	<p>OMAINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voimia arjessa jaksamiseen • Tunne, että välitetään ja en ole yksin asiaini kanssa • Kannustus • Uutta tietoa ja vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin • Omainen näkee itsensä osana hoitavaa verkostoa
<p>VIHERKOTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Työtä ohjaavat arvot ja käytettävissä olevat voimavarat muunnetaan kuntoutujan hyvää elämää tukeviksi Esim. kuntouttava työote • Lyhytaikaishoidon palvelun taso ja laatu paranee • Kotoa intervallijaksolle siirrytään luontevasti ja olo jaksolla koetaan turvallisiksi • Suunnitelma velvoittaa kaikkia työntekijöitä samansuuntaiseen toimintaan 	<p>KOTIHOITO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suunnitelma mahdollistaa asiakaslähtöisemmän ja kuntouttavamman työotteen toteutumisen • Suunnitelma antaa nopeasti työntekijälle kokonaiskuvan asiakkaan sen hetkisestä toimintakyvystä • Suunnitelma velvoittaa kaikkia työntekijöitä samansuuntaiseen toimintaan

Kuvio 3. Kuntoutusta tukevan suunnitelman hyödyt

Kehittämishankkeemme yhteisiä tapaamiskertoja varten laadimme lyhyet kuvaukset palaverien sisällöstä. Siinä kerroimme jokaisen tapaamisen tärkeimmät tavoitteet, tapaamiskertojen keston ja sen, ketä haluaisimme olevan mukana palavereissa. Viherkodin henkilökunnan kanssa olimme tehneet yhteistyötä ennen ensimmäistä tapaamiskertaa paljon puhelimitse ja sähköpostitse. Heille lähetimme sähköpostitse tapaamiskertojen kuvauksen ja toivotimme kaikki työntekijät tervetulleeksi yhteisiin palaveriimme. Kotihoidon kanssa olimme tehneet yhteistyötä ainoastaan yhden aluevastaavan kanssa. Seinäjoen kaupungin kotihoito on jaettu kolmeen alueeseen, joista jokaisella alueella

on omat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon vastaavansa. Soitimme kaikille kolmelle kotipalvelun aluevastaavalle ja kerroimme käynnissä olevasta kehittämisshankkeestamme. Perustelimme näkemyksemme, miksi toivoisimme, että kotihoidon edustajia saataisiin yhteistyöhön mukaan, vielä puhelun jälkeen tarkemmin sähköpostitse. Toivomuksemme oli, että saisimme jokaiselta alueelta ainakin yhden Viherkodin asiakkaan kotihoidon omahoitajan yhteisiin palavereihin mukaan.

8.2 Ensimmäisen tapaamiskerran toteutus

Ensimmäisellä tapaamiskerralla Viherkodin tiloissa paikalla oli Viherkodin henkilökunnasta kuusi henkilöä sekä kotihoidosta kolme työntekijää, yksi jokaiselta kaupungin alueelta. Olimme sopineet ajankohdaksi iltapäivän, jolloin suurin osa Viherkodin asiakkaista on ruokalevolla ja mahdollisimman moni työntekijä pääsi osallistumaan. Aikaa tapaamiselle oli varattu puolitoista tuntia. Työskentelimme palaverin ajan niin, että toinen meistä johti keskustelua ja toinen kirjasi.

Pääsimme heti hyvin keskustelussa alkuun esittelemiemme suunnitelmamallien avulla. Pohdimme mallien hyviä ja huonoja puolia ja mietimme olisiko niissä jotain mitä voisimme hyödyntää kuntoutusta tukevassa suunnitelmassa. Taina Semin (2004) voimavaralähtöinen malli herätti eniten keskustelua positiivisen lähestymistapansa vuoksi. Malli koettiin myös rakenteeltaan hyväksi, sillä siitä sai nopealla silmäyksellä paljon tietoa asiakkaasta. Myös kuntoutusta tukevasta suunnitelmasta toivottiin selkeää ja johdonmukaista, jotta se olisi mahdollisimman yksinkertainen täyttää.

Suunnitelman sisältöä pohdittiin sekä kotona että lyhytaikaishoidossa tapahtuvan hoidon ja kuntoutuksen näkökulmasta. Esille nousi paljon ehdotuksia ja ideoita. Viherkodin ja kotihoidon ajatukset suunnitelman sisällöstä ja rakenteesta olivat hyvin yksimielisiä. Suunnitelmaan haluttiin toisaalta jo käytössä olevista lomakkeista puuttuvia asioita ja toisaalta toivottiin selkeyttä joihinkin jo olemassa oleviin tietoihin. Ensimmäisenä asiana esille nousi tavoitteiden määrittely sekä lyhytaikaishoidolle että kotona tapahtuvalle hoidolle. Tavoite kohta puuttuu molempien tahojen nykyisistä asiakastietolomakkeista lähes koko-

naan. Erityisen tärkeäksi koettiin, että tavoitteet ja keinot kuntoutukselle olisivat yhteisesti määriteltäviä ja toimintakyvyn arvioinnissa korostettaisiin dementoituvan jäljellä olevia taitoja ja voimavaroja, menetettyjen sijaan.

Suunnitelmaan toivottiin dementoituvan turvaverkoston määrittely kohtaa. Siinä kartoitettaisiin dementoituvalla käytössä olevat turvalaitteet ja ne henkilöt, jotka muodostavat dementoituvan ympärille turvaverkoston. Verkoston kartoitus lisää turvallisuuden tunnetta sekä dementoituvasta huolehtiville omaisille että ammattihenkilöstölle.

Diagnoosien ja toimintakykyyn vaikuttavien sairauksien näkyminen suunnitelman alussa koettiin molempien tahojen mielestä tärkeäksi. Kognition eri osaluokkia mittaavan MMSE testin pistemäärä haluttiin myös suunnitelmaan näkyville, koska se antaa jo jonkinlaista suuntaa dementian vaikeusasteesta. Testi tehdään kaikille lyhytaikaishoidossa oleville ja toistetaan noin puolen vuoden välein tai tarpeen mukaan. Hoitotahdon olemassa olosta kysytään sekä Viherkodin että kotihoidon nykyisissä lomakkeissa, mutta se haluttiin näkyville myös kuntoutusta tukevaan suunnitelmaan. Tärkeän, mutta vaikean asian esille ottaminen yhteisellä kotikäynnillä koettiin luontevaksi. Asiakkaan kuvan liittämistä hänen henkilökohtaisiin papereihinsa käytiin myös keskustelua. Valokuva helpottaisi opiskelijoita ja uusia työntekijöitä työn alkuvaiheessa ja viranomaisia katoamistapauksissa. Käytännössä kuvan saaminen voi olla hankalaa, koska kaikista ei ole saatavilla riittävän uusia kuvia ja kuvan ottaminen taas vaatii luvat ja omat välineensä.

