

A warm and inviting living room. In the center is a plush red armchair with a thick, textured beige blanket draped over it. To the left, a small dark wood side table holds a white cup of coffee on a saucer. Behind the chair is a large stone fireplace with a decorative wrought-iron screen. On the mantel, there are three lit candles in a holder and a small round clock. To the right, a wooden grandfather clock hangs on the wall, and a table lamp with a red and white striped shade sits on a side table. A potted plant is visible on the far right. The floor is made of light-colored wood, and a patterned rug is partially visible in the foreground.

MUISTI MUUTTUU - ARKI MUUTTUU

Puheenvuoroja muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnista
ja turvallisesta ympäristöstä

MUISTI MUUTTUU - ARKI MUUTTUU

Puheenvuoroja muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnista ja turvallisesta ympäristöstä

ELDEM

Muistisairaiden henkilöiden hyvinvointi
ja turvallinen ympäristö -projektin puolesta

Helminen Jari, Laine Eva, Sirén Risto ja Zotow Marianna (toim.)

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Helsinki 2013



www.eldemproject.eu



Diak

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULU



EUROPEAN UNION
EUROPEAN REGIONAL DEVELOPMENT FUND
INVESTING IN YOUR FUTURE



CENTRAL BALTI
INTERREGIONAL IPA
PROGRAMME
2007-2013



Jäähyväiset vanhalle vuodelle

Vanha ystävä on lähdössä kauas pois,
eron hetkellä hän empii pitkään, pitkään.
Ihminen voi lähdettyään vielä palata,
mutta miten menneen ajan
voisi saada takaisin.

Missä vanha vuosi on nyt?
Kaukana taivaan ja maan ääriässä.
Virrannut itään
mereen laskevissa joissa
koskaan palaamatta.
Naapurini on lämmittänyt viiniä,
toinen on valmistanut rasvaista porsasta.
Iloitkaamme edes yhtenä päivänä
ja unohtakaamme köyhän vuoden surut.
Älä haikaile mennyttä,
sillä huomienkin on pian eilinen.
Kulje vain tietäsi eteenpäin
taaksesi katsomatta,
sillä ihmisen osa on vanheta ja kuolla

Su Dongpo, Kiina

Seppälä Pertti 1995 (toim.)
Itämaisen elämänviisauden kirja. WSOY

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sturenkatu 2, 00510 Helsinki
www.diak.fi

Taitto: Hasse Wallgren
Paino: Lönnberg Print & Promo, Helsinki 2013

ISBN 978-952-493-187-8 (nid)
ISBN 978-952-493-188-5 (pdf)

ESIPUHE

Käsissäsi on ELDEM -projektin (Creating Healthy and Secure Environment for Elderly with Dementia) tuotoksena syntynyt artikkelikokoelma. Projektin yhtenä tavoitteena oli muistisairauksia koskevan tiedon ja ymmärryksen lisääminen. Tämä artikkelikokoelma vastaa osaltaan tuohon tarpeeseen. Teoksen kirjoitukset tarjoavat näkökulmia ja ideoita muistisairaitten ihmisten ja heidän omaistensa parissa työtä tekeville.

Sosiaali- ja terveysaloilla työskentelyn perusta rakentuu ammattilaisten valmiudelle kuulla asiakasta ja toimia yhteistyössä niin asiakkaan kuin hänen läheistensä kanssa. Heitä kuuntelemalla on mahdollista havaita avuntarve riittävän varhain, jolloin oikea-aikaisten ja asiakaiden elämäntilanteen edellyttämien palvelujen järjestäminen on mahdollista. Sosiaali- ja terveysalojen ammatilliseen osaamiseen liittyvät vahvasti neuvonta-, ohjaus- ja verkostoitumistaidot. Näihin osaamisalueisiin yhdistyvät myös palvelujärjestelmän tuntemus ja kyky moniammatilliseen yhteistyöhön. Toimiminen yhdessä muistisairaana ihmisen ja hänen läheistensä kanssa sekä vastaaminen heidän elämäntilanteidensa tuottamiin avuntarpeisiin edellyttävät eri toimijoiden välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä.

Muistiliitto ry:n arvion mukaan Suomessa diagnostisoidaan muistisairaus vuosittain noin 13 000 ihmisellä. Kaikkiaan Suomessa on yli 130 000 muistisairasta henkilöä. (www.muistiliitto.fi.) Suomi on Euroopan nopeimmin ikääntyvä maa. Vuonna 2026 Suomen väestöstä arviolta 42 % on 65-vuotiaita tai tätä iäkkäämpiä (www.stm.fi). Tulevina vuosina muistisairauksien määrää ei vähentyne. Tästä syystä niin muistisairauksiin kuin muistisairaana ihmisen ja hänen läheistensä kohtaamiseen on hyvä perehtyä ennalta. Meistä jokainen kohtaa muistisairauksiin liittyviä kysymyksiä tänään ja tulevaisuudessa.

Toivomme, että tämä artikkelikokoelma avaa näkökulmia muistisairauksiin sekä muistisairaiden ja heidän läheistensä kanssa toimimiseen niin, että tarjoamamme näkökulmat ovat lukijalle avuksi ja hyödyksi yhtä lailla sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisena kuin kansalaisena ja lähimmäisenä.

