

SAILA SORMUNEN, PÄIVI TOPO, KRISTIINA SAARIKALLE

Kokemuksia dementia care mapping -havainnointimenetelmästä kehittämisen välineenä

Hyvät ja vältettävät käytännöt dementiahoidossa



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

Stakes, Raportteja 42/2008. 85 sivua, 18 euroa.

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Minna Komppa/Taittotalo PrintOne

ISBN 978-951-33-2303-5 (nid.)

ISSN 1236-0740 (nid.)

ISBN 978-951-33-2304-2 (pdf)

ISSN 1795-8210 (pdf)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

ESIPUHE

Dementoivaa sairautta sairastavien määrä kasvaa väestön ikääntymisen myötä. Dementiaoireiset ihmiset ovat yksi suurimpia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjäryhmiä. Koska dementoivaan sairauteen on harvoin parannuskeinoa, hoidon ja hoivan merkitys korostuu. Dementoiva sairaus vaikuttaa kognitiivisiin kykyihin laaja-alaisesti, joten yksi hoidon keskeinen haaste on dementiaoireisten saama psykososiaalinen tuki. Sairastuneen kanssa yhteistyön tekeminen dementoitumisen eri vaiheissa vaatii sairauden seurausten ymmärtämistä ja tiedon soveltamista.

Tämän raportin tavoitteena on kertoa Dementia Care Mapping (DCM) -menetelmästä ja sen käytöstä kertyneistä kokemuksista Suomessa. Menetelmä perustuu dementiaoireisten asiakkaiden systemaattiseen havainnointiin heidän ollessaan palveluiden piirissä.

DCM-menetelmä on kehitetty dementiahoidon erityistarpeisiin ja nimenomaan työn kehittämisen välineeksi. Siinä keskitytään asiakkaan hyvinvoinnin arviointiin ja hänen toiminnan tarpeisiin vastaamiseen. Se tuottaa tietoa dementoituvan asiakkaan kannalta hyvistä, hyvinvointia tukevista käytännöistä ja hänen kannaltaan kielteisistä tilanteista. Kaikki tieto kerätään asiakasta havainnoimalla ja tulokset ovat sen vuoksi hyvin konkreettisia. Menetelmä on laajuudessaan edelleen ainutlaatuinen.

Tässä raportissa kerromme DCM-menetelmästä saamistamme kokemuksista palvelujen laadun kehittämisen välineenä. Olemme lisäksi liittäneet mukaan saatujen tulosten perusteella kehittämämme luokituksen dementiahoidon hyvistä, asiakasta tukevista käytännöistä ja vältettävistä, asiakkaan hyvinvointia heikentävistä käytännöistä. Nämä ovat kertyneen havainnointiaineiston analyysin tuloksia. Raportti on tarkoitettu ensisijassa kaikille dementiaoireisten henkilöiden kanssa työskenteleville, dementiahoidon kouluttajille ja kehittäjille sekä palvelujen tarjoajille. Dementiahoidon laadun arviointi asiakkaan kannalta – hankkeen tutkimustulokset raportoitiin toisaalla¹.

Dementiahoidon laadun arviointi asiakkaan näkökulmasta -hankkeen projektiryhmässä ovat toimineet sairaanhoitaja ja suunnittelija Ulla Vuori Suomen dementiahoitoyhdistyksestä, sairaanhoitaja ja suunnittelija Helena Forsström Folkhälsanista ja FT, ylihoitaja Ulla Elonie-mi-Sulkava Helsingin kaupungin sosiaalivirastosta. Stakesin tutkuspäällikkö Päivi Topo on vastannut hankkeen toteutuksesta, jonka tutkimusryhmään ovat kuuluneet tutkija Saila Sormunen, tutkimusassistentti Kristiina Saarikalle ja suunnittelija Outi Räikkönen. Hankkeen seurantar ryhmään ovat osallistuneet professori Anneli Sarvimäki Ikäinstituutista, toiminnanjohtaja Carita Virkola Suomen dementiahoitoyhdistyksestä, suunnittelija Sirkkaliisa Heimonen Alzheimer keskusliitosta, ylitarkastaja Viveca Arrhenius Sosiaali- ja terveysministeriöstä, erikoistutkija ja Anja Noro ja erikoistutkija Timo Sinervo Stakesista. Projektissa käytetyn DCM-menetelmän englanninkielisen käsikirjan 7. version suomennoksen on tehnyt Sirpa Meriläinen yhdessä Päivi Topon, Saila Sormusen ja Sirkkaliisa Heimosen kanssa. Hanketta on taloudellisesti rahoittanut vuosina 2003–2007 Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Ikääntyminen, hyvinvointi ja teknologia -tutkijakoulu.

Olemme seuranneet yli sadan dementoivan sairauden eri vaiheissa olevan henkilön arkipäivää: toivottavasti tämä opas välittää jotain heidän näkemyksistään siitä mikä on hyvää palveluiden piirissä oltaessa dementoivaa sairautta sairastaville. Kiitämme kaikkia lämpimästi monen vuoden yhteistyöstä!

¹ Sormunen ym. 2002, 2004, 2007; Topo ym. 2007; Rappe & Topo 2007; Topo & Sormunen 2008

SISÄLLYS

ESIPUHE	3
1. JOHDANTO	7
2. DEMENTIA CARE MAPPING -MENETELMÄ.....	10
2.1. Menetelmän tausta.....	10
2.2. Dementia Care Mapping (DCM) -havainnointimenetelmän kuvaus	11
2.3. DCM-havainnointitulosten esittäminen	14
3. DEMENTIAHOIDON LAADUN ARVIOINTI ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA -HANKE	15
3.1. Hankkeen tavoitteet ja yksiköiden rekrytointi	15
3.2. Tutkimusluvut ja eettiset kysymykset	16
3.3. Muu tiedonkeruu ja aineistojen analyysi	17
4. DEMENTIA CARE MAPPING -HAVAINNOINNIT YKSIKÖISSÄ.....	19
4.1. Havainnoitujen asiakkaiden taustatiedot	19
4.2. Havainnoitujen yksiköiden kuvaus	20
4.3. Havainnointien kulku	20
5. HAVAINNOINTITULOSEN ESITTÄMISTAPA JA NIISTÄ KESKUSTELEMINEN PALAUTETILAISUUDESSA	22
5.1. Esimerkki yksikön kokonaistuloksista.....	22
5.2. Esimerkkejä yksittäisten asiakkaiden tuloksista	25
5.3. Pohdintaa palautetilaisuuksista.....	33
5.4. Kehittämissuosituksen luonne.....	35
5.5. Puolen vuoden aikana yksiköiden käytännöissä tehdyt muutokset.	36
6. HAVAINNOINTITULOKSET YKSIKÖITTÄIN VUOSINA 2003 JA 2004	38
6.1. Tuloksissa tarkasteltavat tekijät.....	38
6.2. Päiväpaikat	38
6.3. Ympärivuorokautiset yksiköt	40
6.4. Pohdintaa tuloksista ja menetelmän käytöstä	42
7. TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSET HAVAINNOINNEISTA JA PALAUTETILAISUUDESTA	44
7.1. Kooste työntekijöiden vastauksista	44
7.2. Pohdintaa palautekyselyn perusteella	47
8. HYVÄT, ASIAKKAAN HYVINVOINTIA TUKEVAT KÄYTÄNNÖT	48
8.1. Myönteiset tapahtumat DCM-menetelmässä.....	48
8.2. Dementiahoidon hyvät, asiakasta tukevat käytännöt	48
8.3. Hyvien käytäntöjen nimeämisen ja luokituksen merkitys	58
9. VÄLTETTÄVÄT KÄYTÄNNÖT DEMENTIAHOIDOSSA.....	60
9.1. Tausta 60	
9.2. Dementiaoireisten asiakkaiden hoidossa vältettävät käytännöt	61
9.3. Vältettävien käytäntöjen tunnistamisen merkitys	64
10. DEMENTIAHOIDON LAADUN KEHITTÄMINEN HAVAINNOINTIEN AVULLA	66
KIRJALLISUUS.....	68
LIITTEET	71

1. JOHDANTO

Dementian keskeisin piirre on muistin ja päättelykyvyn heikkeneminen. Kognitiiviset kyvyt, eli tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyvät kyvyt sekä sosiaaliset taidot heikkenevät dementoivan sairauden edetessä. Oireet jaotellaan vaikeusasteensa mukaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan dementiaan (ICD-10 1992, ICD-10 1993) Kognitiivisten kykyjen heikkenemisen lisäksi sairastuneelle voi tulla erilaisia käytösoireita, joita ovat esimerkiksi aggressiivisuus, ahdistuneisuus, aistiharhat ja toisto-oireet (Sulkava ym. 1999).

Suomessa oli vuonna 2000 noin 80 000 keskivaikeasti tai vaikeasti, ja noin 30 000 lievästi dementoitunutta ihmistä. Dementiaa esiintyy enemmän vanhemmissa ikäluokissa, joten väestön eliniän noustessa kasvaa myös dementoituneiden määrä. Vuonna 2030 keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneita ihmisiä ennustetaan olevan 128 000. Dementoivista sairauksista yleisin on Alzheimerin tauti, jota sairastaa noin kaksi kolmesta kaikista keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneista ihmisistä. Muita dementiaa aiheuttavia sairauksia ovat muun muassa vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale -tauti ja frontaali- eli otsalohkodementia. (Viramo & Sulkava 2006)

Arviolta 75 prosenttia kaikista dementiaoireisista ihmisistä siirtyy jossain vaiheessa laitoshoidon. Kognitiivisten kykyjen lasku on tärkein laitoshoidon johtava syy. (Noro ym. 2005, Juva ym. 2006) Muistisairaiden, kuten ikääntyneiden hoidossa ylipäättään lähtökohtana on, että henkilöä tuetaan ja autetaan asumaan kotonaan niin pitkään kuin mahdollista (ks. Sormunen & Topo 2008). Tämä on useimmiten ihmisen oma toive ja myös yhteiskunnan kannalta halvempaa. Parantuneen diagnosoinnin ja lääkityksen sekä omaishoitajan ja yhteiskunnan tarjoamin tukitoimin muistisairas ihminen voi asua kotonaan useita vuosia (Eloniemi-Sulkava ym. 2006).

Dementiaoireisen henkilön laitoshoidon siirtymisen riskiä lisäävät ensinnäkin henkilöön itseensä liittyvät tekijät kuten pidätyskyvyttömyys ja käytösoireet, toiseksi omaishoitajaan liittyvät tekijät kuten väsyminen ja kolmanneksi palvelujärjestelmän toimintaan liittyvät tekijät (Eloniemi-Sulkava 2002). Palvelujärjestelmän tukitoimista tärkeimpiä on sairastuneen osavuosikautinen ja lyhytaikainen hoito. Toisinaan nämä tukitoimet eivät ole täyttäneet tehtäväänsä odotetusti vaan lyhytaikaishoito on voinut laskea sairastuneen toimintakykyä ja jopaa edistää pitkäaikaishoitoon päättymistä (Lee & Cameron 2004, Eloniemi-Sulkava 2006 ym., Neville & Byrne 2006). Huonojen kokemusten jälkeen omaishoitajalla voi olla haluttomuutta käyttää näitä palveluita, jolloin omaishoitajan mahdollisuus irtautua hoitotyöstä vähenee ja tätä kautta sairastuneen laitossi joitus voi aikaistua hoitajan väsymisen vuoksi. (Upton & Reed 2005, Saarenheimo & Pietilä 2006)

Laitoshoidon laadun kehittämisessä on dementiahoidon kehittäminen keskeistä. Suomessa iäkkäille suunnatussa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevista arviolta 80–90 prosentilla on alentunut kognitiivinen toimintakyky (Noro ym. 2005). Lääketieteellinen hoito, kuten diagnoosin määrittäminen ja asianmukainen lääkitys ovat ensiarvoisen tärkeitä sairastuneiden hyvinvoinnille (Erkinjuntti ym. 2006). Tämän lisäksi sairastuneen hyvinvointiin voidaan oleellisesti vaikuttaa lääkkeettömien, psykosiaalisen hoidon keinoin. Psykososiaalisessa hoidossa esimerkiksi käytösoireita pyritään vähentämään hoitajien oman käyttäytymisen ja ympäristön muokkaamisella (Hallberg & Norberg 1990, Sloane ym. 2004). Kuntouttavalla työotteella pyritään tukemaan sairastuneen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Kuntouttava hoito perustuu dementiaoireisen ihmisen voimavarojen löytämiseen ja hyödyntämiseen sekä niiden tukemiseen jokapäiväisessä elämässä (Routasalo 2004). Onnistuneen dementiahoidon tukipilareita ovat turvallinen ympäristö, henkilökunnan kouluttautumismahdollisuudet ja asiantunteva johto (Kotilainen ym. 2003, Juva ym. 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008).

Dementoivan sairauden edetessä vuorovaikutus sairastuneen kanssa voi tulla haasteellisem-

maksi. Henkilön kyky ilmaista itseään ja toiveitaan verbaalisesti heikkenee ja hänen todellisuutensa voi poiketa muiden kanssaihminen todellisuudesta. Kun tarkastellaan tätä dementiahoidon psykososiaalista ulottuvuutta, on laadun tärkein tekijä osaava ja riittävä henkilökunta.

Dementiahoidossa työskentelevillä tulisi olla tietämystä hoidon vaatimista erityispiirteistä, joista yksi tärkeimmistä on sellaiset vuorovaikutustaidot, joilla he kykenevät kohtaamaan sairastuneen oman todellisuuden ja tekemään yhteistyötä heidän kanssaan (ks. esim. Laaksonen ym. 2004). Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa työskentelevät kokevat dementoituneiden hoidon usein raskaaksi vuorovaikutuksen ja yhteistyön vaikeuden vuoksi (Sinervo 2000). Dementiaoireisten hoitoon keskittyneissä yksiköissä henkilökunnan työssä viihtyminen on ollut parempaa kuin muunlaisissa yksiköissä (ks. Pekkarinen ym. 2004). Näissä yksiköissä henkilökunta on saanut koulutusta dementiatyöhön, jolloin heillä on paremmat valmiudet selviytyä esimerkiksi erilaisista ristiriitatilanteista asiakkaiden kanssa.

Tämän raportin tavoitteena on ensinnäkin (1) kuvata Dementia Care Mapping -menetelmää yhtenä vaihtoehtona dementiahoidon laadun kehittämässä. Toinen (2) tavoite on kuvata esimerkkien avulla menetelmän käyttöä: asiakkaiden havainnointia, havainnointitulosten raportointia yksiköiden henkilökunnalle kehittämisehdotuksineen ja niistä keskustelua henkilökunnan kanssa. Kolmas (3) tavoite on kuvata henkilökunnan antamaa palautetta menetelmästä ja saaduista tuloksista ja niiden käytöstä työn kehittämässä. Neljäs (4) tavoite on kuvata määrällisten havainnointitulosten muutoksia vuoden 2003 ja 2004 havainnoinneissa. Viides (5) tavoite on kuvata saatujen havainnointitulosten perusteella kehittämämme dementiahoidon hyviä, asiakasta tukevia käytäntöjä ja lopuksi (6) vältettäviä, asiakkaan hyvinvointia heikentäviä käytäntöjä. Arvioimme myös käytetyn lähestymistavan ja Dementia Care Mapping -menetelmän käytökelpoisuutta Suomessa.

Havainnointi dementiahoidon laadun kehittämässä

Dementoituneiden hoidon laadun arvioinnin ja kehittämisen haasteena on ollut se, etteivät perinteiset haastattelu- ja kyselymenetelmät sovellu siihen. Tämän vuoksi monissa laitoshoidon ja hoitoketjujen tarkasteluissa dementoituneet henkilöt on rajattu tiedonkeruun ulkopuolelle tai heitä koskevat tiedot kootaan muilta kuin heiltä itseltään. Esimerkiksi hankkeemme aloitusajankohtana Suomessa käyttöön tullut Resident Assessment Instrument eli RAI -menetelmä tuottaa määrällistä tietoa muun muassa asiakkaan fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä. Tiedot kootaan henkilökunnalta. (Noro ym. 2005) Monet käytössä olleet hoidon laadun arvioinnin menetelmät keskittyivät toimintakyvyn ja päivittäisen avuntarpeen arvioimiseen. (Sorunen ym. 2004, Voutilainen & Vaarama 2005)

Vuonna 2001 etsimme menetelmää, jolla voisi saada tietoa palveluiden piirissä olevien dementiaoireisten asiakkaiden elämän- ja hoidonlaadusta mahdollisimman suoraan, ja jota voisi käyttää dementiahoidon laadun kehittämässä. Tavoitteenamme oli löytää menetelmä, joka kohdentuisi dementiahoidon psykososiaaliseen osa-alueeseen, koska juuri tältä dementiahoidon keskeiseltä osa-alueelta puuttui vuorovaikutteinen arviointimenetelmä Suomessa. Etsimme menetelmää kirjallisuuden läpikäynnin ja henkilökohtaisten kontaktien kautta.

Tavoitteitamme vastasi englantilainen havainnointimenetelmä Dementia Care Mapping (jatkossa DCM), joka on kehitetty dementiahoidon laadun arvioinnin ja kehittämisen välineeksi. DCM-menetelmän yhtenä tausta-ajatuksena on, että dementoivaan sairautteen sairastuminen ei vaikuta vain henkilön kognitiiviseen ja fyysiseen toimintakykyyn, vaan myös hänen psykososiaalinen ympäristönsä voi muuttua kielteisesti. Menetelmän kehittäjä Tom Kitwood (1997) puhuu kielteisestä tai jopa pahanlaatuisesta psykososiaalisesta ympäristöstä. Tällä hän tarkoittaa sitä, että dementoituneeseen saatetaan suhtautua ikään kuin hänen ihmisyytensä, ihmisarvonsa olisi sairastumisen myötä vähentynyt.

Hankimme DCM-menetelmän käyttöön vaadittavan koulutuksen Bradfordin yliopistossa Englannissa. Menetelmän käyttöä kokeiltiin yhdellä terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla, joka oli dementiayksikkö (Sormunen ym. 2004). Pilotista saatujen hyvien kokemusten perusteella aloitimme 'Dementiahoidon laadun arviointi asiakkaan näkökulmasta' -hankkeen. Hankkeen tavoitteena oli käyttää DCM-menetelmää useissa erilaista dementiahoitoa tarjoavissa yksiköissä useamman vuoden aikana ja näin saada sen käyttökelpoisuudesta enemmän kokemusta. Yksi tavoite oli arvioida itse menetelmää ja mahdollisuuksia sen laajempaan käyttöön Suomeen.

Hankkeen lähtökohtana oli se, että mitä pidemmälle dementia on edennyt ja mitä riippuvaisempi henkilö on muiden antamasta hoidosta, hoivasta, avusta ja tuesta sen lähempänä hoidon laatu ja henkilön elämänlaatu ovat käytännössä toisiaan. Hanke käynnistyi vuonna 2002 ja päättyi vuoden 2008 lopussa. Kutsumme jatkossa hankkeeseen osallistuneita lievästi, keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneita henkilöitä asiakkaiksi, vaikka ymmärrämme käsitteen ongelmallisuuden tässä yhteydessä. Mukana hankkeessa on ollut pitkäaikais- ja erikoissairaanhoidon potilaita, osavuorokautisen hoidon yksiköiden asiakkaita ja vanhainkotien asukkaita. Heidän kykynsä päättää itseään koskevista asioista on poikennut toisistaan huomattavasti. Päädyimme kutsumaan heitä kaikkia asiakkaiksi ensinnäkin yksinkertaisuuden vuoksi sekä toiseksi siitä syystä, että haluamme korostaa palveluiden ja hoidon laadun arvioinnissa palveluita saavaa henkilöä toimijana, ei vain hoidon vastaanottajana.

Henkilökuntaa kutsumme seuraavassa hoitajiksi tekemättä eroa heidän ammattinimikkeidensä välillä. Tähän yksinkertaistukseen päädyimme siksi, että varsinkin vaikeammin dementoituneille asiakkaille itselleen ei ammattinimikkeillä ole merkitystä, vaan sillä miten työntekijät heitä kohtelevat ja auttavat. Kaikilla hoitotyöhön suoraan tai välillisesti osallistuvilla on merkitystä asiakkaan hyvinvoinnin kannalta.

2. DEMENTIA CARE MAPPING -MENETelmä

2.1. Menetelmän tausta

Kuvaamme seuraavassa DCM-menetelmää ja sen taustaa sekä siitä aikaisemmissa hankkeissa kertyneitä kokemuksia. Esittelemme menetelmän perusteellisesti, sillä sitä käytettiin Suomessa ensimmäistä kertaa ja se poikkeaa otteeltaan olennaisesti monista muista hoidon laadun arvioinnin menetelmistä.

DCM-menetelmän kehitti Tom Kitwood ja Kathleen Bredin Bradfordin yliopistossa Englannissa 1990 -luvun alussa. Perusteena menetelmän kehittämiseksi oli halu saada asiakkaan oma näkökulma esiin dementiahoidon laadun arvioinnissa. Kognitiivisten kykyjen heikkenemisen vuoksi sairastuneen on vaikea tai mahdotonta ilmaista omaa käsitystään hoidosta esimerkiksi silloin, kun tietoa kerätään haastatteleamalla. Kitwoodin mielestä dementiaoireisen ihmisen hyvinvoinnista on kuitenkin mahdollista saada tietoa heiltä itseltään esimerkiksi ei-sanallisen viestinnän kautta. DCM-havainnointimenetelmän avulla on haluttu luoda hoidon laadun arvioinnille mahdollisimman objektiivinen perusta, jonka avulla voidaan saada esiin hoidon onnistuneet ja parannusta kaipaavat puolet asiakkaita havainnoimalla. (Kitwood & Bredin 1992a)

DCM:n taustalla on Kitwoodin sosiaalipsykologiaan pohjaava näkemys siitä, miten dementoiva sairaus vaikuttaa sairastuneen ihmisyyteen (personhood). Kitwoodin mukaan ihmisyyden muotoutuu ihmissuhteissa ja se rakentuu tunnistamisesta, kunnioituksesta ja luottamuksesta. (Kitwood 1997.) Hänen mukaansa dementoitunut henkilö joutuu sairastuessaan kahdenlaisen muutoksen kohteeksi. Ensinnäkin dementoiva sairaus heikentää vähitellen hänen kognitiivisia taitojaan, kuten muistia, loogista ajattelua ja ymmärtämistä. Toiseksi sairastuneen sosiaalipsykologinen ympäristö muuttuu henkilöiden välisten suhteiden ja vuorovaikutuksen kautta. Kitwood kuvaa dementoituneessa ihmisessä tapahtuvaa muutosta hajoamisena. Hänen mukaansa dementoivan taudin aiheuttama kognitiivisten kykyjen menettäminen ei yksin aiheuta henkilön hajoamista tai disintegraatiota psykologisesti ja emotionaalisesti muista. Tähän prosessiin johtaa myös se sosiaalipsykologinen ympäristö, joka suhtautuu dementoivaa tautia sairastavaan kielteisesti (Kitwood 1997).

Kitwoodin ja Bredinin (1992b) mukaan dementiahoidon tarkoitus psykologisessa mielessä on dementiaoireisen henkilön ihmisyyden ja persoonan ylläpitäminen. Kun dementian edessä ihmisen omat persoonallisuuden rakenteet hajoavat, on ympärillä olevien ihmisten autettava ja annettava sairastuneelle mahdollisuus pysyä ihmisyydessä kiinni, säilyttää ihmisarvonsa yksilönä. Sosiaalisuus ja arvostava kohteleminen pitää sairastuneen ihmisyydessä kiinni dementoivasta sairaudesta huolimatta. (Kitwood 1997) Tästä näkökulmasta hoidon laatu ei viittaa vain suoraan havaittavaan hoitoprosessiin, vaan myös siihen, miten annettu hoito vaikuttaa sairastuneen ihmisyyden tai persoonallisuuden ylläpitoon sekä kommunikointitaitojen säilymiseen ja elämänlaatuun (Kitwood & Bredin 1992a).

2.2. Dementia Care Mapping (DCM) -havainnointimenetelmän kuvaus

Tässä luvussa kuvaamme, miten DCM-menetelmää käytetään ja mitä havainnointiprosessiin kuuluu. DCM-menetelmää uudistetaan koko ajan (<http://www.brad.ac.uk/health/dementia/dcm/index.php>). Käytimme sen 7. versiota, johon seuraavat tiedot perustuvat. Menetelmän avulla kootaan tietoa asiakkaan 1) toiminnasta ja 2) hyvinvoinnista sekä asiakkaan kannalta 3) myönteisistä ja 4) kielteisistä tapahtumista. Asiakkaan toiminnan ja hyvinvoinnin määrittäminen tapahtuu strukturoidusti viiden minuutin aikajaksoissa. Myönteiset ja kielteiset tapahtumat kuvataan sanallisesti sen mukaan, miten ne esiintyvät. Havainnoinnit tehdään ainoastaan yksikön yleisissä tiloissa. (Bradford Dementia Group 1997)

Asiakkaan toiminta luokitellaan 24 luokkaan, joista jokaisella on oma kirjainkoodinsa (Bradford Dementia Group 1997). Toimintaluokat on lueteltu ja kuvattu Taulukossa 1

Taulukko 1. Asiakkaan toimintaa kuvaavat luokat Dementia Care Mapping -menetelmässä (DCM, 7. versio)

Koodi	Luokka	Luokan yleinen kuvaus
A	Vuorovaikutus (articulation)	On vuorovaikutuksessa sanallisesti tai muulla tavalla (ilman muuta havaittavaa toimintaa)
B	Seuraaminen (borderline)	On mukana sosiaalisessa tilanteessa passiivisesti
C	Vetäytyminen (Cool)	On sosiaalisesti vetäytynyt
D	Ahdistus (distress)	On ahdistunut ja vailla huomiota
E	Ilmaiseminen (express)	Osallistuu ilmaisevaan tai luovaan toimintaan
F	Ruoka (food)	Syö tai juo
G	Pelit (games)	Osallistuu peliin
H	Käsityö (handicraft)	Tekee käsitöitä
I	Äly (intellectual)	Käyttää pääasiassa älyllisiä kykyjä
J	Ohjattu liikunta (joints)	Osallistuu liikuntaan tai urheiluun
K	Liikkuminen (kum and go)	Kävelee, seisoo tai liikkuu pyörätuolilla itsenäisesti
L	Työ (labour)	Osallistuu työhön tai työn kaltaiseen toimintaan
M	Media (media)	Käyttää tai seuraa tiedotusvälineitä
N	Nukkuminen (nod, land of)	Nukkuu tai torkkuu
O	Itsehoito (own care)	Huolehtii itsenäisesti omasta vaatekustannuksesta tai ulkonäöstään
P	Fyysinen hoito (physical care)	Saa fyysistä, henkilökohtaista tai käytännöllistä hoitoa tai apua
R	Uskonto (religion)	Osallistuu uskonnolliseen toimintaan
S	Seksi (sex)	Seksuaalisuuteen liittyvät puheet tai toiminnot
T	Aistit (timalation)	Keskittyy selvästi aistihavaintoon
U	Ei saa vastausta (unresponded to)	Yrittää kommunikoida saamatta vastausta
W	Toisto-oireet (withstanding)	Tuottaa toistuvia ärsykeitä itselleen
X	Vessa (x-cretion)	WC-asioihin liittyvät puheet ja tapahtumat
Y	Itsekseen puhuminen (yourself)	Puhuu itsekseen tai kuvitellulle henkilölle; hallusinaatiot
Z	Nollavaihtoehto (zero option)	Toiminta, joka ei sovi edellisiin luokkiin

Hyvinvoinnin arvolla ilmaistaan henkilön hyvän /pahan olon tasoa kullakin havainnoitavalla viiden minuutin aikajaksolla. Hyvinvoinnin arvon määrittämisessä käytetään kuusiportaista asteikkoa, jolloin se voi saada arvot -5, -3, -1, +1, +3 tai +5. Yleinen kuvaus hyvinvoinnin arvoista on annettu Taulukossa 2.

Taulukko 2. Hyvinvoinnin luokituksen yleinen määrittäminen

Hyvinvoinnin arvo (WIB)	Selitys
+5	poikkeuksellinen hyvinvointi – vaikea kuvitella parempaa tilannetta; intensiivistä osallistumista, itseilmaisua ja vuorovaikutusta
+3	selviä merkkejä hyvinvoinnista; esimerkiksi osallistumista, vuorovaikutusta tai sosiaalisen kontaktin aloittamista
+1	asianmukaista selviämistä kussakin tilanteessa; jonkin verran kontaktia muihin; ei näkyviä pahan olon merkkejä
-1	lievää pahaa oloa; esimerkiksi pitkästymistä, levottomuutta tai turhautumista
-3	huomattavaa pahaa oloa; esimerkiksi surua, pelkoa tai kiukkua; syvenevää apatiata ja vetäytymistä; asiakkaan tarpeiden sivuuttaminen jatkunut yli puolen tunnin ajan
-5	äärimmäistä apaattisuutta, vetäytymistä, raivoa, surua tai epätoivoa; asiakkaan tarpeiden sivuuttaminen jatkunut yli tunnin ajan

Hyvinvoinnin arvot ovat sidoksissa edellä kuvattuihin toimintaluokkiin ja ohjeet arvon määrittämiseksi on annettu toimintaluokakohtaisesti. Esimerkiksi luokassa A (vuorovaikutus) arvo +5 kuvaa hyvin terapeuttista, arvo +3 miellyttävää ja arvo +1 lyhyttä sanallista tai sanatonta vuorovaikutusta ja arvo -1 lievää, arvo -3 kohtalaista ja arvo -5 vakavaa pahaa oloa vuorovaikutuksen aikana. Esimerkki toimintaluokka ruokailun hyvinvoinnin arvon määrittämisestä kuvataan Taulukossa 3. Kaikissa toiminnan luokissa ei luokan luonteesta riippuen ole koko kuusiportainen asteikko käytössä. (Bradford Dementia Group 1997).

Taulukko 3. Esimerkki toimintaluokakohtaisesta hyvinvoinnin arvon määrittämisestä: ruokailu

Luokka F SYÖ TAI JUO	
+5	aterian syöminen sekä sosiaalisessa tilanteessa että selvästi nauttien esim. nauttii muiden seurassa ateristiasta, joka selvästi on herkullinen; ruoka syötetään taitavasti ja vuorovaikutusta edistävällä tavalla, ja havainnoitava nauttii selvästi ateristiasta
+3	aterian syöminen selvästi sosiaalisessa tilanteessa ja/tai nauttien esim. nauttii miellyttävän välipalan ja rupattelee ajoittain toisen henkilön kanssa; nauttii hyvästä ateristiasta ilman vuorovaikutusta
+1	pienen välipalan syöminen tai juoman nauttaminen jonkin verran hyvinvointia osoittaen esim. juo teetä leppoisasti yksin; kuljeskelee tyytyväisenä mutta yksinään ja mutustelee samalla voileipää
-1	syöminen ja juominen hiukan tyytymättömänä tai lievää pahaa oloa osoittaen esim. siemailee kahvia yksin ja osoittaa olevansa onneton; syö kakkua ja vaivaantuu omasta murustelustaan
-3	kohtalainen itsenäisyyden kiistäminen, toivotun sosiaalisen kanssakäymisen puute, jonkinasteinen tyytymättömyys ruokaan tai juomaan, tai jokin kohtalaista pahaa oloa aiheuttava edellisten yhdistelmä esim. yrittää syödä paahtoleipää nälkäänsä kivuliaasti ilman tekoampaita; joutuu rangaistukseksi syömään yksinään; hoitotyöntekijät syöttävät havainnoitavaa oman mukavuutensa vuoksi, vaikka tämä pystyisi syömään itsenäisesti

Jos havainnoitavan henkilön tekeminen saman viiden minuutin aikajakson aikana sopii useaan toimintaluokkaan (esimerkiksi henkilö vähän juttelee ja muun ajan istuu hiljaa), nostetaan esiin toiminnallisuutta tai vuorovaikutusta sisältäneet toiminnot. Tämä tarkoittaa sitä, että jos henkilö on istunut itsekseen neljän ensimmäisen minuutin ajan ja viimeisen minuutin aikana puhuu jollekulle, aloittaa ruokailun tai vaikkapa nousee tuolista, koodataan tämä viisiminuuttinen tämän viimeisen minuutin mukaan. Näin siis aktiivisuus ja toiminta korostuu havainnoinneissa. Tämän vuoksi tuloksissa ilmoitetut ajat esimerkiksi ruokailuun kuluneesta ajasta eivät perustu minuutintarkkaan mittaamiseen, vaan ne on laskettu kyseessä olevaan toimintaluokkaan koodattujen aikajaksojen eli viisiminuuttisten perusteella. Myös hyvinvoinnin arvon määrittämisessä korostuu toiminnallisuus ja sosiaalisuus siten, että ne arvotetaan enemmän hyvinvointia tuottaviksi kuin passiivinen oleminen. (Bradford Dementia Group 1997)

Myönteisten ja kielteisten/asiattoman kohtelun tilanteiden kirjaamisen tarkoitus on löytää hoidon vahvuudet ja heikkoudet asiakkaiden näkökulmasta katsottuna. **Kielteiset tapahtumat** tarkoittavat tilanteita, joissa asiakkaan omanarvontuntoa heikennetään. Ne luokitellaan 17 luokkaan, jotka kuvataan Taulukossa 4.