Dementoituvan hoitoon osallistuvan omaisen voimavarojen ja jaksamisen kartoittaminen haluttiin osaksi kuntoutusta tukevaa suunnitelmaa. Sekä dementoituvan että omaisen tilanne tulee selvittää monipuolisesti. Jokaisella omaisella on yksilöllisiä tarpeita ja toiveita jakson suhteen. On aiheellista kartoittaa esimerkiksi mitkä asiat dementoituvan sen hetkisessä tilanteessa kuormittavat eniten kotihoitoa ja voidaanko näihin asioihin vaikuttaa lyhytaikaishoitojaksolla. Omaisen osalta on myös hyvä selvittää hänen omat voimavaransa ja tuen tarpeensa. (Qvick 2002, 14–15.)

Tavoitteena on, että kuntoutusta tukeva suunnitelma laaditaan dementoituvan omassa asuinympäristössä, jolloin hänen kotona selviytymistään voidaan arvioida paremmin. Mukana suunnitelman laadinnassa ovat Viherkodin työntekijä ja kotihoidon omahoitaja sekä lähiomaiset. Kokoonpano suunnitelmaa laadittaessa vaihtelee kuitenkin sen mukaan vastaako dementoituvan hoidosta kotona pääasiallisesti omaishoitaja vai kotihoidon omahoitaja. Kaikilla lyhytaikashoidon sekä kotihoidon asiakkailla ei ole välttämättä lähiomaisia, jolloin hoitovastuu on ammattilaisilla. Vastuu kuntoutusta tukevan suunnitelman laadinnasta kuuluu Viherkodille. Suunnitelman laadintaprosessissa tavoitteena on kuitenkin jakaa hoitovastuuta dementoituvan hoitoon osallistuvien tahojen kesken.

Suunnitelman ns. työnimi Dementoituvan kuntoutusta tukeva suunnitelma koettiin kuvaavammaksi nimeksi kuin esimerkiksi Kuntoutussuunnitelma. Nimekettä kuntoutussuunnitelma käytetään mm. lääkinnällisessä kuntoutuksessa, kun halutaan määritellä kuntoutustoimenpiteet yhteen sovittaen terveydenhuollon, sosiaalihuollon, työvoimaviranomaisten, opetusviranomaisen, Kelan ja muiden tahojen kuntoutuspalvelut. Kelan järjestämän kuntoutuksen osalta myös laki asettaa erityisiä vaatimuksia kuntoutussuunnitelmalle. Kehittämishankkeessa laatimamme kuntoutusta tukeva suunnitelma eroaa näin ollen perinteisestä kuntoutussuunnitelmasta. Suunnitelmalomakkeesta haluttiin alun alkaen Viherkodin ja kotihoidon tarpeisiin muokkautuva työväline entistä yhteisemmän hoidon ja kuntoutuksen varmistamiseksi.

8.3 Suunnitelman työstäminen

Suunnitelman työstäminen alkoi heti ensimmäisellä tapaamiskerralla syntyneiden ideoiden pohjalta. Kuntoutusta tukevan suunnitelman aihekokonaisuudet olivat jo muotoutuneet, joten tehtäväksemme jäi ulkoasun ja tarkemman rakenteen muotoilu. Suunnitelman osa-alueiden tuli mahtua kahteen sivuun ja kertoa nopealla silmäyksellä mahdollisimman paljon dementoituvasta. Työskentelimme koko suunnitelman laadintavaiheen yhteistyössä Viherkodin kanssa sähköpostitse. Laadimme ensin suunnitelmasta yksinkertaisen version, jonka lähetimme heille kommentoitavaksi. Saimme versiosta palautetta ja muokkasimme sitä lisää. Lopulta, useamman muokkauksen jälkeen, saim-

me valmiiksi toista tapaamiskertaa varten kokeiluversion kuntoutusta tukevas-
ta suunnitelmasta. Toisella tapaamiskerralla kävisimme suunnitelman yhdessä
lävitse ja voisimme vielä muokata kokeiluun tulevaa versiota heiltä saamam-
me palautteen pohjalta. Aikaa suunnitelman laatimiselle meillä oli kuukausi.

Suunnitelman kokeiluversion aihekokonaisuuksiksi muotoutuivat yleisosa,
toimintakyvyn kuvaus, dementoituvalle mielihyvää tuottava asia, omaisen
voimavarat ja allekirjoitukset. Yleisosaan kirjataan dementoituvan nimi, synty-
mäaika, läheiset, diagnoosit, hoitotestamentti, MMSE testi ja kokonaistavoite
kuntoutukselle. Toimintakyvyn kuvaus kattaa dementoituvan fyysisen, kognitii-
visen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueet. Osa-alueita arvioi-
daan dementoituvan jäljellä olevan toimintakyvyn vahvuuksien ja heikkouksien
kautta ja kirjataan tavoitteet ja keinot kuntoutukselle. Mielihyvää tuottavaan
asiaan kirjataan jokaisen dementoituvan kohdalla hänelle mieluinen asia, joka
pyritään toteuttamaan joka päivä. Omaisen kanssa keskustellaan hänen hy-
vinvoinnistaan ja jaksamisestaan. Suunnitelmaan kirjataan omaisen voimava-
roja vievät asiat, energiaa ja voimaa tuovat asiat, haaveet ja tarpeet. Lopuksi
kaikki suunnitelman laadintaan osallistuneet allekirjoittavat suunnitelman.