Helsingissä 7. päivänä helmikuuta 2013

Jari Helminen Eva Laine Risto Sirén Marianna Zotow

Diakonia-ammattikorkeakoulu

ELDEM, Creating Healthy and Secure Environment for Elderly with Dementia
Lisätiedot: www.eldemproject.eu

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO Jari Helminen, Eva Laine, Risto Sirén, Marianna Zotow	5
2 MUISTISAIRAUS KOSKETAA JOKAISTA – JOKAINEN ON IHMINEN Anita Pohjanvuori	9
3 YTIMESSÄ IHMISEN EKSIStENSSI - VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN IHMISEN JA TYÖNTEKIJÄN VÄLILLÄ Ikali Karvinen	20
4 OMAISHOITO MUUTTA ELÄMÄN Merja Kaivolainen	29
5 OMATOIMISUUDEN JA TOIMINNAN TUKEMINEN MUISTISARAAN ARKIPÄIVÄSSÄ Annikki Arola	35
6 HYVÄ YMPÄRISTÖ AUTTAA MUISTISAIRASTA KOTONA Kirsti Pesola	44
7 MUISTISAIRAAN HYVÄ RAVITSEMUS Merja Suominen	50
8 LUONNON HYVINVOINTIVAIKUTUKSET - Luonto muistisairaana tukena Kirsi Salonen	61
9 MUSIIKKI SILTANA MUISTISAIRAAN IHMISEN KOHTAAMISEEN Ava Numminen	71
10 LOPUKSI Eva Laine	77
LIITE ELDEM PROJEKTI PÄHKINÄNKUORESSA JA PROJEKTISSA TOTEUTETUT KOULUTUKSET Risto Sirén	84

1 JOHDANTO

Vuosi 2012 oli Euroopan yhteisössä aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen solidaarisuuden teemavuosi. Teemavuoden kysymyksiä olivat: huolestuttaako ikääntyminen, mikä on senioreiden ja vanhusten asema perheiden, suvun ja lähiyhteisöjen jäsenenä, ja miten voimme edistää heidän osallistumistaan yhteiskunnalliseen toimintaan? (<http://europa.eu/ey2012/>.) Suomessa ikääntymiseen liittyvistä kysymyksistä keskusteltiin jatkuvasti vuoden 2012 aikana. Tähän oli syynä valmisteltu vanhuspalvelulaki eli laki iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta. Vuonna 2012 julkaistiin myös kansallinen muistiohjelma 2012–2020, jonka alaotsikko on Tavoitteena muistiystävällinen Suomi (www.stm.fi).

Ammattikorkeakoulut ovat kohdentaneet tutkimus- ja kehittämistoimintaansa vanhuspalveluja koskevien haasteiden ratkaisemiseen. Diakonia-ammattikorkeakoulu on hakenut vastauksia ikääntyvien ihmisten kanssa tehtävän työn kysymyksiin yhdessä virolaisen yhteistyökumppaninsa kanssa. Muistisairaiden henkilöiden hyvinvointiin ja turvalliseen elinympäristöön liittyviä kysymyksiä tarkasteltiin vuosina 2011–2013 toteutuneessa ELDEM-projektissa (Creating Healthy and Secure Environment for Elderly with Dementia, EU - Interreg 4A -ohjelma). Projektin pääpartnerit olivat ja kehittämistyötä veivät yhdessä eteenpäin Diakonia-ammattikorkeakoulu Suomesta ja Tallinnan yliopiston Pedagoginen seminaari Virossa. Projektin keskeiset tavoitteet olivat:

- Lisätä sosiaali- ja terveysalan työntekijöitten tietoa ja ymmärrystä muistisairauksista Virossa ja Suomessa,
- Tukea muistisairaiden ja heidän omaistensa osallisuutta lähiyhteisöissä, palvelujärjestelmässä sekä yhteiskunnallisessa päätöksenteossa
- Tehdä palvelujen kehittämiseen liittyviä ehdotuksia alan toimijoille ja päättäjille.

Projektin käynnistyessä kartoitettiin kyselyn avulla sosiaalialalla toimivien henkilöiden kokemuksia muistisairaitten asiakkaiden parissa työskentelystä, muistiosaamiseen liittyviä haasteita sekä lisä- ja täydennyskoulutustarpeita. Kyselyn vastauksista ilmeni tarve lisätä tietoa muistisairaiden ja heidän omaistensa kohtaamisesta ja työvälineistä, esimerkiksi ohjaustoiminnasta. Sosiaalialan työssä kohdataan asiakkaita, joiden muistisairautta ei ole vielä diagnosoitu, mutta asiakkaan arki on muuttunut haastavaksi ja hänen omaistensa kannalta aikaisempaan nähden poikkeavia järjestelyjä vaativaksi. Kyky ymmärtää muistiin ja muistisairauksiin liittyviä piirteitä, taito ohjata asiakas riittävän ajoissa tarpeellisten palvelujen piiriin ja verkostoyhteistyö ovat keskeisiä tekijöitä muistisairaitten asiakkaiden parissa työskennellessä.

ELDEM-projektissa kartoitettiin myös muistisairasta omaistaan hoitavien henkilöiden näkemyksiä omaishoitajuudesta ja siihen liittyvistä kysymyksistä. Omaishoitajia kuultiin ryhmähaastattelujen muodossa. Omaishoitajat olivat odottaneet vankempaa tietopakettia kohtaamiltaan sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisilta erityisesti tilanteissa, jossa he oli-

vat havahtuneet läheisensä muistamattomuuteen ja muistisairauteen. He olivat kaivanneet omaisensa muistisairauden alkuvaiheesta tietoa niin muistisairaudesta kuin mahdollisista palveluista ja avustuksista sekä tuista.

Sosiaalialan ammattilaisilta kyselyllä ja omaistaan hoitavilta henkilöiltä ryhmähaastatteluilta saadut vastaukset vahvistivat, että hyvinvointityön eri toimintaympäristöissä tarvitaan tietoa niin muistisairauksista, muistisairaille ja heidän omaisilleen tarjolla olevista palveluista kuin työskentelymahdollisuuksista muistisairaana ja hänen omaisensa kanssa. Sosiaalialan ammattilaisilta ja omaishoitajilta saadut vastaukset loivat perustan 40 tunnin mittaisen ammatillisen täydennyskoulutuksen rakentamiselle. Koulutus suunniteltiin ja toteutettiin osana ELDEM-projektia sekä Suomessa että Virossa. Koulutuksen teemoja olivat muistisairaana kohtaaminen ja vuorovaikutus, aivoterveys, muistitoiminnot ja muistisairaudet, muistitestit, muistisairauksien ennaltaehkäisy, hoito- ja palveluketju sekä omaisten tukeminen. Tämän 40 tunnin laajuisen pilottikoulutuksen ohella laadittiin opetussuunnitelma 160 tunnin mittaiselle ammatilliselle täydennyskoulutukselle. Projektin aikana on lisäksi valmistunut muistisairauksia ja muistisairaana kanssa työskentelyä koskeva opas palveluiloilla toimiville, esite omaiselle sekä tämä artikkelikokoelma Muisti muuttuu- arki muuttuu.