Taulukko 4. Kielteisten tapahtumien luokitus DCM-menetelmässä

Luokka	Selitys
Huijaus	huijata eri tavoin henkilön hämäämiseksi tai manipuloimiseksi tai jotta hänet saadaan vastoin tahtoaan mukautumaan.
Estäminen	evätä henkilön omien kykyjen käyttö; ei auttaa häntä viemään loppuun aloittamansa toiminta.
Holhoaminen	kohdella henkilöä alentuvasti, ei kohdella häntä aikuisena.
Uhkailu	aiheuttaa pelkoa henkilössä uhkailemalla tai käyttämällä fyysistä voimaa.
Luokittelu	suhtautua henkilöön pääasiassa käyttäytymismuodon (esim. sottapytty, ahmatti) tai taulukon edustajana.
Leimaaminen	suhtautua henkilöön pikemminkin sairaana tai poikkeavana kuin ihmisenä.
Vyöryttäminen	tarjota tietoja tai esimerkiksi esittää vaihtoehtoja niin nopeasti, että henkilö ei ymmärrä; painostaa häntä tekemään asioita nopeammin kuin hän pystyy.
Kiistäminen	ohittaa henkilön subjektiivinen kokemus ja erityisesti hänen tunteidensa todellisuus.
Karkotus	lähettää henkilö pois tai sulkea hänet ulkopuolelle fyysisesti tai psyykkisesti.
Esineellistäminen	kohdella henkilöä ikään kuin elottomana aineena, jota voi työnnellä, nostella, pumpata täyteen tai tyhjentää, ottamatta huomioon, että kyseessä on tunteva ihminen.
Ohipuhuminen	jatkaa keskustelua tai toimintaa henkilön läsnäollessa ikään kuin hän ei olisikaan paikalla.
Pakottaminen	pakottaa henkilö tekemään jotain joko kiistämällä hänen toiveensa tai olemalla antamatta hänelle valinnan mahdollisuutta.
Sivuuttaminen	jättää pyydetty huomio antamatta tai ilmeinen tarve (esim. hellyyden tarve) tyydyttämättä.
Syyttäminen	syyttää henkilöä tekemisistä tai tekemättä jättämisistä, jotka johtuvat hänen puutteellisista kyvyistään tai tilanteen väärinymmärtämisestä.
Tunkeutuminen	keskeyttää karkeasti henkilön toiminta tai toimettomuus, rikkoa tylysti hänen reviirinsä.
Pilkaaminen	tehdä pilaa henkilön "oudoista" toimista tai huomautuksista; kiusata tai nöyryyttää häntä tai vitsailla hänen kustannuksellaan.
Halveksiminen	henkilön nimittäminen halveksivasti esimerkiksi kyvyttömäksi, hyödyttömäksi tai arvottomaksi; halveksunnan viestittäminen muutoin

DCM-menetelmän 7. versiossa ei myönteisille tapahtumille ollut luokitusta. Vuonna 2005 valmistuneessa uudessa versiossa sellainen on tehty kielteisten tapahtumien vastinpareista (DCM 8 User's Manual 2005). **Myönteiset tapahtumat** tarkoittavat poikkeuksellisen hyvää asiakkaan huomioonottamista tai tilanteen ratkaisua. Tällainen voi olla esimerkiksi tilanne, jossa käyttösoireinen käyttäytyminen saadaan rakentavalla tavalla muuttumaan. Kielteisten ja myönteisten tapahtumien kuvauksissa ei kuvata sitä kuka työntekijä oli tilanteessa läsnä. (Bradford Dementia Group 1997).

Havainnointien sisäistä luotettavuutta lisää se, että havainnoitsijoita on useampi kuin yksi. Luotettavuutta voidaan seurata pistokokein, jolloin kaikki havainnoivat samoja henkilöitä. Menetelmän ohjekirjan mukaan havainnointien yhteneväisyyden tulee olla 70 %, kun havainnoiteja käytetään hoidon laadun kehittämiseen ja tutkimuskäytössä edellytetään tätä korkeampaa yhteneväisyyttä. Havainnointiajaksi suositellaan kahtena päivänä kuusi tuntia päivässä (Bradford Dementia Group 1997). Havainnointiaika on kuitenkin vaihdellut eri tutkimuksissa (Bradford Dementia Group 1997, Perrin 1997, Brooker ym. 1998, Brooker & Duce 2000, Ballard ym. 2001)

2.3. DCM-havainnointitulosten esittäminen

Havainnointien perusteella *kullekin asiakkaalle* lasketaan **toimintaluokkien ja hyvinvoinnin arvojen profilit eli jakaumat**. Jakaumien avulla havainnollistetaan, mitä toimintoja ja millainen hyvinvointi asiakkaalla on havainnointiajankohtana ollut. Toimintojen ja hyvinvoinnin arvojen yhdistelmätaulukolla voidaan kuvata asiakkaan hyvinvointia kunkin toiminnan aikana. Hyvinvoinnin arvojen keskiarvolla kuvataan asiakkaan voimien keskimääräistä tasoa havainnointiaikana. (Bradford Dementia Group 1997). Lisäksi kuvataan kunkin asiakkaan myönteiset ja kielteiset tapahtumat.

Kaikkien havainnoitujen asiakkaiden tulosten pohjalta lasketaan *koko yksikön* **hyvinvoinnin arvojen jakauma ja hyvinvoinnin arvojen keskiarvo sekä yksikön toimintaluokkajakauma**. Hyvinvoinnin arvojen keskiarvojen katsominen viidessä yleisimmässä toimintaluokkissa antaa kuvan siitä, miten asukkaiden hyvinvointi vaihteli eri toiminnoissa. Koko yksikön tulosten perusteella voidaan laskea dementiahoidon indeksi, jossa toimintaluokkien ja hyvinvoinnin arvojen antama informaatio yhdistetään. Painotetussa dementiahoidon indeksissä otetaan huomioon myös yksikön asiakkaiden ja henkilökunnan määrän suhde. Kokonaistulosten perusteella voidaan arvioida yksikön psykososiaalisen hoidon laatua ja sitä, miten asiakkaiden toiminnallisiin tarpeisiin vastataan. (Bradford Dementia Group 1997)

Havainnoidun yksikön **henkilökunnalle pidettävässä palautetilaisuudessa** on läsnä mahdollisimman moni työntekijä sekä heidän esimiehensä. Heille annetaan kuvaus kunkin havainnoidun henkilön hoidon laadusta ja hyvinvoinnista siten, miten se DCM-havainnoinneissa näkyi. Havainnoitsijat voivat havainnointien perusteella tehdä myös ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi. Päätarkoitus palautetilaisuuksissa on päästä keskustelemaan tulosten perusteella kunkin asiakkaan hyvinvoinnista ja päivittäisestä elämästä sekä siitä, voisiko hänen yksilöllinen tilanteensa ja tarpeensa ottaa jollakin tavoin hoidossa paremmin huomioon. Tätä kautta pyritään vaikuttamaan koko yksikön hoidon laatuun. (Bradford Dementia Group 1997)

3. DEMENTIAHOIDON LAADUN ARVIOINTI ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA -HANKE

3.1. Hankkeen tavoitteet ja yksiköiden rekrytointi

Hankkeen perimmäisenä tarkoituksena oli parantaa dementiaoireisten ihmisten hyvinvointia ja psykososiaalisen ympäristön laatua sekä lisätä ymmärrystä heidän sosiaalisista ja toiminnallisista tarpeistaan. Hankkeessa yhdistyvät tutkimus ja kehittäminen. Tutkimus on toteutettu interventiona tai sosiaalitieteellisemmin ilmaistuna toimintatutkimuksena. Kehittäminen on nivoutunut toimintatutkimuksellisesti edenneen työn osaksi. Tutkimusosion tulokset on raportoitu erillisessä julkaisussa (Topo ym. 2007). Hankkeessa havainnoitiin mukana olevat dementiahoitoa tarjoavat yksiköt kertaalleen vuosina 2003 ja 2004. DCM-havainnoiteja ja niistä annettavaa palautetta varten kaksi henkilöä suoritti Bradfordin yliopistossa edistyneen DCM-menetelmän käyttäjän kurssin ja neljä DCM-peruskurssin.

Tämän raportin tarkoituksena on kuvata hankkeen DCM-havainnointiprosessin avulla tapahtunutta yksiköiden hoidon laadun kehittämistä:

- miten havainnoinnit valmisteltiin
- miten havainnoinnit tehtiin ja mitä muuta tietoa kerättiin
- miten havainnoitujen yksiköiden työntekijöille kerrottiin tulokset
- millaisia kehittämissuosituksia annettiin ja miten niistä keskusteltiin
- miten havainnointitulokset muuttuivat vuosien 2003 ja 2004 havainnoinneissa
- yksiköiden työntekijöiden arvioiteja havainnoinneista ja tuloksista
- miten tulokset vaikuttivat työkäytäntöihin.

Lisäksi kuvaamme havainnointitulosten perusteella kehittämämme luokitukset dementiahoidon hyvistä ja vältettävistä käytännöistä.

Halusimme tietoa siitä, miten eriasteisesti dementoituneiden hyvinvoinnista on mahdollista koota tietoa havainnoimalla ja miten palveluissa kyetään vastaamaan heidän psykososiaalisiin ja toiminnallisiin tarpeisiinsa. Tavoitteena oli saada hankkeeseen mukaan kahdeksan erityyppistä dementiahoitoa antavaa yksikköä, ja saada näin mukaan eriasteisesti dementoituneita ja erilaisissa hoitoympäristöissä olevia henkilöitä.

Koska yksi hankkeen tavoitteista oli tarkastella lyhytaikaishoidossa olevien asiakkaiden tilannetta, halusimme mukaan myös sellaisia pitkäaikaishoidon yksiköitä, joissa heille oli paikkoja. Yhtenä valintakriteerinä oli lisäksi, että joissain yksiköissä olisi käytössä Resident Assessment Instrument (RAI) -tietojärjestelmä, koska halusimme arvioida DCM-menetelmän tuottamaa tietoa suhteessa RAI -menetelmään. RAI -tietojärjestelmässä asiakkaiden tiedot päivitetään säännöllisesti puolen vuoden välein tai tarvittaessa. Järjestelmän avulla saadaan laskettua erilaisia asiakkaiden tilaa ja hoidon laatua kuvaavia indikaattoreita. (Noro ym. 2005)

Hankkeesta tiedotettiin Suomen dementiahoitoyhdistyksen (nykyinen Suomen muistiasiantuntijat) tilaisuuksissa ja yhdistyksen Dementiauutiset -lehdessä julkaistiin artikkeli tekemämme DCM-pilotista (Sormunen ym. 2004). Näin saimme useita yhteydenottoja hankkeeseen mukaan haluavista yksiköistä. Valitsimme mukaan maantieteellisesti eri puolella Suomea olevia yksiköitä siten, että mukaan saatiin kunnallisia sosiaalitoimen ja terveydenhuollon ja kolmannen sektorin ylläpitämiä yksiköitä. Näin saimme yksiköt rekrytoitua lukuun ottamatta terveyskeskuksen vuodeosastoa, kunnallisen sosiaalitoimen ylläpitämää dementiayksikköä ja vanhain-

kodin sekaosastoa. Otimme yhteyttä erääseen terveyskeskussairaalaan, jonka ylihoitajan avulla saimme mukaan omasta halustaan yhden osaston. Samoin toinen vanhainkodin sekaosasto tuli mukaan oman yhteydenottomme kautta niin, että käytyämme kertomassa hankkeesta osastonhoitajien kokouksessa vanhainkodin yksi osasto ilmoittautui mukaan. Yksi dementiayksikkö tuli mukaan talon johdon pyynnöstä. Lopulta hankkeeseen osallistui kaksi päiväpaikkaa, kaksi dementiayksikköä, kaksi niin sanottua sekaosastoa, erikoissairaanhoidon psykiatriin osasto ja terveyskeskuksen vuodeosasto.

Yksiköiden rekrytoinnissa halusimme painottaa vapaaehtoisuutta, sillä DCM-menetelmä oli Suomessa uusi tehtyä pilottia lukuun ottamatta (Sormunen ym. 2004). Menetelmä oli kokemuksemme mukaan melko intiimi interventio hoitoyhteisöön ja aikaisemmin kertyneen kokemuksen mukaan sen käyttö hoidon laadun parantamisessa vaatii työyhteisöltä motivaatiota ja kykyä keskustella yhdessä myös työn ongelmakohdista (Brooker ym. 1998, Sormunen ym. 2004, Brooker & Surr 2005).

3.2. Tutkimusluvut ja eettiset kysymykset

Tutkimussuunnitelma käsiteltiin Stakesin tutkimuseettisessä toimikunnassa, koska siihen sisältyi tutkimusosio. Toimikunta kiinnitti huomiota erityisesti siihen, että lupa havainnoiteihin on kysyttävä ensisijaisesti asiakkailta itseltään, asiakkaille ja heidän omaisilleen on painotettava osallistumisen vapaaehtoisuutta ja sitä, että osallistumisen hankkeeseen voi keskeyttää milloin tahansa. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) myönsi tutkimusluvan asiakkaiden perustietojen keräämiseen. STM tähdensi sitä, että yksikön, jossa henkilö on asiakkaana, tulee ottaa ensimmäinen yhteydenotto tutkimuksessa mukana oleviin henkilöihin ja heidän omaisiinsa. Luvat havainnoitien tekoon haettiin yksiköiden sijaintikuntien sosiaali- tai terveystoimen viranomaisilta (yhteensä neljästä kunnasta ja yhdestä sairaanhoitopiiristä) ja lisäksi joko asiakkailta itseltään tai heidän omaiseltaan, jos asiakas ei ollut kykenevä lupaa antamaan. Havainnoinnin kielsi muutama omainen. Käytetyt lupalomakkeet ja niihin liittyvät tiedotteet ovat raportin lopussa liitteinä 1–2.

Koska hankkeessa koottiin tietoa henkilöistä, joiden kyky tehdä itseään koskevia päätöksiä oli heikentynyt, liittyi tiedonkeruuseen, aineiston käsittelyyn ja raportointiin monia eettisiä kysymyksiä. Keskeisin kysymys liittyi keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneiden henkilöiden havainnointiin: miten voitaisiin varmistua siitä, että he hyväksyvät havainnoinnin? Tämä ratkaistiin siten, että suostumusta pidettiin tilannekohtaisena (ks. esim. Topo 2006). Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että kun tutkijat asiakkailta itseltään tai heidän omaisiltaan saamiensa lupien perusteella olivat aloittamassa havainnoitua, tervehtivät he kutakin asiakasta, esittäytyivät ja mahdollisuuksien mukaan pyrkivät kertomaan muutamalla lauseella mitä on tapahtumassa. Lopuksi asiakkailta kysyttiin, että sopiiko se, että tutkija istuu ja seuraa heidän päivänsä kulkua. Lisäksi havainnoiteja tehdessä kiinnitettiin huomiota siihen, osoittiko joku hämmennystä tai kiusaantumista, joka liittyi havainnoitavana olemiseen. Jos näin oli, käytiin hänen kanssaan juttelemassa ja yritettiin varmistua siitä, ettei henkilö vastustanut havainnoitua. Kenenkään havainnoitua ei tarvinnut tämän vuoksi keskeyttää.

Huonokuntoisia ja heikosti ympäristöönsä orientoituneita henkilöitä havainnoitaessa voi kohdata myös asiakkaille vaarallisia tilanteita. Näihin tilanteisiin reagoimme kuten kuka tahansa kanssaihminen eli pyrimme omalla toiminnallamme estämään asiakkaiden kaatumisia, törmäämisiä tai heidän toisilleen aiheuttamaa muuta fyysistä vahinkoa, kun hoitajia ei ollut läsnä tai he eivät huomanneet tilannetta. Näitä tilanteita oli muutamia. Myös DCM menetelmän käsitelija korostaa havainnoijan velvollisuutta vahinkojen estämisessä. (Bradford Dementia Group 1997)

3.3. Muu tiedonkeruu ja aineistojen analyysi

Havainnointien lisäksi asiakkaista ja yksiköistä kerättiin tietoa projektissa luoduilla lomakkeilla, jotka havainnoitujen yksiköiden työntekijät täyttivät. Näitä tietoja käytettiin palautetilaisuuksiin valmistautumisessa ja sen tutkimisessa, miten asiakkaiden ja yksiköiden ominaisuudet ovat yhteydessä asiakkaiden hyvinvointiin, heidän päivänsä sisältöön ja vuorovaikutukseen hoitajien kanssa (ks. tarkemmin Topo ym. 2007).

Asiakkaiden perustiedot

Projektissa luodun asiakkaan taustatietolomakkeen (liite 3) avulla koottiin kustakin havainnoitavasta asiakkaasta tai potilaasta seuraavat tiedot ennen havainnointia: nimi, henkilötunnus, dementoivan sairauden diagnoosi ja muut pitkäaikaissairaudet, aikaisempi ammatti, milloin asiakkasuhde yksikköön alkanut, lääkitys sekä tiedot fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta toimintakyvystä ja päivittäisen hoidon haasteista. Vastaavat tiedot poimittiin RAI-lomakkeista niissä kolmessa yksikössä, joissa oli käytössä RAI-menetelmä (RAI-tiedonkeruulomake ks. Noro ym. 2001). Lääketiedot saatiin näissä yksiköissä asiakaskohtaisina lääkelistoina.

Fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseksi käytettiin projektissa luodussa lomakkeessa päivittäisten toimintojen osalta Katz ym. (1970) (suomeksi Sulkava ym. 1989) kehittämästä mittarista seuraavaa viittä osa-aluetta: syöminen, wc:ssä käyminen, nouseminen sängystä ylös ja virtsan ja ulosteen pidätyskyky. Lisäksi käytimme Noro ym. (2000) kehittämää kysymystä asiakkaan liikukumiskyvystä. Käsillä olevan raportin ilmaus ”fyysinen toimintakyky” tarkoittaa näistä kuudesta osa-alueesta selviytymistä. Nämä valittiin siten, että ne vastaavat niitä fyysisen toimintakyvyn osa-alueita (liikkuminen osastolla, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia), jotka muodostavat RAI-menetelmässä fyysisen toimintakyvyn indeksin (Noro ym. 2001).

Kognitiivisen toimintakyvyn arvioimista varten taustatiedot lomakkeessa kysyttiin Mini Mental State Examination eli MMSE-mittarin (Folstein ym. 1975) kokonaispistemäärää ja tietoa siitä, koska testi oli tehty. Kognitiivinen toimintakyky voidaan karkeasti jaotella kolmeen MMSE-testissä saadun pistemäärän perusteella siten, että arvot 18–26 tarkoittavat lievää, arvot 10–17 keskivaikeaa ja arvot 0–9 vaikeaa dementiaa. Olemme päätyneet näihin MMSE-pisteiden katkaisukohtiin tietoisena siitä, että mittari vain karkeasti kuvaa dementiaan vaikeusastetta ja että alan kirjallisuudessa ei voida antaa selviä katkaisukohtia (ks. Erkinjuntti & Koivisto 2006). Niissä kolmessa yksikössä, joissa oli käytössä RAI, kognitiivinen toimintakyky saatiin Cognitive Performance Scale (CPS) -mittarin arvosta (Noro ym. 2001). Havainnointipäivien aikana yksiköiden vastaavat hoitajat antoivat lomakkeella yleistietoja yksiköstä ja havainnointipäivien aikaisesta asiakas- ja henkilöstötilanteesta (liite 4).

Yksiköiden perustiedot

Kunkin havainnoidun yksikön vetäjä täytti lomakkeen, jossa kysyttiin tietoja yksikön asiakas- ja henkilökuntamäärästä ja henkilökunnan koulutusrakenteesta sekä havainnointiajankohtana paikalla olevan henkilökunnan määräästä. Kyselyssä kartoitettiin myös asiakkaiden tarvitseman avun määrää. Koska DCM-havainnoinnit tehdään ainoastaan yksikön yhteistiloissa, voi pitkäaikaishoidossa kokonaiskuvan saaminen siitä, miten asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen sitoo hoitajien aikaa jäädä vaillinaiseksi. Tämän vuoksi lomakkeessa kysyttiin, kuinka moni asiakas viettää aikansa pääasiallisesti omassa huoneessaan.

Palautekyselyt henkilökunnalle

Palautetilaisuuden jälkeen koko henkilökunnalle jaettiin lyhyt kysely, jonka sai palauttaa nimettömänä palautuskuoressa postitse. Kysymykset koskivat sitä, miltä havainnoiminen yksikössä oli tuntunut, miten se oli vaikuttanut omaan työhön, miten työntekijät olivat kokeneet havainnointien tulosten hyödyllisyyden oman työnsä kannalta ja mitä mieltä he olivat palautetilaisuudesta. Puolen vuoden kuluttua havainnoinneista yksiköiden vetäjille lähetettiin sähköpostitse kysely, jonka avulla haluttiin saada tietoa siitä, oliko tuloksista jälkikäteen keskusteltu ja olivatko tulokset ja siitä käyty keskustelu aiheuttaneet joitain muutoksia yksikössä.

Aineistojen analyysi

Kaikki määrälliset tulokset tallennettiin ja analysoitiin Excel ja SPSS -ohjelmilla. Havaintoyksikkö oli yksittäinen viisiminuuttinen, jolta ajalta asiakkaan hyvinvointi ja toiminta oli merkitty ylös. Hyvinvointia sekä toimintaa koskevassa aineistossa jokainen asiakkaan havainnoitu 5-minuuttinen on saanut yhden hyvinvointia kuvaavan arvon ja yhden toimintaa kuvaavan merkin. Osa aineistojen analyyseista, joita tässä raportissa on kuvattu, on tehty aggregaattitiedoilla, joissa havainnointiyksikkönä on ollut havainnoitu henkilö.

Analyyseissa RAI -tietojärjestelmän kognitiivista toimintakykyä arvioivan CPS -mittarin arvot kalibroitiin vastaamaan MMSE -mittarin arvoja. Asiakkaiden perustietolomakkeen päivitteisistä toiminnoista selviytymistä kuvaavat kuusi osa-aluetta (syöminen, wc:ssä käyminen, nouseminen ylös sängystä, virtsan ja ulosteen pidätyskyky ja liikkuminen) yhdistettiin summamuuttujaksi. RAI -mittarin fyysisistä toimintakykyä ilmaisevan indeksin arvo yhdistettiin kyseisen summamuuttujan kanssa. Muu tätä raporttia koskevien määrällisten tulosten analyysi kuvataan luvussa 6.1.

Laadulliset aineistot ovat muistiinpanoja, joita kirjoitettiin havainnointien aikana. Word -dokumentiksi kirjoitetut muistiinpanot täydennettiin heti puhtaaksikirjoituksen jälkeen. Täydentäminen tarkoitti vaillinaisten lauseiden ja hyvin lyhyiden muistiinpanojen kirjoittamista auki, jotta niiden perusteella voitaisiin myöhemmin analysoida tilanteita. DCM-menetelmän käsikirja kehottaa havainnoijaa kirjoittamaan ylös ainoastaan asiakkaiden kannalta myönteiset ja kielteiset tapahtumat. Poikkesimme ohjeesta siten, että kirjasimme ylös kaikkea asiakkaille tapahtuvaa sekä yleisiä yksikköön liittyviä asioita tai tapahtumia (esimerkiksi sitä miten ruoka tai hygieniatarvikkeet tuotiin yksikköön, miltä yksikössä tuoksui, millaiset tilat ja esineympäristö oli). Vuonna 2003 muistiinpanoja kertyi yhteensä 30 021 sanaa ja vuonna 2004 43004 sanaa. Kertynyttä tekstiaineistoa on analysoitu kahden tutkijan rinnakkain tekemällä sisällön koodauksella (ks. tarkemmin Sormunen ym. 2007). Sisällön analyysi ja siihen liittyvät koodaukset on tehty manuaalisesti lukemalla aineistoa.

4. DEMENTIA CARE MAPPING -HAVAINNOINNIT YKSIKÖISSÄ

4.1. Havainnoitujen asiakkaiden taustatiedot

Havainnoituja asiakkaita oli vuonna 2003 yhteensä 85 ja vuonna 2004 80. Osa asiakkaista oli samoja molempina vuosina, eri henkilöitä oli mukana yhteensä 123. Nuorin havainnoitava oli 60- ja vanhin 102-vuotias. Suurin osa oli naisia ja yleisin demention aiheuttaja oli Alzheimerin tauti. Kognitiivisilta kyvyiltään runsas kolmannes oli lievästi dementoituneita kumpanakin havainnointikertana. (Taulukko 5) Havainnoituista asiakkaista oli ympärivuorokautisessa hoidossa vajaa 60 prosenttia.

Taulukko 5. Taustatietoja havainnoituista asiakkaista vuosina 2003 ja 2004

	2003 (N=85)		2004 (N=80)	
	N	%	N	%
Ikä				
60-69	10	12	8	10
70-79	19	22	21	26
80-89	36	42	39	49
90-	19	22	12	15
Tieto puuttuu ¹	1	1	-	-
Sukupuoli				
Nainen	57	67	56	70
Mies	28	33	24	30
Dementoivan sairauden diagnoosi				
Alzheimer, Alzheimer + muu	38	45	41	51
Vaskulaarinen demencia	8	9	6	8
Otsalohkodementia	1	1	1	1
Muu demencia ²	32	38	22	28
Muu ³	5	6	8	10
Tieto puuttuu	1	1	2	3
MMSE				
18-28 (lievä demencia)	30	35	30	38
10-17 (keskivaikea demencia)	25	29	27	34
0-9 (vaikea demencia)	24	28	20	25
Tieto puuttuu	6	7	3	4
vaihteluväli	0-26		0-28	
ka	13,8		14,9	
ADL-toimintakyky ⁴ (ka; vaihteluväli)	2,3; 1-4		2,1; 1-4	
Tieto puuttuu	1	1	3	4

¹ Lyhytaikashoidossa oleva asiakas, josta ei saatu muita tietoja. Asiakkaalla vaikeuksia ymmärtää ja tuottaa puhetta.

² Asiakkaat, joista RAI-lomakkeen tieto "muu kuin Alzheimerin tauti"

³ Ei varsinaista dementoivan sairauden diagnoosia.

⁴ 1=hvya toimintakyky, 4=heikko toimintakyky

4.2. Havainnoitujen yksiköiden kuvaus

Pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä olevat asiakkaat olivat pääosin keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneita ja he tarvitsivat paljon apua päivittäisissä toiminnoissaan. Näissä yksiköissä hoitajat työskentelivät pitkiä aikoja asiakkaiden huoneissa tai kylpy- ja wc -tiloissa, joissa ei havainnoitu. Päiväpaikkojen asiakkaat olivat kognitiivisesti ja fyysisesti pääosin kyvykkäämpiä kuin pitkäaikaishoidon asiakkaat. Asiakkaiden MMSE -pisteiden keskiarvo vuonna 2003 oli ympärivuorokautisissa pitkäaikaishoitopaikoissa 10,6 (min 0 – max 22) ja päiväpaikoissa 19,3 (min 0 – max 26). Vuonna 2004 vastaavat luvut olivat 10,8 (min 0 – max 26) ja päiväpaikoissa 20,5 (min 9 – max 28). Molemmissa hoitomuodoissa hoidetaan siis sekä keskivaikeasti että vaikeasti dementoituneita asiakkaita, mutta painotus asiakaskunnassa on erilainen. (Taulukko 6)

Taulukko 6. Perustiedot hankkeessa mukana olleista yksiköistä vuonna 2003

	Osavuorokautinen (O)/ ympäri- vuorokautinen (Y)	Dementiaan erikoistunut	Asiakas- paikkoja	Työntekijä/ asiakas- suhde	Asiakkaiden MMSE min-max (keskiarvo)
Päivätoimintayksikkö ¹	O	kyllä	15 ¹	-	6-23 (17,8)
Päivätoimintayksikkö ²	O	kyllä	14 ¹	-	16-26 (21,5)
Vanhainkodin sekaosasto ¹	Y	ei	17	0,53	1-17 (11,1)
Vanhainkodin sekaosasto ²	Y	ei	30	0,49	0-22 (11,8)
Palvelutalon dementiayksikkö	Y	kyllä	10+2 ²	0,75	9-20 (15,7)
Vanhainkodin dementiayksikkö	Y	kyllä	12+1 ²	0,54	0-22 (7,4)
Psykiatriosasto	Y	ei	16	1,00	0-20 (11,8)
Terveyskeskuksen vuodeosasto	Y	ei	21	0,59	0-5 (4,2)

¹ Arvioitu asiakasmäärä päivää kohti

² Tilapäispaikkojen määrä

Viidessä pitkäaikaishoitopaikassa tilat edustivat perinteistä laitosrakentamista siten, että yhteistilat olivat suuria, asukkaiden huoneet sijaitsivat erillään yhteistiloista pitkien käytävien varrella ja keittiötilat olivat asukkailta suljetut. Yhdessä pitkäaikaishoidon yksikössä oli erillinen ruokailutila, jota ajoittain pidettiin lukittuna ruokailujen välillä. Yhdessä pienessä pitkäaikaishoidon yksikössä yhteistilat olivat baarikeittiön ympärillä ja asukkailla oli pääsy keittiöön. Molemmissa päiväpaikoissa oli oleskeluhuoneen lisäksi ruokailuun varattu tila, jota ruokailujen välillä käytettiin muuhun toimintaan. Päiväpaikkojen asukkailla oli pääsy kaikkiin yksikön tiloihin ja mahdollisuus mennä erillisiin tiloihin lepäämään. Kaikissa yksiköissä ruoka tuotiin yksikön ulkopuolelta ja kahvi keitettiin yksiköissä. Yhtä päiväpaikkaa lukuunottamatta ulko-ovet olivat lukitut.

4.3. Havainnointien kulku

Hankkeesta tiedottaminen henkilökunnalle vaihteli yksikön sijainnista riippuen. Viidessä yksikössä kävimme kertomassa DCM-menetelmästä ja hankkeesta ainakin yksikön vetäjille ja joisain yksiköissä myös paikalla olevalle henkilökunnalle. Kaikkien yksiköiden henkilökunnalle

viettiin tai lähetettiin etukäteen tiedote, jossa kerrottiin käytettävästä menetelmästä ja hankkeesta. Tiedote on liitteessä 5.

Kaikki kahdeksan yksikköä havainnoitiin kerran vuonna 2003. Havainnointiaika oli kussakin yksikössä kahtena päivänä kuusi tuntia siten, että ympärivuorokautisissa yksiköissä toisena päivänä havainnointi aloitettiin aamulla ja toisena puolen päivän jälkeen. Joissakin ympärivuorokautisissa yksiköissä havainnoinneissa pidettiin tauko ruokailun jälkeen, koska lähes kaikki asukkaat olivat omissa huoneissaan. Päiväpaikoissa havainnoitiin koko niiden aukioloajan. Havainnointia tehtiin vain yhteisissä tiloissa kuten ns. päiväsalissa, ruokailutiloissa ja käytävillä.

Paikalla oli aina kaksi havainnoijaa ja samanaikaisesti yksi havainnoija havainnoi korkeintaan viittä henkilöä. Pistokokeenomaisesti havainnoitiin samoja henkilöitä havainnoinnin luotettavuuden tarkastelemiseksi. Molemmat havainnoijat olivat molempina vuosina kaikissa yksiköissä samoja yhtä yksikköä lukuun ottamatta. Siellä toinen havainnoija vaihtui vuonna 2004, koska ensimmäisen havainnoinnin aikana huomattiin, että paikalle tarvittiin äidinkieleltään ruotsinkielinen havainnoija.

Havainnoinnit aloitettiin esittäytymällä havainnoitaville asiakkaille työntekijöiden avustuksella. Näin samalla voitiin painaa mieleen kunkin asiakkaan nimi, joka kirjattiin ylös samoin kuin tunnistamisessa auttavat yksityiskohdat. Välittömästi tämän jälkeen aloitettiin havainnointi ja kirjaukset tehtiin manuaalisesti valmiille lomakkeelle (Liite 6). Kerrallaan havainnoitiin niitä henkilöitä, jotka olivat yhteisissä tiloissa läsnä. Havainnoijat asettautuivat niin, että näkivät havainnoitavien kasvot mahdollisimman hyvin. Havainnointi pyrittiin tekemään mahdollisimman vähäeleisesti. Jos havainnoitavat tai muut asiakkaat ottivat havainnoijiin kontaktia, vastattiin siihen, mutta havainnoijat itse eivät ottaneet asiakkaisiin kontaktia tervehtimistä lukuun ottamatta. Havainnointia ei juurikaan keskeytetty ja pakolliset tauot pidettiin pääosin siten, että toinen jäi paikalle.