Turvaverkoston kuvaus ja dementoituvalla käytössä olevat turvalaitteet päätet-
tiin kirjata omaan A4 arkkiin, suunnitelman liitteeksi (liite1. s.53). Etelä-
Pohjanmaalla toteutettiin 1.9.2004–28.2.2006 Eeva-hanke maaseudulla asu-
vien dementoituvien ja heidän omaishoitajiensa arjen kokonaisturvallisuuden
lisäämiseksi. Hankkeen tavoitteena oli koota turvaverkko teknologian tukema-
na omaisista, naapureista, sukulaisista, ystävistä, kyläläisistä, kuntien kotipal-
velusta, palveluyrityksistä, järjestöistä, diakoniatyöstä, vapaaehtoisista, ym.
Hankkeessa luotiin kalenterimuotoinen apuväline koko turvaverkon avuksi yh-
distämään dementoituvan arjessa toimivat tahot tekemään yhteistyötä yhtei-
sen aikataulutuksen mukaisesti. (Hedberg 2006.) Viherkodin toiveena oli, että
toteuttaisimme turvaverkoston kuvauksen kuntoutusta tukevassa suunnitel-
massa Eeva-hankkeessa luotua turvaverkkokalenterimallia hyödyntäen.

Tutustuimme hankkeessa olevaan turvaverkkokalenteriin ja laadimme sitä
mukaillen oman version. Kalenteriin kirjataan kuten lukujärjestykseen kuka
dementoituvan luona käy tai soittaa tarkistussoiton ja koska (liite 2. s.56). Sii-

nä näkyy myös dementoituvalla käytössä olevat turvalaitteet ja kalenteriin kirjattujen henkilöiden yhteystiedot. Turvaverkkokalenterin tarkoituksena on jakaa hoitovastuuta useamman tahon kesken. Selkeä työnjako helpottaa omaisten vastuuta, poistaa käyntien päällekkäisyyksiä ja täyttää turva-aukkoja dementoituvan arjessa.

Suunnitelman käyttöä varten laadimme myös tarkemman ohjeistuksen työnteekijöille. Ohjeistuksessa kuvaamme tarkemmin kohta kohdalta esimerkiksi mitä fyysisestä, kognitiivisesta, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä tulisi dementoituvan kohdalla arvioida. Ohjeet auttavat suunnitelman laatijoita toimintakyvyn arvioinnissa ja konkreettisten tavoitteiden ja keinojen määrittelyssä.

8.4 Toisen tapaamiskerran toteutus

Toisella tapaamiskerralla kokoonnuimme myös Viherkodin tiloissa ja paikalla oli Viherkodin henkilökunnasta viisi henkilöä ja kotihoidosta samat kolme henkilöä kuin ensimmäisellä tapaamiskerralla. Olimme sopineet saman ajankohdan iltapäivästä, kuin edellisellä kerralla ja aikaa tapaamisellemme oli varattu kaksi tuntia. Käytimme edellisessä palaverissa hyvin toiminutta työnjakoa, toinen kirjasi ja toinen johti keskustelua, myös tällä kerralla.

Aloitimme palaverin kertomalla kuntoutusta tukevan suunnitelman työstämisprosessista ja kertosimme viime tapaamiskerralla esille nousseita asioita lyhyesti. Pääsimme nopeasti päivän aiheeseen kun jaoimme kuntoutusta tukevan suunnitelman, ohjeistuksen suunnitelman käyttöön ja turvaverkkokalenterin kaikille läsnäolijoille. Tutustuimme suunnitelmaan ja ohjeistukseen muutaman kaikille tutun asiakastapauksen avulla ja kävimme yhdessä kohta kohdalta läpi suunnitelman täyttöä.

Suunnitelmaa läpikäydessä esille nousi muutamia huomioita, jotka koettiin tarpeellisiksi muuttaa suunnitelmaan ennen sen koekäyttöä. MMSE testin rinnalle haluttiin myös TOIMIVA-testin tulokset. Viherkodilla fysioterapeutti tekee testin kaikille dementoituville. TOIMIVA-testit rakentuvat kuudesta osiosta, joiden avulla mitataan iäkkään henkilön edellytyksiä suoritua päivittäisistä toi-

minnoista. Osiot ovat yhdellä jalalla seisominen, tuoilta ylösnousu, puristusvoima ja 10 metrin kävelynopeuden mitta. Lisäksi kokonaisuuteen on sisällytetty VAS-kipujana ja PEF-mittaus, koska kipu ja keuhkojen toiminta ovat tärkeitä iäkkään toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. Toimiva testin tulokset toimivat kuntoutusta tukevassa suunnitelmassa toimintakyvyn arvioinnin tukena. Yleisosaan toivottiin tila dementoituvan lääkehoidosta vastaavan henkilön yhteystiedoille. Molempien tahojen työntekijät kokivat hankalaksi sen, kun aina ei tiedä kehenkä ottaa yhteyttä asiakkaan lääkitystä koskevissa asioissa. Viimeinen muutos suunnitelmaan oli motoristen taitojen siirtäminen kognitiiviselta osa-alueelta fyysisen toimintakyvyn osa-alueelle, koska nopeus, näppäryys ym. vaikuttavat ratkaisevasti dementoituvan fyysiseen suorituskykyyn ja toiminnan tasoon.

Suunnitelman ohjeistuslomakkeeseen tehtiin myös muutamia tarkentavia lisäyksiä, mm. fyysisen toimintakyvyn arjen askareiden kohdalle lisättiin ruoan lämmitys mikrossa ja sängyn petaus. Kognitiiviseen toimintakykyyn lisättiin aloitekykyisyys toiminnoissa. Psykkisen toimintakyvyn käytösoireet kohtaa tarkennettiin lisäämällä sulkuihin masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, persoonallisuuden muuttuminen, uni- ja valverytmin häiriöt, seksuaaliset käytösoireet ja syömishäiriöt.