Artikkelikokoelman kirjoittajat ovat muistialan kehittäjiä ja tutkijoita. He olivat mukana yhteistyökumppaneina ELDEM-projektin toteutuksessa. He toimivat projektin asiantuntijafoorumin eli muistiraadin jäseninä. Muistiraadissa päädyttiin erityisesti sosiaalialan ammattilaisille suunnatun artikkelikokoelman tekemiseen. Kyse ei ole oppikirjasta, vaan artikkelit tarjoavat näkökulmia ja ideoita muistamattomien asiakkaiden ja heidän omaistensa kohtaamiseen, työskentelyyn heidän kanssaan sekä näiden ryhmien tukemiseen eri elämäntilanteissa.

Kirja koostuu neljästä osasta. Ensimmäinen osa muodostuu Anita Pohjanvuoren muistisairauksia ja palveluja koskevasta artikkelista. Teoksen toinen osa muodostuu asiakkaan, hänen läheistensä ja työntekijän kohtaamista sekä vuorovaikutusta ja yhteistyötä käsittelevistä artikkeleista. Ika Kallio käsittelee tekstissään vuorovaikutusta muistisairaana ja työntekijän välillä. Merja Kaivolainen tarkastelee artikkelissaan omaishoitajan kohtaamiseen liittyviä kysymyksiä. Teoksen kolmannessa osassa jäsenetään elinympäristöön, erityisesti kodin toimivuuteen ja ravitsemukseen, liittyviä kysymyksiä. Annikki Arola kirjoittaa muistisairaana omatoimisuuden ja toimintaan osallistumisen tukemisesta. Kirsti Pesola pohtii hyvän ympäristön osatekijöitä kotona asuvan muistisairaana kannalta. Merja Suominen artikkeli avaa näkökulman muistisairaana hyvään ravitsemukseen ja sen merkitykseen. Teoksen neljännessä osiossa tarkastellaan kahdesta näkökulmasta mahdollisuuksia vahvistaa muistisairaana ihmisen voimavaroja. Kirsi Salonen hahmottelee kirjoituksessaan luonnon hyvinvointivaikutuksia, ja Ava Numminen kirjoittaa musiikista siltana muistisairaana ihmisen kohtaamiseen.

Artikkelikokoelmaan Muisti muuttuu- arki muuttuu on valittu tekstejä, jotka käsittelevät muistisairaana ihmisen arkea, ympäristöä, ravitsemusta ja palvelujärjestelmää sekä muistisairaana

kohtaamista. Teoksessa tarjotaan myös keinoja elämää rikastuttavien ja muistitoimintoja ylläpitävien työskentelymahdollisuuksien jäsentämiseksi. Muistitoimintoja ja aivoterveyttä edistäviä taidelähtöisiä menetelmiä, kuten draamaa ja kuvankäyttöä sekä muistelua, on viime vuosina kokeiltu ja tutkittu osana muistisairaitten palveluja ja hoitoa. Näiden teemojen, kuten myös monen muun muistisairauksien ehkäisyn ja hoidon kannalta olennaisen aiheen käsittely ei kuitenkaan ollut mahdollista tässä artikkelikokoelmassa.

Artikkelikokoelmaa Muisti muuttuu- arki muuttuu valmisteltiin ajankohtana, jolloin omaishoito on jälleen kerran ajankohtainen keskustelunaihe. Helsingin Sanomien kirjoitus oli otsikoitu 7.2.2012 ”Omaishoitajat ajetaan ahdinkoon”. Tekstissä kerrotaan siitä, miten muutamissa kunnissa suunnitellaan omaishoidon tuen heikentämistä. ELDEM-projektin toteutusvaiheessa huomattiin, että muistisairauksista tarvitaan tietoa ja tiedottamista. Muistisairaiden ja heidän läheistensä osallistumismahdollisuuksia lähiyhteisöjen toimintaan ja yhteiskunnalliseen päätöksentekoon on myös parannettava. Tämä edellyttää vaikuttamistyötä. Projektissa syntyi kannanottoja ja samalla kehittämisehdotuksia niin sosiaali- ja terveysalojen toimijoille kuin päättäjillekin. Ehdotuksissa korostetaan työikäisten muistipulmiin puuttumista, pätevä ja koulutetun henkilöstön tärkeyttä kotona asuvien muistisairaiden kanssa työskennellessä, asiakas- ja ihmislähtöisen palvelutoiminnan sekä virkkeellisen ja luovien työmenetelmien lisäämisen tärkeyttä, moniammatillisten tietotaitojen vaikutusta hyvään palveluun sekä omaisten tukemiseen liittyvien toimintojen vahvistamista.

I Työikäisten muistipulmat vaativat selvittelyä

Suomessa arviolta 5000–7000 henkilöä sairastaa etenevää muistisaurautta, mutta työikäisillä on merkittävästi myös muita muistipulmia. Muistisairauksien tutkimus-, hoito- ja seuranta-käytännöt eivät aina tue työikäisen muistipulmien selvittelyä. Sen vuoksi työikäisten muistipulmien selvittelyyn tarvitaan työterveyshuollon asiantuntijoiden tietotaitoa psyykkisten ja fyysisten sairauksien vaikutuksesta muistiin ja kognitioon. Työterveyshuollon asiantuntijoiden lisäksi henkilöstöhallinnon toimijoilla tulee olla ymmärrystä muistiin ja muistiterveyteen liittyvissä kysymyksissä sekä rohkeutta ottaa muistipulmat puheeksi. Muistiterveyden tukeminen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy on työelämässä erityisen tärkeää. Hyvät ja inhimilliset työolot ja -käytännöt tukevat muistiterveyttä.