Havainnoinneista kertyi strukturoitua, määrällistä tietoa ja laadullista aineistoa. DCM:n mukaisten toiminta- ja hyvinvoinnin arvojen koodien lisäksi havainnoijat kirjoittivat monipuolisesti havainnoitujen henkilöiden ja yksiköiden tapahtumia ylös. Käytännössä havainnointien tekeminen vaati paljon kirjaamista.

5. HAVAINNOINTITULOSTEN ESITTÄMISTAPA JA NIISTÄ KESKUSTELEMINEN PALAUTETILAISUUDESSA

Olellainen osa DCM-menetelmää on yksikön henkilökunnalle havainnointien jälkeen pidettävä palautetilaisuus. Tilaisuutta varten havainnoijat analysoivat tulokset ja käsitelivät ne niin, että niiden pohjalta saa konkreettisen kuvan asiakkaiden päivän sisällöstä, tapahtumista ja hyvinvoinnista. Havainnoijat laativat myös ehdotuksia siitä, miten yksittäisten asiakkaiden tilannetta voitaisiin parantaa. Sen vuoksi tilaisuudessa keskustellaan hyvin konkreettisista, asiakkaan päivittäisen elämän asioista. Palautetilaisuus järjestetään noin 2–3 viikon kuluttua havainnoineista.

Kunkin yksikön henkilökunnalle järjestettävän palautetilaisuuden ajankohdasta sovittiin yksiköiden kanssa havainnointipäivistä sopimisen yhteydessä. Näin varmistettiin, että havainnointien ja palautetilaisuuden välillä ei ole liian pitkä aika. On hyvä, että havainnoinneissa esiin nostetut tapahtumat ovat vielä työntekijöiden ja havainnoijien tuoreessa muistissa, jolloin niistä pystyy keskustelemaan konkreettisemmin ja ottamaan huomioon mahdolliset muut ko. tapahtumiin liittyvät tilanteet (esim. työntekijävajaus, jonkun asiakkaan sairaus, toisten asiakkaiden käyttäytyminen).

Koska havainnoijilla ei juuri ollut omaa kokemusta käytännön dementia-työstä, oli kussakin palautetilaisuudessa läsnä projektin palkkaama dementia-asiantuntija, jona toimi kolme eri henkilöä. Dementia-asiantuntijat tutustuivat asiakkaiden taustatietoihin ja havainnointituloksiin. Havainnoijat valmistelivat palautetilaisuudet yhdessä dementia-asiantuntijan kanssa.

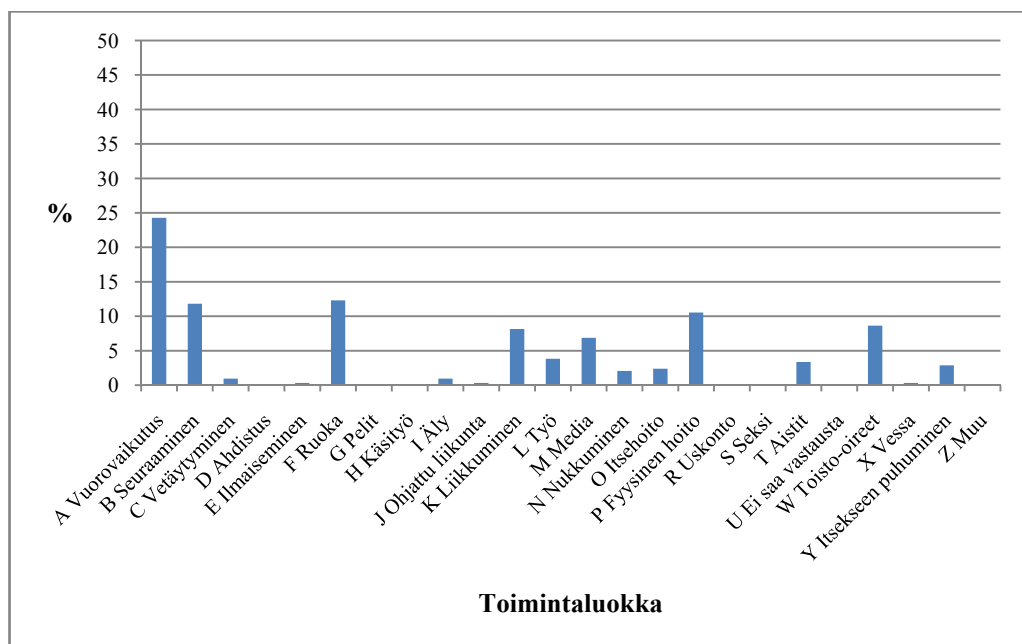
Tilaisuuksissa oli paikalla yksikön vetäjä ja yksikön henkilökunnasta mahdollisimman moni. Suurin osa tilaisuuksista pidettiin yksikön omissa tiloissa (henkilökunnan huoneessa, kahvitilassa tai asiakkaiden ruokailutilassa). Kahden yksikön tilaisuudet pidettiin erillisissä koulutus-tiloissa. Ympäri vuorokautisissa yksiköissä oli hankittu yleensä sijaishenkilökuntaa tilaisuuden ajaksi. Muutamassa yksikössä työntekijöitä tuli palautetilaisuuteen myös vapaapäiviltään.

Ympäri vuorokautisissa yksiköissä tilaisuus aloitettiin asukkaiden lounaan jälkeen (n. klo 12.30 alkaen), jota oli saatettu aikaistaa. Toisessa päiväpaikassa aloitimme päiväpaikan kiinni menemisen jälkeen ja toisessa tilaisuus pidettiin erillisenä koulutuspäivänä. Tilaisuuksien kesto vaihteli n. 1,5 – 3 tuntiin, ja oli tavallisimmin n. 2 tuntia.

Seuraavassa kuvaamme esimerkinomaisesti sitä, miten havainnointitulokset yksiköiden henkilökunnalle palautetilaisuuksissa esitettiin ja tuloksista käytyä keskustelua. Esitämme ensin erään yksikön kokonaistulokset, ja sen jälkeen kolmen havainnoidun henkilön yksilökohtaiset tulokset. Esitämme myös tulosten perusteella antamamme kehittämissuosituksen.

5.1. Esimerkki yksikön kokonaistuloksista

Yksikkö on vanhainkodin sekaosasto. Samoissa yhteistiloissa, joissa dementoituneita asiakkaita havainnoitiin, oli myös muita asiakkaita. Vanhainkodissa oli havainnointiajankohtana noin 30 paikkaa.

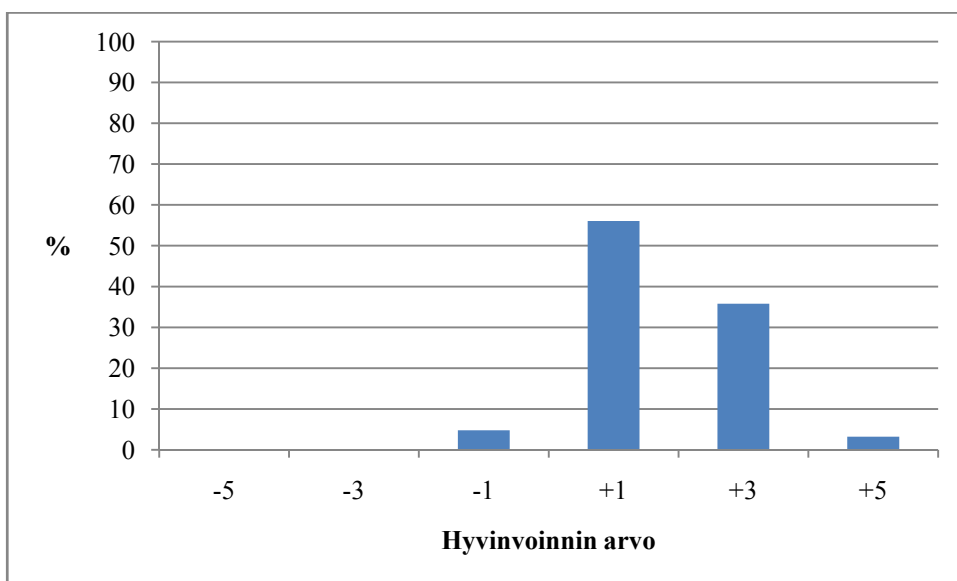


Kuva 1. Vanhainkodin sekaosastolla havainnoitujen asiakkaiden toiminta (toimintaluokat) vuonna 2003, asiakkaita yhteensä 7

Kuvassa 1 on esitetty vanhainkodin yksikön dementoituneiden asiakkaiden havainnointipäivien toiminnot kokonaisuutena katsoen. Palautetilaisuudessa kiinnitettiin huomiota siihen, että iso osa ajasta kului perustoimintoihin, toisin sanoen ruokailuun (F, 12 %) ja hoidon saamiseen (P, 11 %) sekä liikkumiseen (K, 8 %). Lisäksi toisto-oireita oli paljon (W, 9 %). Kun lisäksi tiedotusvälineiden käyttö (M, 7 %) oli käytännössä passiivista television ääressä istumista ja ympäristön seurailu (B, 12 %) tarkoitti pääosin paikallaan istumista, muodostui asiakkaiden päivän kulusta melko passiivinen kuva. Tätä kuvaa rikkoi kuitenkin se, että vuorovaikutusta ilman muuta toimintaa oli ollut paljon (A, 24 %). Toisaalta myös tämä luku kuvaa sitä, että perustoimintojen välillä asiakkaat istuivat paljon keskenään yhteistiloissa ilman, että muuta toimintaa olisi ollut tarjolla.

Eristäytymistä kuvaavaa vetäytymistä (C) oli hyvin vähän ja paha oloa kuvaavaa ahdistusta (D) ei ollenkaan. Asiakkaiden osallisuutta ja toiminnallisuutta ilmentävää toimintaa, kuten ilmaiseva toiminta (E), pelit (G), käsityö (H), älyllinen toiminta (I) ja ohjattu liikunta (J), oli yksikössä hyvin vähän. Älylliseen toimintaan (I) koodattiin tilanne, jossa miesasukas osallistui henkilökunnan kanssa päivän lehden tietokysymyksiin vastaamiseen.

Kuvassa 2 esitellään havainnoitujen asiakkaiden hyvinvointiarvojen jakauma. Se osoittaa, että asiakkaiden olo oli suurimmaksi osaksi ollut tavanomaista (+1, 56 % kokonaisajasta), jolloin heillä ei ollut mitään pahan- tai hyvän olon merkkejä havaittavissa. Asiakkaila oli ollut jonkin verran lievää paha oloa (-1, 5 % kokonaisajasta), esimerkiksi pitkästyminen tai levottomuutta. Eräällä asukkaalla esiintyi huomattavan paha oloa (-3) kerran lyhytaikaisesti ja äärimmäisen paha oloa (-5) ei ollut kenelläkään. Selviä merkkejä hyvinvoinnista oli suhteellisen paljon (+3, 36 % kokonaisajasta) ja poikkeuksellisen hyviä (+5, 3 % kokonaisajasta) tilanteita jonkin verran.



Kuva 2. Vanhainkodin sekaosastolla havainnoitujen asiakkaiden hyvinvoinnin arvojen jakauma, hyvinvoinnin keskiarvo +1,7 (vuosi 2003)

Kolmannessa koko yksikön tuloksia kuvaavassa yhteenvedossa tarkastellaan asiakkaiden hyvinvointia ja toimintaa yhdessä. Alla olevassa koostetaulukossa (Taulukko 7) nähdään asiakkaiden hyvinvoinnin keskiarvot niissä toiminnoissa, joita *asiakkailla esiintyi yhteenlaskettuna eniten*. Ruokailu, hoidon saaminen ja vuorovaikutus ovat tuottaneet asiakkaille suurinta hyvinvointia. Näin ollen vuorovaikutus ilman muuta toimintaa eli asiakkaiden seurustelu joko keskenään tai hoitajan kanssa oli perustoimintojen lisäksi asiakkaiden hyvinvointia nostavaa. Toimintaluokka B kuvaa ympäristön seuraamista ja siinä asiakkaiden olemista leimaa passiivisuus. Tämä näkyi myös siinä, että hyvinvoinnin keskiarvo oli tasan +1,0. Myös usein huonoa oloa ilmentäviä toisto-oireita (hyvinvoinnin keskiarvo +0,9) on esiintynyt suhteellisen paljon. Tiedotusvälineiden seuraaminen (luokka M) oli suurimmaksi osaksi passiivista television ääressä istumista eikä varsinaista ohjelmien katsomista, mikä näkyy hyvinvointiarvojen keskiarvosta (+1,4).

Taulukko 7. Toiminnot, joissa vanhainkodin sekaosaston havainnoidut asukkaat viettivät eniten aikaansa ja toimintojen hyvinvointiarvojen keskiarvot

Toimintaluokka	%	Hyvinvoinnin keskiarvo
A Vuorovaikutus	24	+2,0
F Ruoka	12	+2,7
B Seuraaminen	12	+1,0
P Fyysinen hoito	11	+2,2
W Toisto-oireet	9	+0,9
K Liikkuminen	8	+1,4
M Media	7	+1,4

Havainnoijien antamat yleiskommentit yksiköstä sekä ajatukset toiminnan kehittämistä

Havainnoijat totesivat, että yksikön tilat olivat viihtyisät ja tunnelma oli rauhallinen ja kiireetön. Ilta-aikaan, jolloin hoitajia oli vähemmän, oli tunnelma levottomampi. Erityisesti kiinnitettiin huomiota siihen, että yksikössä oli asiakkaita, joiden käyttäytyminen oli sosiaalisesti haasteellista. Musiikin käyttöä yksikössä seurattiin ja ruokailun ajaksi se laitettiin pois.

Annetuissa kehittämissuosituksissa tähdennettiin sitä, että toiminnallisuutta ei ollut kovin paljon. Moni asukas istui pitkään paikallaan, minkä vuoksi ehdotettiin asiakkaiden kävelyttämistä sekä jumppaa, esimerkiksi tuolijumppaa videoiden avulla. Samoin ehdotettiin, että tietokysymysten läpikäymisessä otettaisiin enemmän huomioon asiakkaiden kognitiiviset kyvyt ja huonontunut lähimuisti. Ruokailutilanteisiin ehdotettiin enemmän asiakkaiden omatoimisuuden tukemista. Esitettiin myös ajatus muisteluhetkestä, joissa esimerkiksi musiikkia voisi käyttää muistin aktivoimisen tukena. Samoin tähdennettiin sellaisten asiakkaiden toiminnan tarpeen huomioimista, jotka eivät itse voi hakea esimerkiksi tarjolla olevia lehtiä tai siirtyä toiseen paikkaan. Lopuksi kiinnitettiin huomiota asiakkaiden todellisuuden kohtaamiseen, kun he ilmaisevat esimerkiksi koti-ikävänsä. Ehdotettiin mahdollisen lisäkoulutuksen hakemista tähän. Näihin ehdotuksiin palattiin eri asiakkaiden kohdalla konkreettisemmin.

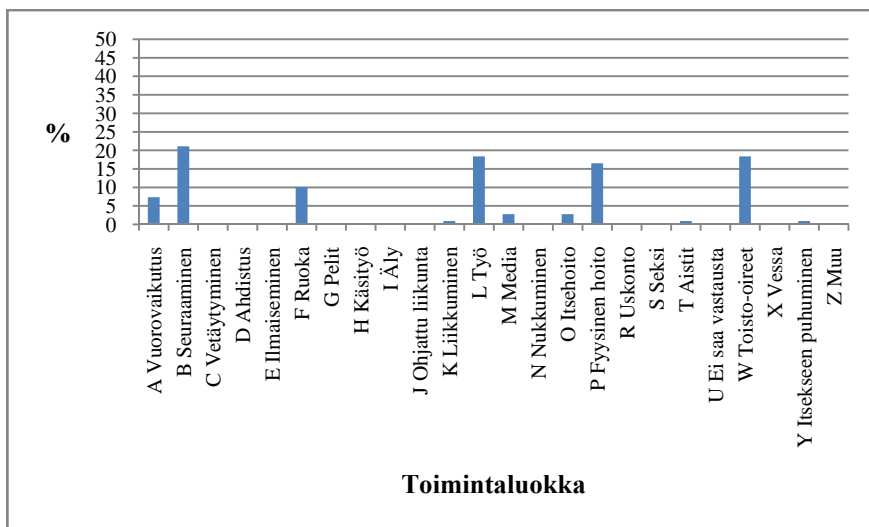
5.2. Esimerkkejä yksittäisten asiakkaiden tuloksista

Seuraavassa esitämme esimerkkeinä kolmen asiakkaan tulokset, tulosten perusteella annetut kehittämissuositukset ja koosteen asiakkaasta palautetilaisuudessa käydystä keskustelusta. Esimerkit on poimittu useista yksiköistä, jotta esitellyksi tulisi DCM-havainnoinnin tuottama tieto eriasteisesti dementoituneista asiakkaista. *Tunnistetiedot on muutettu.* Kutsumme asiakkaita seuraavassa etunimillä, koska se oli myös havainnoituissa yksiköissä asiakkaiden puhuttelutapa.

Vanhainkodin asukas Kerttu Salminen

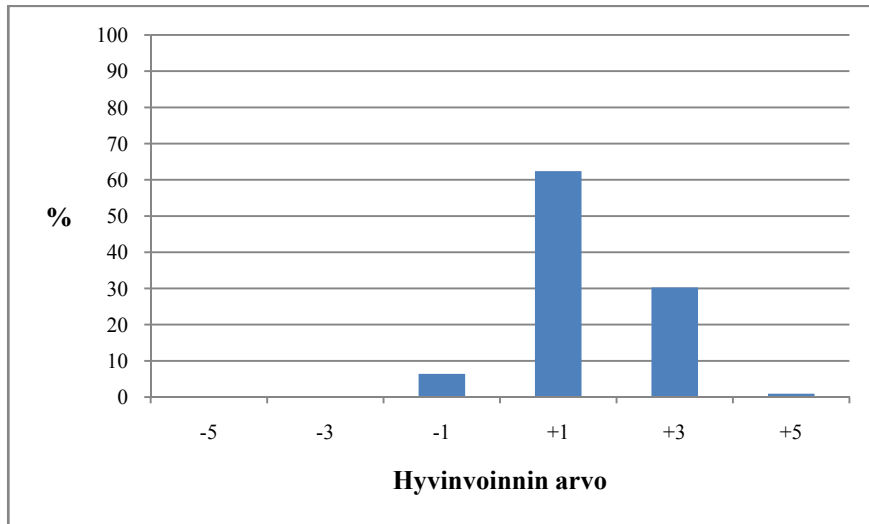
Kerttu Salminen oli havainnointiajankohtana 85 -vuotias. Hän sairasti vaskulaarista dementiaa, joka oli edennyt vaikeaan vaiheeseen (MMSE -pisteet 1/30). Hän ei pystynyt liikkumaan itsenäisesti, ja hän puhui yksittäisillä sanoilla.

Alla olevasta kuvasta 3 näkyy, että Kerttu Salmisen päivät koostuivat passiivisesta ympäristön seuraamisesta (B), pöydän pyyhkimisestä tai paperipyyhkeen taittelusta mikä koodattiin työkaltaiseksi toiminnaksi (L), toisto-oireista (W) ja fyysisen tai käytännöllisen hoidon saamisesta (P). Kun Kerttu oli yksikön yhteisissä tiloissa, hän oli sidottuna nauhalla geriatriseen tuoliin, jossa oli edessä pöytälevy. Hänen luonaan kävi ajoittain joku hoitaja vaihtamassa muuttaman sanan, mutta suurimman osan aikaa hän oli yksin. Kerran hänellä oli katsekontakti toisen asukkaan kanssa ja he nauroivat yhdessä.



Kuva 3. Kerttu Salmisen toimintaluokkien jakauma, (havainnointiaika 109 havainnointijaksoa eli 9 h 5 min)

Kerttu Salmisen hyvinvoinnin arvojen keskiarvo on suhteellisen matala (+1,5). Kuvasta 4 näkyy, että noin 60 prosenttia hänen hyvinvoinnistaan oli 'tavallista oloa' (+1), jolloin hän ei ole osoittanut hyvän eikä pahan olon merkkejä. Hänellä oli usein myös selviä hyvän olon merkkejä (+3), mutta myös jonkin verran lievää pahaa oloa (-1).



Kuva 4. Kerttu Salmisen hyvinvoinnin arvojen jakauma, keskiarvo +1,5

Tilanteet, joissa Kerttu taitteli serviettiä tai esiliinaa, muuttuivat tavallisesti pakonomaiseksi toistamiseksi (luokka W) ja hänen hyvinvointinsa huononi (Taulukko 8). Kerttu sai ajoittain apua ja huomiota hoitajilta (luokka P), mitkä vuorovaikutustilanteet tuottivat hänelle paljon mielihyvää. Yhden kerran hoitaja näytti hänelle valokuvia, joita Kerttu katsoi pitkään. Hän söi itse, sai syödä omassa tahdissaan ja söi keskittyneesti hyvällä ruokahalulla. Kerttu vietiin ruokailun jälkeen huoneeseensa lepäämään, jonne hän käveli kahden hoitajan avustamana.

Taulukko 8. Toiminnot, joissa Kerttu Salminen vietti eniten aikaansa ja niiden hyvinvoinnin arvojen keskiarvot

Toimintaluokka	%	Hyvinvoinnin keskiarvo
B Seuraaminen	21	+1,0
L Työ	18	+2,0
W Toisto-oireet	18	+0,5
P Fyysinen hoito	17	+2,1
F Ruoka	10	+2,8

Kerttu Salmisen oloa määritteli suuresti hänen sidottuna olemisensa. Havainnointien aikana häntä ei kerran sidottu tuoliin, jolloin hän nousi välittömästi ylös ja lähti kävelemään nopeaa vauhtia matalaan tarjoilupöytään tukeutuen. Hoitaja, joka huomasi tämän, pysäytti Kertun ja vei hänet takaisin istumaan ja sitoi hänet. Hän pyrki usein liikkeelle tuolistaan ja sidottuna olo heikensi hänen hyvinvointiaan. Hän saattoi yrittää taukoamatta päästä pois useiden tuntien ajan. Välillä hän hilasi itsensä vähitellen tuolissa poikittain, kun turhautuneena yritti päästä liikkeelle. Hoitajat eivät aina reagoineet hänen pyrkimyksiinsä. Toisinaan hänen kanssaan käytiin juttelemassa tai hänen vieressään istuttiin, mikä välittömästi näkyi hänen hyvinvointinsa paranemisena. Häntä kävelytettiin huoneeseen mentäessä tai tullessa sieltä, mutta varsinaisia muita kävellyttämistilanteita ei ollut.

Havainnoijien antamat luonnehdinnat Kerttu Salmisen hoidosta ja elämänlaadusta olivat seuraavat:

- rauhallinen, ympäristöönsä seuraava
- vastaukset hoitajien kysymyksiin kuunneltiin rauhallisesti niin, että Kerttu ehti vastata
- on sidottuna aina ollessaan päiväsalissa ja saattoi istua pitkäänkin samassa paikassa. Voisiko kävelyttää ja miksi on sidottuna niin pitkiä jaksoja? Miksi sitomiseen on päädytty?
- osallistui valokuvien katsomiseen, kun hoitaja aktiivisesti näytti. Voisiko tällaista yksilöllistä vuorovaikutusta olla enemmän?
- istui pitkiäkin aikoja yksin erillään muista. Vaikka harvoin juttelee oma-aloitteisesti, oli kontaktissa katseellaan ja naurullaan yhden asukkaan kanssa. Voisiko tuoda istumaan muiden kanssa?
- taittelee ja sivelee esim. esiliinan nauhaa usein, löytyisikö muuta sopivaa tekemistä?

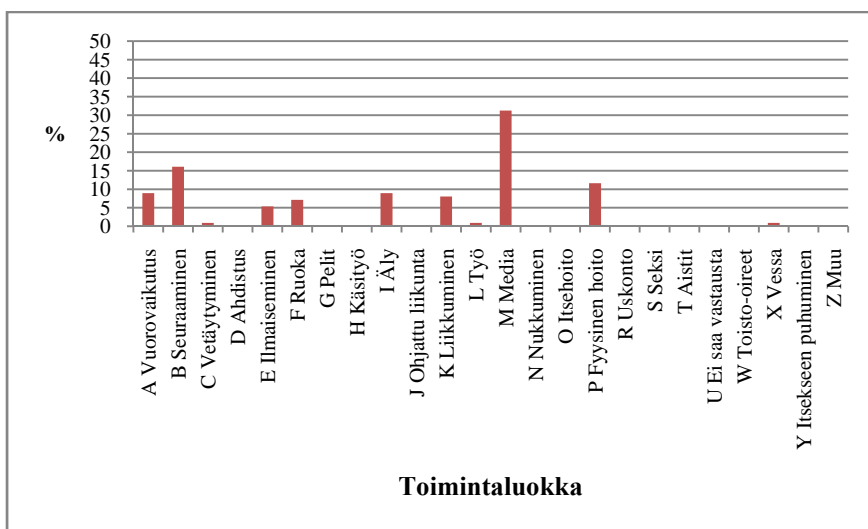
Palautetilaisuudessa keskustelu koski lähinnä Kertun sidottuna olemista. Henkilökunnan mukaan hän oli kaatuillut, jonka takia sitomiseen oli päädytty. Dementia-asiantuntija tähdensi sitä, että sitomisesta täytyy olla kirjallinen merkintä potilaan papereissa, mikä Kertusta myös oli tehty. Hoitaja kertoi, että hänen nukkumapaikkaansakin oli tehty muutoksia kaatumisongelman tähden. Dementia-asiantuntija yritti pohtia syitä huonolle tasapainolle lääkityksestä tai matalasta verenpaineesta. Keskustelussa korostettiin sitä, että jos muuta vaihtoehtoa ei ole kuin sitoa,

tulisi hänen säännölliseen kävelyttämiseensä kiinnittää huomiota. Samoin pohdittiin sitä mitä hän voisi tehdä sidottuna istuessaan. Havainnoijat korostivat myös, kuinka Kerttu nautti vuorovaikutustilanteista hoitajien kanssa.

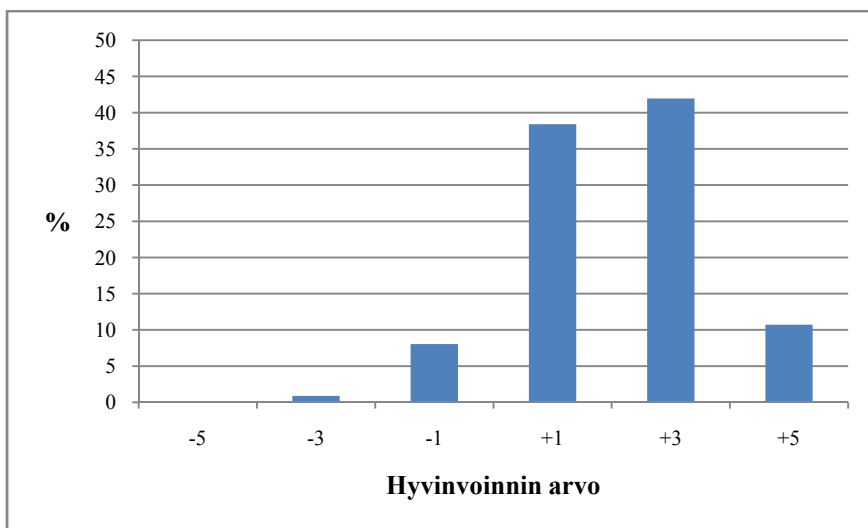
Dementiayksikön asukas Martta Kivelä

Havainnointien aikaan dementiayksikössä asuva Martta Kivelä oli 90-vuotias. Hänellä oli keski-aikea dementia (MMSE -pisteet 18/30), mutta hänelle ei ollut tehty spesifiä dementiadiagnosia. Hän käveli itse rollaattorin avulla. Havainnointien perusteella häntä kuvattiin rauhalliseksi, ystävälliseksi ja välillä apeanoloiseksi. Hän seurasi ympäröiviä tapahtumia ja kommentoi muita asukkaita, mikä joskus aiheutti eripuraa asukkaiden välillä.

Martta katsoi paljon televisiota ja luki tai selasi lehtiä (luokka M), johon on kulunut noin kolmasosa havainnointiajasta (Kuva 5). Yleensä hän oli täysin keskittynyt näihin toimiin, mitä osoittaa hyvinvoinnin arvojen melko korkea keskiarvo +2,5 (Taulukko 9). Välillä hän istuskeli yhteistiloissa rauhallisena paikallaan mitään tekemättä (luokka B). Yksikössä järjestettyihin toiminnallisiin tilanteisiin Martta ei yleensä aluksi suhtautunut myönteisesti, mutta kun hänet sopivalla houkuttelulla oli saatu mukaan, osallistui hän niihin mielellään. Tällaisia olivat varsinkin laulu- ja muisteluhetket (luokat E ja I) (Taulukko 9). Hänen toimintaluokkajakaumassa sosiaalisen vuorovaikutuksen (luokka A) osuus on suhteellisen vähäinen, mutta muistelutilanteissa hän saattoi puhua pitkään ja voimallisesti eläytyen esimerkiksi lapsuusaikojensa tapaan tehdä kotiöitä. Hänellä oli havainnointien aikana useita tilanteita, joista hän selvästi nautti (+5) (kuva 6).



Kuva 5. Martta Kivelän toimintaluokkien jakauma, (havainnointiaika: havainnointijaksoja 114 eli 9 h 30 min)



Kuva 6. Martta Kivelän hyvinvoinnin arvojen jakauma, keskiarvo +2,1

Taulukko 9. Toiminnot, joissa Martta Kivelä vietti eniten aikaansa ja niiden hyvinvoinnin arvojen keskiarvot

Toimintaluokka	%	Hyvinvoinnin keskiarvo
M Media	31	+2,5
B Seuraaminen	16	+1,4
P Fyysinen hoito	12	+1,1
A Vuorovaikutus	9	+1,0
I Äly	9	+3,8

Martasta tehdyissä kirjauksissa oli paljon myönteisiä tilanteita. Hänet otettiin esimerkiksi eri tilanteissa ystävällisellä ja aikuisella tavalla huomioon. Myös tilanne, jossa Martan kielteinen ensireaktio ehdotukseen yhteisestä lauluhetkestä saatiin luovalla tavalla muuttumaan, luokiteltiin myönteiseksi. Havainnoijat nostivat esiin erityisen myönteisenä pitkään kestäneen muistelutilanteen, joka oli selvästi Martan omanarvontuntoa ja omaa identiteettiä vahvistavaa. Havainnoijat esittivät kehittämissuhteissaan muisteluhetkien ja hoitajan kanssa kahdenkeskisten keskusteluhetkien lisäämistä, koska ne olivat selvästi Martan hyvinvointia nostavia. Lisäksi keskustelu koski Katrin tapaa valittaa usein vatsakipua. Särkyä oli lääkitty, mutta hoitajat eivät olleet varmoja, oliko takana todellinen kipu vai ei. Tilaisuudessa keskusteltiin myös tavasta puhua wc:ssä käymisestä.

Toisen havainnointipäivän iltana Martta ilmaisi huolensa siitä, joko häntä odottaa kotiin haki- ja ulkona:

*Hoitaja yritti rauhoittaa Marttaa sanomalla, että ei ole sovittu mistään sel-
laisesta, ja että ei ole mitään huolta. Martta puuskahti tähän loukkaantuneena:
”Kyllä minulla on huoli, jos ne tuolla minua odottavat!” Hänen huoleensa osallistui
toinenkin asukas. Noin kymmenen minuutin kuluttua Martta totesi: ”Se voi
odottaa tuolla ulkona, mies. Minun pitää mennä katsomaan!” Tähän hoitaja vas-
tasi, että kaikki Martan omaiset tietävät, missä hän on. Hoitaja kehotti Marttaa
istutumaan. Martta katsoi tiiviisti ikkunaan päin ja sanoi: ”Minun pitää mennä*

katsomaan.” Hän kulki edelleen ja mietti: ”Odottaakohan minua joku siellä ulkona?”, todeten toiselle asukkaalle: ”Ei se ole vielä tullut se sisko hakemaan!” Asukas vastasi, että ”Minä luulin että sinä istut odottamaan”, jonka jälkeen Martta istuutuikin toisen asukkaan viereen. Hän katsoi istuessaan keskittyneenä ikkunaan, ja nousi välillä seisomaan. Hoitaja kävi välillä juttelemassa hänelle rauhoittavasti.