Palaverin jälkeen teimme tarvittavat muutokset ohjeistukseen (liite 1. s.49–50) ja kuntoutusta tukevaan suunnitelmaan (liite 1. s.51–52) ja lähetimme ne kokonaisuudessaan Viherkodille sähköpostitse. Seuraavassa vaiheessa kehittämishankettamme Viherkoti ja kotihoito sopivat järjestävänsä muutaman kotikäynnin, joilla kokeilevat suunnitelman toimivuutta käytännössä. Sovimme, että suunnitelma tulee koekäyttöön paperiversiona. Jatkossa, kun Viherkoti ja kotihoito saavat yhteisen sähköisen efficajärjestelmän käyttöönsä, suunnitelman siirretään sähköiseen muotoon. Tämä taas tuo lisää ulottuvuuksia kuntoutusta tukevan suunnitelman käyttöön. Paperiversiona suunnitelman päivittäminen on haasteellista. Työntekijöiden vastuulla on arvioida toimintakyvyn mittarein sekä havainnoimalla dementoituvan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia ja päivittää suunnitelmaa sen mukaan tarvittaessa. Jotta kirjattu suunnitelma tulisi kaikkien työntekijöiden käyttöön, se kulkee dementoituvan

hoito- ja palvelusuunnitelman mukana tai Viherkodin lomakkeissa, riippuen siitä onko henkilö kotihoidon asiakkaana.

8.5 Kuntoutusta tukevan suunnitelman kokeilu

Kuntoutusta tukevan suunnitelman koekäyttöä varten suunniteltuja Viherkodin ja kotihoidon yhteisiä kotikäyntejä ei saatu toteutettua rajallisen aikataulun vuoksi. Yhteistyöstä kotihoidon ja omaisten kanssa suunnitelman laadintavaiheessa emme näin ollen saaneet palautetta. Sen sijaan Viherkodin henkilökunta laati suunnitelman kahdelle tutulle asiakkaalleen kokeillakseen suunnitelman toimivuutta käytännössä. Suunnitelman kokeiluun valikoitui kaksi Viherkodin asiakasta, joiden elämäntilanne, toimintakyky ja voimavarat olivat parhaiten työntekijöiden tiedossa. Muokkasimme saamistamme suunnitelmista yhden esimerkkiversion työmme liitteeksi (liite 2. s.54–56). Esimerkkiversiona käytetyt nimet ja yhteystiedot on kaikki muutettu.

Pyysimme palautetta suunnitelman kokeilusta Viherkodilta sähköpostitse. Kysyimme viestissämme mm. mitä hyvää ja mitä huonoa suunnitelmasta nousi esille. Pyysimme antamaan kommentteja suunnitelman käytettävyydestä, rakenteesta, loogisuudesta, johdonmukaisuudesta sekä siitä, että vastaako se Viherkodin käyttötarpeeseen. Kaiken kaikkiaan suunnitelmaa pidettiin toimivana ja hyvänä. Suunnitelman laatiminen vaatii kuitenkin aikaa ja mahdollisuuden paneutua dementoituvan tilanteeseen. Tällä tavoin, itsenäisesti ilman moniammatillista yhteistyötä, suunnitelmaa laadittaessa asiakas sekä perhe tulee tuntea jo kohtalaisen hyvin. TOIMIVA-testin kohta suunnitelmassa koettiin hieman ongelmalliseksi. Tällä hetkellä testin tulokset ilmoitetaan numeroin, mutta jatkossa suunnitelmassa voisi olla joko koko testin tulos fysioterapeutin kirjaamana sanallisessa muodossa esim. erinomainen, hyvä, keskinkertainen, välttävä tai heikko tai sanallinen arvio numeroiden rinnalla. Näin se kertoisi lukijalle testin tuloksista enemmän kuin pelkät numerot.

Suunnitelman koettiin vastaavan hyvin Viherkodin käyttötarpeita. Suunnitelman avulla löydetään dementoituvan voimavaroja ja vahvuuksia, joita voidaan tukea lyhytaikaishoitojaksoilla. Kun kotihoito kirjaa suunnitelmaan omat keinosensa tavoitteiden saavuttamiseksi, nähdään vähitellen miten moni tekijä on

vaikuttamassa dementoituvan arkeen ja elämään. Omaisen kohdalla koettiin tärkeäksi, että varataan ainakin kerran kunnolla aikaa yhteiselle keskustelulle, jolloin omainen voi kertoa omat näkemyksensä omista ja läheisensä voimavaroista ja uupumisen uhkatekijöistä. Tulevaisuudessa suunnitelma siirretään sähköiseen muotoon molempien tahojen nähtäville, jolloin sen päivittäminen on mahdollista reaaliajassa.

Kävimme palautekeskustelut myös kehittämishankeprosessiin osallistuneiden kotihoidon työntekijöiden kanssa puhelimitse. Heille kehittämishankkeemme antoi uutta näkökulmaa kuntouttavan työotteen ja entistä tavoitteellisemman hoidon toteuttamiseen. Suunnitelman toivottiin tulevan pysyväksi työvälineeksi kun sähköinen järjestelmä saadaan molempien tahojen käyttöön. Kuntoutusta tukevan suunnitelman laadintaprosessiin osallistuminen oli työntekijöiden mielestä mielenkiintoista ja antoisaa. Yhteistyön Viherkodin kanssa he kokivat tärkeäksi kehittämishankkeen aikana sekä myös jatkoa ajatellen.

10 POHDINTA

10.1 Oman oppimisprosessin arviointi

Dementoivat sairaudet koskettavat yli 100 000 sairastunutta ja heidän omaisiin. Sairastuneiden määrän merkittävä kasvu lähivuosisikymmeninä ja palveluiden käytön lisääntyminen edellyttävät kysymyksen laajaa yhteiskunnallista tarkastelua. Tällä hetkellä keskivaikeasti dementoituneita on noin 80 000. He tarvitsevat jo päivittäin säännöllistä toisen ihmisen tukea. Opinnäytetyöprosessin aikana on vahvistunut käsitys siitä, miten tärkeää on kehittää dementoituvan kotona asumista tukevia palveluita ja sitä kautta tukea dementoituvan itsensä kokemaa elämänlaatua.

Dementoituvan kotona asuminen mahdollistuu usean eri toimijan tukemana. Hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteisenä päämääränä on dementoituvan toimintakyvyn ylläpitäminen ja itsenäisen selviytymisen tukeminen. Opinnäytetyömme aikana kokosimme dementoituvan lyhytaikaishoitoon sekä kotihoitoon osallistuvat tahot yhteen ja laadimme yhteisen työvälineen

entistä tavoitteellisemmalle hoidolle ja kuntoutukselle. Kuntoutusta tukevan suunnitelman laadintaprosessin aikana pääsimme tutustumaan syvemmin dementoituvan hoidosta vastaaviin tahoihin sekä kuntoutuksen moniulotteisuuteen. Dementoituvan kohdalla kuntoutuksen tulee olla kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista arjessa tapahtuvaa toimintaa.