II Kotona asuvien muistisairaiden kotihoito vaatii muistisairauksiin koulutettua, yhteistyötaitoista ja vastuullisesti toimivaa henkilöstöä

Kotihoidon työntekijöillä tulee olla taitoa kohdata ihminen inhimillisellä ja luovalla tavalla sekä halu toimia avuntarvitsijan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Kotona asuvan henkilön ja hänen omaisensa hoitaminen edellyttää työntekijältä taitoa kuunnella ja ohjata asiakas tarvittavien palvelujen piiriin. Työntekijöiden täydennyskoulutukseen hakeutumisen ja osaamisen päivittämisen tulee olla osa henkilöstön johtamis- ja kehittämistoimintaa. Johtajan ja esimiehen keskeisenä tehtävänä on resurssista huolehtimisen lisäksi motivoivan ja kannustavan ilmapiirin luominen ja tukeminen.

III Muistisairaahan henkilön tulee voida elää omannäköistään elämää

Palveluiden tulee vastata muistisairaahan perustarpeisiin. Tämän lisäksi on tärkeää huolehtia sairauden etenemisen ehkäisystä virikkeellisellä ja osallisuutta mahdollistavalla tavalla. Ikääntyvien hoivapalveluihin tulee lisätä tuntuvasti luovia ja kulttuurisia toimintatapoja. Niiden avulla voidaan edistää yhteisöllisyyttä ja elämänmakuista ”arkea ja juhlaa”. Virikkeet ja luovuus vahvistavat osallisuutta ja omatoimista elämää lähiyhteisössä sekä yhteiskunnassa. Työkäytäntöjen tulee pohjata luovuuteen sekä muistisairaahan ja hänen omaisensa arjen rikastuttamiseen.

IV Moniammatilliset tietotaidot ovat hyvän palvelun edellytys

Terveys- ja sosiaalialoilla työskentelevien lisäksi myös muilla palvelualojen toimijoilla (erityisesti kauppa-, apteekki-, pankki-, posti-, taksi-, poliisi- ja turva-alalla) tulee olla taito kohdata muistisairas henkilö arvostavalla ja ymmärtävällä tavalla. Tiedon muistista ja muistisairauksien ehkäisystä, muistisairauksista ja niiden hoidosta tulee sisältyä kaikilla palvelu aloilla toimivien ammatillisiin perus- ja täydennyskoulutuksiin.

V Omaishoitajan kohtaamisessa mukana tiedon välittäminen ja inhimillisyyt

Suomessa arviolta 60 000 omaista vastaa läheisensä ympärivuorokautisesta hoidosta. Omaishoitajuus on huomattavan sitovaa ja vaativaa. Omaishoitajien ja heidän läheistensä tulee saada tarvitsemansa tiedot ja palvelut helposti. Omaishoitajan ja hänen läheisensä taloudellisen toimeentulon on oltava turvattu ja heille on oltava tarjolla oikein kohdennettu sekä riittävä apu ja tuki. Sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisten tehtävänä on välittää tietoa muistisairauksista ja tarjolla olevista palveluista. Avun ja tuen tarjoajien tulee kyetä lisäksi kohtaamaan omaishoitaja ja heidän läheisensä inhimillisesti ja välittäen.

Muistamattomuus ja muistisairaus voivat kohdata niin työikäistä kuin iäkkäämpääkin ihmistä. Muistisairaalla ihmisellä tulee olla mahdollisuus hyvään ja turvalliseen elämään niin omassa kodissaan kuin laitosympäristössä. Niin sosiaali- ja terveys- kuin palvelualojen toimijoilla tulee olla valmiudet muistisairaahan kohtaamiseen ja hänen kanssaan työskentelyyn. Meistä jokaisen on pidettävä huolta muistitoiminnoistamme! Muista muistiterveys! Vaikka pyrkisimme pitämään yllä ja edistämään muistitoimintojamme, voi muistamattomuus koskettaa meistä jokaista. Muistisairaus voi tulla niin omaisellemme, ystävällemme kuin naapurillemme. Muistamattomuutta potevan ja muistisairaahan voit kohdata kauppa-asiolla, kirjastossa – missä vain. Kohtaamistilanteisiin, joissa Alzheimer muuttuu atsaleaksi tai päin vaistoin, on hyvä varustautua ennalta.

Vanha rouva meni kukkakauppaan:

Minä ostaisin uuden Alzheimerin, kun edellinen kuihtui.

Rouva hyvä, eihän sen nimistä kasvia ole olemassakaan.

Voi hyvänen aika, taas tuo minun atsaleani pääsi yllättämään!



Sulkava, R., Riihelä, P., & Ryyänen, O.-P. 2003. (Toim.)

Atsalea. Juttuja muistamattomuudesta ja vanhenemisesta. Alzheimer-säätiö, Helsingin Alzheimer-yhdistys ry.

Anita Pohjanvuori

2 MUISTISAIRAUS KOSKETTAJ JOKAISTA – JOKAINEN ON IHMINEN

Muistiystävällisen Suomen rakentaminen on meidän jokaisen vastuulla

Päivittäin muistisairauksiin sairastuu 36 henkilöä eli vuosittain noin 13 000 ihmistä. Tämän lisäksi 120 000 henkilöllä on lieviä muistiin ja tiedonkäsittelyyn liittyviä ongelmia, jotka vaativat tarkempia selvityksiä. Työikäisiä muistisairaita on arvioitu olevan noin 5000–7000. Määrien on ennustettu kasvavan nopeasti, ja on arvioitu, että vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavia olisi vuonna 2020 arviolta 130 000 henkilöä. (Kansallinen muistiohjelma 2012.)