Vähitellen Martan huoli turhaan odottavasta hakijasta raukesi. Kokonaisuudessaan tapahtuma kesti noin puoli tuntia.

Edellä kuvattu tapahtuma luokiteltiin asiattomaksi kohteluksi, jossa Martan kokemus kiistettiin järkisyyhin vedoten. Hänelle itselleen hoitajien antama järkisyy ei sanonut mitään ja hänen ärtynyt toteamuksensa siitä, että hänellä on huoli, jos häntä turhaan odotetaan, oli aiheellinen ja ymmärrettävä hänen omasta näkökulmastaan. Nykytietämyksen mukaan hoitajien olisi tullut mieluummin eläytyä Martan kokemukseen ja tunteeseen, ottaa osaa siihen ja saada hänen huolensa sitä kautta laantumaan. Kyseessä olevassa tilanteessa hoitaja olisi voinut yrittää jutella siitä, millainen Martan mies on ollut, oliko heillä auto jne. Tämän tilanteen johdattamana palautetilaisuudessa keskusteltiin asiakkaan omaan todellisuuteen vastaamisesta ja tilanteiden hoitamisesta niin, ettei vastakkainasetteluja syntyisi.

Esimerkin vastaavanlaisesta tilanteesta, jossa asiakas oli lähdössä kotiin, ja jossa hoitaja taitavasti käänsi tilanteen hyvin myönteiseksi, voi poimia Martta Kivelän DCM-havainnoinneista vuotta myöhemmin:

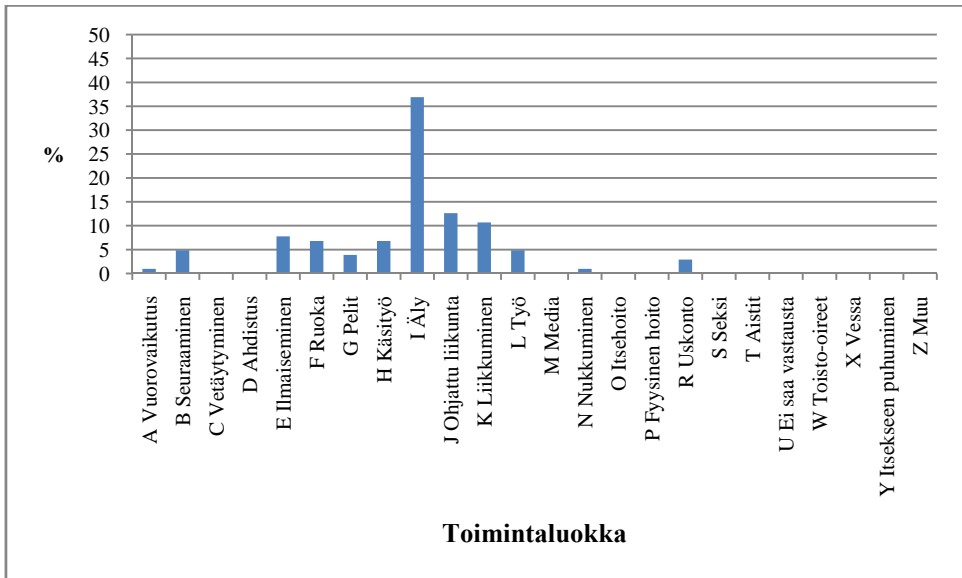
Martta huokaisi lounaan jälkeen: ”Nyt sitä vaan odotellaan hakijaa”. Hoitaja kysyi: ”Mihin haluaisit mennä?”, johon Martta vastasi, että kotiin. Hoitaja sanoi levollisella ja rauhoittavalla äänellä: ”Ei nyt vielä, nyt on maha täynnä ja ollaan täällä. Niinhän se on, että koti on kaikille tärkeä.” Hoitaja jututti Marttaa tämän kodista. Martta alkoi muistella voimakkaasti eläytyen: ”Siellä on rakas äiti ja isä samanlainen. Me lapset oltiin niille tärkeitä. Ainakin minulle oli äiti ja isä hirveän tärkeitä, ja kun piti lähteä vieraisiin nurkkiin, niin se ikävä oli valtava!”. Hän jatkoi vuolaasti muistelua lapsuudestaan.

Päiväpaikan asiakas Kalle Vuorinen

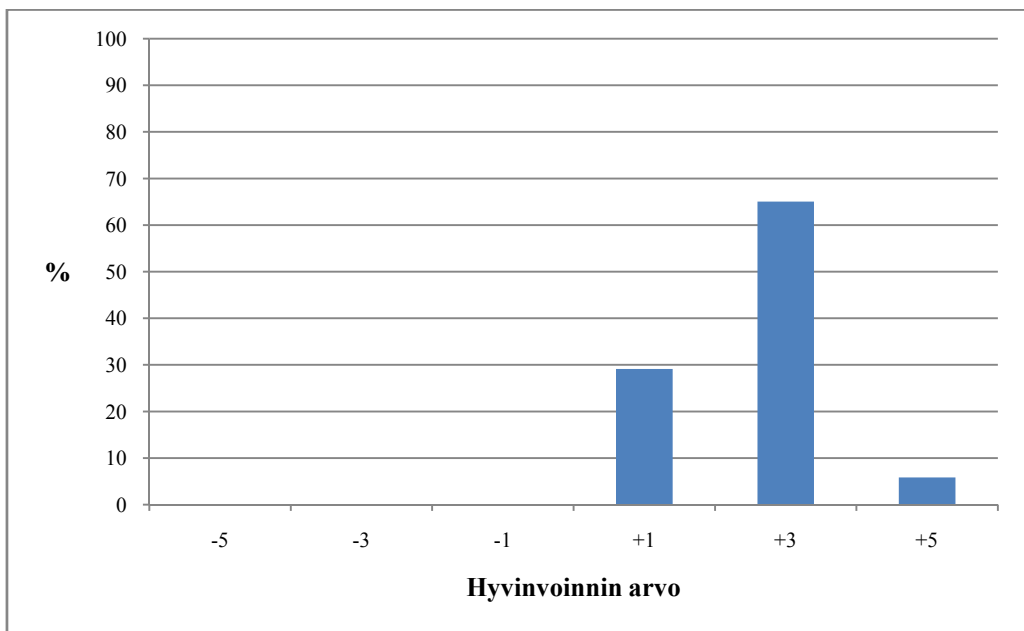
Kalle Vuoriseksi nimetty henkilö oli havainnointiajankohtana 65-vuotias vaskulaarista dementiaa sairastava mies, joka oli kognitiivisesti kyvykäs (MMSE -pisteet 25/30). Hän asui puolisonsa kanssa kotona, ja kävi päiväpaikassa muutamana päivänä viikossa.

Kallea havainnoitiin kahden päivän aikana vajaa yhdeksän tuntia. Kuten alla olevasta Kuvasta 7 näkyy, vajaa 40 prosenttia hänen toiminnoistaan oli sellaisia, joissa keskitytään älyllisten kykyjen käyttöön (luokka I). Näitä olivat esimerkiksi ristisanatehtävien teko ja tietokysymyksiin vastaaminen. Kokonaisuudessaan hänen toimintaluokkien jakaumansa koostui pääasiassa aktiivisista toiminnoista.

Kalle sai osallistua yksilöllisellä tavallaan päiväpaikan toimintoihin. Kun muut kokoontuivat olohuoneeseen kuuntelemaan päivän lehden lukua ja keskustelemaan luettujen juttujen pohjalta, hän istui kuulumaetäisyydellä viereisessä huoneessa. Hän askarteli tai teki ristisanatehtäviä, mutta osallistui välillä spontaanisti keskusteluun ja välillä ohjaaja kysyi häneltä jotain suoraan. Näin Kalle oli muista erillään, mutta kuitenkin muiden kanssa. Seurassa hän oli hiljaisempi ja vetäytyvämpi. Tätä kuvastaa se, että hänellä ei ollut vuorovaikutusta ilman muuta toimintaa juuri ollenkaan (luokka A). Suurin osa asiakkaista kävi päiväpaikan ohjaajan kanssa kävelyllä, mutta Kalle ei näihin osallistunut. Kuvasta 8 näkyy, että hän viihtyi hyvin päiväpaikassa. Suurimman osan ajasta hänen olemuksensa ilmaisi keskittyneisyyttä tai muuta hyvää oloa.



Kuva 7. Kalle Vuorisen toimintaluokkien jakauma, (havainnointiaika: 103 havainnointijaksoa eli 8 h 35 min)



Kuva 8. Kalle Vuorisen hyvinvoinnin arvojen jakauma, keskiarvo +2,5

Hyvinvoinnin arvojen keskiarvo (+2,8) älyllisissä toiminnoissa (Taulukko 10) osoittaa, että Kalle on tehnyt näitä hyvin keskittyneesti ja on pitänyt niistä. Päiväpaikassa oli päivittäin jumppatuokio (luokka J), josta hän myös piti. Osallistuminen ilmaisevaan toimintaan (luokka E) tarkoittaa hänen kohdallaan laulua. Hän nautti laulamista, ja lauloi kerran spontaanisti toisen asiakkaan kanssa taustalla kuuluvan levyn tahdissa. Hän myös askarteli jonkin verran (luokka H). Hyvin mieluista hänelle oli leipominen (luokka L), jossa hänen hyvinvoinnin arvojen keskiarvo oli +3,4.

Taulukko 10. Toiminnot, joissa Kalle Vuorinen vietti eniten aikaansa ja niiden hyvinvoinnin arvojen keskiarvot

Toimintaluokka	%	Hyvinvoinnin keskiarvo
I Äly	37	+2,8
J Ohjattu liikunta	13	+3,2
K Liikkuminen	11	+1,0
E Ilmaiseminen	8	+3,8
F Ruoka	7	+1,6
H Käsiyö	7	+3,0

Seuraavassa on otteita Kalle Vuorisen päivästä tehdystä kirjauksista:

Ensimmäinen päivä:

Kalle tekee keskittyneenä ristikkoo viereisessä huoneessa, osallistuu tietokysymysten vastaamiseen välillä.

....

Junpan korttikysymys: ”Viehättääkö vaara sinua?” Kalle: ”Ei, vaan välttämisen”.

.....

Pohditaan sitä, mikä on oikea vastaus yhteen pääsiäiseen liittyvään kysymykseen. Kalle hakee oikeaa Raamatun kohtaa.

Toinen päivä:

Kalle otti kahvimukin viereensä ja tekee ristisanatehtäviä keittiön pöydän ääressä. Ohjaajat huomioivat häntä aina välillä. Kalle keskittyy ristisanatehtäviin, mutta seuraa välillä tietokysymyksiin vastaamista.

.....

Kalle leikkaa kartonkia keskittyneesti ja välillä juttelee ohjaajan kanssa siitä.

.....

Hän nauttii leipomisesta yhdessä neljän muun asiakkaan kanssa.

.....

Kallella ja Tyynellä hieno yhteinen hetki, laulavat Tapiolan kuoron levyn mukana spontaanisti.

Havainnoijien laatimassa kuvauksessa Kalle Vuorisesta todettiin, että hän pitää älyllisistä tehtävistä, laulamisesta, ja keittiöaskareista. Oli hyvä, että ohjaajat huomioivat hänen yksilölliset taipumuksensa toiminnassa. Hänellä oli paljon kognitiivisia kykyjä ja se huomioitiin niin, että hän sai tehdä riittävän vaativia tehtäviä. Lisäksi todettiin, että hänellä oli jonkin verran kontaktia muiden asiakkaiden kanssa, mutta hän ei puhunut kenenkään kanssa pidempään.

Kallesta eivät havainnoijat antaneet varsinaisia kehittämissuosituksia, koska hänen päivän sisältönsä päiväpaikassa vaikutti juuri hänelle sopivalta. Tulosten esittämisen jälkeen hänen tuloistaan ja tilanteestaan keskusteltiin. Työntekijöiden mukaan Kalle ei ollut aiemmin tehnyt kotitöitä, joita hän nykyään teki mielellään päiväpaikassa. Asia, minkä yksikön työntekijät nostivat esiin, oli Kallen taipumus ruuan ahmimiseen ja halu syödä aterioiden välillä. Ongelma tämä oli siksi, että hän oli huomattavan ylipainoinen. Yksikön toimintakäytäntöihin tämä taipumus

oli vaikuttanut niin, että asiakkaat eivät itse ottaneet ruokaa tarjoiluastioista eikä leipiä pidetty pöydässä. Keskustelussa koetettiin löytää syitä Kallen taipumukseen esimerkiksi hänen lääkityksestään, mutta ongelmaan ei ollut ehdottaa mitään toimivia ratkaisuja.

5.3 Pohdintaa palautetilaisuuksista

Palautetilaisuuden alussa havainnoijat toivottivat työntekijät tervetulleiksi ja kertoivat lyhyesti DCM-menetelmästä ja -projektista. Tuloksista käytiin aluksi läpi yksikön kokonaistulokset. Näistä ei yleensä syntynyt keskustelua. Tämän jälkeen siirryttiin asiakaskohtaisiin tuloksiin. Yhden asiakkaan tulokset käytiin läpi kerrallaan ja niistä keskusteltiin, jonka jälkeen siirryttiin seuraavan asiakkaan tuloksiin. Kunkin asiakkaan tuloksista käytiin läpi hänen päivänsä sisältö (toimintaluokkajakauma) ja hänen hyvinvointinsa (hyvinvoinnin arvojen jakauma). Lisäksi esitettiin ne viisi toimintaluokkaa, joihin asiakkaalla oli tullut eniten merkintöjä ja hyvinvoinnin arvojen keskiarvot näissä luokissa. Lopuksi käytiin läpi asiakkaasta tehdyt kirjalliset kommentit, mahdolliset myönteiset ja asiattoman kohtelun tilanteet ja esitettiin havainnoijien laatimat luonnehdinnat asiakkaasta ja hänen tilanteestaan sekä kehittämissuositukset.

Tilaisuuden alussa jokainen läsnä oleva työntekijä sai kirjallisena kaikki tulokset sekä asiakas- ja yksikkökohtaiset luonnehdinnat ja kehittämissuositukset. Tulokset käsittivät toiminta- ja hyvinvointiprofilin ja havainnointien aikana tehdyt laadulliset kirjaukset

Tavoitteenamme oli, että tunnelma palautetilaisuuksissa olisi rento ja hyväksyvä. Lähtökohteisesti palautetilaisuuksissa on helposti asetelma, jossa henkilökunta on ”kuin tuomiolla” kuten yksi hoitaja kuvasi etukäteisajatustaan tilanteesta. Yritimme hälventää tätä asetelmaa omalla asennoitumisellamme. DCM-ohjekirjan mukaan tulokset on kerrottava niin, että työntekijät voivat kokea ne oikeina ja haluavat sitoutua hoitokäytäntöjen parantamiseksi tarvittaviin muutoksiin. Tähän vaikuttaa sekä tulosten esittämistapa että havainnoijien tapa ohjata tilaisuuden kulkua. (Bradford Dementia Group 1997)

Yksi keino vaikuttaa tilaisuuden tunnelmaan oli pitää se luonteeltaan keskustelevana. Tavoitteena oli keskustella konkreettisella tasolla asiakkaiden ja yksikön asioista, jolloin työntekijät itse olivat parhaimpia asiantuntijoita. Mitään yleisempää koulutuksellista tavoitetta tilaisuuksilla ei ollut. Havainnointitulokset antoivat keskustelulle perustan ja kiinnittymäkohtia. Erittäin tärkeä rooli oli dementia-asiantuntijalla, joka toi keskusteluun ajankohtaista tietoa demensiahoitoon liittyvistä asioista kuten lääkityksestä ja ei-lääkkeellisistä hoitokeinoista. Lisäksi hän pystyi oman kokemuksensa kautta ottamaan kantaa käsiteltäviin tilanteisiin ja tuomaan keskusteluun yksikön ulkopuolisen näkökulman.

Keskustelu asiakkaan tuloksista ja tilanteesta alkoi yleensä kyseessä olevan asiakkaan tulosten esittämisen jälkeen. Keskustelu alkoi usein reagoitina havainnoijien laatimiin luonnehdintoihin asiakkaasta tai havainnoijien laatimiin kehittämissuosituksiin. Aloite keskusteluun lähti usein työntekijöiltä itseltään tai niin, että dementia-asiantuntija nosti jonkin kysymyksen esiin. Havainnoijat eivät tavallisesti johdattaneet keskustelua mihinkään tiettyyn suuntaan paitsi poikkeustapauksissa. Keskusteluun käytetty aika vaihteli asiakaskohtaisesti. Jonkun tietyn asiakkaan tuloksista ja tilanteesta puhuminen saattoi kestää pitkään, ja jos toisen asiakkaan kohdalla ei ollut mitään erityiskysymyksiä, hänen tuloksensa käsiteltiin nopeammin.

Työntekijöiden osallistuminen keskusteluun vaihteli yksiköittäin. Tavallista oli, että työntekijöistä oli muutama aktiivisempi, jotka ottivat kantaa esitettyihin tuloksiin tai pohtivat dementia-asiantuntijan kanssa ratkaisuja erilaisiin ongelmatilanteisiin, esimerkiksi sitä, mikä auttaisi asiakkaan aggressiivisuuteen hoitotilanteissa. Välillä keskustelu kävi hyvin vilkkaana. Yhdessä yksikössä omahoitajajärjestelmän tiukkuus jossain määrin kahlitsi keskustelua niin, että muut paikalla olleet eivät ottaneet kantaa asiakkaan asioihin, jos omahoitaja ei ollut tilaisuudessa läsnä.

Tilaisuuksien osanotto vaihteli muutamasta henkilöstä noin 15 henkilöön. Yksikön vetäjä oli kaikissa paitsi yhdessä yksikössä läsnä, ja yhdessä yksikössä paikalla oli myös yksikön ulkopuolinen hallinnollinen johtaja. Ympäri vuorokautisissa yksiköissä laitosapulaiset eivät yleensä osallistuneet tilaisuuteen paitsi kahdessa yksikössä. Tämä oli puute, koska he ovat paljon asiakkaiden kanssa tekemisissä ja vaikuttavat heidän päivittäiseen elämäänsä. Heidän kyvyillään tehdä yhteistyötä asiakkaiden kanssa on merkitystä asiakkaiden elämänlaadun kannalta.

Ympäri vuorokautisten yksiköiden tilaisuuksien luonteeseen vaikutti paljon se, oliko tilaisuus yksikön ulkopuolella vai ei. Yksikön tiloissa pidetyissä palautetilaisuuksissa sijaishenkilökunta saattoi tulla kesken kysymään hoitajilta jotain asiakkaisiin liittyvää ja hoitaja saattoi joutua poistumaan joksikin aikaa, tai asiakkaat koputtivat suljettuun oveen ja saattoivat olla huoneessa, jossa tilaisuus pidettiin. Kun asiakas itse oli läsnä, ei hänen asioistaan puhuttu.

Tuloksissa työntekijöitä kiinnosti eniten havainnoijien tekemät laadulliset kirjaukset. Toiminta- ja hyvinvoinnin arvojen jakaumat eivät niinkään avautuneet työntekijöille, johon yhtenä syynä saattoi olla se, että havainnoijat eivät osanneet tulkita niitä työntekijöille kiinnostavalla tavalla.

DCM-menetelmässä pyrkimys välttää työntekijöiden tunnistettavuus esimerkkitalanteissa siten, että heidän nimiään ei mainita, ei aina toiminut. Hoitajat usein muistivat tapahtumat ja sen kuka työskenteli missäkin vuorossa, ja omahoitajajärjestelmä lisäsi tunnistettavuutta. Esimerkkitalanteissa oli yleensä päivämäärän lisäksi kellonaika. Varsinkin päiväpaikoissa, joissa henkilökuntaa on vähän, ja joista tietyt henkilöt saattavat ohjata tiettyjä tapahtumia, tunnistettavuutta ei voi välttää. Tämä tuli spontaanisti esiin joissakin palautetilaisuuksissa, kun läsnäolijat tunnistivat esimerkeistä itsensä.

Oli tavallista, että palautetilaisuuteen varattu aika loppui kesken, mihin vaikutti käsiteltävien asiakkaiden tulosten määrä ja työntekijöiden keskusteluhaluus. Tilaisuuden kesto määrittyi yksikön henkilökunnan mahdollisuudesta irrottautua varsinaisesta hoitotyöstään ja siihen havainnoijat eivät voineet vaikuttaa. Oli valitettavaa, että aikaa ei useinkaan voitu varata riittävästi, koska tuntumamme mukaan työntekijöillä on harvoin mahdollisuus kokoontua yhdessä keskustelemaan työstään ja käytännöstään.

DCM-menetelmän asetelma, jossa havainnoijat havainnointien jälkeen kertovat henkilökunnalle arviointinsa yksikön työstä, ja esittävät mahdollisia kehittämissuhteita, on haasteellinen molemmille osapuolille. Kasvokkain tapahtuva palautteenanto lisää tilanteen vaativuutta, mutta on ehdottomasti oleellinen ja tärkeä osa DCM-menetelmän avulla tapahtuvassa kehittämistyössä. Näin asiakkaista ja yksikön käytännöistä pääsee yhdessä keskustelemaan ja yksikön työntekijät voivat halutessaan kyseenalaistaa havainnoijien tekemiä päätelmiä ja arviointia, mikä lisää tilanteen tasavertaisuutta.

Varsinkin asiattoman kohtelun tilanteiden esiin nostaminen tuntui havainnoijista itsestään hankalalta. Tätä vaikeutti se, että havainnoijilla ei ollut dementiahoidon käytännön työn kokemusta, joten heiltä puuttui kokemuksen tuoma varmuus asioiden hoitamistavasta. E erityisen vaikeita olivat tilanteet, joissa asiattoman kohtelun tilanteet kasaantuivat tietyille hoitajalle. Työntekijän leimaaminen pyrittiin välttämään siten, että kaikkia asiattoman kohtelun tilanteita ei nostettu esiin. Sen sijaan asiattoman kohtelun tilanteissa esiintyviä teemoja saatettiin käsitellä yksikön yleisessä palautteessa. Koska asiattoman kohtelun tilanteet saattoivat liittyä käytettävissä oleviin resursseihin, oli myös sen vuoksi tärkeää, että paikalla oli yksikön esimies.

Tuloksia esittäessään havainnoijat korostivat enemmän hyviä asioita kuin kielteisiä tilanteita. Kun asiattoman kohtelun tilanteita nostettiin esiin, tehtiin se eleettömästi niitä mitenkään korostamatta. Ainoastaan, jos henkilökunta halusi jostain tilanteesta keskustella, sitä käsiteltiin pidempään. Halusimme näin vahvistaa mieluummin hyviä käytäntöjä kuin kritisoida huonommin hoidettuja tilanteita.

Jonkin verran siihen, mitä ja millä tavalla asioita nostettiin palautetilaisuudessa esiin, vai-

kutti ehkä se, että projekti oli monivuotinen. Oli tärkeää, että yhteistyösuhteet yksiköihin säilyivät hyvinä ja ilmapiiri projektiimme ja työn kehittämiseen DCM-menetelmän avulla myönteisenä. Havainnointi on jo itsessään intiimi ja epäluonnollinen tilanne sekä havainnoitaville että havainnoijille. Havainnoijat joutuvat tunkeutumaan itselleen vieraaseen ympäristöön ja työskentelemään sen kiusallisuuden kanssa, jota ympäröivien tapahtumien seuraaminen ikään kuin kaiken ulkopuolella voi herättää. Havainnoidut asiakkaat ja työntekijät taas joutuvat sietämään havainnoijien hiljaisen ja arvioivan katseen. Molempien osapuolien kannalta on parempi, jos tämä tapahtuu yhteisymmärryksessä siten, että välillä ei ole turhia jännitteitä.

5.4. Kehittämissuosituksen luonne

Antamiemme suositusten perusvire ympärivuorokautisissa paikoissa oli, että asiakkailla olisi hyvä olla enemmän mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen, mahdollisuuksia käyttää omaa toimintakykyään ja tarjolla tulisi olla enemmän toimia, jotka toisivat sisältöä päivään. Tavallista oli kiinnittää huomio asiakkaisiin, jotka olivat hiljaisia ja passiivisia ja saattoivat siksi jäädä hoitajilta 'unohduksiin' koko päiväksi. He ovat asiakkaita, jotka tarvitsevat hoitajien aktiivista huomiointia päästäkseen kanssakäymiseen muiden kanssa. Ulkoilun vähäisyys pitkäaikaishoidon yksiköissä nostettiin esiin ja käytiin keskustelua siitä, miten asiakkaiden ulkoilua voitaisiin lisätä työjärjestelyin, esimerkiksi aamu- ja iltavuoron vaihtumisen yhteydessä, jolloin paikalla on kahden vuoron työntekijät.

Toisinaan työntekijät eivät havainneet arkisen tekemisen terapeuttista merkitystä asiakkaille. Havainnoijien antamiin kehittämisehdotuksiin saatettiin suhtautua liian käytännöllisesti, jos esimerkiksi asiakas ei kykene tekemään jotain odotetulla tavalla, ei hänelle tällaista tekemistä kannata tarjota. Tällöin työntekijät eivät ehkä olleet sisäistäneet ajatusta, että asiakkaalle voi tuottaa iloa jo pelkkä tekeminen tai tekemiseen osallistuminen huolimatta sen hyödyllisyydestä käytännölliseltä kannalta. Terapeuttisessa suhtautumistavassa päätarkoitus asiakkaan osallistumisessa esimerkiksi ruokapöydän siivoamiseen ei välttämättä ole työhön osallistuminen, vaan tarjota asiakkaalle mahdollisuus osallisuuteen ja yhteiseen tekemiseen.

Palautetilaisuuksissa olemme halunneet kiinnittää huomiota aktiviteettien ja vuorovaikutuksen tarjoamiseen asiakkaille. Dementoiva sairaus heikentää sairastuneiden omaa aloitekykyä, ja he eivät aina osaa hakeutua toisten kanssa vuorovaikutukseen tai aloittaa jonkin asian tekemistä, vaikka he sitä kaipaisivatkin. He myös saattavat sairaudestaan johtuen tarvita tavallista enemmän houkuttelua ja kannustusta. Ilmaisua 'tavanomainen' tai 'tavallinen olo' olemme käyttäneet tilanteissa, joissa henkilö ei ole ilmaissut mitään pahan- tai hyvän olon merkkejä, ja joissa hänen hyvinvoinnin arvonsa on määritetty olevan +1. Seuraaminen (B) -toimintaluokassa tämä tarkoittaa tilannetta, jossa henkilö istuu yksin tai muiden kanssa mitään tekemättä ja puhumatta, välillä ehkä ympäröiviä tapahtumia seuraten. Tällaista toimintaa, tai toimimattomuutta, sisältyy ajoittain kaikkien ihmisten päivään kognitiivisista kyvyistä riippumatta, esimerkiksi bussissa tai odotussalissa istuessa. Luonnollisesti tällaista oloa saa ja pitää sisältyä myös dementoituneen päivään. Parhaimmillaan se on rentouttavaa yksinoloa, jossa ihminen voi rauhoittua ja vaipua omiin ajatuksiinsa ja tunnelmiinsa. Tilanne on eri, jos suurin osa päivästä on paikallaan istumista, vailla sosiaalista kanssakäymistä ja osallisuutta. Tällöin yksin olo on passivoivaa, turhauttavaa ja eristävää.

5.5. Puolen vuoden aikana yksiköiden käytännöissä tehdyt muutokset.

Puolen vuoden kuluttua havainnoineista kunkin yksikön vetäjälle lähetettiin lyhyt kysely sähköpostitse, jossa kartoitettiin oliko havainnointituloksista keskusteltu palautetilaisuuden jälkeen ja oliko tuloksilla ja keskusteluilla ollut vaikutusta yksikön käytäntöihin. Seuraavassa on vedetty yhteen tulokset erittelemättä yksiköitä toisistaan.

Kaikissa yksiköissä tuloksista ja annetusta palautteesta oli keskusteltu osastotunneilla, kehittämispäivässä, kahvipöytäkeskusteluissa ja työpalavereissa. Yhdessä yksikössä aluksi oli esiintynyt negatiivisia reaktioita havainnoiteja kohtaan, mutta tämän jälkeen oli alettu pohtia sisällöllisiä asioita. Keskustelua tuloksista pidettiin jo sinänsä hyvänä. Ylipäättänsä kirjalliseen palautteeseen oli tarpeen tullen palattu uudelleen.

Havainnoinnit eivät olleet välttämättä vaikuttaneet yksikön hoitokulttuuriin, vaan lisänneet pikemminkin yhteisten käytäntöjen hienosäätöä. Samoin osa ehdotuksista oli ollut sellaisia, ettei niiden toteuttamisen ajateltu olevan käytännössä mahdollista. Kaikissa paitsi yhdessä yksikössä ilmoitettiin tehdyn joitain muutoksia havainnointitulosten perusteella yksikön käytäntöihin.

Havainnointipalautteen myötä asiakkaiden asioista ja käyttäytymisestä puhuttiin yksiköissä enemmän ja sen pohjalta ymmärrettiin heitä paremmin. Työntekijät olivat etsineet tietoa muualtakin ja heillä oli tunne, että tilanteet hallittiin aiempaa paremmin ja ongelmia esiintyi harvemmin. Yksi osastonhoitaja mainitsi erityisesti tyypilliset asiakkaiden 'kotiin lähtemisen' tilanteet, joihin ammatillinen suhtautuminen oli yksikössä lisääntynyt.

Eniten yksiköissä oli mietitty ratkaisuja ruokailutilanteiden rauhoittamiseksi. Tilanteita oli yritetty rauhoittaa jakamalla asukkaiden ruokailu useampaan tilaan, muuttamalla istumajärjestyksiä ja kokeilemalla sitä, että kaikki istuisivat ruokailutilassa koko ruokailun ajan. Oli myös kokeiltu sitä, että ruokatarjottimet tuotiin valmiiksi pöytiin ennen asiakkaiden saapumista ja kokemus oli se, että hoitajienkin askelnopeus oli rauhoittunut. Aina asukkaat eivät olleet pitäneet tehdyistä muutoksista ja asioita oli jouduttu miettimään uudelleen.

Myös television ja radion aukipitämistä oli kontrolloitu ruokailuaikoina paremmin ja ruokailutilojen viihtyisyyttä oli parannettu. Ruokailun esteettisyyttä oli parannettu hankkimalla kauniit ruokailuasiat ja sopimalla, että asukkaille, jotka kykenivät juomaan tavallisista lasista ja posliinikahvikupeista katetaan nämä eikä muovimukeja.

Asiakkaiden omatoimisuutta päiväpaikassa oli lisätty siten, että suuri osa nouti itse lämpimän ruuan jakelupöydältä. Aikaisemmin ohjaajat olivat tuoneet lautasilla kunkin asiakkaan annoksen valmiina pöytään.

Vuorovaikutusta asiakkaan kanssa oli myös pohdittu sekä sitä miten voidaan tarjota henkilökohtaista aikaa ja kiireetöntä läsnäoloa erityisesti turvaa kaipaaville asiakkaille.

Huomiota oli kiinnitetty asiakkaiden ohjaamistilanteissa siihen, että tuettiin samalla asiakkaan puolelta tulevaa vuorovaikutusta ja kykyä ylläpitää vuorovaikutustaitoja. Samoin ryhmätilanteiden rinnalle oli järjestetty yksilöllisempiä hetkiä, jotta ryhmässä hiljaisemmatkin olivat päässeet harjoittamaan taitojaan ja yritetty muuttaa keskustelujen sisältöä kunkin asiakkaan toimintakykyä vastaavaksi.

Käyttösoireiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä oli opittu huomioimaan paremmin, ja tähän oli vaikuttanut saatu koulutus ja käyty keskustelut. Palaute oli myös herättänyt huomioimaan asioita, mitä aiemmin ei ollut huomannut ajatella, kuten sen, että asiakkaille kerrotaan, mitä seuraavaksi tapahtuu, kuten viereltä poistumisen. Yhdessä pitkäaikaishoidon yksikössä työntekijät olivat sopineet pitävänsä pienen seurusteluhetken asukkaiden kanssa ennen lounasta tai kahvihetken aikaan, mutta käytännössä työntekijät olivat kokeneet kiireen olevan esteenä ja vain osa hoitajista toimi näin. Päiväpaikan asiakkaille oli tarjottu enemmän mahdollisuuksia vapaaseen keskusteluun sairaudestaan ja tämän myötä saatavaan vertaistukeen.