Opinnäytetyömme aihe oli meille kuntoutuksen ohjaajina loistava. Pääsimme tutustumaan dementoituvien kuntoutukseen sekä laatimaan Viherkodin ja kotihoidon tarpeita vastaavan kuntoutusta tukevan suunnitelman. Koko kehittämistyön alusta loppuun vieminen: aikataulun laatiminen kehittämishankeprosessille, hankkeeseen osallistuvien tahojen perehdyttäminen yhteisiin tavoitteisiin, aikataulussa pysyminen ja koko prosessin arviointi oli meille arvokas kokemus ja toi paljon itsevarmuutta laajempien kokonaisuuksien hallintaan tulevaisuutta ajatellen.

10.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Laadimme prosessikaavion havainnollistamaan opinnäytetyömme etenemistä kehittämishankkeen perusrakenteen mukaisesti (liite 3. s. 57). Prosessikaavion runko muodostuu kehittämishankkeen lähtökohdista, nykytilasta, kehityskohteesta, toteutuksesta, tuloksista sekä pohdinnasta ja yhteenvedosta.

Kehittämishankkeemme alussa mietimme millä tavoin saisimme kaikki tahot aktiivisesti mukaan yhteistoiminnalliseen työskentelyyn. Suurimman haasteen yhteistyöllemme asetti 200 kilometrin välimatka Seinäjoen ja Jyväskylän välillä. Tämän vuoksi päädyimme toteuttamaan ainoastaan kaksi yhteistä tapaamiskertaa ja muuten olimme tiiviisti yhteistyössä sähköpostitse ja puhelimitse. Toteutuneet tapaamiskerrat lisäsivät sekä Viherkodin ja kotihoidon välistä yhteistyötä että antoivat kaikille tahoille uusia ideoita työnsä kehittämiseen. Esimerkiksi Viherkodilla lisättiin kehittämishankkeemme aikana asiakastietolomakkeisiin kohta, johon merkitään jokaisen dementoituvan kohdalle kolme yksittäisen lyhytaikaisjakson tavoitetta. Tapaamiskerrat jäivät ajallisesti melko lyhyiksi, mutta saimme mielestämme koottua tarvitsemamme informaation suunnitelmien laadintaa ajatellen tapaamisien aikana. Työntekijät toivat hyvin omia ajatuksiaan ja näkökulmiaan keskusteluun ja kaikki kokivat yhteiset ta-

paamiset tarpeellisiksi. Paljon pidemmiksi tapaamiskertojen kestoja emme olisi voineet venyttää, sillä jo puolentoista tunnin töiden viivästyminen vaati työntekijöiltä paljon.

Kuntoutusta tukevan suunnitelman laadintaprosessi eteni monen erilaisen version kautta lopulliseen kokeiluversio muotoonsa. Saimme Viherkodilta hyvin palautetta suunnitelman laadintavaiheessa sähköpostitse, joten yhteistoinnallinen työskentely säilyi myös tapaamiskertojen välillä. Itse suunnitelmasta teimme avoimen täyttää, jotta se soveltuisi mahdollisimman hyvin erikuntoisille dementoituville. Laitimamme ohjeistuksen avulla suunnitelmaan löydetään kunkin dementoituvan kohdalla sen hetkisen toimintakyvyn vahvuudet ja heikkoudet.

Kehittämishankkeen alussa asettamamme tavoite suunnitelman kokeilusta Viherkodin ja kotihoidon yhteisillä kotikäynneillä ei toteutunut suunnitelmien mukaan. Olimme varanneet yhteisten kotikäyntien järjestämiselle aikaa neljä viikkoa. Viherkodin ja kotihoidon tarkoituksena oli laatia suunnitelma kahdelle yksin asuvalle dementoituvalle ja yhdelle kotona puolisonsa kanssa asuvalle. Yhteisten aikataulujen vaikean sovittamisen sekä sairastapausten ja pääsiäislomien vuoksi Viherkoti testasi suunnitelmaa kahdella tutulla lyhytaikaishoitojaksolla olleella dementoituvalla. Vaikka kotikäynnit eivät toteutuneetkaan suunnitellusti, saimme arvokasta palautetta laitimamme kuntoutusta tukevan suunnitelman toimivuudesta. Paljon mielenkiintoista palautetta jäi kuitenkin saamatta esimerkiksi omaisten voimavarojen kartoitus kohdasta sekä Viherkodin ja kotihoidon yhteistyöstä.

10.3 Jatkokehittelyideat

Kehittämishankkeessa aloittamamme kehittämistyö dementoituvan arjessa selviytymisen tukemiseksi ja Viherkodin, kotihoidon ja omaisten välisen yhteistyön lisäämiseksi tulee jatkumaan opinnäytetyömme valmistumisen jälkeen. Yhtenä jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää miten aloittamamme kehittämistyö Viherkodilla on jatkunut. Suunnitelman käytettävyydestä, sähköisen version mukana tuomista eduista ja mahdollisista ongelmista, Vi-

herkodin ja kotihoidon yhteistyöstä ja omaisten huomioimisesta osana kuntoutusprosessia voisi tutkimalla saada arvokasta tietoa.