Muistisairaus ja muistisairaat ihmiset koskettavat näin lähes jokaista työn, lähipiirin tai sukulaisuuden kautta. Ymmärrys sairaudesta ja sen hoidosta vaatii edelleen runsaasti koulutusta ja tietoa sekä palvelujen kehittämistä siten, että saisimme aikaan yhteneväiset toimintatavat, joiden avulla kehittää hoitoa ja kohdistaa palvelut oikein. Yhä edelleen muistisairauteen sairastuneen ja muistihäiriöitä kokevan ihmisen palveluiden muodostamat ketjut ovat katkonaisia, ja niitä varten laaditut toimenpideohjeet ja käytännön toteutus puutteellisia.

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille on käynyt yhä selvemmäksi, että olemme suuren haasteen edessä. Kun vielä tiedämme, että parantavaa tai pysäyttävää hoitoa ei lähivuosina ole saatavilla, on entistä tärkeämpää vahvistaa ammattihenkilöstön osaamista. Tärkeää on viedä kansalaisille tietoa ennaltaehkäisevistä tekijöistä ja aivoterveystä, jotta riskitekijät ja muistisairauden oireet voitaisiin tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Muistiongelmiin ilmaantuessa, jo alkuvaiheessa, jokaisella suomalaisella tulee olla mahdollisuus päästä keskustelemaan ongelmistaan. Hänen on päästävä alustaviin kartoituksiin asianmukaisesti sekä saatava hoitoa ja oikea-aikaisia palveluja heti diagnoosin jälkeen ja kaikissa sairauden vaiheissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän tehtävänä oli paneutua juuri näihin kysymyksiin ja julkaista oma Kansallinen muistiohjelma. Se löytyy Sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta www.stm.fi. Ohjelman tavoitteena on rakentaa yhteisvastuullisesti muistiystävällinen Suomi. Ohjelmassa on nostettu erityisesti esille neljä pääkohtaa, joiden avulla tavoitteet saadaan toteutetuiksi (Kansallinen muistiohjelma 2012):

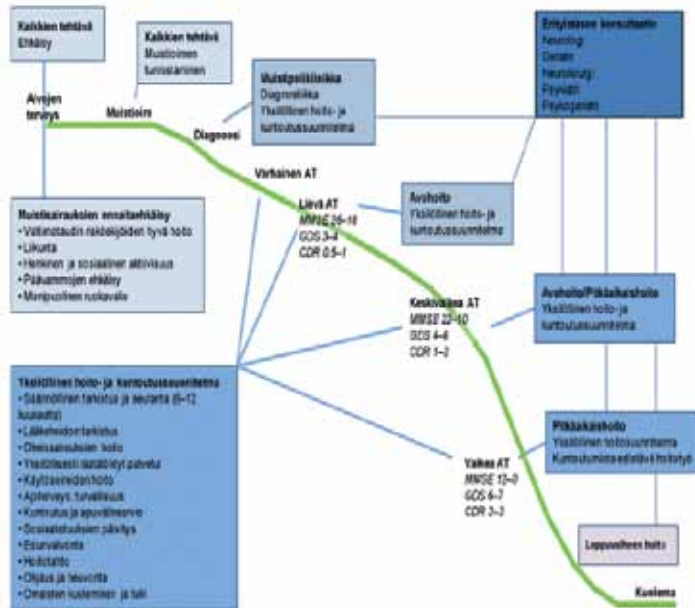
- Aivoterveysten edistäminen,
- Oikeat asenteet aivoterveysteen, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen,
- Hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen oikea-aikaisen tuen, hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen turvin, sekä
- Kattavan tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen

Osaamisen ja verkostoitumisen kehittämisen ja muuttuvat asenteet kuuluvat muistiterveyden edistämiseen ja ovat osa muistisairautta sairastavan ihmisen hyvin toimivaa palveluketjua. Näiden osa-alueiden toteutumista jokaisen asiantuntijan ja ammattitehtävissä toimivan tulisi edistää ja tarkastella omassa työssään. Ainoastaan tiiviillä ja moniammatillisella yhteistyöllä voidaan toteuttaa ohjelmassa esitettyjä toimenpiteitä ja saada aikaan toimiva palvelujärjestelmä kaikilla tasoilla.

Valtakunnalliset suositukset ja alueelliset hoitoketjut

Kansallisen muistiohjelman lisäksi muistisairauksien hoitoon, kuntoutukseen ja palvelujen järjestämiseen on paneuduttu useissa eri julkaisuissa jo aikaisemmin. Sosiaali- ja terveysministeriö, kunnat ja terveysalan järjestöt ovat laatineet valtakunnallisia, alueellisia ja paikallisia hoitosuosituksia, ohjelmia ja toimintaohjeita. Yleisimpien etenevien muistisairauksien ehkäisyä, diagnostiikkaa ja lääkehoitoa koskevat hoitosuosituksukset on kirjattu Käypä hoito-suositukseen (www.kaypahoito.fi). Lisäksi valtakunnallisia suosituksia ovat ikäihmisten palvelujen laatusuositus (www.stm.fi), Suomen Alzheimer tutkimusseuran suositus muistipotilaiden hyvän hoidon tärkeimmistä sisällöistä (Suhonen ym. 2008) ja Laadukkaat dementia-palvelut – Opas kunnille.