Äänimaailmaan oli vaikutettu miettimällä soitettavan musiikin asiakaslähtöisyyttä ja hankkimalla uusia levyjä. Aamuisin oli päädytty soittamaan rauhallista musiikkia sopivalla voimakkuudella ja muutenkin radiosta soitettavan musiikin laatua mietittiin tarkemmin. Samoin yritettiin muistelu- ja musiikkihetkien aikana pitää muu häly pienenä. Oli myös kiinnitetty huomiota siihen miten äkkinäiset kovat äänet pelästyttivät asiakkaita ja keksitty ratkaisuja, joilla näitä ääniä voi hiljentää (esim. ovikellot, pamahtavat ovet, kolisevat tuolit).

Toiminnallisuuden lisäämiseen kaikissa arkitoiminnoissa ja toiminnallisten tilanteiden järjestämiseen oli myös etsitty uusia ratkaisuja. Esimerkiksi laulujen sanoja oli suurennettu ja laulamisen tahtiin ja liikuntaryhmien ohjauksen tempoon oli kiinnitetty huomiota. Ympäri vuorokautisen yksikön työntekijät olivat yhtä mieltä annetun palautteen kanssa siitä, että asukkaila pitäisi olla enemmän toimintaa ja ulkoilua. Omahoitajien tehtäväksi olikin annettu huolehtia asukkaiden ulkoilusta.

6. HAVAINNOINTITULOKSET YKSIKÖITTÄIN VUOSINA 2003 JA 2004

Tässä luvussa tarkastelemme sitä, miten yksiköiden havainnointitulokset muuttuivat vuoden 2004 havainnoinneissa verrattuna vuoteen 2003. Keskitymme tässä asiakkaiden hyvinvoinnin ja toiminnallisiin tilanteisiin osallistumisen muutoksiin eri havainnointikertoina ja pohdimme syitä, mitkä vaikuttivat tulosten muuttumiseen. Emme käy tuloksia kuitenkaan seikkaperäisesti läpi. Kaikkien yksiköiden ensimmäisen havainnointikerran tulokset on raportoitu teoksessa Topo Päivi, Sormunen Saila, Saarikalle Kristiina, Räikkönen Outi ja Eloniemi-Sulkava Ulla: Kohtaamisia dementiahoidon arjessa — Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta (Tutkimuksia 162, Stakes 2007).

6.1. Tuloksissa tarkasteltavat tekijät

Tarkastelemme tuloksia yksikkökohtaisesti. Kunkin yksikön hyvinvoinnin arvojen keskiarvo on laskettu yksikön kaikkien havainnoitujen asiakkaiden hyvinvoinnin arvoista.

Jotta päästään tarkastelemaan sitä, miten aktiivista tai passiivista asiakkaiden oleminen on havainnointien aikaan yksiköissä ollut, toimintaluokat (katso Taulukko 1) on ryhmitelty niiden ”aktiivisuusasteen” mukaan. DCM-ohjekirjan mukaan tyyppi 1 -ryhmä (toimintaluokat A, E, F, G, H, I, J, L, M, O, P, R, T, X) sisältää toimintaluokat, joissa asiakkaat ovat olleet toiminnallisia tai he ovat olleet vuorovaikutuksessa jonkun kanssa ja tyyppi 2 -ryhmä (toimintaluokat B, C, D, N, U, W, Y) kuvaa asiakkaiden passiivisempaa olemista. Lisäksi olemme tarkastelleet erikseen sitä, kuinka paljon asiakkaat ovat nukkuneet yhteisissä tiloissa tai liikkuneet itsenäisesti. Ympäri vuorokautisissa yksiköissä liikkumiseksi koodattu tapahtuma tarkoittaa ainoastaan yksikön tiloissa tapahtuvaa asiakkaan itsenäistä liikkumista joko kävellen tai pyörätuolilla. Liikkuminen voi tarkoittaa ikään kuin ’kävelyllä oloa’ tai vain siirtymistä paikasta toiseen. Jos liikkuminen oli käsitettävissä pakonomaiseksi vaeltamiseksi, se koodattiin toisto-oireeksi.

Koska toiminnallisuutta kuvaavan tyyppi 1 -ryhmän toiminnoissa on mukana toimintaluokkia, jotka kuuluvat asiakkaiden perustoimintoihin (esim. ruokailu), ja toimintoja, jotka varsinkin pitkäaikaishoidossa ovat luonteeltaan passiivista oleskelua, (esim. tiedotusvälineiden käyttö), muodostimme uuden järjestetty toiminta -ryhmän. Siinä ovat mukana seuraavat toiminnot: itsensä ilmaisu, pelien pelaaminen, käsityöt, älyn käyttö, jumppa ja osallistuminen uskonnolliseen toimintaan (mm. virsien laulaminen).

6.2. Päiväpaikat

Seuraavassa taulukossa on esitetty päiväpaikkojen asiakkaiden keskimääräinen kognitiivinen toimintakyky ja tulokset molemmilta vuosilta. Asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli keskimäärin samanlainen molempina vuosina kummassakin päiväpaikassa.

Taulukko 11. Päiväpaikkojen tulokset eri havainnointikertoina

	Päiväpaikka 1		Päiväpaikka 2	
	Vuosi 2003 (N=1093)	Vuosi 2004 (N=1109)	Vuosi 2003 (N=1065)	Vuosi 2004 (N=1099)
MMSE -keskiarvo	18	19	22	22
Hyvinvoinnin arvon keskiarvo	+2,6	+3,0	+2,4	+2,5
Tyyppi 1 -ryhmä ¹	86 %	83 %	81 %	87 %
Tyyppi 2 -ryhmä ²	6 %	6 %	7 %	8 %
Järjestetty toiminta ³	29 %	26 %	50 %	46 %
Nukkuminen	2 %	0	7 %	2 %
Liikkuminen	7 %	11 %	6 %	3 %

¹ sisältää toimintaluokat A, E, F, G, H, I, J, L, M, O, P, R, T, X (luokkien selitykset ks. Taulukko 1)

² sisältää toimintaluokat B, C, D, N, U, W, Y

³ sisältää toimintaluokat E, G, H, I, J, R

Koska päiväpaikkojen toiminta oli keskenään niin samankaltaista, tarkastelemme niiden tuloksia yhdessä. Asiakkaiden hyvinvointi kummassakin yksikössä oli molempina vuosina erittäin hyvä. Toisessa yksikössä hyvinvoinnin arvojen keskiarvo kohosi seurantahavainnoinneissa 0,4 yksikköä, mikä on huomattavan suuri muutos. Toisen päiväpaikan keskiarvo oli käytännöllisesti sama kumpanakin havainnointikertana. Molemmissa päiväpaikoissa asiakkaat olivat hyvin aktiivisia, mikä luonnollisesti selittyy asiakkaiden kognitiivisella kyvykkyydellä ja päiväpaikan toiminnan luonteella. (Taulukko 11)

Päiväpaikkojen toiminnassa ei sinällään ollut eroa eri havainnointikertoina. Tyyppi 1 eli aktiivista toimintaa ja vuorovaikutusta sisältävän -ryhmän toimintojen osuus oli päiväpaikka 1:ssä suhteellisen samansuuruinen kumpanakin vuonna, toisessa tapahtui seurantahavainnoinneissa pieni nousu. Tyyppi 2 -ryhmän toimintoja oli molemmissa päiväpaikoissa käytännöllisesti katsoen yhtä vähän kumpanakin vuonna, esimerkiksi yhteistiloissa nukkumista. Kaikkea nukkumista ei havainnoitu, koska se tapahtui erillisissä huoneissa. Itsenäisen liikkumisen osuus oli samansuuruinen molemmissa päiväpaikoissa ensimmäisenä havainnointikertana. Seurantahavainnoinneissa kuitenkin päiväpaikka 1:ssä sen osuus oli noussut kun taas päiväpaikka 2:ssa laskenut. Näinkin suuret erot johtuvat siitä, että päiväpaikka 2:n asiakkaiden kävelylenkkejä ulkona ei havainnoitu, koska ohjaaja ja asiakas lähtivät niille yleensä kahdestaan. Päiväpaikka 1:ssä taas kävelylle lähti yleensä kaikki kynnelle kykenevät, jossa myös havainnoijat olivat mukana.

Järjestettyä toimintaa oli kummassakin päiväpaikassa saman verran eri havainnointikertoina. Muodostamamme järjestetty toiminta -ryhmä on päiväpaikkojen osalta sikäli ongelmallinen, että siitä puuttuu luokat media (M) ja työkaltainen toiminta (L). Ympäri vuorokautisissa yksiköissä näihin luokkiin koodattu toiminta oli pääosin passiivista olemista, ts. television ääressä istumista tai omien ruokailuastioiden siirtelyä ruokailun yhteydessä. Molemmissa havainnoimissamme päiväpaikoissa käytettiin paljon aikaa lehden yhteiseen lukemiseen ja siitä keskustelemiseen. Tämä oli siis niissä aktiivista toimintaa. Samoin työkaltainen toiminta päiväpaikoissa oli keskeisellä sijalla, johon luokiteltiin esimerkiksi leipominen, pöydän kattaus ja lattian lakaisu. Päiväpaikka 2:ssä järjestetyn toiminnan osuus toiminnoista oli paljon suurempi kuin päiväpaikka 1:ssä molempina havainnointikertoina. Tätä eroa selittää se, että päiväpaikka 2:ssa ei juurikaan havainnoitu ruokailua eikä kahvihetkiä ja lisäksi päiväpaikka 1:ssä pelkkään vuorovaikutukseen koodattuja tapahtumia oli molempina vuosina 10 prosenttiyksikköä enemmän kuin päiväpaikka 2:ssa, missä vuorovaikutus tapahtui yleensä jonkin toiminnan yhteydessä.

6.3. Ympäri vuorokautiset yksiköt

Taulukko 12. Ympäri vuorokautisten yksiköiden tulokset eri havainnointikertoina

		MMSE ka.	Hyvinvoinnin arvon keskiarvo	Tyyppi 1 ¹ %	Tyyppi 2 ² %	Järjestetty toiminta ³ %	Nukkuminen %	Liikkuminen %
Sekaos. 1	2003	11	+1,7	66	24	2	2	8
	2004	11	+2,0	68	20	8	6	6
Sekaos. 2	2003	12	+1,3	73	20	8	1	6
	2004	10	+1,3	70	18	4	8	5
Dementia-yksikkö 1	2003	16	+2,0	78	12	18	1	9
	2004	15	+2,4	81	13	20	1	5
Dementia-yksikkö 2	2003	7	+1,1	63	26	0	5	6
	2004	6	+1,4	55	25	2	9	11
Psykooger. Osasto	2003	12	+1,3	50	29	3	13	8
	2004	17	+1,5	56	22	1	7	15
Terv.k. vuodeos.	2003	4	+1,6	64	26	0	10	0
	2004	4	+1,9	76	9	0	14	1

¹ sisältää toimintaluokat A, E, F, G, H, I, J, L, M, O, P, R, T, X (luokkien selitykset ks. Taulukko 1)

² sisältää toimintaluokat B, C, D, N, U, W, Y

³ sisältää toimintaluokat E, G, H, I, J, R

Vanhainkodin sekaosastolla (sekaosasto 1) hyvinvoinnin arvojen keskiarvo nousi seurantahavainnoinneissa +0,3:lla, mikä on suhteellisen suuri muutos. Tähän on osaltaan vaikuttanut se, että v. 2004 yksikössä oli pari toiminnallista hetkeä, joita ei ensimmäisellä havainnointikerralla ollut ollenkaan. Tämä näkyy järjestetyn toiminnan osuuden muutoksessa, mikä lisääntyi kuudella prosenttiyksiköllä seurantahavainnoinneissa. Kuvaan sopii sekin, että Tyyppi 2 -ryhmän toiminnot vähentyivät neljällä prosenttiyksiköllä. Muissa tuloksissa ei ollut paljon eroa eri havainnointikertoina. Asiakkaiden keskimääräinen kognitiivinen toimintakyky oli sama kumpakin havainnointikertana. Keskivaikeasti dementoituneita oli 70 % ja vaikeasti dementoituneita 30 %. Asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli myös keskimäärin sama molemmilla havainnointikerroilla.

Vanhainkodin sekaosasto 2:ssa hyvinvoinnin keskiarvossa ei ollut muutosta eri havainnointikertoina. Asiakkaiden kognitiivinen toimintakyky oli jonkin verran huonompi v. 2004 ja vaikeasti dementoituneiden osuus oli suurempi. Asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli myös huonompi v. 2004.

Suuria muutoksia yksikön toiminnassa ei ollut tapahtunut eri havainnointikertoina. Yksikössä oli molempina vuosina jumppatuokio. Toisena havainnointikertana yksikössä kävivät yksikön ulkopuoliset vapaaehtoistyöntekijät pitämässä laulutaukion, jota ei kuitenkaan aivan järjestetty asiakkaiden ehdoilla ja ei näin ollen nostanut asiakkaiden näkyvää hyvinvointia. Toisena havainnointikertana paikalla oli myös kampaaja, joka toi toiminnallisuutta ja vuorovaikutusta asiakkaille. Ehkä asiakkaiden huonompi kognitiivinen kyvykyys vaikutti siihen, että tyyppi 1 -ryhmän ja järjestetyn toimintojen osuudet hieman pienenevät. Voi sanoa, että vaikka toimintaa ehkä oli seurantahavainnoinneissa enemmän, asiakkaita ei saatu siihen mukaan joko asiakkaiden huonon kunnon vuoksi tai siksi, että tilanteita ei hoidettu asiakaslähtöisellä tavalla.

Havainnoidun palvelutalon dementiayksikön (dementiayksikkö 1) hyvinvoinnin arvojen keskiarvo kohosi seurantahavainnoinneissa 0,4 yksikköä, mikä on huomattava muutos. Tähän on ehkä osaltaan vaikuttanut se, että tyyppi 1 -ryhmän ja järjestetyn toiminnan osuudet kasvoivat hieman. Asiakkaiden kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky oli suhteellisen samanlainen kumpanakin vuonna. Tuloksen huomattavaan paranemiseen vaikuttaa näin pienessä yksikössä jo yksittäiset asiakkaat (havainnoitujen asiakkaiden määrä oli yhteensä 7). Ensimmäisenä vuonna oli eräällä asukkaalla yksi pitkään kestänyt tilanne, jossa hän voi erittäin huonosti. Passiivisempaa tyyppi 2 -ryhmän toimintaa oli asiakkailta kumpanakin vuonna käytännöllisesti katsoen saman verran. Itsenäistä liikkumista oli seurantahavainnoinneissa jonkin verran vähemmän kuin ensimmäisellä kerralla.

Ympäri vuorokautisista yksiköistä asukkaat olivat keskimääräisesti kognitiivisesti kyvykkäimpiä tässä yksikössä. Asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli käytännössä sama kumpanakin havainnointikertana.

Vanhainkodin dementiayksikön (dementiayksikkö 2) asiakkaiden hyvinvoinnin arvojen keskiarvo kohosi seurantahavainnoinneissa 0,3 yksikköä, mikä on merkittävä muutos. Tyyppi 1 -ryhmän toiminnot vähenivät seurantahavainnoinneissa kahdeksan prosenttiyksikköä. Kuitenkin järjestetyn toiminnan osuus kasvoi hieman seurantahavainnoinneissa ja vastaavasti tyyppi 2 -ryhmän toiminnot vähenivät prosenttiyksikön verran. Nämä muutokset ovat pieniä. Asiakkaiden itsenäinen liikkuminen yksikössä oli lisääntynyt suhteellisen paljon. Tässäkin yksikössä havainnoitavien määrä oli pieni, joten yksittäinen asiakas on voinut vaikuttaa tuloksiin suhteellisen paljon.

Asiakkaiden kognitiivinen toimintakyky oli keskimäärin hieman huonompi vuonna 2004 verrattuna vuoteen 2003. Asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli keskimäärin sama kumpanakin vuonna.

Psykiatrian osaston asiakkaiden hyvinvoinnin arvojen keskiarvo parani seurantahavainnoinneissa 0,2:lla. Keskiarvo kohosi, vaikka seurantahavainnoinneissa ei ollut toiminnallisia tilanteita ollenkaan, kun taas ensimmäisenä havainnointikertana oli pitkään kestänyt tanssitalaisuus, mikä nosti siihen osallistuneiden asiakkaiden hyvinvointia. Seurantahavainnoinneissa oli myös pitkään kestänyt tilanne, jossa kolmen asiakkaan huono olo ilmeni pakonomaisena toimintana. Toisaalta asiakkaiden keskinäistä ja hoitajien ja asiakkaiden välistä vuorovaikutusta oli seurantahavainnoinneissa yli kuusi prosenttiyksikköä enemmän kuin vuotta aiemmin. Kaikissa havainnoinneissa vuorovaikutus yleensä nosti hyvinvointia.

Asiakkaiden kognitiivinen toimintakyky oli jonkin verran parempi seurantahavainnoinneissa, mutta lievästi dementoituneita oli vähemmän, kun taas keskivaikeasti dementoituneita oli seurantahavainnoinneissa selvästi enemmän. Vaikeasti dementoituneita ei seurantahavainnoinneissa ollut yhtään. Asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli molempina vuosina sama.

Terveyskeskuksen vuodeosastolla hyvinvointiarvojen keskiarvo kohosi merkittävästi, 0,3 yksikköä. Yksi merkittävä tekijä oli se, että toisena havainnointikertana yksikössä oli kampaaja, mikä toi asiakkaiden päivään toiminnallisuutta. Tämä näkyy selvästi siinä, että yksikön tyyppi 1 -ryhmän toimintojen määrä kasvoi seurantahavainnoinneissa 12 prosenttiyksikköä. Vastaavasti tyyppi 2 -ryhmän toiminnot olivat vähentyneet 17 prosenttiyksikköä. Järjestettyä toimintaa ei tässä yksikössä ollut kumpanakaan vuonna. Ensimmäisenä vuonna yksikössä kyllä leivottiin, mikä ei kuitenkaan näy muodostamassamme järjestetyn toiminnan -ryhmässä.

Yksikön kaikki havainnoidut asukkaat olivat vaikeasti dementoituneita. Asukkaiden fyysinen toimintakyky oli myös heikko molempina havainnointikertoina.

6.4. Pohdintaa tuloksista ja menetelmän käytöstä

Seurantahavainnoinneissa seitsemän yksikön hyvinvoinnin arvojen keskiarvo kohosi ja yhdessä se pysyi samana. Muutos oli suurimmillaan päiväpaikka 1:ssä ja dementiayksikkö 1:ssä, 0,4 yksikköä. Dementiayksikkö 1:n keskiarvon muutokseen voidaan löytää selitys itse yksikön toiminnan muuttumisesta. Jo edellä käsiteltyjen syiden lisäksi yksi olennainen syy keskiarvon kohoamiselle oli asiakkaille tapahtuneiden asiattoman kohtelun tilanteiden selvä väheneminen seurantahavainnoinneissa. Tässä yhteydessä emme käsittele asiattoman kohtelun tilanteita tarkemmin, niiden osalta vuoden 2003 tulokset on julkaistu erillisessä artikkelissa (Sormunen ym. 2007) ja tutkimusraportissa (Topo ym. 2007).

Päiväpaikka 1:ssä keskiarvon nousua ei voi selittää toiminnan sisällön tai asiakkaiden kohtelun muuttumisella, koska se oli molempina vuosina hyvin samanlaista. Toiminta oli aktiivista ja monipuolista ja asiakkaiden kohtelu heitä arvostavaa. Syy lieneekin pikemminkin havainnoijien toiminnassa: tulkitsimme samankaltaisia tilanteita positiivisemmin toisena vuotena. Tämä päiväpaikka oli ensimmäinen havainnoitava yksikkö ja vähäinen kokemus monimutkaisen menetelmän käytöstä saattoi vaikuttaa tuloksiin.

Tuntumamme on, että havainnoijien koodaustapa hyvinvoinnin arvoissa muuttui ylipäättään hankkeen edetessä, vaikka tästä ei tehty mitään tietoisia päätöksiä. Ongelmat koodauksen systemaattisuudessa näkyivät ruokailuhetkien havainnoimisessa. Ympäri vuorokautisissa yksiköissä ruokailua edelsi tavallisesti useamman tunnin passiivinen istuminen, joten ruokailuun liittyvä aktiivisuustason nousu ja vuorovaikutus on voinut kohottaa asiakkaiden hyvinvointia aidosti, mutta on voinut myös vaikuttaa havainnoijien tulkintatapaan asiakkaiden hyvinvoinnista. Toisin sanoen havainnoijat saattoivat nähdä näissä tilanteissa enemmän hyvinvointia kuin mitä niissä oli. Testasimme tätä laskemalla yksiköiden hyvinvoinnin arvojen keskiarvot ilman toimintaluokkaa ruokailua ja vertaamalla niitä kunkin yksikön kokonaiskeskiarvoon. Ruokailun poisjättäminen laski yksiköiden hyvinvoinnin arvojen keskiarvoa jonkin verran: vuoden 2003 havainnoinneissa kahden yksikön keskiarvo ei muuttunut ja kuuden yksikön laski 0,1. Vuonna 2004 vastaavasti kolmen yksikön hyvinvoinnin arvojen keskiarvo pysyi samana ja viiden laski 0,1–0,2. Voi sanoa, että varsinkin seurantahavainnoinneissa ruokailutilanteet nostivat asiakkaiden hyvinvointia ja että osaltaan tähän on vaikuttanut havainnoijien koodaustavassa tapahtunut muutos.

Ylipäättään hyvinvoinnin arvojen koodauksessa vaikeutena oli se, että havainnoitavien henkilöiden hyvinvointia on mahdotonta arvioida yksiselitteisesti. DCM-menetelmään sisältyy periaate, että hyvinvoinnin arvioinnissa otetaan huomioon henkilön sairauden vaikeusaste, so. miten henkilö kykenee hyvinvointiaan ilmaisemaan. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi +3 arvo tarkoittaa erilaista hyvinvoinnin ilmaisua lievästi kuin vaikeasti dementoituneella henkilöllä. Vaikeasti dementoituneella ihmisellä jo lyhyt yhden sanan keskustelu voi ilmaista selvästi kohonnutta hyvinvointia, joka koodataan arvolla +3. Lievästi dementoituneella henkilöllä sama tarkoittaisi esimerkiksi pidempää keskusteluhetkeä jonkun kanssa. Luonnollisesti se, miten henkilö hyvinvointiaan ilmaisee, vaihtelee myös henkilöittäin sairauden asteesta riippumatta. Käytännössä sen arvioiminen, mikä on henkilön tapa olla ja ilmaista hyvinvointiaan ei lyhyen tuntemisen perusteella ole aina helppoa tehdä. Jos asiakas ei ilmaise hyvinvointiaan sanallisesti tai jollain ulospäin näkyvällä eleellä tai ilmeellä, hänen hyvinvointinsa arviointi vaikeutuu. Lauhuhetkien havainnoimisessa tämä näkyy esimerkiksi siten, että jos henkilö ei laula ja istuu vain paikallaan rauhallisesti ja ilmeettömänä, on vaikea tietää nauttiiko hän tilanteesta vai ei. Jos hän liikuttaa vaikka sormiaan musiikin tahdissa, havainnoitsija näkee hänen olevan tilanteessa mukana ja hänen hyvinvoinnin arvioimisensa helpottuu.

Varsinkin pienissä yksiköissä havainnointituloksiin eri havainnointikertoina voi vaikuttaa suhteellisen pienetkin tapahtumat. Esimerkiksi yksittäisen asiakkaan pitkään kestänyt käytös-oiretilanne näkyi koko yksikön tuloksissa. Vastaavasti yksi seurallinen ja aktiivinen asiakas voi nostaa keskiarvoa, varsinkin jos hän viettää pitkiä aikoja yhteisissä tiloissa ja on näin ollen havainnoitavana koko ajan.

Arvioitaessa yksikön hoidon laatua DCM-menetelmän avulla ei ehkä pidäkään antaa liian suurta merkitystä sillä saataviin määrällisiin lukuihin. Niiden tarkoitus on toimia suuntaviivoina ja antaa joitain konkreettisia ja mitattavia tekijöitä yksikön hoidon laadusta. Määrällisiä tietoja on syytä aina täydentää laadullisilla muistiinpanoilla kustakin tilanteesta. DCM-havainnointiprosessi voi parhaimmillaan ohjata työntekijöitä tutkivaan ja analysoivaan työtapaan pyrittäessä asiakkaan kannalta parhaimpaan mahdolliseen työtapaan. DCM-havainnoinnit voivat innostaa toiminnan kehittämiseen ja vahvistaa työntekijöiden kehittävää otetta työhönsä. Hankkeessamme mukana olleessa kahdessa yksikössä havainnoinnit sattuiivat sikäli hyvään saumakohtaan, että henkilökunta oli aktiivisesti hakenut jotain uutta perustaa työlleen. DCM-havainnointien avulla asiakkaiden näkökulmaan saatiin konkreettisempi ote ja yhteinen keskustelu asiakkaiden tuloksista herätti työntekijöitä pohtimaan omaa työtään analyttisemmin ja aktiivisesti hankkimaan lisäkoulutusta dementiaoireisten asiakkaiden hoidosta.

Joissain hankkeemme yksiköissä DCM-havainnoinnit jäivät irrallisiksi tapahtumiksi yksikön arjessa. Toisin sanoen havainnoiteja ja niiden avulla saatuja tuloksia ei hyödynnetty jatkossa. Työntekijöiden vaihtuvuus tuo oman pulmansa yksikön kehittämistyölle. Osastonhoitajan merkitys on suuri, kaiken kaikkiaan projektin aikana neljässä pitkäaikaishoidon yksikössä vaihtui osastonhoitaja. Tämä ei sinänsä ollut huono asia, vaan voi tuoda myös uusia tuulia yksikön kehittämiseen. Parhaimmillaan havainnoinnit jäivät ”elämään” yksikköön, tai ainakin niiden takana oleva henki: työntekijöiden omia käytäntöjä arvioiva asiakaslähtöinen työtapa.

7. TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSET HAVAINNOINNEISTA JA PALAUTETILAISUUDESTA

Kunkin havainnointikerran jälkeen pidetyn palautetilaisuuden jälkeen koko yksikön henkilökunnalle jätettiin kysely, jossa kartoitettiin työntekijöiden käsityksiä havainnoinneista ja palautetilaisuudesta. Työntekijät saivat palauttaa kyselyn nimettömänä palautekuoreessa. Vuonna 2003 kyselyssä oli viisi avokysymystä. Saimme yhteensä 52 vastausta, joka on 58 prosenttia yksiköiden työntekijämäärästä. Käymme seuraavassa vastaukset kysymyskohtaisesti läpi.

7.1. Kooste työntekijöiden vastauksista

1. Miltä havainnoijien läsnäolo ja havainnointi yksikössä tuntui?

Koska 13 kyselyyn vastannutta henkilöä ei ollut havainnointiajankohtana paikalla, on heidät jätetty tämän kysymyksen käsittelyn ulkopuolelle. Jäljelle jääneet 39 vastaajaa jakautuivat mielipiteensä mukaan seuraavasti:

Vastaajien suhtautuminen	Vastaajien lukumäärä (%)	Esimerkkejä vastauksista
Jännitti, epämiellyttävää	8 (20 %)	- Hankalalta - Vaivautunut olo
Aluksi häiritsi, tottui myöhemmin	17 (44 %)	- Havainnoijien läsnäolo ei häirinnyt, mutta aina en osannut olla luonteva. - Aluksi hiukan hämmensi, mutta jo ensimmäisenä päivän aikana unohtui.
Ei häirinnyt	14 (36 %)	- Ei mitenkään, elettiin normaalia päivärytmiä. - Mielenkiintoiselta

2. Vaikuttiko havainnoijien läsnäolo omaan työhösi? Jos vaikutti, miten?

Tähän kysymykseen vastasi 39 paikalla ollutta. Heidän vastauksensa jakautuivat seuraavasti:

Vastaajien suhtautuminen	Vastaajien lukumäärä	Esimerkkejä vastauksista
Vaikutti paljon	9 (23 %)	- Havainnoijien läsnäolo vaikutti työhöni. Tuntuu, etten oikein osannut olla luonnollinen ja täysin oma itseni havainnoijien läsnä ollessa vaikka kuinka yritin. - Kyllä, vaivautunut olo
Vaikutti jonkin verran	14 (36 %)	- Ei juurikaan, ensimmäisenä päivänä jännitys vaikutti kenties omaan rauhallisuuteen. Tuntui itsestä, että välillä tuli vähän "häslättyä". - En ollut ehkä ihan luonnollinen, olinkohan aulaassa normaalia vähemmän, ujustutti. - Pientä jännitystä alkuun ja ajattelin omaa toimintaani "teenkö oikein"
Ei vaikuttanut	16 (41 %)	- Ei omasta mielestäni vaikuttanut.

Noin viidennes vastaajista koki havainnoijien läsnäolon epämiellyttävänä tai vaikeana. Suurin osa työntekijöistä kuitenkin oli tottunut tilanteeseen ainakin alun hämmennyksen jälkeen. Asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen ja päivän rutiinityöt olivat vaatineet täyden keskittymisen, eikä hiljaa sivussa istuneita havainnoijia ole enää niin tiedostetusti huomattu.

3. Olivatko tulokset työsi kannalta mielekkäitä?

Tähän kysymykseen vastasivat nekin, jotka eivät havainnointiajankohtana olleet töissä. Tulokset kerrottiin ja niistä keskusteltiin yksiköiden henkilökunnalle havainnointien jälkeen järjestetyissä palautetilaisuuksissa. Vaikka työntekijä ei olisi ollut läsnä palautetilaisuudessa, pystyi hän tutustumaan tuloksiin jälkikäteen yksikköön jätetystä kirjallisesta materiaalista.

Vastauksia oli yhteensä 52 ja ne jakaantuivat seuraavasti:

Vastaajien suhtautuminen	Vastaajien lukumäärä	Esimerkkejä vastauksista
Kyllä, hyvin mielekkäitä	38 (73 %)	- <i>Kyllä. Sai ajattelemaan jo tiedettyjäkin asioita. Hyvä "tarkentaa" ketä varten työskentelee. © asiakaslähtöisyys</i> - <i>Tulokset olivat todella tarpeellisia ja todentuntuisia, asioita joihin jo kiinnitettykin huomiota, antoi hyvää tietoa kehittämiskohteista.</i> - <i>Olivat. Huomiointi oli uskomattoman tarkkaa. Pieniä tärkeitä asioita. Hyviä ideoita, pieniä parannusehdotuksia.</i> - <i>Ja, i synnerhet "dem små" sakerna som man kanske själv inte lägger märke till. Positivt var också frågeställningarna om vad ett beteende kan bero på och förslagen till lösningar.</i>
Jonkin verran mielekkäitä	8 (15 %)	- <i>Asiat olivat aivan tuttuja, moneen kertaan puhuttuja. Ne vahvistivat vain omia havaintoja. Innostivat uudelleen kehittämään.</i>
Eivät ollenkaan mielekkäitä	4 (8 %)	- <i>Eivät, Eipä ollut mitään uutta tietoa, olisi kaivannut syvempää tulkintaa/tietoa.</i>
Ei vastausta	2 (4 %)	

Enemmistö vastaajista piti havainnointien avulla saatuja tuloksia hyvin mielekkäinä oman työn kannalta. Ulkopuoliset havainnoijat olivat näiden vastaajien mielestä kyenneet näkemään asiakkaiden hoidosta ja yksikön arkirutiineista sellaisia asioita, mitä itse ei välttämättä työssään huomaa. Mielenkiintoista oli se, että vaikka osa vastaajista koki tulosten ja havainnoijien esittämien kehittämisehdotusten olleen tuttuja, innostivat ne kuitenkin kehittämään omaa työtään. Toisenlainen asennoituminen oli niillä vastaajilla, joiden mielestä tulokset eivät olleet oman työn kannalta mielekkäitä, koska ne olivat jo tulleet esille. Neljän vastaajan mukaan tuloksista ei ollut hyötyä oman työn kannalta. Yksi heistä koki koko projektin erityisen kielteisenä ja koki havainnointien olevan turhaa hoitajien painostusta heidän muutenkin raskaassa työssään.

4. Mikä on mielipiteesi palautetilaisuudesta?

Tähän kysymykseen 15 vastaajaa ilmoitti, että eivät olleet tilaisuudessa paikalla, ja yksi vastaus oli tyhjä. Näin ollen tähän kysymykseen vastasi 36 paikalla ollutta, joiden vastaukset jakautuivat seuraavasti:

Vastaajien suhtautuminen	Vastaajien lukumäärä	Esimerkkejä vastauksista
Hyvä, hyödyllinen	24 (67 %)	<ul style="list-style-type: none"> - Tarpeellinen, koska se pysähdytti todella miettimään. - Selkeä. Rakentava, ystävällismielinen. - Hyvä, että asiakkaat käytiin yksitellen läpi. Tilannekuvauksista palautui mieleen ja oli helpompi ymmärtää palaute. - Erittäin hyvä ja mielenkiintoinen. Olin positiivisesti yllättynyt.
Hyvä, mutta joitain varauksia	12 (33 %)	<ul style="list-style-type: none"> - Ihan ok. Aikaa hieman vähän ja jos sitä olisi ollut enemmän olisimme varmaan keskustelleet enemmän.