LÄHTEET

- Ahonen, S., Backman, K., Paasivaara, L. & Ronkainen, R. 2002. Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa: Vuotilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Alhainen, K. 2001. Dementoivien sairauksien tunnistaminen ja diagnostiikka. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2001. Dementoituvan hoitopolku. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Alhainen, K. & Rosenvall, A. 2006. Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa: Alhainen, K., Erkinjuntti, T., Rinne, J & Soininen, H. (toim.) 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Alzheimerin taudin oireet. 2006. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 5.2.2007. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=amh&p_selaus=4381.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2002. a. Dementoituneiden kotihoidon tukeminen. Teoksessa: Vuotilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2002. b. Supporting community care of demented patients. Kuopion Yliopiston julkaisuja D. lääketiede 279. Kuopion Liikekirjapaino Oy. Kuopio.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2006. Dementoituneiden kotona asumista edistävä tukijärjestelmä. Dementiauutiset 1/2006. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisu.
- Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2001. Dementiapotilaan kotihoito. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2001. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M. 2006. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. WSOY. Helsinki.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. WSOY. Porvoo.
- Hallila, L. 1998. Ilo vanhustyössä. Teoksessa: Parviainen, T. Näkökulmia vanhuste hoitotyöhön. 1998. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Haverinen, R. & Päivärinta, E. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakesin oppaita 52. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

- Hedberg, M. 2006. Teknologia osana dementoituvan turvaverkkoa. Kokemuksia Eeva- hankkeesta. Linjavetoa III Mikkeli 13.9. 2006. Viitattu 18.4.2007. http://www.linjanvetoa.fi/files/orig/20_HEDBERG.pdf
- Heimonen, S. & Granö, S. 2005. Kuntoutus muistihäiriöisten ja dementoituvien hyvän hoidon kulmakivenä. Sairaanhoidaja 2, 11-14.
- Heimonen S. & Tervonen, S. 2004. Arvokas arki omassa kodissa – hyvän kotihoidon lähtökohtia. Teoksessa: Heimonen S. & Tervonen, S. (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Edita. Helsinki.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Edita. Helsinki.
- Hervonen, A. & Lääperi, P. 2001. Muisti pettää – jättääkö järki. Tammi. Helsinki.
- Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (Toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Larmi, A., Tokola, E. & Väلكkiö, H. 2005. Kotihoidon käytäntöjä. Tammi. Helsinki.
- Lundgren, J. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (Toim.) 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Manninen, P. 2006. Dementoituvien lyhytaikaishoidon kehittäminen Pohjois-Kymenlaaksossa v. 2003–2006. Loppuraportti. Viitattu 22.1.2007. <http://personal.inet.fi/koti/pk-dementiayhdistys/LOPPURAPORTTI.htm>
- Perttinä, P. 2006. Kuntoutuksen tutkimus ja kehittäminen. Luentomateriaali. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Qvick, L. 2002. Lyhytaikaishoito – yksi keino tukea kotona selviytymistä. Muisti 1/2002. Alzheimer-keskusliiton julkaisu.
- STM kuntatiedote 14/2004. Kokeilu vanhusten palvelujen uudelleen organisoimiseksi – ydinalueena kotihoito. Viitattu 23.2.2007. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/2842/index.htm>.
- Suomen dementiahoitoyhdistys ry. 1999. Dementiamaailma. Kuopion Liikekirjapaino Oy.
- Suomen dementiahoitoyhdistys ry. 2004. Dementiaa aiheuttavat sairaudet. Lewyn kappale -tauti. Viitattu 4.2.2007. http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=23.

Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. 2005. Dementiakuntoutus. Muisti ja kuntoutus -projekti. Viitattu 5.2.2007.
<http://www.dementiakuntoutus.fi/index.htm>

Viramo, P. & Sulkava, R. 2001. Dementiaa aiheuttavat sairaudet. Teoksessa: Viramo, P. (toim.) Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. 2001. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Viramo, P & Sulkava, R. 2001. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2001. Duodecim. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Liite1. Kuntoutusta tukeva suunnitelma

Ohjeistus suunnitelman laatijoille

Henkilötiedot

Henkilötietoihin kirjataan dementoituvan nimi, syntymäaika ja läheisimmän omaisen nimi yhteystietoineen. Henkilötietojen yhteyteen kirjataan kuntoutuksen kannalta oleelliset diagnoosit, kysytään onko dementoituvalle laadittu hoitotestamentti ja kirjataan viimeisimmän MMSE testin tekopäivämäärä ja tulos. Suunnitelmaan kirjataan myös seuraavan MMSE testin ajankohta.

Kokonaistavoite kuntoutukselle

Kokonaistavoite kirjataan suunnitelmaan toimintakyvyn eri osa-alueiden arvioinnin jälkeen. Se on kuntoutusta eteenpäin vievä, keskeisin esille nousutavoite.

Toimintakyvyn kuvaus

Laajasti määriteltynä toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla hänelle merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää.

Vahvuudet

Toimintakyvyn osa-alueiden kuvauksessa lähdetään liikkeelle dementoituvan jäljellä olevien vahvuuksien tunnistamisesta. Jokainen ihminen on hyvä jossain. Dementoituvan ihmisen kohdalla taidot voivat olla joskus vaikeasti löydettävissä, mikä vaatii työntekijöiltä herkkyyttä niiden tunnistamiseksi. Voimavaroja voivat olla mm. hyvä keskittymiskyky, kävelykyky, iloisuus, tanssiminen, laulaminen, tiskaaminen, nautiskelu ja huumorintaju. Suunnitelmaan pyritään löytämään mahdollisimman monia vahvuuksia jokaisen ihmisen kohdalta.

Heikkoudet

Toimintakyvyn arvioinnissa jäljellä olevan toimintakyvyn, taitojen, osaamisen ja elämäkokemuksen lisäksi arvioidaan myös toiminnanvajavuuksia. Suunnitelmassa heikkoudet kohtaan kirjataan keskeisimmät pulmat, jotka haittaavat dementoituvan arjessa selviytymistä.

Tavoitteet ja keinot

Kuntoutus alkaa yhteisten tavoitteiden määrittelyllä ja sen pohtimisella millä keinoilla niihin voitaisiin pyrkiä. Tavoitteet ja keinot tulee määrittellä mahdollisimman konkreettisesti jokaisen osa-alueen kohdalla. Esim. jos fyysisen toimintakyvyn kohdalla henkilöllä todetaan tasapaino-ongelmia, tavoitteeksi määritellään heikentyneen tasapainon parantaminen. Keinoja tasapainon parantamiseksi määritellään niin että ne toteutuvat sekä jaksolla että kotona.

Fyysinen toimintakyky

Fyysisen toimintakyvyn kohdalla arvioidaan päivittäisiä perustoimintoja (syöminen, juominen, nukkuminen, pukeutuminen, peseytyminen, wc-käynnit), arjen askareita (ruoanlaitto/lämmitys mikrossa, siivous, sängyn petaus, pyykinpesu, asiointi) sekä liikuntakykyä (liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella, tasapaino), motorisia toimintoja (nopeus, näppäryys), terveydentilaa, kipua, ravitsemusta, aistitoimintoja, suun terveyttä ja ihon kuntoa.

Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivisen toimintakyvyn kohdalla arvioidaan kykyä tuottaa puhetta, vastaanottaa tietoa, hahmottamiskykyä, kykyä muodostaa lauseita (kielenriikkaus), luetun tekstin ymmärtämistä (lukeeko itse), oppimistapaa (peilaaminen, sanallinen, mallinäyttämisen) ja keskittymiskykyä.

Psyykinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyvyn kohdalla arvioidaan itsearvostusta, mielialaa, omia voimavaroja ja erilaisista haasteista selviämistä, tunteiden ilmaisua ja käsittelyä, käytösoireita (masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, persoonallisuuden muuttuminen, uni- ja valverytmin häiriöt, seksuaaliset käytösoireet ja syömishäiriöt), turvallisuutta ja turvattomuuden tunnetta.

Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisen toimintakyvyn kohdalla arvioidaan vuorovaikutustaitoja (ilmaisukykyä, aloitteellisuutta, muiden auttamista, valintojen tekemistä ja kykyä toimia ryhmässä), sosiaalista verkostoa (kanssakäyminen sukulaisten, ystävien ja naapureiden kanssa) sekä osallistumisaktiivisuutta kodin ulkopuolisiin toimintoihin.

Mielihyvää tuottava asia, joka toteutuisi joka päivä

Jokaisen ihmisen kohdalla tulisi löytää jokin hänelle tärkeä hetki/asia, joka toisi iloa ja energiaa arkeen.

Omaisien voimavarat

Tavoitteena tässä kohdassa on auttaa omaista/omaishoitajaa löytämään olemassa olevat voimavarat, käyttämään niitä tietoisesti ja lisäämään niiden käyttöä. Työskentely voidaan aloittaa miettimällä/piirtämällä voimavarapuu. Lehvästään, kuten suunnitelmaankin kirjataan asiat, jotka arjessa vievät voimavaroja. Keskustelua käydessä voidaan miettiä, millaisia selviytymiskeinoja omainen on käyttänyt hankalista tilanteista selviämiseksi. Juuret ovat puussa asioita, joista omainen saa voimavaroja. Suunnitelmaan kirjataan esille nousseita omaiselle tärkeitä hyvinvoinnin lähteitä, kuten esim. harrastukset, naapurit ja ulkoilu. Puun yläpuolelle voidaan piirtää pilviä, jotka kuvaavat haaveita, unelmia. Kun toiveita ja unelmia houkutellessa esille, ne alkavat elää ihmisten mielessä. Keskusteluissa nousee esille varmasti paljon arkipäiväisiä haaveita kuten esim. viikonlopun vietto lasten ja lastenlasten luona toisessa kaupungissa. Haaveiden kirjaamisen lisäksi voidaan käydä keskustelua niiden toteuttamiseksi ja kannustaa itse toimintaan.

Omaisien/omaishoitajan arki nostaa esille paljon mieltä askarruttavia kysymyksiä. Tarpeet kohta sisältää mahdollisen tuen tarpeen huomioimisen ja arvioimisen. Kaivattu tuki voi olla tiedollista, taloudellista, emotionaalista, kodin askareisiin liittyvää ym. tukea. Esille nouseviin tarpeisiin tulee yhdessä miettiä ratkaisuja ja keinoja.

Allekirjoitukset

Kuntoutusta tukevan suunnitelman laadinnassa mukana olleet henkilöt kirjataan suunnitelmaan ylös. Muuta kohtaan kirjataan "titteli": viherkodin työntekijä, kotihoidon työntekijä, puoliso, lapsi jne. Myös itse kuntoutuja allekirjoittaa suunnitelman mahdollisuuksien mukaan.

Kuntoutusta tukeva suunnitelma

Pvm: _____

Nimi:		Syntymäaika:	
Läheiset:		Puh:	
Diagnoosit:	Lääkehoidosta vastaa: Puh.	Hoitotestamentti <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei	
MMSE-testi Pvm/Tulos _____ _____ _____	TOIMIVA-testi Pvm VAS _____cm PEF _____l/min Yhdellä jalalla seisominen ____s	HUOMIOITA: _____ Tuoilta ylösnousu *5 _____s Puristusvoima O ____kg V____kg 10m kävelynopeus _____s	
Kokonaistavoite kuntoutukselle			

Toimintakyvyn kuvaus**Fyysinen toimintakyky** (sis. jokapäiväiset perustoiminnot, terveydentilan, liikkumiskyvyn, motoriset taidot)

Vahvuudet	Heikkoudet
Tavoitteet ja keinot	

Kognitiivinen toimintakyky (sis. kyvyn tuottaa puhetta, aloitekykyisyys toiminnassa, hahmotaminen, keskittymiskyky)

Vahvuudet	Heikkoudet
Tavoitteet ja keinot	

Psyykinen toimintakyky (sis. omat voimavarat, mieliala, käytösoireet, turvallisuuden tunne)

Vahvuudet	Heikkoudet
Tavoitteet ja keinot	

Sosiaalinen toimintakyky (sis. vuorovaikutustaidot, suhteet ystäviin ja sukulaisiin, suhteiden sujuvuus, harrastukset)

Vahvuudet	Heikkoudet
Tavoitteet ja keinot	

Mielihyvää tuottava asia, joka toteutuisi joka päivä

Omaisien voimavarat

Asiat, jotka arjessa vievät voimavaroja	Asiat, joista saa voimaa ja energiaa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haaveet	
Tarpeet	

Allekirjoitukset

Nimi:	Puh.	Muuta
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Liite: Dementoituvan turvaverkkokalenteri

TURVAVERKKOKALENTERI

Nimi: _____

Pvm: _____

Klo	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
Muuta							
Käytössä olevat turvalaitteet							
Yhteystiedot							