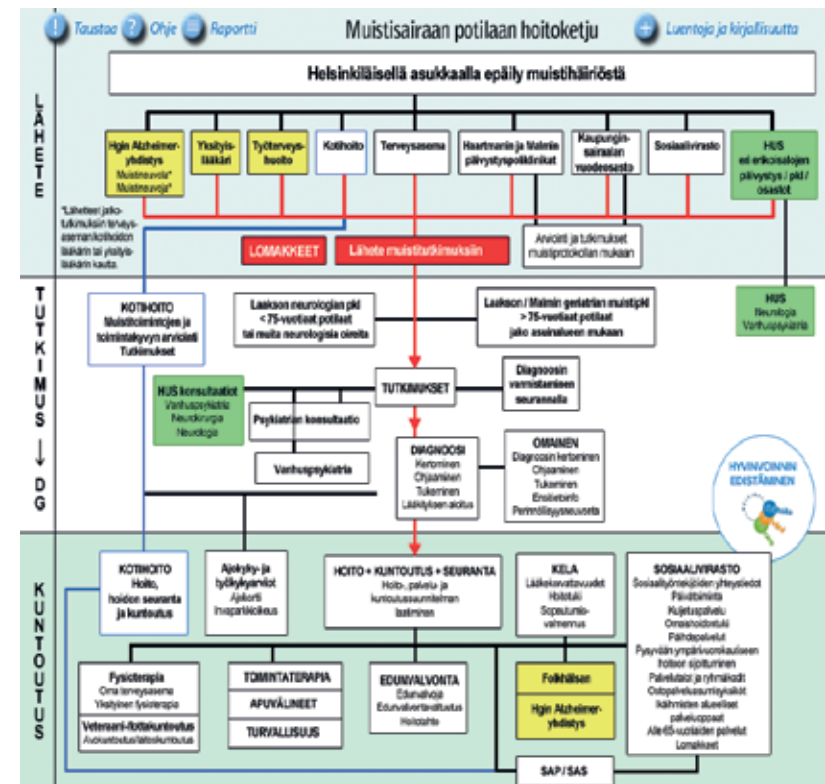
Tässä kaksi esimerkkiä nykyisin käytössä olevista hoitoketjuista valtakunnallisella ja paikallisella tasolla. Ensimmäisenä esitetään muistipotilaan valtakunnallinen hoitomalli. (Kuva 1.)



Kuva 1. Muistipotilaan hoitoketju, esimerkkinä Alzheimerin tauti
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/imk00678>

Valtakunnallisiin suosituksiin perustuen työn- ja vastuunjaosta on sovittu alueellisissa muistipotilaan hoito- ja palveluketjuissa, joita useimmat kunnat ovat jo laatineet yhteistyötahtojen kanssa. Niissä sovitaan siitä, kuinka potilasta tutkitaan ja hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. Samoin niissä sovitaan eri toimijoiden välisestä työnjaosta. Hoitoketjuihin tulisi lisäksi kuulua myös yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin toimijoiden. (Suhonen ym. 2010, 537.) Tavoitteena on, että hoito- ja palveluketjut toimisivat verkostoina ja moniammatillisina tiiminä huolehtien muistisairautta sairastavan ihmisen hoidosta ja palveluista ilman katkoksia.

Toisena esimerkkinä muistisairaana potilaan hoitoketju, jota toteutetaan Helsingissä. (Kuva 2.)



Kuva 2. Muistisairaana potilaan hoitoketju Helsingissä (Käytössä Helsingin sisäisessä Intranetissä)

Palvelua tarvitseva muistisairas ihminen jää nykyverkostoissa usein toisistaan erillisten järjestelmien tuottamien palvelujen varaan, eikä kaikkia hänen tarvitsemiaan palveluita ole edes saatavilla. Esimerkin tästä puutteesta tarjoaa toistaiseksi vähäinen kuntoutuspalvelujen tarjonta muistisairauteen sairastuneille ihmisille. Tarjolla on paljon toimijalähtöisiä palvelu-

ja, jotka eivät vastaa muistisairaana ihmisen arjen tarpeisiin ja pulmatilanteisiin, joissa voisivat usein riittää pelkkä ohjaus, neuvonta, vertaistukitoiminta tai kuntoutuspolun tukeminen. Matilan kynnyksen toimijoita on liian vähän eikä palveluja akuuteissa kriiseissä tai tilanteissa saa kovin helposti.

Useat palvelut vaativat ajanvarauksen, lähetteen tai puhelinajan lääkärin tai asiantuntijan vastaanotolle, mikä voi jo olla esteenä palvelujen tarvitsijoille. Lisäksi palveluja tuottavat sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat ovat jakaantuneet moniin erityisaloihin, eikä asiakkaana oleva ihminen voi aina olla varma, kuka hoitaa mitään asiaa.

Palvelujen kehittäminen myös hoitoketjuissa vaatii sektorirajat ylittävää visiota ja yhteistä näkemystä siitä, mitä muistisairautta sairastavan ihmisen auttamisen asiakaslähtöisyys näissä palvelukokonaisuuksissa tarkoittaa julkiselle, yksityiselle sekä kolmannen sektorin toimijoille. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen rajattujen toimijoiden kesken, yksikkökohtaisiin uudistuksiin tai innovointi kapealla osa-alueella eivät riitä. Asiakas on yksi ja sama ihminen läpi eri palvelukokonaisuuksien. (Virtanen ym. 2011.)

Tarvitaan yhtenäinen katkeamaton hoitoketju, joka kattaa asiakkaana olevan ihmisen ja omaishoitajan tarpeet muistisairauden kaikissa vaiheissa. Tulevaisuuden haaste kuuluukin: ”Miten me sosiaali- ja terveydenhuollon alalla toimivat ammattilaiset niin järjestöissä, yksityisellä kuin julkisella sektorilla voisimme tarttua yhdessä tähän haasteeseen?”

Muistisairauksien tunnistaminen – miten kohtaan ja ohjaan tutkimuksiin

Muistisairauksia voidaan tutkia ja tunnistaa luotettavin menetelmin jo yhä varhaisemmassa vaiheessa. Kuitenkin lähes puolet muistisairauksista on vielä asiantuntijoiden mukaan diagnosoimatta. Muistioireiden syy tulee aina selvittää, koska muistipulmien taustalla voi olla muuta kuin etenevä muistisairaus. Tällaisia syitä voivat olla mm. unettomuus, stressi, masennus, aineenvaihduntahäiriöt, psyykkiset syyt tai lääkkeet. (Erkinjuntti ym. 2009.) Tarvittaessa on selvitettävä myös muistisairaana ihmisen toimintakyvyn muutokset, jotta päästään kartoittamaan kokonaistilanne ja siihen liittyvä jatkohoito. Riittävän ajoissa aloitettu hoito ja kuntoutus auttavat muistisairasta ja hänen omaistaan selviytymään itsenäisesti arjessa pidempään.

Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän tulisi tunnistaa muistisairauden alkuoireet ja osata ohjata asiakas oikeiden palvelujen piiriin. Seuraavassa on lueteltu muutamia asioita, jotka voivat olla merkinä varhaisista muistiongelmista (MuistiAvain opas 2011; Härmä ym. 2010).

- Ihminen itse huomaa muistin ongelmia, tai sairastuneen lähipiiri töissä/ kotona huomauttelee muistissa tapahtuneista muutoksista.
- Muistioire haittaa töitä tai arkiaskareita – virheitä ja unohduksia tulee aiempaa enemmän, tekemiseen kuluu enemmän aikaa ja henkilö joutuu tarkistelemaan, onko kaikki tehty. Työpäivät tai vaativat tehtävät aiheuttavat lisääntyvää väsymystä ja uupumista.

- Tapaamiset tai sovitut asiat unohtuvat, monimutkaisia ohjeita on vaikea muistaa ja noudattaa (esim. hoito-ohjeita).
- Sanat katoavat tai lauseet katkeavat kesken, voi ilmetä epäasianmukaisten sanojen käyttöä.
- Läheisten nimiä unohtuu ja tutuilla reiteillä eksyy helposti.
- Taloudellisten asioiden hoitaminen vaikeutuu: laskujen maksu, pankkikorttien käyttö.
- Esineitä katoaa ja niiden käyttötavan ja -tarkoituksen ymmärtäminen vaikeutuu.
- Mieliala ja persoonallisuus voivat muuttua – ahdistuneisuus, apaattisuus, sekavuus ja epäluuloisuus, pelokkuus.
- Aloitekyky heikkenee, muistivinkit ja vihjeet eivät auta muistamaan.
- Äkillisen sekavuustilan (delirium) ilmaantuminen.

Muistitoiminnoista kannattaa keskustella avoimesti, koska huonossa muistissa ei ole mitään salattavaa eikä hävettävää. Olisi hyvä, jos läheiset tietäisivät muistin ongelmista, sillä silloin ei syntyisi turhia väärinkäsityksiä esimerkiksi asioiden ymmärtämisestä tai tapaamisten unohtelusta.

Muistiongelmia ei aina itse tunnista eikä huomaa, vaikka läheiset olisivat niistä huomauttaneet. Siitä syystä voi olla vaikeaa motivoitua menemään tutkimuksiin tai saada läheistensä muistitutkimuksiin. Yksi hyvä keino onkin ehdottaa henkilölle, että tämä kävisi tarkistuttamassa oma terveydentilansa ammattilaisella eli hakeutuisi ”vuosihuoltoon”. Tässä vaiheessa ei korosteta niinkään muistin ongelmia, vaan katsotaan ensin yleistilanne, tarkistetaan mahdollinen lääkitys ja edetään siitä vähitellen muistin toimintoihin. Joskus tarvitaan useita tapaamisia asiantuntijan luona, ennen kuin voidaan tehdä varsinaisia muistitutkimuksia. Lääkärin sanaan ja ammattitaitoon luotetaan, joten muistitutkimukset voivat käynnistyä sitä kautta. Jotkut uskovat paremmin lapsiaan kuin puolisoaan, tai toisinaan lastenlasten huolestuminen saattaa pysäyttää miettimään omaa terveyttä.

Läheinen voi tulla ensin yksin lääkärin vastaanotolle keskustelemaan siitä, miten olisi parasta toimia. Tämän jälkeen onkin helpompi tulla vastaanotolle uudemman kerran ja nyt yhdessä. Jos vastaanotolle hakeutuminen ei syystä tai toisesta onnistu tai asiakkaalla on vaikeuksia lähteä liikkeelle, voi vaihtoehtona olla myös ammattilaisen kotikäynti sosiaali- ja lähtyön tai kotihoidon kautta. Kotona voidaan samalla katsoa, miten arki sujuu ja keskustella rauhassa arkeen ja selviytymiseen vaikuttavista muistiongelmista. Luottamuksen kasvaessa, hyvässä ja arvostavassa ilmapiirissä, voidaan vähitellen aloittaa keskustelu myös muistin tilasta ja ohjata asiakas tarkempiin tutkimuksiin.

Helsingin Alzheimer-yhdistyksen Muistineuvolan toimintamalli

Muistinsa tilaa koskeviin selvityksiin voi hakeutua oman kunnan terveyskeskukseen tai kunnassa mahdollisesti toimivaan muistineuvolaan. Muistineuvoloiden palvelut ovat syntyneet

tarpeesta täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, jotta asiakkaat ja heidän läheisensä saisivat yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa mahdollisimman helposti.

Helsingin Alzheimer-yhdistys ry kehitti vuosina 2004–2010 Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamana Muistineuvola-toimintamallin tukemaan terveyskeskusten ja muistipoliklinikoiden toimintaa Helsingissä. Vuoden 2010 jälkeen toiminta on jatkunut ostopalveluna ja osana helsinkiläisen muistipotilaan hoitoketjua. Muistineuvolan vastaanottotoiminta on alkanut vuonna 2005, ja sitä on kehitetty ja laajennettu yhteistyössä Helsingin kaupungin kanssa. Palvelua voi saada kolmessa eri toimipisteessä Helsingin alueella. Toiminta tapahtuu suomen, viron, venäjän ja ruotsin kielellä, ja se on maksutonta. Asiakastyössä toimii neljä muistihoitajaa, jotka ovat saaneet terveydenhoitoalan koulutuksen lisäksi erityiskoulutusta mm. muistisairauksista, CERAD-testin käytöstä ja erilaisista tukipalveluista. Osaamista kehitetään ja tuetaan erityiskysymyksiin liittyvillä koulutuksilla ja muistihoitajien verkostotapaamisilla vuosittain. Vuonna 2011 kävijöitä oli lähes 800.