Suurin osa palautetilaisuudessa olleista suhtautui tilaisuuteen hyvin myönteisesti. Tavallisin kriittikin aihe tilaisuuteen varauksellisesti suhtautuneilla oli se, että aikaa oli liian vähän ja keskustelulle ei jäänyt tarpeeksi aikaa. Tämä osoittaa sen, että työntekijät kaipaavat ja tarvitsevat tilaisuuksia, joissa voivat vapaasti puhua omasta työstään, sen mahdollisista ongelmakohtista ja asiakkaiden hyvinvointiin vaikuttavista asioista. Kukaan vastaajista ei suhtautunut palautetilaisuuteen kielteisesti. Neljä henkilöä, jotka eivät olleet palautetilaisuudessa läsnä, kommentoivat yksikköön jätettyä kirjallista materiaalia. Heidän mielestään kirjallista aineistoa oli mielenkiintoista lukea ja sitä voi käyttää yksikön kehittämistyössä.

5. Tuntuuko, että tämänkaltaisella menetelmällä voi tuottaa hyödyllistä tietoa dementiayksikössä tehtävän työn kannalta?

Tässä kysymyksessä mukana ovat kaikki 52 vastaajaa, joiden mielipiteet jakautuivat seuraavasti:

Vastaajien suhtautuminen	Vastaajien lukumäärä	Esimerkkejä vastauksista
Kyllä	38 (73 %)	<ul style="list-style-type: none"> - Varmasti yksi parhaista menetelmistä, tarvitsee toki toistoa. - Ulkoinen havainnointi korvaamaton! - Ou jees, erityisesti asiakkaasta kohdennettu palaute antaa paljon ja herää huomaamaan asioita jotka eivät aikaisemmin ole tulleet mieleen. Avartaa ajatuksia! Lisää perustelua toimintaan! - Genom att "öppna ögonen" för nya sätt att se på saker. Kanske "bryta gamla rutiner". - Pidän tämänkaltaisesta menetelmästä, koska se on todellista ja tilanteet jossa havainnointia tehdään ovat aitoja, tavallisia arkisia tilanteita ja työskentelyä dementia yksikössä. Hieno juttu!
Jossain määrin	10 (19 %)	<ul style="list-style-type: none"> - Kyllä varmaan. - Kyllä kai, vaikka asiallisimmat saivat parhaat pisteet.
Ei	4 (8 %)	<ul style="list-style-type: none"> - Enpä usko. Kyllä jokainen työntekijä ja esimiehet, johtajat omassa työssään kykenevät samantapaiseen kriittiseen palautteeseen asiakkaista ja työntekijöistä. (...)

Suurin osa vastaajista suhtautui hyvin myönteisesti DCM-menetelmän tuottaman tiedon hyödyllisyyteen dementiahoidossa tehtävän työn kannalta. Suhtautuminen oli yllättävän myönteistä ja moni halusi korostaa innostuneisuuttaan huutomerkillä. Kun ehdottoman ja varauksellisen myönteisesti suhtautuneet lasketaan yhteen, vastaajista 94 prosentin mielestä DCM:n kaltaisella menetelmällä voi tuottaa hyödyllistä tietoa dementiayksikössä tehtävän työn kannalta.

7.2. Pohdintaa palautekyselyn perusteella

Kyselyn perusteella voi yleisarviona esittää, että työntekijät arvostivat mahdollisuutta saada palautetta työstään ja vielä niin, että palaute koski suoraan yksikön konkreettisia tapahtumia. Palautetilaisuus antoi työntekijöille mahdollisuuden kokoontua keskenään puhumaan asiakkaitaan ja työstään. Ulkopuolista näkökulmaa keskusteluun toi palautetilaisuudessa myös mukana ollut dementia-asiantuntija. Tulosten esittämistä olisi joiltain osin voinut tiivistää niin, että keskustelulle olisi jäänyt enemmän aikaa. Myönteistä oli se, että nekin vastaajat, jotka kokivat havainnoijien läsnäolon häiritsevän omaa työtään, pitivät tuloksia hyödyllisinä oman työnsä kannalta ja DCM:n kaltaista menetelmää hyvänä tiedon hankkimistapana yksikössä tehtävän työn kannalta. Muutamamassa vastauksessa oli johdonmukaisen kielteinen suhtautuminen kaikkiin kysymyksiin ja näin ollen koko hankkeeseen.

Vastausten perusteella suhtautumisessa havainnoiteihin ja sillä saatuihin tuloksiin ei ollut huomattavissa yksikkökohtaisia eroja. Muutamasta yksiköstä saatiin vain vähän vastauksia, mikä osaltaan voi kertoa kielteisestä tai välinpitämättömästä asenteesta hankkeeseen. Psykogeriatrisen osaston vastaajat esittivät eniten epäilyjä siitä, soveltuuko havainnointien perusteella tehdyt kehittämisajatuksot heidän osastonsa asiakkaille. Kuitenkin suurin osa heistäkin piti tuloksia mielekkäinä oman työnsä kannalta.

On vaikea arvioida niiden henkilöiden suhtautumista, jotka jättivät kyselyyn vastaamatta. Osa heistä on saattanut suhtautua hyvin kielteisesti havainnoiteihin, ja osa taas on voinut olla asian suhteen välinpitämättömiä. Jonkin verran yksiköissä oli havainnointiajankohtana lyhytaikaisia sijaisia, joista myös suuri osa on saattanut jättää vastaamatta.

8. HYVÄT, ASIAKKAAN HYVINVOINTIA TUKEVAT KÄYTÄNNÖT

8.1. Myönteiset tapahtumat DCM-menetelmässä

DCM-manuaalin 7. versiossa on myönteisten tapahtumien tunnistamiseen yleisluontoiset ohjeet. Niiden mukaan myönteisiksi tapahtumiksi käsitetään tilanteet, joissa asiakkaalle on tapahtunut jotain erityisen positiivista. (Bradford Dementia Group 1997, DCM 8 User's manual) DCM:ssä tavoite positiivisten tapahtumien kirjaamisessa on saada esiin hyvää hoitokäytäntöä ilmentäviä tapahtumia, joita voidaan käyttää palautetilaisuudessa yleisen tietoisuuden lisäämiseen ja työyhteisön hengen parantamiseen. DCM-ohjekirjan mukaan hyvän hoidon kumuloituvat seuraukset näkyvät hyvinvoinnin arvoissa ja -indekseissä. Positiivisten tapahtumien kirjaamiseen sisältyy oletus, että toisinaan hyväkään hoito ei suoranaisesti näytä parantavan henkilön elämänlaatua. Tällöin pyritään valitsemaan muutamia keskeisiä tapahtumia, joilla on jokin erityinen merkitys tai joihin sisältyy mahdollisuuksia työn edelleen kehittämiseen. (Bradford Dementia Group 1997.)

Tällaisia tapahtumia DCM-ohjekirjan mukaan voivat olla esimerkiksi:

- Asiakkaan tarpeet tyydytetään mitä ilmeisimmin ensi kertaa sinä päivänä.
 - Asiakkaan kyvyt saadaan tuotua esiin.
 - Työntekijä osoittaa huomattavaa taitoa tai lahjakkuutta.
 - Haasteellinen käyttäytyminen saadaan rakentavalla tavalla muuttumaan.
 - Asiakkaaan vointia huonontava tilanne käännetään vastakohdakseen.
 - Positiivinen tunnelma syntyy ryhmässä, kun hyvä mieli leviää henkilöstä toiseen.
- (Bradford Dementia Group 1997)

DCM-ohjekirjan mukaan kehittämismahdollisuuksia arvioitaessa on tärkeää muistaa, että yleensä työntekijät oppivat ja kehittyvät parhaiten silloin, kun he voivat rakentaa vahvojen puoliensa varaan, eivätkä niinkään silloin, kun huomio kiinnitetään heidän heikkouksiinsa tai epäonnistumisiinsa. (Bradford Dementia Group 1997)

DCM-ohjekirjan mukaan myönteisiä tapahtumia tulisi luokitella yhdestä kahteen tunnissa. Tämän mukaan yhden yksikön 12 tunnin havainnoinneista kertyisi 12–24 myönteistä tapahtumaa. Kun havainnoitujen yksiköiden yhteismäärä oli kahdeksan, olisi DCM-ohjeistuksen mukaisella luokituksella (mekaanisesti laskettuna) v. 2003 myönteisiä tapahtumia kertynyt yhteensä noin 96–192 kappaletta. Käytännössä tulimme hyvin toisenlaisiin tuloksiin.

8.2. Dementiahoidon hyvät, asiakasta tukevat käytännöt

Havainnointien aikana teimme muistiinpanoja monipuolisesti erilaisista yksikön tapahtumista kuten asiakkaiden keskinäisistä ja asiakkaiden ja hoitajien välisistä vuorovaikutustilanteista, hoitotapahtumista, ruokailutilanteista, toiminnallisista tilanteista ja tilanteista, jolloin ei asiakkaiden kannalta tapahtunut varsinaisesti mitään. Muistiinpanoja tehtiin myös yksikön sisustuksesta, virikkeistä ja työntekijöiden suhtautumisesta asiakkaiden omaisiin. Tapahtumia ei luokiteltu myönteisiksi tai kielteisiksi havainnointien teon aikana.

Kun kävimme läpi tekemiämme kirjauksia yksiköiden henkilökunnalle pidettäviä palaute-tilaisuuksia varten, huomasimme, että DCM-menetelmän ohjeistus ei täysin palvellut tavoitteitamme. Kun myönteiset tapahtumat luokitellaan DCM-ohjeistuksen mukaisesti, jäävät lyhytkestoiset, tavanomaiset kohteliaisuudet sekä asiakkaiden huomioinnit ja kannustukset huomiotta. Havainnointien perusteella käsityksemme oli, että asiakkaiden hyvinvoinnin ja ihmisarvoisen kohtelun (ks. esim. Sarvimäki 2000) kannalta merkityksellisimpiä ovat arkiset tapahtumat, kuten puhutellaanko asiakkaita nimeltä, miten heidän toiminnalliset tarpeensa huomioidaan ja miten heidän pyyntöihinsä reagoidaan. Koimme tärkeäksi korostaa näiden tilanteiden merkitystä asiakkaiden elämänlaadulle, ja nostimme niitä esiin yksiköiden palautetilaisuuksissa.

Tätä raporttia ja jatkokehittelyä varten laadimme myönteisten tapahtumien luokituksen. Tavoitteena luokituksessa oli saada esiin niiden työkäytäntöjen olennaiset piirteet, jotka ylläpitävät ja nostavat asiakkaiden hyvinvointia tai luovat yleistä ihmisarvoista, turvallista ja viihtyisää ilmapiiriä. Tätä varten kävimme kaikki vuoden 2003 kirjaukset läpi ja merkitsimme kirjauksista kaikki asiakkaiden kannalta myönteiset tapahtumat. Näitä oli yhteensä 575 kappaletta. Sen jälkeen luokittelimme nämä tapahtumat sisältönsä mukaan. Tällä tavoin muodostimme yhteensä 16 myönteisten tapahtumien luokkaa, jotka on kuvattu Taulukossa 13. Kutsumme tätä luokitusta ***dementiahoidon hyviksi, asiakasta tukeviksi käytännöiksi***.

Kriteerinä näille luokille on havainnointien aikana muodostunut käsitys niiden keskeisyydestä dementiaoireisten asiakkaiden hyvinvoinnille. Tätä käsitystä tukevat myös havainnoineista saadut tulokset, jotka on esitetty toisaalla tarkemmin (Topo ym. 2007). Samoin koko ajan karttuva tutkimuskirjallisuus tukee analyysimme tuloksia (esim. Zingmark ym. 2002, Demenssjukdomar 2006). Kuvaamme seuraavassa kutakin käytäntöä ja esimerkkejä siitä mitä ne käytännössä tarkoittavat (osin täydennettynä vuoden 2004 aineistosta). Esimerkit on poimittu havainnoinneistamme siten, että niiden kautta välittyisi kuva näiden käytäntöjen toteuttamisesta eriasteisesti dementoituneiden ihmisten hoidossa. Luokat eivät ole toisiaan poissulkevia ja tämä näkyy myös seuraavassa esitetyissä esimerkeissä: yksittäiseen tilanteeseen sisältyy usein erilaisia asiakkaan kannalta myönteisiä piirteitä.

Taulukko 13. Hyvät, asiakkaan hyvinvointia tukevat käytännöt, jaoteltu Zingmark ym. (2002) mukaan

	Teema	Selitys
<i>Vahvistaminen (confirmation): arvokkuuden ja minuuden tunteen ylläpitäminen, hyväksyä asiakkaan tapa olla</i>		
1	Aikuinen, tasaveroinen suhtautuminen	Henkilöön suhtaudutaan vertaisena, omana subjektinaan. Hänelle kerrotaan mitä tapahtuu ja hän saa kykijensä mukaan tehdä päätöksiä ja valita.
2	Yksilöllinen huomiointi ja toiminta	Asiakkaan omat yksilölliset mieltymykset, tavat ja toiveet otetaan huomioon, asiakkaalle tarjotaan esimerkiksi sellaista tekemistä, josta hän pitää. Huolehditaan asiakkaan ulkonäöstä ja tuetaan hänen sukupuoli-identiteettiään. Kohdellaan asiakasta ikäisenään naisena tai miehenä.
3	Myönteisen palautteen antaminen ja kannustaminen	Annetaan asiakkaalle myönteistä ja kannustavaa palautetta, esimerkiksi olumuksesta, kampauksesta, vaatetuksesta, puheista, asioihin suhtautumisesta tai jostain, mitä asiakas on tehnyt tai yrittää tehdä.
4	Yksikön viihtyisä ja turvallinen fyysinen ympäristö ja tunnelma.	Yksikön fyysiseen ympäristöön kiinnitetään huomiota. Kiinnitetään huomiota television, radion ja muiden laitteiden aukioloon ja säädetään äänenvoimakkuus tilanteen mukaan. Yksikön tunnelmailmapiiri on hyväksyvä ja salliva.
<i>Tuttuus (familiarity): läheisyys, kuulumisen tunteen rohkaiseminen</i>		
5	Huumorin käyttö ja yhteinen nauru	Asiakkaan/asiakkaiden ja hoitajan/hoitajien välinen yhteinen nauru. Käytetään huumoria ystävällisellä tavalla esimerkiksi hoitotilanteissa. Huumorin avulla saadaan asiakas toimimaan yhteisymmärryksessä hoitajan kanssa.
6	Sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yhteisyyteen kannustaminen	Asiakas otetaan aktiivisesti mukaan keskusteluun tai yhteiseen tekemiseen asiakkaan kykyjen mukaisella tavalla. Asiakkaalle jutellaan tai otetaan muulla tavalla kontaktia, esimerkiksi katsekontaktin tai kosketuksen avulla.
7	Vieraanvaraisuus ja omaisten huomioonottaminen	Tarjotaan asiakkaalle mahdollisuus olla vieraanvarainen omaiselleen ja annetaan hänelle mahdollisuus toimia hyvien tapojen mukaisesti. Asiakkaiden omaisten huomiominen siten, että he tuntevat itsensä tervetulleiksi yksikköön, ja että heidän on helppo siellä olla.
<i>Yhteys (communion): mukauttaa itsensä asiakkaan mukaan, keskinäinen ymmärrys, avun tarjoaminen</i>		
8	Lohdutus, turvallisuuden ylläpito ja läheisyys	Asiakasta rauhoitetaan ja lohdutetaan, kun hän on rauhaton, apea tai huolissaan. Tunnistetaan asiakkaan tapa ilmaista turvattomuuttaan ja pyritään luomaan asiakkaalle turvallisuuden tunne hänen ymmärtämällään tavalla. Tarjotaan läheisyyttä esimerkiksi katsekontaktin ja kosketuksen avulla. Turvallisuuden tunteen luominen siten, että hoitaja on yhteistiloissa läsnä.
9	Tilanteen seuranta, ennakointi ja toimintansa mukaan	Asiakkaan vointia, olemusta ja vireystasoa seurataan ja toimitaan sen mukaan. Seurataan asiakkaan käyttöoireita laukaisevia tilanteita ja pyritään vaikuttamaan niihin jo ennalta. Pyritään ennalta ehkäisemään asiakkaiden välisiä ristiriitatilanteita ja estämään niiden kärjistymistä.
10	Tahdikkuus, hienotunteisuus, yksityisyys	Asiakkaalle tarjotaan apua ja häntä opastetaan tahdikkaasti. Ei nolata asiakasta, jos jokin vahinko tapahtuu. Huomioidaan yksityisyys asiakkaan intiimeissä asioissa, esimerkiksi vessassa käynnit ja asiakkaan yksityisasiosta puhuminen.
11	Annetaan aikaa, tekemisen tahti on sopiva	Huomioidaan dementoivan sairauden aiheuttama hitaus ja aloitekyvyttömyys toiminnassa ja asiakkaan kanssa keskustellessa. Mukautetaan tekemisen tahti asiakkaalle sopivaksi.
12	Asiakkaan todellisuuden kunnioittaminen	Asiakkaan oma, subjektiivinen todellisuus kohdataan ymmärtävällä, asiakkaan kognitiivisten kykyjen mukaisella ja tilanteeseen sopivalla tavalla.

	Teema	Selitys
<i>Toimijuus (agency): mahdollisuus toimintaan, edistetään asiakkaan voiman ja kontrollin tunnetta</i>		
13	Omien voimavarojen käytön ohjaus ja kannustus.	Asiakkaalle annetaan mahdollisuus tehdä itse omien kykyjensä puitteissa ja asiakasta rohkaistaan tässä. Asiakas otetaan mukaan yksikön käytännön töihin kykyjensä puitteissa. Tavoitteellinen toimintakyvyn ylläpito (jumppa).
14	Tekemisen tarjoaminen	Asiakkaalle tarjotaan toimintaa ja tekemistä, jolloin hän saa toteuttaa tekemisen tarvettaan. Tekeminen katkaisee mahdollisen passiivisen olemisen tai antaa älyllistä ponnistelua ja mielenvireyttä. Luodaan edellytykset yhteiselle tekemiselle ja osallistumiselle. Asiakas saadaan mukaan yhteiseen tekemiseen luovalla tavalla.
15	Asiakkaiden toiminnallisuutta tukeva ympäristö	Yksikön rakenne ja erilaiset tekniset ratkaisut tukevat asiakkaiden orientoitumista yksikössä. Yksikön tilat ovat esteettömät. Esillä on esim. kirjoja ja lehtiä, jotka tarjoavat tekemistä ja keskustelun aiheita. Ikkunoista näkee hyvin ulos.
16	Ulkoilu	Asiakas ulkoilee. Jos hän ei kykene kävelemään itse, asiakas autetaan ulos pyörätuolilla tai sängyllä.

1. Suhtaudutaan aikuisena, tasaveroisena ihmisenä

Henkilöön suhtaudutaan vertaisena, omana subjektinaan. Hänelle kerrotaan mitä tapahtuu ja hän saa tehdä päätöksiä ja valita kykyjensä mukaan.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Ruokailutunnelma on hyvin rauhallinen. Kun hoitaja syöttää Raineria ja poistuu hakemaan jotakin, hän sanoo sen Rainerille samoin kuin aloittaessaan syöttämisen ja tarjotessaan mehua. Rainer ei itse tuota puhetta. Jälkimmäisistä hoitaja kysyy: Smakar det gott? Ruokailun päätteeksi hoitaja vielä kysyy Rainerilta jäikö nälkä vai onko vatsa täynnä.

Veera tarvitsee paljon apua. Hän kykenee puhumaan yksittäisillä sanoilla. Hoitaja kyselee ystävällisesti mitä Veeralle kuuluu ja kertoo, että kohta syödään uunimakkaraa. Vastaa: ”hyvää”.

Sohvi kykenee ilmaisemaan itseään yksittäisin sanoin tai elein. Sohvi istuu päi-visin pitkiä aikoja pyörätuolissaan. Hoitaja kohottaa Sohvia tuolissaan parempaan istuma-asentoon. Hoitaja kertoo ensin mitä tekee, tekee varovasti, kysyy ”onko hyvä?” Sohvi nyökkää.

2. Yksilöllinen huomiointi ja toiminta

Asiakkaan omat yksilölliset mieltymykset, tavat ja toiveet otetaan huomioon ja toimitaan mahdollisuuksien mukaan niiden mukaisesti, asiakkaalle tarjotaan esimerkiksi sellaista tekemistä, josta hän pitää. Huolehditaan asiakkaan ulkonäöstä ja tuetaan hänen sukupuoli-identiteettiään. Kohdellaan asiakasta ikäisenään naisena tai miehenä.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Asukkaat kokoontuvat kahville. Hertta katsoo televisiota yksin toisessa huoneessa. Hoitaja tulee Hertan luo: ”Lähdetkö kahville? Vai haluatko katsoa elokuvaa?” Hertta: ”Kyllä haluaisin!” Hoitaja: ”Tuon kahvit tänne!” Hertta saa kahvit ja syö tyytyväisenä.

Eine istuu yksin pöydän ääressä yhteistiloissa, muut asukkaat ovat lepäämässä huoneissaan. Eine laulelee hiljaiseen laulun mukana, kun levyltä tulee vanhaa tanssimusiikkia. Samalla hän leikkaa paperista jotakin. Hoitaja kehaisee ja tulee juttelemaan. Eine leikkaa sydänkuvioita. Hoitaja tuo lisää leikattavaa, kun hän pyytää. Hän saa jatkaa leikkaamista, vaikka pöytää jo katetaan.

Seurakuntasisar on tulossa, Reinolta kysytään: ”Haluatko lähteä kävelylle sillä aikaa, jos et halua laulaa virsiä.” Reino lähtee.

3. Myönteisen palautteen antaminen ja kannustaminen

Annetaan asiakkaalle myönteistä ja kannustavaa palautetta, esimerkiksi asiakkaan olemuksesta, kamppauksesta, vaatetuksesta, puheista, asioihin suhtautumisesta tai jostain, mitä asiakas on tehnyt tai yrittää tehdä.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Senja istuu hoitajan kanssa pöydän äärellä, nousee seisaalleen katsomaan ulkona kävelevää miestä. Mies juoksee. ”Kyllä se nyt kerkii” Senja sanoo. Hoitaja toteaa lempeästi, ”Ehtii”. Hoitaja kehuu Senjan hyvää näköä. ”Vielä täytyy nähdä!” Senja sanoo.

Tauno tulee päiväsalin hattu päässä, jonka on huoneestaan ottanut. Hoitajat ihailevat Taunolle hänen hattuaan, josta hän on mielissään.

Helga ja Antti tekevät yhdessä palapeliä välillä keskustellen siitä. Ohjaajat keuhuvat valmiiksi tehtyä palapeliä. Antti aloittaa uudestaan tekemisen.

4. Yksikön viihtyisä ja turvallinen fyysinen ympäristö ja tunnelma

Yksikön fyysinen ympäristö on viihtyisä, johon kuuluvat esimerkiksi valot, viherkasvit, verhot, huonekalut, astiat ja hajut. Kiinnitetään huomiota television, radion ja muiden laitteiden aukioloon ja säädetään äänenvoimakkuus tilanteen mukaan. Yksikön tunnelmailmapiiri on hyväksyvä ja salliva.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Kahvi keitetään osastolla ja tuoksu houkuttelee pöydän ääreen.

Myöhemmin kun kukaan ei osoita kiinnostusta TV ohjelmaan niin hoitaja kysyy laitetaanko kiinni ja kuunnellaan musiikkia. Niin tehdään.

5. Huumorin käyttö ja yhteinen nauru

Asiakkaan/asiakkaiden ja hoitajan/hoitajien välinen yhteinen nauru. Käytetään huumoria ystävällisellä tavalla esimerkiksi hoitotilanteissa. Huumorin avulla saadaan asiakas toimimaan yhteisymmärryksessä hoitajan kanssa.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Yhteislaulussa laulun loputtua Martta sanoo jotain. Vieressä oleva hoitaja toistaa Martan sanoman: ”Se oli sellainen enkelilaulu!” Martta huudahtaa: ”Eei! Hengellinen!” He nauravat yhdessä, hoitaja halaa Marttaa.

Ingmar on syönyt lounaansa ja istuu edelleen pöydän äärellä. Hoitaja tulee ja kyykistyy Ingmarin luo pöydän pätyyn. Ingmar nojautuu hoitajan lähelle ja kiertää kätensä tämän ympärille. Hoitaja kysyy lähtisikö Ingmar lepäämään johon Ingmar vastaa: ”Jag orkar inte”. Hoitaja ihmettelee: ”Du orkar inte?” Molemmat nauravat.

Jumppavetäjä sanoo reippaasti ja ystävällisesti: ”Lähdetään kanoottiretkelle”. Jumppaajat tekevät soutuliikkeitä. Seuraavassa liikkeessä tarvitaan keppejä, joita kukin joutuu kurkottelemaan vetäjältä. Selma naurahtaa: ”Kellä on pitkät kädet käy hyvin”. Heilutetaan keppejä edes takasin kurkotellen, keppi pystyasennossa. Vetäjä kuvaa: ”Keitetään puuroa, ei pala pohjaan”. Selma: ”Se on hyvänmakuista.”

6. Sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yhteisyyteen kannustaminen

Asiakas otetaan aktiivisesti mukaan keskusteluun hänen kykyjensä mukaisella tavalla. Asiakkaalle jutellaan tai otetaan muulla tavalla kontaktia, esimerkiksi katsekontaktin tai kosketuksen avulla.

Asiakas otetaan mukaan yhteiseen tekemiseen, vaikka ei konkreettisesti siihen osallistuisikaan.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Kun hoitajat siistivät paikkoja he samalla juttelevat asiakkaiden kanssa.

Tuli eloa uneliaaseen tunnelmaan, kun hoitaja tuli hakemaan erästä asukasta ulos. Hoitaja tervehti ohimenessään Sigridiä: ”Hej Sigrid! Tack för igår”. Sigrid vastaa hänelle.

Leipomista järjestellään. Pullataikina tuoksuu. Paikalla on 10 asukasta ja 4 hoitajaa. Kaikki seuraavat leipomista ja kommentoivat. Hoitaja ottaa vastaan ohjeita muilta. ”Tuliko hyvä?” hoitaja kysyy asukkaalta, joka ei leivo, mutta seuraa. Kun pullat ovat valmiita, hän sanoo Tarmolle, joka istuu vieressä, että nyt paistetaan nämä pullat.

7. Vieraanvaraisuus ja omaisten huomioonottaminen

Tarjotaan asiakkaalle mahdollisuus olla vieraanvarainen omaiselleen ja annetaan mahdollisuus toimia yleisten tapojen mukaisesti. Asiakkaiden omaisten huomioiminen siten, että he tuntevat itsensä tervetulleiksi yksikköön, ja että heidän on helppo olla siellä.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Alpo saa vieraita, joita hän ei tunnista ja pyrkii pois. Hoitaja huomaa tilanteen ja sanoo: ”Tuomme teille kahvit sinne huoneeseen, menettekö sinne.” Alpo menee tyytyväisenä takaisin huoneeseensa.

Siiri kävi hoitajan kanssa alhaalla saattamassa omaistaan, tulevat nyt takaisin yhdessä jutellen.

Maurille tuli vaimo käymään, joka herättää nukkuvan Maurin. Mauri juttelee pienesti ja selaa lehteä, reagoi omaisen kysymykseen. Hoitaja ja vaimo auttavat Maurin pöydän ääreen, hoitaja huolehtii, että saavat juoda yhdessä kahvit.

8. Asiakkaan lohdutus, turvallisuuden ylläpito ja läheisyys

Asiakasta rauhoitetaan ja lohdutetaan, kun hän on rauhaton, apea tai huolissaan. Otetaan huomioon dementoitumisen aiheuttama muutos asiakkaan kokemisen tavassa ja tunnistetaan asiakkaan tapa ilmaista turvattomuuttaan, esim. kotiin kaipuu. Pyritään luomaan asiakkaalle turvallisuuden tunne hänen ymmärtämällään tavalla. Tarjotaan läheisyyttä esimerkiksi katsekontaktin ja kosketuksen avulla. Turvallisuuden tunteen luominen siten, että hoitaja on yhteistiloissa läsnä.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Hoitaja saattelee Varpua omalle paikalleen pöydän ääreen ahtaasta raosta. Varpu tuntee olonsa turvattomaksi eikä haluaisi irrottaa otettaan rollaattorista. Hoitaja ohjaa rauhallisesti oikeaan suuntaan ja selittää Varpulle, mistä pääsee. Varpu irrottaa otteensa rollaattorista ja kävelee lopun matkan hoitajan käsipuolella.

Lempi hämmentyy tietovisasta. Hoitaja haluaa häntä ja vakuuttaa, että kaikki on kunnossa.

Maija sanoo epäröiden aamulla tullessaan päiväpaikkaan: ”Jääkö minä tänne”. Ohjaaja rauhallisesti kannustaa jäämään.

Ada on olemukseltaan hauras. Hän ojentaa kättään ohjaajaa kohti, joka näkee tämän ja menee halaamaan häntä.

9. Tilanteen seuranta, ennakointi ja toiminta sen mukaan

Asiakkaan vointia, olemusta ja vireystasoa seurataan ja toimitaan sen mukaan. Seurataan asiakkaan käytösoireita laukaisevia tilanteita ja pyritään vaikuttamaan niihin jo ennalta. Pyritään ennalta ehkäisemään asiakkaiden välisiä ristiriitatilanteita ja estämään niiden kärjistymistä.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Hoitaja tulee ihan lähelle Herttaa ja kysyy: ”näetkö noilla laseilla?” Hertta vastaa jotenkin, että enhän minä. Hoitaja menee pesemään lasit. Myöhemmin huomataan, että ovat väärät lasit.

Senja seisoo lähellä Terhon rollaattoria. Terho tiuskaisee Senjalle: ”Ala vetää siitä vaan!” Senja kysyy hämmästyneenä: ”Mitä sitä?” Senja katsoo seisaallaan eikä tiedä mitä tehdä. Hoitaja tulee, kysyy, eikö voi laittaa näin ja siirtää rollaattorin pois Senjan tieltä. Terho hyväksyy asian, Senja istuu Terhon viereen.

10. Tahdikkuus, hienotunteisuus, yksityisyys

Asiakkaalle tarjotaan apua ja häntä opastetaan tahdikkaasti. Ei nolata asiakasta, jos jokin vahinko tapahtuu, esim. vesilasi kaatuu. Huomioidaan yksityisyys asiakkaan intiimeissä asioissa, esimerkiksi wc:ssä käynnit ja asiakkaan yksityisasioista puhuminen.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Aulis on lähdössä tuolin kanssa ikään kuin rollaattorilla. Hoitaja: ”sun ois varmaan helpompi, ei tarte sitä tuolia ottaakaan”, ohjaa rollaattorille. Aulis huomaa että ”joo”, sanoo: ”Tuonne vaan ja jarruttelen sitten!”

Siiri riisui hameensa yksikön yhteistiloissa. Hoitajat ovat kiinni muissa töissä, kukaan ei huomaa. Siiri kulkee sukkahoususillaan neuvottomana yksikön toiseen päähän. Kun hoitaja huomaa, ei kommentoi ensin mitään, sitten kysyy, että menääkö nukkumaan. Kysyy sitten vain, mihin Siiri hameen jätti. Hoitaja ja Siiri kävelevät käsikynkässä Siirin huonetta kohti.

Ohjaaja pyyhkii huomaavaisesti Aadan pudottaman puuron pöydältä, kun näkee sen Aadaa häiritsevän. Ohjaaja istuu Aadan vieressä ja ohjaa häntä hienotunteisesti välillä syömään, kun hän unohtuu.

11. Antaa aikaa, tekemisen tahti on sopiva

Annetaan asiakkaalle aikaa esimerkiksi siihen, että hän saa sanottua asiansa. Huomioidaan dementoivan sairauden aiheuttama hitaus ja aloitekyvyttömyys toiminnassa ja asiakkaan kanssa keskustellessa. Mukautetaan tekemisen tahti asiakkaalle sopivaksi.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Helvi, jolla on Parkinsonin tauti, syö sitkeästi veitsellä ja haarukalla vaikka vaikeaa. Saa syödä rauhassa vaikka kestääkkin.

Tietokysymyksiä käydään läpi leppoisaa tahtiin. Kysymysten aikana juttu sai polveilla eikä pidetty kiinni etukäteen suunnitellusta ohjelmasta (tai siltä se ei ainakaan vaikuttanut) vaan edettiin tilanteen mukaan.