Liite 2. Esimerkki kuntoutusta tukevasta suunnitelmasta

Kuntoutusta tukeva suunnitelmaPvm 18.4.2007

Nimi: Rouva Kallio		Syntymäaika: 1.1.1922	
Läheiset: Poika Reijo (040 8989897), Miniä Seija (050 0232311) Puh: Tytär Riitta (040 4564561)			
Diagnoosit: Alzheimer RR-tauti	Lääkehoidosta vastaa: Tytär Riitta Puh. 040 4564561	Hoitotestamentti X On <input type="checkbox"/> Ei	
MMSE-testi Pvm/Tulos <u>24.9.06</u> <u>16/30</u> _____ _____	TOIMIVA-testi VAS <u>1,5</u> cm PEF <u>280</u> l/min V <u>++</u> kg Yhdellä jalalla seisominen <u>1,7</u> s	Pvm <u>8/6. 2006</u> Tuoilta ylösnousu *5 <u>17</u> s Puristusvoima <u>O ++</u> kg 10m kävelynopeus <u>12</u> s HUOMIOITA: _____	
Kokonaistavoite kuntoutukselle			
Omatoimisuuden säilyminen			

Toimintakyvyn kuvaus**Fyysinen toimintakyky** (sis. jokapäiväiset perustoiminnot, terveydentilan, liikkumiskyvyn, motoriset taidot)

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> - Selviytyy päivittäisistä perustoiminnoista ohjauksen avulla - Liikuntakyky hyvä - Terveydentila hyvä - Kotityöt sujuu 	<ul style="list-style-type: none"> - Polvikipua molemmissa polvissa - Taipeet helposti hautuvat
Tavoitteet ja keinot Arjen toimissa omatoimisuuden säilyminen → tuetaan pärjäämistä sanallisesti ja annetaan toimia omatoimisesti Liikuntakyvyn ylläpito säännöllisellä liikunnalla → kuntosaliharjoittelu, tasapainokoulu, ulkoilu Hoidetaan taiteita säännöllisesti	

Kognitiivinen toimintakyky (sis. kyvyn tuottaa puhetta, aloitekykyisyys toiminnassa, hahmottaminen, keskittymiskyky)

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> - Puhheen tuottaminen normaalia - Aloitekykyä keskusteluissa 	<ul style="list-style-type: none"> - Lähimuisti heikko (kyselee samoja asioita jatkuvasti)
Tavoitteet ja keinot Tuetaan lähimuistia muistilapuin	

Psyykkinen toimintakyky (sis. omat voimavarat, mieliala, käytösoireet, turvallisuuden tunne)

Vahvuudet	Heikkoudet
- Ei käytösoireita - Tuntee olonsa turvalliseksi	- Ajoittain negatiivinen asenne (levittää sitä myös muihin)
Tavoitteet ja keinot Kannustetaan positiiviseen ajatteluun	

Sosiaalinen toimintakyky (sis. vuorovaikutustaidot, suhteet ystäviin ja sukulaisiin, suhteiden sujuvuus, harrastukset)

Vahvuudet	Heikkoudet
- Läheiset suhteet sukulaisiin - Hyvät vuorovaikutustaidot	
Tavoitteet ja keinot Kannustetaan vuorovaikutustaitojen ylläpitämiseen → erilaiset toimintatuokiot, mahdollisuus osallistua kotitöihin	

Mielihyvää tuottava asia, joka toteutuisi joka päivä

Saisi tuntea olevansa tarpeellinen

Omaisien voimavarat

Nimi: Riitta (asuu viereisellä paikkakunnalla)

Asiat, jotka arjessa vievät voimavaroja	Asiat, joista saa voimaa ja energiaa
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Huoli äidin selviämisestä kotona ▫ Pelko ja epävarmuus tulevaisuudesta ▫ ▫ ▫ 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Liikunta ▫ Lukeminen ▫ Muut sukulaiset ja ystävät ▫ ▫
Haaveet Yhteisen retken tekeminen äidille rakkaaseen kesähuvilaan.	
Tarpeet Lyhytaikaishoito on koettu hyväksi ja henkilökunta osaavaksi. Jaksojen toivotaan jatkuvan niin kauan kun äiti jaksaa siellä käydä.	

Allekirjoitukset

Nimi:	Puh.	Muuta
Mimmu Mäki	040 3214456	Viherkoti, vastuuhenkilö
Sanna Lehmus	040 3636367	Kotihoito, omahoitaja
Riitta Kallio	040 456456	Tytär

Liite: Dementoituvan turvaverkkokalenteri

TURVAVERKKOKALENTERI

Nimi: Rouva Kallio
Pvm: 25.4.2007

Klo	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai
8-9	Riitta soittaa 7.00	Riitta soittaa 7.00	Riitta soittaa 7.00	Riitta soittaa 7.00	Riitta soittaa 7.00	Riitta soittaa 7.00	Riitta soittaa 7.00
9-10	Reijo käväisee 9.00		Reijo käväisee 9.00		Reijo käväisee 9.00	Seija on useita tunteja	Seppo on useita tunteja
10-11	Kotihoito	Kotihoito	Kotihoito	Kotihoito	Kotihoito		
11-12							
12-13	Ruoka-palvelu	Ruoka-palvelu	Ruoka-palvelu	Ruoka-palvelu	Ruoka-palvelu	Ruoka-palvelu	Ruoka-palvelu
13-14							
14-15	Riitta on pari tuntia	Seppo on pari tuntia	Riitta on pari tuntia	Seppo on pari tuntia	Riitta on pari tuntia	Reijo on useita tunteja	Riitta on useita tunteja
15-16							
16-17							
17-18	Seija vie kävelylle		Reijo vie kävelylle	Käsityöpiiri joka 2.vko			
18-19							
19-20							
20-21	Seppo soittaa	Reijo soittaa	Seija soittaa	Riitta soittaa	Seppo soittaa	Reijo soittaa	Seija soittaa
21-22							
Muuta Lyhytaikaishoitojaksot Viherkodilla Käsityöpiiri torstaisin joka 2. viikko							
Käytössä olevat turvalaitteet Turvapuhelin ja -ranneke Elektroninen lääkedosetti Suihkujakkara							
Yhteystiedot Riitta gsm. 0500225566, Reijo p. 5252997, Seppo gsm. 0405875874, Seija p. 6626987, Kotihoito omahoitaja Inkeri gsm. 0508484847, Ruokapalvelu keskus p. 3693697, Päivätoimintakeskus (käsityöpiiri) gsm. 0401231234							

Liite 3. Opinnäytetyön prosessikaavio