Hoitaja on aloittamassa syöttämään Hilmaa ja kysyy: ”Onko Hilmalla nälkä jo?” Hilma vastaa hiljaa. Hoitaja istuu viereen, pohtii onko kuuma, pyytää Hilmaa kokeilemaan varovasti. Hilma vastaa: ”Sopivaa”. Välillä sanoo: ”Hyvää ruokaa” Hoitaja laittaa mokin Hilman käteen ja sanoo että tuossa on maitoa. Hilma juo. Hoitaja puhelee rauhallisesti auringon paistamisesta. Hilma katsoo, nyökkää: ”Kyllä” Hoitaja kumartuu kuuntelemaan kun Hilma haluaa sanoa jotain, hän pyytää leipää. Hilma syö leipää, hoitaja istuu rauhallisena vieressä.

12. Asiakkaan todellisuuden kunnioittaminen

Asiakkaan oma, subjektiivinen todellisuus kohdataan ymmärtävällä, asiakkaan kognitiivisten kykyjen mukaisella ja tilanteeseen sopivalla tavalla.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Katri huokaisee lounaan jälkeen: ”Nyt sitä vaan odotellaan hakijaa”. Hoitaja kysyy: ”Mihin haluaisit mennä?”, johon Katri vastaa, että kotiin. Hoitaja sanoo levollisella ja rauhoittavalla äänellä: ”Ei nyt vielä, nyt on maha täynnä ja ollaan täällä. Niinhän se on, että koti on kaikille tärkeä.” Hoitaja jututtaa Katriä tämän kodista. Katri alkaa muistella voimakkaasti eläytyen: ”Siellä on rakas äiti ja isä samanlainen. Me lapset oltiin niille tärkeitä. Ainakin minulle oli äiti ja isä hirveän tärkeät ja kun piti lähteä vieraisiin nurkkiin, niin se ikävä oli valtava!”. Katri jatkaa vuolaasti muistelua lapsuudestaan.

Emma haluaa pois pöydän äärestä. Hoitaja vastaa auttavansa. Emma sanoo hyväntuulisesti: ”Mie meen niitä meän pieniä poikia!” Hoitaja jatkaa ystävällisellä äänensävyllä: ”Pieniä poikia”.

13. Omien voimavarojen käytön ohjaus ja kannustus

Asiakkaalle annetaan mahdollisuus tehdä itse omien kykyjensä puitteissa ja asiakasta rohkaitaan tässä. Asiakas otetaan mukaan yksikön käytännön töihin kykyjensä puitteissa. Tavoitteellinen toimintakyvyn ylläpito (esim. jumppa)

Esimerkkejä havainnoinneista:

Lauletaan virsiä. Irene haluaa tietyn virren. Hoitaja sanoo, ettei tiedä, miten se menee. Jonkun ajan päästä Irene aloittaakin virren laulamisen ja toinen naisasukas yhtyy siihen. He laulavat virren kahdestaan ja muut kuuntelevat. Hoitaja kehuu että hyvinhän se noin kahdestaankin meni.

Maire meinaa jättää syömisen sikseen, hoitaja ohjaa puheella jatkamaan. Maire jatkaa syömistä. Kun Maire uudestaan aikoo lopettaa, hoitaja tulee vierelle ja taas kannustaa. Maire syö.

Hoitaja kysyy, miten sitä pränniä käytettiin kahvin keitossa. Tauno ja Veikko kertovat kilvan. Juttu jatkuu kahviin liittyviin muisteluihin, joita hoitaja kannustaa kysymällä lisää.

”Nyt mennään pitemmän matkan kautta!” hoitaja ystävällisesti Olgalle (tulevat wc:stä). Olga hymyilee ja jatkavat matkaa.

14. Tekemisen tarjoaminen

Asiakkaalle tarjotaan toimintaa ja tekemistä, jolloin hän saa toteuttaa tekemisen tarvetta. Tekeminen katkaisee mahdollisen passiivisen olemisen tai antaa älyllistä ponnistelua ja mielenvireyttä (esim. lehden katselu, tietotehtävät, muistelu). Asiakas saadaan mukaan yhteiseen tekemiseen sopivalla houkuttelulla. Luodaan edellytykset yhteiselle tekemiselle ja osallistumiselle. Esimerkiksi yhteislaulutilanteessa laulunsanat annetaan kaikille mukana olijoille, laulunsanat ovat riittävän suurta kirjainkokoja, asiakkailta on oikeat silmälasit, sävelkorkeus ja tahti ovat asiakkaille sopivat ja tukea tarvitsevia asiakkaita autetaan henkilökohtaisesti pysymään oikeassa kohdassa.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Hertalla on hieno muisteluhetki hoitajan kanssa, kertoo vuolaasti miten pyykki pestiin ennen. Hän virkistyi selvästi.

Meeri istuu päiväsalissa ollessaan aina sidottuna. Hän istuu välillä pitkiäkin aikoja yksin erillään muista. Meeri kykenee puhumaan yksittäisillä sanoilla. Hoitaja istuu Meerin vieressä ja näyttää hänelle kuvaa lehdestä, Meeri nauraa. Meeri seuraa, kun hoitaja kääntää lehden sivuja.

Tarmo selailee lehteä ja on selvästi virkeämpi kuin vain istuskellen, vaikka ei lue eikä katso kuvia vaan keskittyy selaamaan.

Kun aletaan laulaa virsiä, rauhassa tarkistetaan että kaikilla sanat. Sama toistuu usein.

Hoitaja yrittää topakasti innostaa asiakkaita miettimään, mitä tehdään. Kaisa sanoo: ”En minä ainakaan ala mitään touhuamaan!” Hoitaja johdattaa puheen siihen, mikä päivämäärä tänään on ja antaa Kaisalle luettavaksi päivään liittyvän lorun. Hän lukee ja virkistyy selvästi. Jonkin ajan päästä Kaisa siirtyy muiden mukana toiseen huoneeseen, jossa osallistuu tietokysymyksiin vastaamiseen.

15. Asiakkaan toiminnallisuutta tukeva ympäristö

Yksikön rakenne ja erilaiset tekniset ratkaisut tukevat asiakkaiden orientoitumista yksikössä. Yksikön tilat ovat esteettömät, jolloin asiakkaat voivat liikkua kykyjensä mukaan apuvälineiden avulla vapaasti. Ovet ja portit saattavat houkutella asiakasta pyrkimään pois, jolloin ne voi olla hyvä naamioida niin, etteivät ne kiinnitä huomiota. Yksikössä on tarjolla lehtiä, kirjoja, pelejä ym., jotka tarjoavat asiakkaille tekemistä ja keskustelun aiheita.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Osastolla on ollut remontti. Tilat siistit ja myös oikeita kukkia. Aika väljä ja rollaattorilla liikkuminen on vaivatonta. Lamput eivät häikäise, mutta valaisevat hyvin.

Pöydässä olevat astiat, leipäkorit yms. antavat hiukan puuhaa, hyvä ettei niitä heti korjata pois.

16. Ulkoilu

Asiakas pääsee ulos. Jos asiakas ei kykene kävelemään itse, hänet autetaan ulos pyörätuolilla tai sängyllä.

Esimerkkejä havainnoinneista:

Keijo lähti vapaaehtoistyöntekijän kanssa lenkille.

Martti kannustetaan kävelyllä. Martti sanoo ensin ettei jaksa, johon hoitaja: ”Kävelet sen minkä jaksat!”. Lähtevät laulellen yhteiskävelyllä.

Salmen kanssa tehtiin pitkä lenkki ulkona. Hän vilkastui selvästi ja jutteli iloisesti koko matkan. Sisällä ollut paljon hiljaisempi.

8.3. Hyvien käytäntöjen nimeämisen ja luokituksen merkitys

Kuten edellä todettiin, esitetyt luokat ovat osin päällekkäisiä eivätkä toisiaan poissulkevia. Luokitus on tehty näin hienovireisesti ja siihen on haluttu mukaan näin monia luokkia siksi, että sen avulla on mahdollista saada monipuolisempi kuva hoitajien ja dementoituneiden asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen ja hoitotapahtumien luonteesta ja siitä, millaisilla asioilla on merkitystä asiakkaan hyvinvoinnille. Edellä nimetyt hyvät käytännöt muistuttavat paljolti dementoituneiden oikeuksia, jotka on listannut kansainvälinen Alzheimer-järjestö Alzheimer Disease International (Heimonen & Voutilainen 1997, 18). Ne ovat myös lähellä niitä hoidon ulottuvuuksia, joita dementiatyötä tekevät hoitajat ovat nimenneet asiakkaan hyvää elämää tukeviksi (Zingmark ym. 2002).

Luokituksen perustalla on ajatus siitä, että **asiakkaiden perushoidon ja perustoimintojen tulisi olla mahdollisimman paljon hyvinvointia tuottavaa**. Positiivisia tilanteita ei tarvitse välttämättä erikseen asiakkaalle tuottaa eli asiakkaan hyvinvoinnin mukainen toiminta ei vaa-di erikseen erityisiä ”temppejuja”. Kaiken toiminnan lähtökohtana tulisi olla aktiivinen asiakkaan hyvinvoinnin mukainen toiminta. Tämä ei sulje pois sitä, että asiakkaiden elämään on tärkeää sisältyä erityisiä kohottavia tilanteita, joita ovat esim. vuoden kiertoon liittyvien juhlapäivien ja asiakkaiden merkkipäivien viettäminen tai muistelu- ja musiikkihetket (Forsström & Lepänaho 1997, Marshall & Hutchinson 2001, Brown ym. 2001, Liikanen 2003).

Havaintojemme mukaan ulkoilu tuottaa laajasti niihin osallistuville asiakkaille iloa ja hyvinvointia. Ulkoilua oli kuitenkin pitkäaikaishoidossa hyvin vähän. Ulkoilu -luokalla haluamme kiinnittää huomion siihen, että vaikka dementoiva sairaus olisi edennyt pitkälle, voi henkilö nauttia ulkoilusta ja että ulkoilu voi tukea monipuolisesti hänen toimintakykyään ja hyvinvointiaan (ks. esim. Rappe 2005).

Oma luokituksemme suhteessa siihen, miten DCM:n 7. versio ohjeistaa myönteisten tapahtumien luokituksen, on paljon hienovireisempi ja seikkaperäisempi. DCM-ohjeistuksen mukaan myönteisiksi luokiteltavilla tapahtumilla on jokin erityinen merkitys tai niillä on erityistä potentiaalia kehittämistyössä. Tämänkaltaiset tapahtumat sisältyvät myös omaan luokitukseseemme, mutta havainnoinneissamme tällaiset erityisen positiiviset tilanteet olivat poikkeuksellisia. Sen sijaan esiintyi paljon pieniä ja arkisia kohteliaisuuksia ja asiakkaiden huomiointia,

jotka DCM-menetelmän mukaisessa luokituksessa jäisivät huomioimatta. DCM-menetelmän mukaan ko. tapahtumien merkitys näkyy asiakkaan hyvinvoinnin arvossa. Oma kokemuksemme kuitenkin on, että näiden tapahtumien nostaminen esiin palautetilaisuuksissa antaa hyviä keinoja vahvistaa niitä hyviä käytäntöjä, mitä yksiköissä on.

Olemme katsoneet myönteisiksi kaikki asiakkaiden hyvinvointia ylläpitävät tai lisäävät tapahtumat tai yksikön yleistä, ihmisarvoista kohtelua tukevat tapahtumat, johon kuuluu myös esim. yksikön fyysinen ympäristö. Käytännössä monet näistä tapahtumista olivat suurimmaksi osaksi lyhytkestoisia, esimerkiksi asiakkaalle sanotaan 'ole hyvä', kun hänen ruokansa tuodaan. Nämä ovat jokapäiväisiä hyvien tapojen mukaista käyttäytymistä, jotka toisaalta voi katsoa itseltään selvästi kuuluvan asiakkaan hyvään hoitoon. Kun asiakkaan kognitiiviset kyvyt heikkenevät, on kuitenkin olemassa riski, että hänen kohdallaan ei näitä tapoja enää noudateta ja sen myötä hänen kanssaihmisyyttään huomataan entistä vähemmän (Sarvimäki 2000). Sen vuoksi niihin on tärkeää kiinnittää huomiota. Resurssien puute, stressi ja kiire osaltaan voivat lisätä hoitajien turhautuneisuutta ja vähentää hoitajien kykyä ja mahdollisuuksia eläytyä asiakkaiden kokemuksiin (Lützen ym. 2003, Sinervo 2000, Pekkarinen ym. 2004).

Haluamme näiden asioiden nostamisella myönteiseksi / hyväksi työkäytännöiksi korostaa sitä, että niillä on merkitystä eivätkä ne tule merkityksettömiksi, vaikka asiakas ei niihin kykenisi vastaamaan tai reagoimaan. Hyvillä työkäytännöillä on merkitystä myös yksikön yleisen työmoraaalin kannalta. Asiakkaiden ihmisarvoinen kohtelu ja esteettinen ympäristö ovat osoitus yksikön henkilökunnan asennoitumisesta ja suhtautumisesta hoitamiinsa asiakkaisiin, osoitus siitä, 'mikä meillä on tapana'.

9. VÄLTETTÄVÄT KÄYTÄNNÖT DEMENTIAHOIDOSSA

9.1. Tausta

Havaintojemme mukaan dementiahoidossa on paljon tilanteita, joissa hoitajat eivät toimi asiakkaiden hyvinvointia tukevalla tavalla. Nämä syntyvät yleensä tahattomasti eivätkä hoitajat niitä edes välttämättä huomaa. Näin on varsinkin silloin, kun henkilö on fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi hyvin riippuvainen hoitajien antamasta avusta eikä kykene sanallisesti ilmaisemaan tunteitaan ja tahtoaan. (Topo 2006, 2007, Sormunen ym. 2007) Pitkälle dementoitunut ihminen onkin riippuvaisuutensa takia hyvin haavoittuva. Haavoittuvuuden kohtaaminen on yksi sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien päivittäin kohtaama haaste ja myös yksi työtä kuormittava tekijä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2005).

DCM-menetelmässä asiakkaan hyvinvointia heikentävää toimintaa kutsutaan asiattomaksi kohteluksi ja sitä kuvataan 17 luokkaa sisältävän luokituksen avulla. Oman kokemuksemme mukaan luokitusta oli ajoittain vaikea käyttää, koska joitakin luokkia on vaikea erottaa toisistaan. Luokitus on mielestämme liian hienovireinen ja monimutkainen sekä dementiahoidon tutkimus- että kehittämistarkoitukseen. Lisäksi luokituksessa käytetty kieli voi tuntua hoitohenkilökunnasta uhkaavalta ja tuomitsevalta, esimerkiksi DCM-ohjekirjassa näitä tilanteita kutsutaan ”pahanlaatuisen sosiaalipsykologisen ilmapiirin ilmentymiksi” (Bradford Dementia Group 1997, ks. tarkemmin Sormunen ym. 2007).

Kehitimme projektimme aikana uuden luokituksen, joka perustuu havainnointiaineistomme analysointiin. Tausta-ajatuksena oli, että yksikön kehittämisen tulee perustua niihin hyviin työkäytäntöihin, mitä yksikössä jo on ja keskittyä mieluummin myönteisiin asioihin kuin kielteisiin, jolloin ilmapiiri kehittämiseen pysyy parempana. Tällainen lähestymistapa on helpompi myös työn kehittäjille. Tämän vuoksi pohdimme sitä, minkälaisia asioita työn kehittämisen kannalta olisi kuitenkin otettava esiin vältettävänä käytäntöinä?

Tunnistimme aineistossa yhteensä 151 tapahtumaa, johon sisältyi DCM:ssä kuvattua asiattontaa kohtelua. Esitämme seuraavassa kehittämämme luokituksen, jota kutsumme **vältettäväiksi työkäytännöiksi dementiahoidossa**. Kuvaamme myös sen kehittämisen vaiheet. Alla olevassa kuvauksessa ovat mukana kaikki ne DCM:ssä kuvatut luokat, joihin kirjasimme eniten tapahtumia (Sormunen ym. 2007).

Loimme aluksi edellisessä luvussa kuvatuille dementiahoidon hyvälle, asiakasta tukeville käytännöille 16 teoreettista vastinparia. Näitä olivat esimerkiksi:

- asiakkaille annetaan/ei anneta myönteistä palautetta
- asiakkaita kohdellaan/ei kohdella aikuisina ihmisinä
- asiakkaille ollaan/ei olla tahdikkaita eikä hienotunteisia
- asiakkaat pääsevät/eivät pääse ulos.

Näiden pohdintojen, aineiston analyysin ja tutkimuskirjallisuuden (mm. Liukkonen 1990, Graneheim ym. 2001, Sarvimäki ym. 2001, Sarvimäki & Stenbock-Hult 2004, Sloane ym. 2004) pohjalta päädyimme dementiaoireisten asiakkaiden hoidossa vältettävien käytäntöjen listaan, jonka esitämme seuraavassa. Kuvaamme myös havainnointiaineistosta poimittujen esimerkkien avulla (osin täydennettynä vuoden 2004 aineistosta), millaisista tilanteista ja kohtelusta voi

olla kysymys. Esimerkeistä näkyy myös se, että nämä tilanteet eivät useinkaan ole kauttaaltaan epätoivottavia, vaan usein niissä on sivujuonteena hyvän tekemisen tavoite. Samoin esimerkeistä näkyy se, että henkilökunnan vähäisyys tai tilojen ahtaus ja sopimattomuus käyttötarkoitukseensa voi johtaa asiakkaan kannalta huonoihin tilanteisiin.

9.2. Dementiaoireisten asiakkaiden hoidossa vältettävät käytännöt

Taulukko 14. Dementiaoireisen asiakkaan hoidossa vältettävät käytännöt

1	Ei kohdella aikuisena	Asiakkaaseen suhtaudutaan lapsenomaisesti eikä ikäisenään ihmisenä
2	Estäminen	Asiakkaalle ei anneta mahdollisuutta käyttää omia kykyjään eikä häntä kannusteta siihen.
3	Esineellistäminen	Asiakkaan tunteita tai mieltymyksiä ei oteta huomioon. Hänelle ei kerrota mitä tapahtuu. Asiakkaan yksityisten tai intiimien asioiden käsittelyssä ei olla tahdikkaita eikä hienotunteisia. Hänen asioistaan puhutaan aivan kuin hän ei olisi paikalla. Asiakkaan reviiri rikotaan epätahdikkaasti.
4	Sivuuttaminen	Asiakas pyytää apua, huomiota tai lohdutusta, mutta sitä ei huomioida, tai asiakkaan jokin muu ilmeinen tarve jää huomioimatta.
5	Vyöryttäminen	Asiakkaalle annetaan vaihtoehtoja tai ohjeita hänen kykyihinsä nähden liian nopealla tahdilla. Tekemisen tahti ei ole hänen kykyjen tai luonteen mukainen. Keskustelu asiakkaan kanssa ei ole hänen kognitiivisten kykyjen mukaista.
6	Kiistäminen	Asiakkaan oma, subjektiivinen todellisuus ohitetaan (esimerkiksi kun asiakas kaipaa kotiin). Asiakasta ei kohdata hänen kognitiivisten kykyjen mukaisella tai tilanteeseen sopivalla tavalla.
7	Karkea kohtelu	Asiakkaan kohtelu on vihamielistä ja kovakouraista. Asiakasta uhkaillaan, pilkataan.

1. Ei kohdella aikuisena

Asiakkaaseen suhtaudutaan lapsenomaisesti eikä ikäisenään ihmisenä:

Esimerkkejä:

Kun Katri ohjataan huoneeseen, sanotaan samalla kovalla äänellä ”Mennäänkö pissalle, kun ei olla pitkään aikaan oltukaan”

Hoitaja Tertulle: ”Mikset syö puuroa?” ”Maistoin jo. Se on paha”. ”Terttu nyt vähän nirsoilee”.

2. Estäminen

Asiakkaalle ei anneta mahdollisuutta käyttää omia kykyjään eikä häntä kannusteta siihen. Asiakkaalta evätään mahdollisuus osallistua tekemiseen (esim. laulunsanat liian pienellä, ei huolehdita, että on oikeat silmälasit):

Esimerkkejä:

Hoitaja tulee ja syöttää Erikille loput ruuasta, siihen asti syönyt hissukseen itse.

Maire on ottamassa leipää hitaasti pöydällä olevasta pussista. Hoitaja tulee ja kysyy haluaako hän vielä leipää ja voitelee sen. Hoitaja syöttää leivän Mairelle, vaikka hän söi aiemmin itse.

Hoitaja juottaa Sakarille kahvin, puhelee ystävällisesti. Sakari yrittää ottaa kädellään mukin, mutta hoitaja juottaa. Ottaa hoitajan kädestä kiinni, laskee sitten kätensä. Hoitaja juttelee samalla kun kannustaa juomaan.

3. Esineellistäminen

Asiakkaan tunteita tai mieltymyksiä ei oteta huomioon (esimerkiksi autettaessa). Hänelle ei kerrota mitä tapahtuu (kun häntä esimerkiksi siirretään pyörätuolilla). Asiakkaan yksityisten tai intiimien asioiden käsittelyssä ei olla tahdikkaita eikä hienotunteisia. Hänen asioistaan puhutaan aivan kuin hän ei olisi paikalla. Asiakkaan reviiri rikotaan epätahdikkaasti.

Esimerkkejä:

Kun Marttia syötetään, hoitaja välillä seisoo ja välillä istuu. Martille ei kerrota mitä tapahtuu tai muutenkaan jutella. Hoitaja pyyhkii hänen suun ruuan jälkeen ja pyyhkii myös pöydän nopeasti, antaa hänelle lehden ja lähtee. Ei sano mitään koko aikana.

Hoitaja korjaa Siirin housujen asentoja ruokasalissa ja kysynee ovatko ne vielä huonosti

Helgan syöminen keskeytynyt monesti, kun hoitaja auttelee välillä muita. Helgan syöttämisaikaa on kulkuväylän varressa

4. Sivuttaminen

Asiakas pyytää apua, huomiota tai lohdutusta, mutta sitä ei huomioida, tai asiakkaan jokin muu ilmeinen tarve jää huomioimatta (esimerkiksi huono istuma-asento)

Esimerkkejä:

Aila pyytää vessaan. ”Etkö sinä enää syö, Aila?” ”En minä syö.” ”Syö vielä vähän jälkiruokaa”: Hoitaja jatkaa toisiin tehtäviin.

Senja pyytää apua. Keittiössä työskentelevä henkilö ei vastaa vaikka katsoo kohti. Kukaan muu ei kuule/huomaa. Senja on jumissa, eikä pääse rollaattorilla liikkeelle.

Helenan lasit tippuvat suun päälle koska ovat liian löysät, jäävät siihen koska hän ei saa niitä itse siirrettyä. Tilanne jatkuu kauan ennen kuin hoitaja tulee korjaamaan, tilanne toistuu myöhemmin.

Annalla on vaikea olla, pyytää ”Apua, auttakaa minua”. Hoitajat eivät ehdi hänen luokseen. Anna tapaillee hetken päästä melankolisen laulun sanoja, joka soi radiossa. Seurailee siis ympäristöä.

5. Vyöryttäminen

Asiakkaalle annetaan vaihtoehtoja tai ohjeita hänen kykyihinsä nähden liian nopealla tahdilla. Tekemisen tahti ei ole asiakkaan kykyjen tai luonteen mukainen, esimerkiksi häntä syötetään liian nopeasti. Keskustelu asiakkaan kanssa ei ole hänen kognitiivisten kykyjen mukaista.

Esimerkkejä:

Kun Suoma heräsi hoitaja tervehti ja kysyi: ”Miten meni juhlat Suoma? ”No ihan hyvin ne...” vastaa hän hämmentyneenä. Myöhemmin hoitajat puhuvat Suomen omaisista ja juhlista. Suomalta kysytään: ”Kävitkö mökillä?” ”Niin kuulemma”, Suoma vastaa. ”Etkö sinä itse muista?” hoitaja kysyy.

Ollaan oleskelutilassa. Hoitaja menee Tyynen eteen: ”Tunnetko sinä minut?” ”Tunnen” ”Kuka minä olen?” Tyynne on hämmentyneen näköinen.

Hoitaja antoi Heimon jälkiruuan, että saa itse syödä. Hän kysyi ensin haluaako Heimo jälkiruokaa, johon Heimo vastasi ”Ei”, mutta alkoi itse hitaasti syödä. Välillä lusikka meni maitomukiin, osa tipahti ruokalapulle, mutta hän saa syötyä. Toinen hoitaja tuli Heimon luo. ”Anna mä Heimo syötän sua!” Hoitaja syötti Heimon tämän vieressä seisoen, sanoi välillä ”ota nyt!”, kun Heimo ei pysynyt tahdisa mukana. ”Tämä on syöty!”, totesi hoitaja lopuksi. Hoitaja antoi maidon ja kahvin että Heimo sai itse juoda.

6. Kiistäminen

Asiakkaan oma, subjektiivinen todellisuus ohitetaan (esimerkiksi kun asiakas kaippaa kotiin). Asiakasta ei kohdata hänen kognitiivisten kykyjen mukaisella tai tilanteeseen sopivalla tavalla.

Esimerkki:

Hjalmar haluaisi kotiin. Hoitaja seisoo hänen kainalossaan ja selittää miksi on syytä olla sairaalassa, juttelee syömisestä ja Hjalmarin perheestä ja saa Hjalmarin nauramaan välillä. Muistuttaa että perheenjäsenet tulevat katsomaan. Kun Hjalmar sanoo menevänsä kotiin autollaan, sanoo hoitaja: ”Vet du du har ingen bil kvar. Du har inte körkort heller!” Vaimosta hoitaja sanoo: ”Hon har bättre minne än du.”

7. Karkea kohtelu

Asiakkaan kohtelu on vihamielistä ja kovakouraista. Asiakasta uhkaillaan tai pilkataan.

Esimerkki:

Hoitaja kysyy haluaako pyörätuolissa istuva Laura pitkäkseen. ”Ei.” ”Haluatko rouva Niemen viereen?” Laura yrittää kysyä muista potilaista, kysyy hoitajalta ”Kuljetatteko te täällä jossakin?” Hoitaja tyyli: ”En ymmärrä.” Laura sanoo hitaasti ”Ettei vie. Minä näkisin että..” Hoitaja tyyli: ”Minä en oikein ymmärtänyt.” Siirtää Lauraa eteenpäin. ”Mielellään...” sanoo Laura. Hoitaja äkäisenä: ”Ai petiin?”. Laura: ”Niin.” Vie Lauraa, tämä sanoo jotain. Hoitaja sanoo vihasesti: ”Ajellaan ympäri taloa.” Laura: ”Se on paras ratkaisu”. Hoitaja työntää Lauraa edelleen vihasena: ”En tiedä mihin mennään, ajellaan ympäri huushollia.” Työntää Lauraa kovakouraisesti. Laura: ”Se on parasta.” Hoitaja: ”Mennään tuonne toisten joukkoon.” Laura viedään yhtä rouvaa vastapäätä, joka tuntee hänet entuudestaan ja jututtaa häntä. Laura sanoo, että ei muista.

9.3. Vältettävien käytäntöjen tunnistamisen merkitys

Dementoituneiden asiakkaiden huomioiminen ja heidän tarpeidensa mukaan toimiminen vaatii hoitajilta aktiivisempaa suuntautumista ja tiedostetumpaa asiakkaiden tarpeiden huomioimista kuin kognitiivisesti kyvykkäiden asiakkaiden kanssa. Tämä näkyy myös tutkimuksissa, joiden mukaan asiakkaiden heikko kognitiivinen toimintakyky lisää heidän riskiään tulla huonosti kohdelluksi (Perälä & Räikkönen 2000, Sormunen ym. 2007). Yllä olevan vältettävien käytäntöjen kuvauksen tarkoitus ei ole olla hoitajia syyllistävä vaan toimia apuvälineenä tällaisten käytäntöjen tunnistamisessa ja nimeämisessä. Luokituksen avulla henkilöstön voi olla helpompi keskustella vältettävistä käytännöistä omissa tilaisuuksissaan. Vältettävien käytäntöjen nimeäminen tarjoaa kielen näiden asioiden tarkasteluun ja se myös auttaa havaitsemaan sen, mihin asioihin henkilökunta voi itse suoraa vaikuttaa ja minkä asioiden muuttaminen vaatii johdon toimia.

Yllä esitettyjen luokkien sisältö on laajempi kuin DCM:ssä. Esimerkiksi esineellistäminen -luokka sisältää DCM-luokituksen kohdat esineellistäminen, ohipuhuminen ja tunkeutuminen. Näiden lisäksi siihen sisältyy myös hienotunteisuuden ja tahdikkuuden sivuuttaminen, jota ei DCM-menetelmässä ole. Asiattoman kohtelun luokat DCM-menetelmässä ovat luonteeltaan kahdenlaisia. Noin puolet niistä koskee asiakkaan epäsensitiivistä kohtelua, ja loput karkeampaa kohtelua. Oma luokituksemme sisältää kaikki DCM-menetelmän epäsensitiivisyyteen liittyvät piirteet, kun taas muut karkeamman kohtelun luokat sisältyvät yhteen koosteluokkaan. Mielestämme ei ole tarpeellista jäsentää erilaisia karkean kohtelun muotoja niin hienojakoisesti kuin mitä se DCM-menetelmässä on tehty.

Asiakkaiden karkeaa kohtelua esiintyi havainnoinneissa hyvin vähän. Sen sijaan asiakkaiden epäsensitiivistä kohtelua oli suhteellisen paljon, missä tilanteissa hoitaja ei välttämättä mieltänyt toimineensa asiakasta kohtaan jollain tavoin asiattomasti. Tämän takia ne on hyvä ottaa esiin, jotta hoitajat huomaisivat herkemmin ajatella tilanteita asiakkaiden kannalta. Epäsensitiivisyyteen ja tahdittomuuteen puuttuminen on yksi keino muuttaa hoitokulttuuria asiakaskeskeisemmäksi.

Hoidon etiikasta puhutaan usein varsin abstraktilla tasolla. Sekä DCM-menetelmä että yllä esitetty kuvaus erityyppisestä vältettävästä kohtelusta tarjoavat konkreettisemmän vaihtoehdon

arvioida toiminnan eettisyyttä. Pelkkä arviointi ei tietenkään riitä ja siksi on keskeistä, että havaittuihin epäkohtiin puututaan. Puuttuminen vaatii asiakkaiden tilanteen ja näkökulman ymmärtämistä. Lisäksi toiminnan arviointi voi konkretisoida resurssien puutteen seurauksia asiakkaiden hyvinvoinnille.

10. DEMENTIAHOIDON LAADUN KEHITTÄMINEN HAVAINNOINTIEN AVULLA

DCM-menetelmä antoi välineet ja viitekehysten jäsentää dementiaoireisten asiakkaiden hoidon psykososiaalisia ulottuvuuksia kuten hyvinvointia ja toiminnan tarpeisiin vastaamista. Menetelmässä korostetaan toiminnallisuuden, vuorovaikutuksen ja ihmisarvoisen kohtelun merkitystä asiakkaiden hyvinvoinnille. Tavoitteena on, että asiakas voisi elää mahdollisimman aktiivista ja osallistuvaa elämää sairauden aiheuttamista toimintakyvyn vajeista huolimatta. Toiminnallisuuden korostaminen merkitsee ennen muuta sitä, että asiakkaalle annetaan mahdollisuus ja tarvittava tuki tehdä itse oman elämänsä perusasiat, esimerkiksi syöminen, liikkuminen ja erilaisten valintojen tekeminen. Erilaiset toiminnalliset tilaisuudet tarjoavat asiakkaille vaihtelua päivään sekä mahdollisuuden yhteiseen tekemiseen ja yhteisyyteen.

Työntekijät arvostivat saamaansa palautetta havainnointituloksista ja kokivat, että havainnoijat olivat nähneet oikeita ja tarpeellisia asioita. Tämä antaa hyvän lähtökohdan työn kehittämiseksi havainnoiteihin perustuen ja on osoitus siitä, että suhteellisen lyhyessä ajassa havainnoimalla pystyy hoitokäytännöistä ja asiakkaiden tilanteesta saamaan oikean kuvan. Konkreettisten tilanteiden avulla hoitokäytäntöjä pääsee arvioimaan suoraan ja henkilökunnalla on kosketuspintaa käsiteltäviin asioihin. Hoidon laadun kehittämisessä vaikeutena on usein se, että uusi tieto ja näiden mukaiset yleiset suositukset ja ohjeet muuttavat käytäntöjä hyvin hitaasti. Havainnointien avulla esiin saadut konkreettiset tapahtumat ja niistä keskusteleminen voi olla yksi keino saada uusin tieto käytäntöön suoremmin. Muualla tehdyt seurantahavainnoinnit (Brooker 2005) ja myös omat alustavat analyysimme ovat osoittaneet, että DCM-menetelmää käyttämällä on voitu vaikuttaa hoidon laatuun. Kuitenkin tutkimusnäyttö on edelleen varsin vähäistä.

Se, että havainnointien jälkeen järjestettävässä palautetilaisuudessa on paikalla niin moni henkilökunnasta kuin mahdollista, antaa erilaisen lähtökohdan hoidon laadun kehittämiseen kuin se, että työntekijät kävisivät kukin koulutuksissa yksittäin. Hoitokulttuurin muuttamisen kannalta katsoen DCM-palautetilaisuus tarjosi koko henkilökunnalle heidän tarpeisiinsa räätälöityä uutta tietoa ja samalla tilaisuuden yhdessä keskustella asiakkaista ja työkäytännöistä. Yksittäiset työntekijät joutuvat tavallisesti mukautumaan vallitseviin käytäntöihin, vaikka heillä olisi erilaiset käsitykset toimintatavoista (Lützen ym. 2003). Yhteisellä keskustelulla konkreettisista tilanteista ja eri asiakkaista voivat työntekijät saada näkemyksiään esille. Palautetilaisuudessa ei luonnollisesti kyetä käytäntöjä muuttamaan, vaan kehittämistä vaativia asioita on yksikössä pidettävä esillä säännöllisesti.

Käytännössä DCM-menetelmä todettiin monimutkaiseksi ja hankalaksi käyttää erityisesti sen monipolvisen luokituksen vuoksi. Koska samaa arviointimenetelmää sovelletaan lievästi, keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneisiin henkilöihin, tuottaa myös tämä menetelmän käyttäjälle haasteita. Lisäksi DCM-havainnointiprosessista tulee myös helposti niin kallis, että menetelmän käytöllä dementiahoidon kehittämisessä Suomessa ei ole laajoja menestymisen mahdollisuuksia.

Suomessa oli vuonna 2006 vajaa kymmenen Englannissa koulutuksen hankkinutta DCM-havainnoijaa. Jos koulutus haluttaisiin järjestää Suomessa, tulisivat kouluttajat ja osa apuopettajista Englannista. Lisäksi kustannuksia kasvattavat tekijänoikeuspalkkiot Bradfordin yliopistolle. Näiden tekijöiden vuoksi kurssimaksu osanottajaa kohti tulisi varsin korkeaksi. Olemme arvioineet käytännössä koko DCM-havainnointiprosessin yhden yksikön osalta vievän kahdelta kokoneelta havainnoijalta yhteensä 12,5 työpäivää. Tämän lisäksi vaaditaan vielä yksikön oma

panostus, joka tarkoittaa lähinnä sijaishenkilöstön järjestämistä palautetilaisuuden ajaksi. Menetelmää onkin käytetty myös lyhyempikestoisiin havainnoiteihin (Brooker 2005).

Stakesin DCM-hankkeessa saatuja tuloksia on käytetty pohjana Suomen muistiasiantuntijat ry:n hankkeessa, jossa on kehitetty yksinkertaisempi ja helpommin hallittava menetelmä dementiahoitoa tarjoavien yksiköiden havainnointiin (Elo-D -menetelmä). Hanketta on rahoittanut Raha-automaattiyhdistys. Olemme olleet mukana hankkeen projektiryhmässä, jossa on hyödynnetty DCM-havainnoinneistamme saatuja kokemuksia. Kehittämistämme hyvien ja vältettävien työkäytäntöjen luokituksista on tullut osa uutta Elo-D -menetelmää.

Kokemuksemme mukaan yksikön työkäytäntöjä havainnoimalla on mahdollista saada olennaista tietoa dementiaoireisten asiakkaiden hoidon laadusta ja välineitä sen kehittämiseksi. Havainnoinneilla voisi olla annettavaa vanhustenhoidossa yleensäkin, koska kaikkia asioita ei välttämättä esimerkiksi kyselylomakkeilla osata kysyä. Dementiahoidon kehittämisessä työkäytäntöjen havainnoimisella on kuitenkin tärkeä paikkansa. Ensinnäkin dementoituneet asiakkaat eivät kognitiivisten kykyjen vähenemisen vuoksi pysty osallistumaan tavanomaisiin hoidon laadun arviointeihin. Toiseksi yhteistyö asiakkaan ja hoitajan välillä on hoidon perusta ja juuri dementoituvien ihmisten hoidossa toimivan yhteistyötavan löytyminen on usein haasteellista.

KIRJALLISUUS

- Ballard, C., Fossey, J., Chithramohan, R., Howard, R., Burns, A., Thompson, P., Tadros, G., & Fairbairn, A. (2001). Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross national survey. *British Medical Journal*, 323, 426–427.
- Bradford Dementia Group. (1997). *Evaluating dementia care: The DCM method*. 7th edition. Bradford: University of Bradford. [Suomenkielinen versio: Dementiahoidon arviointi. (2003). Julkaisematon käsikirjoitus].
- Brooker, D. (2005). Dementia Care Mapping: A review of the research literature. *The Gerontologist*, 45, 11–18.
- Brooker, D. & Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging and Mental Health*, 4, 354–358.
- Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M., & Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health*, 2, 60–70.
- Brooker, D. & Surr, C. (2005). *Dementia Care Mapping: Principles and practice*. Bradford: University of Bradford, Bradford Dementia Group.
- Brown, S., Götell, E., & Ekman, S-L. (2001). 'Music-therapeutic caregiving': the necessity of active music-making in clinical care. *The Arts in Psychotherapy*, 28, 125–135.
- DCM 8 User's Manual. (2005). *Making knowledge work*. Bradford: University of Bradford, Bradford Dementia Group.
- Demenssjukdomar. (2006). En systematisk litteraturoversikt. SBU-projektgrupp. Luettavissa osoitteessa: http://www.sbu.se/filer/content0/dokument/Demens_sammanfattning.pdf (14.2.2007).
- Eloniemi-Sulkava, U. (2002). Supporting community care of demented patients. Kuopion yliopiston julkaisu D 279. Kuopio: Kuopion yliopisto. Saatavissa myös elektronisena julkaisuna: <http://www.uku.fi/vaitokset/2002/isbn951-781-879-3.pdf>.
- Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M.-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä K. (toim.) (2006). Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 14. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.) (2006). Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. & Koivisto, K. (2006). Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne, & H. Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 53–59.
- Forsström, H. & Lepänaho, M. (1997). *Dementiahoido Rosenkodissa Loviisassa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto & Vanhustyön keskusliitto.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). 'Mini Mental State'. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Graneheim, U. H., Norberg, A., & Jansson, L. (2001). Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and 'behavioral disturbances', and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 256–265.
- Hallberg, I. R. & Norberg, A. (1990). Staffs' interpretation of the experience behind vocally disruptive behaviour in severely demented patients and their feelings about it. An explorative study. *International Journal of Aging and Human Development*, 31, 295–305.
- Heimonen, S-L. & Voutilainen, P. (toim.) (1997). *Dementoituva hoitotyön asiakkaana*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- ICD-10. (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- ICD-10. (1993). *Classification of Mental and Behavioural Disorders – Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.
- Juva, K., Valvanne, J., & Voutilainen, P. (2006). Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne, & H. Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 534–548.
- Katz, S., Downs, T. D., Thomas, D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, 20, 20–30.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered – the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kitwood, T. & Bredin, K. (1992a). A new approach to evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1, 42–60.

- Kitwood, T. & Bredin, K. (1992b). Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing and Society*, 12, 269–287.
- Kotilainen, H., Virkola, C., Eloniemi-Sulkava, U., & Topo, P. (2003). Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Laaksonen, R., Rantala, L., & Eloniemi-Sulkava, U. (2004). Ymmärrä – tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Lee, H. & Cameron, M. (2004). Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD004396.
- Liikanen, H.-L. (2003). Taide kohtaa elämän. Arts in Hospital -hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisten hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Liukkonen, A. (1990). Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, no 81. Turku: Turun yliopisto.
- Lützen, K., Cronqvist, A., Magnusson, A. & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10, 312–322.
- Marshall, M. J. & Hutchinson, S. A. (2001). A critique of research on the use of activities with persons with Alzheimer's disease: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 488–496.
- Neville, C. C. & Byrne, G. J. (2006). The impact of residential respite care on the behavior of people. *International Psychogeriatrics*, 18, 163–170.
- Noro, A., Häkkinen, U., & Arinen, S. (2000). Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vuonna 1996. SVT, Terveys 2. Helsinki: Stakes ja Kela.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S., & Storbäck, R. (2001). RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2001. Aiheita 17. Helsinki: Stakes.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., & Vähäkangas, P. (toim.). (2005). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes. Saatavissa myös elektronisena julkaisuna: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF-5BA1FF2/3926/RAIraportti.pdf>.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Laine, J. (2004). Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Aiheita 11. Helsinki: Stakes.
- Perrin, T. (1997). Occupational need in severe dementia: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 934–941.
- Perälä, M. & Rääkkönen, O. (2000). Hoidon laatu omaisten silmin – avun saamiseen ja yhteistyöhön yhteydessä olevat tekijät pitkäaikaislaitoshoidossa. *Gerontologia*, 14, 89–101.
- Rappe, E. (2005). The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly in living long-term care. Department of Applied Biology, publication no.24. Helsinki: University of Helsinki.
- Rappe, E. & Topo, P. (2007). Contact with outdoor greenery can support competence among people with dementia. *Journal of Housing for the Elderly*, 21, 229–248.
- Routasalo, P. (2004). Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, .
- Saarenheimo, M. & Pietilä, M. (toim.) (2006). Yhteinen tehtävä – ryhmästä oivalluksia omaishoitoon. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, raportti 13. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Sarvimäki, A. (2000). Människans värde och människovärdet – reflektioner kring etiken i äldreomsorgen. *Gerontologia*, 14, 77–82.
- Sarvimäki, A., Benkö, S., & Sandelin, S. (2001). Values and evaluation in health care. *Journal of Nursing Management*, 9, 129–137.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2004). Sårbarhet som utgångspunkt för etiken i äldreomsorgen. *Gerontologia*, 18, 153–158.
- Sinervo, T. (2000). Work in Care for the Elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures. Research report 109. Helsinki: Stakes.
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., Stewart, B. J., Talerico, K. A., Rasin, J. H., Zink, R. C., & Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatric Society*, 52, 1795–1804.
- Sormunen, S., Topo, P., Eloniemi-Sulkava, U., & Voutilainen, P. (2002). Mitä havainnointimenetelmä Dementia Care Mapping voi antaa dementiahoidon laadun arviointiin? *Gerontologia*, 16, 120–130.
- Sormunen, S., Topo, P., & Eloniemi-Sulkava, U. (2004). Dementoituneiden asiakkaiden hoidon laadun havainnointi – Pilottitutkimus Dementia Care Mapping -menetelmällä. *Gerontologia*, 16, 120–130.

- Sormunen, S., Topo, P., Eloniemi-Sulkava, U., Räikkönen, O., & Sarvimäki, A. (2007). Inappropriate treatment of people with dementia in residential and day care. *Aging & Mental Health*, 11, 246–255.
- Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) (2008). *Laadukkaat dementiaipalvelut – opas kunnille*. Oppaita 159. Helsinki: Stakes
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2008). *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa myös elektronisena julkaisuna: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/ka1202801063405/passthru.pdf>
- Sulkava, R., Erkinjuntti, T., & Palo, J. (1989). *Dementia. Tutkimus ja hoito*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja SITRA.
- Sulkava, R., Viramo, P., & Eloniemi-Sulkava, U. (1999). Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Dementiaipotilaiden hoidon kehittäminen, julkaisu nro 3/1999. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Topo, P. (2006). Dementiaoireisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tutkimus ja tutkijan ammatitaito. Teoksessa P. Topo (toim.) *Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa*. Seminaari 26.1.2006. Työpapereita 21. Helsinki: Stakes, 24–29.
- Topo, P. (2007). Dementia, teknologia ja etiikka. *Gerontologia*, 21, 221–230.
- Topo, P. & Sormunen, S. (2008). Staffing levels and well-being of the residents with dementia. In S. Wrede, L. Henriksson, H. Host, S. Johansson & Betina Dybbroe (Eds.) *In Care work in crisis – Reclaiming the nordic ethos of care*. Lund: Studentlitteratur, 153–176.
- Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O., & Eloniemi-Sulkava, U. (2007). Kohtaamisia demensiahoidon arjessa. – havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta menetelmänä *Dementia Care Mapping*. Tutkimuksia 162. Helsinki: Stakes.
- Upton, N. & Reed, V. (2005). Caregiver coping in dementing illness – implications for short-term respite. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 10, 1180–1196.
- Voutilainen, P., & Vaarama, M. (2005). Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7. Helsinki: Stakes. Saatavissa elektronisena julkaisuna: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra7-2005.pdf>.
- Viramo, P. & Sulkava, R. (2006). Muistihäiriöiden ja demensian epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne, & H. Soininen (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*. Helsinki: Duodecim, 23–39.
- Zingmark, K., Sandman, P. O., & Norberg, A. (2002). Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 50–58.

LIITTEET

Liite 1. Tiedote asiakkaalle hankkeesta ja suostumuslomake



17.1.2003

1 (2)

Tutkimus 'Dementiahoidon laadun arviointi asiakkaan näkökulmasta'

Hyvä vastaanottaja

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus tekee tutkimusta, jonka tavoitteena on parantaa palvelun ja hoidon laatua. Sen takia kaksi tutkijaa haluaa tutustua _____, jonka asiakas olette.

Tutkijat seuraavat _____ (yksikön nimi) toimintaa julkisissa tiloissa kahden päivän aikana. He tekevät muistiinpanoja päivän tapahtumista ja tutustuvat kunkin asiakkaan papereihin. Tutkijat kertovat saamansa tulokset osaston työntekijöille ja kirjoittavat tutkimusraportteja, joissa tulokset vedetään yhteen. Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ei voida raporteista tunnistaa. Kaikki tiedot, joista teidät voi tunnistaa poistetaan 3,5 vuoden kuluttua. Tutkijoita sitoo vaitiolovelvollisuus.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistumisen tutkimukseen voi halutessaan peruuttaa milloin tahansa. Kieläytymisellä ei ole vaikutusta teille annettuun hoidon laatuun.

Annamme mielellämme lisätietoja. Yhteystietomme ovat alla.

Yhteistyöstä kiittäen

Päivi Topo
Tutkimuspäällikkö,
Puhelin 09 - 3967 2108
Sposti paivi.topo@stakes.fi

Saila Sormunen
Tutkija
Puhelin 09 - 39672480
Sposti saila.sormunen@stakes.fi

12.11.2002

2 (2)

Tutkimus 'Dementiahoidon laadun arviointi asiakkaan näkökulmasta'**SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

Minulla ei ole mitään sitä vastaan, että tutkijat ovat kahtena päivänä mukana _____ seuraamassa toimintaa ja tekevät siitä muistiinpanoja. He saavat myös tutustua osastolla oleviin itseäni koskeviin tietoihin. Tutkijat saavat kertoa tulokset _____ työntekijöille.

Osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista. Halutessani voin peruuttaa osallistumiseni milloin tahansa.

Päivämäärä

Allekirjoitus

Liite 2. Tiedote sairastuneen omaiselle hankkeesta ja suostumuslomake



16.1.2003

I (2)

'Dementiahoidon laadun arviointi asiakkaan näkökulmasta' -tutkimus

Hyvä vastaanottaja

Henkilö, jonka omainen olette, on hoidettavana _____ dementoivan sairautensa vuoksi. Sosiaalialan tutkimus- ja kehittämiskeskus on yhteistyössä _____ kanssa tekemässä tutkimusta hoidon laadun arvioinnista. Tutkimuksessa käytetään havainnointiin perustuvaa menetelmää, jossa havainnoidaan asiakkaiden arkipäivän kulkua _____ julkisissa tiloissa (ei makuutiloissa, kylpyhuoneissa tai wc-tiloissa).

Pyydämme teiltä suostumusta siihen, että saamme havainnoida omaisenne päivän kulkua _____ kahtena arkipäivänä päiväaikaan ja siihen, että saamme kertoa havainnointien tulokset yksikön henkilökunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt luvan tutustua sellaisia henkilöitä koskeviin potilas- /asiakasasiakirjatietoihin, jotka eivät itse kykene antamaan suostumusta heitä koskevien tietojen käyttöön ja joilla ei ole tähän toimivaltaista edunvalvojaa. Käsittelemme kaikkea tietoa luottamuksellisena ja meitä sitoo vaitiolovelvollisuus. _____ kunnan eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja luvan voi halutessaan peruuttaa milloin tahansa.

Tutkimuksen tulokset raportoimme _____ henkilökunnalle siten, että kunkin potilaan tiedot välittyvät heille. Näin välitämme heille tietoa hoidon onnistumisesta ja toisaalta siitä olisiko käytännössä varaa parantaa. Toisen raportoinnin teemme tieteellisen artikkelin muodossa ja siinä yhdistetään eri yksiköistä kootut tulokset yhdeksi kokonaisuudeksi. Tässä raportoinnissa ei kerrota havainnoitujen yksiköiden nimiä tai paikkakuntia ja havainnoituja henkilöitä kuvataan yksilötasolla vain keksityillä nimillä.

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää voiko dementiaoireisten potilaiden ja asiakkaiden hoidon laatua arvioida systemaattisesti havainnoimalla heidän päivänkulkuaan ja hyvinvointiaan. Käytetty menetelmä on kehitetty Englannissa Bradfordin yliopistossa ja sitä on myös paljon käytetty Englannissa dementiahoidon arvioinnissa ja kehittämisessä. Menetelmän nimi on Dementia Care Mapping. Lyhytaikaishoidossa olevien asiakkaiden omaisille lähetetään lyhyt kysely tutkimuksen kuluessa. Annamme mielellämme lisätietoja. Yhteystietomme ovat alla.

Yhteistyöstä kiittäen

Päivi Topo
Tutkimuspäällikkö,
Puhelin 09 3967 2108
Sposti paivi.topo@stakes.fi

Saila Sormunen
Tutkija
Puhelin 09 3967 2480
Sposti saila.sormunen@stakes.fi

29.11.2002

2 (2)

**SUOSTUMUS 'DEMENTIAHOIDON LAADUN ARVIOINTI ASIAK-
KAAN NÄKÖKULMASTA' - TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

Annan suostumukseni siihen, että Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus saa tutkimustarkoituksessa havainnoida _____ hoidossa olevaa dementoivaa sairautta sairastavaa omaistani yksikön julkisissa tiloissa. Tutkijat saavat kertoa havainnointien tulokset _____ henkilökunnalle. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tämän luvan voi halutessaan peruuttaa milloin tahansa.

Tämän suostumuskäytöksen pyydämme palauttamaan x.x.2003 mennessä. Postittakaa käytöksen tämän kirjeen mukana olevassa kuoressa, jonka voi jättää postin kuljetettavaksi ilman postimaksua.

Omaiseni nimi

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Liite 3. Kyselylomake henkilökunnalle havainnoitavan asiakkaan taustatiedoista

**Dementiahoidon laadun arviointi asiakkaan näkökulmasta — DCM -hanke
Kevät 2004****KYSELYLOMAKE HENKILÖKUNNALLE HAVAINNOITAVAN
ASIAKKAAN TAUSTATIEDOISTA**

1. Henkilön nimi _____

2. Henkilötunnus _____ - _____

3. Aikaisempi ammatti _____

4. Yksikkö, jossa hoidossa/asiakkaana?

- Mistä henkilö on tullut hoitajaksolle (koti, vanhainkoti tms.)

5. Diagnoosit (dementoivat sairaudet ja muut sairaudet)?

6. MMSE-pisteet _____ MMSE-testin pvm: _____

7. Lääkitys tällä hetkellä (Kaikki käytössä olevat reseptilääkkeet)

Lääkkeen kauppanimi	Annos mg/vrk

8. Jos asiakas on ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa, milloin pitkäaikaishoitopäätös on tehty?

Vuonna _____

9. Jos asiakas on ympärivuorokautisessa lyhytaikaishoidossa, milloin asiakkuus on alkanut?

Vuonna _____

10. Jos asiakas on osavuorokautisessa (esim. päiväpaikka) hoidossa, milloin asiakkuus on alkanut?

Vuonna _____

Vain lyhytaikaishoidon ja päiväpaikkatoiminnan asiakkaalle

11.1. Kuinka usein asiakas on lyhytaikais- tai päiväpaikan asiakkaana?

11.2. Miten pitkiä hoitajaksot ovat?

12. Miten kuvailisitte yhteistyötä asiakkaan omaisen kanssa?

1. yhteistyö sujunut hyvin
 2. yhteistyössä toisinaan hankaluuksia
 3. yhteistyö usein hankalaa
 4. yhteistyötä ei ole
 5. asiakkaalla ei ole omaista
- 12.1. Jos yhteistyössä on ollut hankaluuksia, kuvaattekko mitä?

Rengasta parhaiten asiakasta kuvaava vaihtoehto jokaisesta toimintakyvyn alueesta

13. Liikkuminen

1. ei liikkumisrajoituksia
2. pystyy liikkumaan yksin ja ilman apuvälineitä, mutta liikkuminen tuottaa hankaluuksia (yksinkertaista kävelykeppiä ei lueta apuvälineisiin).
3. pystyy liikkumaan, mutta vain toisen avustamana tai pyörätuolia, kainalosauvoja tai muita apuvälineitä käyttäen (yksinkertaista kävelykeppiä ei lueta apuvälineisiin).
4. on täysin liikuntakyvytön

14. WC:ssä käynti

1. hoitaa WC:ssä käynnin itsenäisesti
2. tarvitsee hieman apua
3. tarvitsee paljon apua
4. ei kykene huolehtimaan

15. Nouseminen ylös

1. pääsee ylös sängystä/tuolista itsenäisesti
2. tarvitsee joskus toisen henkilön apua
3. tarvitsee säännöllisesti tai lähes säännöllisesti apua
4. ei nouse sängystä

16. Virtsan pidätyskyky

1. ei poikkea normaalista
2. vaikeuksia toisinaan
3. vaikeuksia usein (joka toinen päivä tai useammin)
4. ei kykene kontrolloimaan

17. Ulosteen pidätyskyky

1. ei poikkea normaalista pidätyskyvystä
2. toisinaan pidätyskyvyttömyyttä
3. usein pidätyskyvyttömyyttä (joka toinen päivä tai useammin)
4. ei kykene kontrolloimaan

18. Syöminen

1. ei tarvitse apua
2. tarvitsee hieman apua esim. lihan leikkaamisessa ja rasvan levityksessä leivän päälle
3. tarvitsee paljon apua (syö vain valmiiksi paloiteltua tai hienonnettua ruokaa)
4. tarvitsee kaikessa apua

19. Näkökyky

1. normaali, silmälaseilla tai ilman, lukee sanomalehteä
2. heikentynyt, lukee isoja kirjaimia
3. liikkumisvaikeuksia näön vuoksi
4. erittäin heikko näkö tai sokea

20. Kuulo

1. normaali kuulokojeella tai ilman
2. vähän heikentynyt ellei olla hiljaisessa ympäristössä
3. kuulee vain tietyissä tilanteissa, puhuttava selvästi ja kovaa
4. merkittävästi alentunut kuulo tai kuuro

21. Puhe

1. selkeää, ymmärrettävää
2. hetkittäin epäselvää
3. epäselvää, vaikeasti ymmärrettävää
4. ei ymmärrettävää

22. Orientaatio

1. täysin orientoitunut
2. jonkin verran vaikeuksia aikasuhteissa; tutkimustilanteessa orientoitunut paikkaan ja henkilöön mutta laajempi paikantaju voi olla puutteellinen
3. usein ajan ja paikantaju puutteellista
4. orientoitunut vain henkilöön
5. ei kontaktia ympäristöön

23. Miten kuvailisitte asiakkaan osallistumista hoitopaikan toimintoihin?

(Esim. yhdessä laulaminen, pelit, jumppahetket, hartaushetket)

1. osallistuu suurimpaan osaan toiminnoista
2. osallistuu puoleen toiminnoista
3. osallistuu joihinkin toimintoihin
4. osallistuu harvoihin toimintoihin
5. ei osallistu ollenkaan
6. hoitopaikassa ei ole juurikaan järjestettyä toimintaa

24. Miten kuvailisitte asiakkaan osallistumista sosiaaliseen vuorovaikutukseen hoitopaikassa?

(Joko muiden asiakkaiden tai henkilökunnan kanssa)

1. sosiaalista vuorovaikutusta useiden ihmisten kanssa omasta aloitteesta
2. sosiaalista vuorovaikutusta muutamien ihmisten kanssa omasta aloitteesta
3. vastaa tai reagoi yleensä kun hänelle puhutaan

4. vastaa tai reagoi joskus kun hänelle puhutaan
5. ei juuri ollenkaan sosiaalista vuorovaikutusta muiden kanssa

Valitse seuraavassa tarvittaessa useampi vaihtoehto

25. Mitkä asiakkaan vaikeudet aiheuttavat yksikön henkilökunnalle eniten huolta?

1. ei vaikeuksia
2. orientaatiovaikeudet
3. eksyminen
4. levottomuus (jatkuva vaeltelu)
5. samojen kysymyksien toistaminen
6. tavaroiden kadottaminen, pakkaaminen
7. hallusinaatiot
8. itsepäisyys
9. masennus
10. sosiaalisesti sopimaton käyttäytyminen
11. vaikeudet suoriutua päivittäisistä askareista
12. liikkumisvaikeudet
13. hahmotusongelmat
14. itselle tai muille vaaraksi oleva käyttäytyminen
15. huimaus tai tasapainovaikeudet
16. hermostuneisuus
17. sanallinen aggressiivisuus
18. muu, mikä?

Liite 4. Havainnoitavaa yksikköä kuvaavat tiedot

Yksiköstä vastaavan vastattavaksi

Vastauksen päivämäärä: _____

1. Yksikön nimi:

2. Yksikön paikkamäärä _____

3. Kuinka monta asiakasta yksikössä on parhaillaan? (Otetaan mukaan kaikki asiakkaat)

1. pitkäaikaishoidon asiakkaita _____

2. lyhytaikais-/tilapäishoidon asiakkaita _____

3. päivätoiminnan asiakkaita _____

4. muita asiakkaita _____
keitä?

4. Mikä on eri henkilöstöryhmien lukumäärä?

Henkilökuntaa yhteensä _____

Osastonhoitajia _____

Apulaisosastonhoitajia _____

Sairaanhoitajia _____

Perus-/lähihoitajia _____

Hoitoapulaisia _____

Ohjaajia _____

Muita, _____

mitä? _____

5. Arvioi yksikössä parhaillaan olevista asiakkaista päivittäisissä toiminnoissa tarvittavan avun määrä (otetaan mukaan kaikki asiakkaat)

1. itsenäisiä, ei avun tarvetta _____

5. Arvioi yksikössä parhaillaan olevista asiakkaista päivittäisissä toiminnoissa tarvittavan avun määrä (otetaan mukaan kaikki asiakkaat)

- 1. itsenäisiä, ei avun tarvetta _____
- 2. tarvitsee ohjausta _____
- 3. rajoitetusti/jonkin verran apua tarvitsevia _____
- 4. runsaasti apua tarvitsevia _____
- 5. tarvitsee apua kaikissa toiminnoissa (täysin autettavia) _____
- 6. Henkilökunnan määrä ja rakenne havainnointien aikaan

1. Havainnointipäivänä

Aamu _____

Ilta _____

2. Havainnointipäivänä

Aamu _____

Ilta

VAIN PITKÄAIKAISHOIDON YKSIKÖILLE

7. Onko yksikössä parhaillaan asiakkaita, jotka ovat lähes koko ajan huoneessaan? (kaikki asiakkaat)

1. Ei

2. Kyllä, kuinka monta _____

Liite 5. Tiedote henkilökunnalle DCM-hankkeesta



16.1.2003

1 (1)

'Dementiahoidon laadun arviointi asiakkaan näkökulmasta' -tutkimus

Hyvä työntekijä

Sosiaalialan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes on yhteistyössä _____ kanssa tekemässä tutkimusta hoidon laadun arvioinnista. Tutkimuksessa käytetään havainnointiin perustuvaa menetelmää, jossa havainnoidaan asukkaiden arkipäivän kulkua _____ yhteisissä tiloissa (ei makuutiloissa, kylpyhuoneissa tai wc-tiloissa). Havainnoinnin tekevät menetelmään koulutautuneet henkilöt. Havainnointi tehdään niin, että se mahdollisimman vähän häiritsee henkilökunnan työtä.

Havainnoimme kunkin asukkaan päivän kulkua _____ kahtena arkipäivänä päiväaikaan kolmena eri ajanjaksona (vuonna 2003, 2004 ja 2005). Havainnoiteja varten meidän on tutustuttava _____ asiakkaiden tietoihin. Käsittelemme kaikkea tietoa luottamuksellisena ja meitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon ja sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt luvan tutustua sellaisia henkilöitä koskeviin potilas- /asiakasasiakirjatietoihin, jotka eivät itse kykene antamaan suostumusta heitä koskevien tietojen käyttöön ja joilla ei ole tähän toimivaltaista edunvalvojaa.

Tutkimuksen tulokset raportoimme _____ henkilökunnalle siten, että kunkin asukkaan tiedot välittyvät heille. Näin välitämme heille tietoa hoidon onnistumisesta ja toisaalta siitä olisiko käytännössä varaa parantaa. Toisen raportoinnin teemme tieteellisen artikkelin muodossa. Siinä ei kerrota havainnoidun dementiayksikön nimeä tai paikkakuntaa ja havainnoituja henkilöitä kuvataan yksilötasolla vain keksityillä nimillä.

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää voiko dementiaoireisten ihmisten hoidon laatua arvioida systemaattisesti havainnoimalla heidän päivänsäntönsä ja hyvinvointiaan. Käytetty menetelmä on kehitetty Englannissa Bradfordin yliopistossa ja sitä on myös paljon käytetty Englannissa dementiahoidon arvioinnissa. Menetelmän nimi on Dementia Care Mapping.

Annamme mielellämme lisätietoja. Yhteystietomme ovat alla.

Yhteistyöstä kiittäen

Päivi Topo
Tutkimuspäällikkö,
Puhelin 09 - 3967 2108
Sposti paivi.topo@stakes.fi

Saila Sormunen
Tutkija
Puhelin 09 – 3967 2480
Sposti saila.sormunen@stakes.fi

RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Pekurinen Markku, Räikkönen Outi, Leinonen Tuija (toim.). Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008

Raportteja 38/2008 Tilausnro R38/2008

Ilkka Winblad, Jarmo Reponen, Päivi Hämäläinen, Maarit Kangas. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007. Tilanne ja kehityksen suunta.

Raportteja 37/2008 Tilausnro R37/2008

Taru Kekoni, Manu Kitinoja, Tarja Pösö. Erityinen huolenpito koulukodeissa

Raportteja 36/2008 Tilausnro R36/2008

Tarja Heponiemi, Timo Sinervo, Kimmo Räsänen, Jukka Vänskä, Hannu Halila, Marko Elovainio. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus -hankkeen loppuraportti

Raportteja 35/2008 Tilausnro R35/2008

Stina Högnabba. Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä? Tutkimus Bikva-arviointimenetelmän vaikutuksista

Raportteja 34/2008 Tilausnro R34/2008

Erkki Kempainen. Kohti esteetöntä yhteiskuntaa. Yhteiskuntapolitiikan normatiiviset keinot esteettömyyden edistämiseksi

Raportteja 33/2008 Tilausnro R33/2008

Hannele Hyppönen (toim.), Timo Turunen, Päivi Hämäläinen, Jarmo Kärki, Sari Palojoki. Ammattilaisten kokemukset tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla

Raportteja 32/2008 Tilausnro R32/2008

Pirjo-Liisa Kotiranta. Asumiseen laatua informaatio-ohjauksella. Arviointia Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen vaikutuksista kunnissa

Raportteja 31/2008 Tilausnro R31/2008

Antero Lehmuskoski, Sirpa Kuusisto-Niemi. Sosiaalialan sanasto asiakatietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke

Raportteja 30/2008 Tilausnro R30/2008

Matti Rimpelä, Tuija Metso, Vesa Saaristo, Kirsi Wiss. Vanhempainyhdistysten ja huoltajien osallisuus peruskoulun ja sen oppilashuollon kehittämisessä

Raportteja 29/2008 Tilausnro R29/2008

Marja-Leena Perälä, Maisa Toljamo, Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi

Raportteja 28/2008 Tilausnro R28/2008

Päivi Hämäläinen, Persephone Doupi, Hannele Hyppönen. eHealth Policy and Deployment in the European Union. Review and Analysis of Progress

Reports 26/2008 Tilausnro R26/2008

Jaana Lähteenmaa, Teija Strand. Pelin jälkeen: velkaa vai voittoa? Tutkimus velan ottamisesta rahapeleihin, erityistarkastelussa nettipokeri ja pikavippaaminen

Raportteja 25/2008 Tilausnro R25/2008