Asiakkaat tulevat muistineuvolaan henkilökohtaiseen tapaamiseen ajanvarauksella. Lähetettyä ei tarvita, vaan palvelu on ns. matalan kynnyksen toimintaa, jolloin asiakkaan on helppo tulla keskustelemaan itseään huolestuttavasta muistipulmasta. Terveyskeskuslääkäri, terveydenhoitaja tai sosiaalityöntekijä voi myös lähettää asiakkaan muistineuvolaan. Arviointi tilanteesta aloitetaan aina täyttämällä asiakastietolomake, johon kirjataan asiakkaan ilmoittamat muistiongelmat ja muistihoitajan havainnot. On hyvä, jos mukana on joku läheinen tai omainen, joka tuntee hyvin asiakkaan. Omaiselle voidaan antaa muistikysely, johon hän kirjaa läheisensä muistioireita tai läheistä haastatellaan.

Muistihoitaja arvioi ensin haastattelujen ja keskustelun perusteella, tarvitaanko muistitestiä tai millaisesta testistä muistikartoitukset on syytä aloittaa. Tärkeintä on selvittää, miten ja millaisissa arjen tilanteissa asiakkaan selviytyminen on vaikeutunut. Samassa yhteydessä tulee huomioida myös asiakkaan mielialatekijät, koska ne voivat peittää alleen todelliset muistin ongelmat tai niiden hoidon jälkeen muistisairauksista ei ole näyttöä. Mikäli arviointi ja alustavat muistikartoitukset vahvistavat epäilyn muistihäiriöstä, muistihoitaja kehottaa ottamaan yhteyden hoitavaan lääkäriin tai varaa yhdessä asiakkaan kanssa ajan lisätutkimuksiin. Aika varataan omalle terveyskeskuslääkärille. Hän tekee lisätutkimukset, kirjoittaa tarvittaessa lähetteen kaupungin muistipoliklinikalle tai asiakkaan toivomuksesta yksityislääkärille. Asiakirjakopiot toimitetaan hoitavalle lääkäriin aina asiakkaan allekirjoittamalla luvalla.

Joskus huoli voi olla liian aikainen tai muistiongelma niin lievä, että asiakasta pyydetään ottamaan yhteyttä uudelleen esimerkiksi vuoden kuluttua. Myös diagnoosin saatuaan asiakkaalla on mahdollista tulla uudelleen joko muistineuvolan tai yhdistyksen muistihoitajan vastaanotolle saamaan lisätietoa esimerkiksi hoitotuista ja etuuksista (www.muistineuvola.fi ja www.hel.fi/itsehoito).

Alzheimer-yhdistys tarjoaa monenlaista tukea muistisairautta sairastaville ihmisille ja heidän omaisilleen. Ensietuistoja järjestetään neljä kertaa vuodessa. Niissä kerrotaan tarkemmin eri

muistisairauksista ja niihin liittyvistä kysymyksistä. Muisti-iltapäivät ovat yleisölle avoimia tilaisuuksia, ja ne järjestetään kaksi kertaa vuodessa. Lisäksi yhdistyksellä on jo diagnoosin saaneille ihmisille muistineuvontaa, vapaaehtoistoimintaa sekä omaisten ryhmiä, nuorten muistisairauteen sairastuneiden ryhmiä, koulutusta ja luentoja. (Ks. www.alzheimer-hki.com.)

Toimintakyky muuttuu – muuttuuko ihminen?

Toimintakyky jaotellaan yleisesti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueisiin, mutta muistisairautta sairastavalla ihmisellä näihin liittyvät myös kognitiivinen ja oikeudellinen toimintakyky. Toimintakyky, elämänlaatu ja ihmisyyden muodostavat yhdessä keskeiset käsitteet, jotka ovat merkityksellisiä muistisairaiden ihmisten arjen, kuntoutuksen ja hoidon näkökulmista. Fyysisesti hyväkuntoisen, muistisairautta sairastavan ihmisen toimintakyky ei välttämättä riitä itsenäisesti suoritettaviin arjen tehtäviin, kuten kaupassa käyntiin, ruuan laittoon tai pankissa asioimiseen. (Granö ym. 2010.)

Muistisairautta tarkastellaan helposti vain sairaudesta käsin ja unohtetaan toimiva, tunteva, oman elämänhistoriansa kokenut ihminen. Häntä puhutellaan vain potilaan, asiakkaan tai kansalaisen näkökulmista, vaikka ihminen itsessään on sama kuin ennen sairastumistaan.

Ammattihenkilöstön, läheisten ja yhteiskunnan suhtautumisella sairauteen on suuri merkitys. Sairastuneelle henkilölle itselleen on kysymys siitä, miten hän kokee itsensä ja ihmisyytensä osallistuvana yhteiskunnan jäsenenä. Arki ei usein muutu muistisairauden alkuvaiheessa, vaikka henkiset voimavarat saattavat olla hetkellisesti vähissä. Työntekoa tai harrastuksia ei heti tarvitse lopettaa, vaan arki voi usein jatkua täysipainoisena, ja itselleen mieluisia asioita voi tehdä vielä pitkään. Jos muistisairaus on huomattu hyvissä ajoin ja sopiva lääkitys aloitettu, voi toimintakyky pysyä hyvänä useita vuosia.

Muistisairautta sairastavan ihmisen toiveet ja tarpeet ovat samat kuin ennen sairastumistaan. Jokaisen meistä kannattaisi miettiä, mistä oma elämänlaatu rakentuu ja mitkä ovat omat toiveet ja tarpeet. Tällä tavoin voisimme tulla lähemmäksi muistisairaan maailmaa ja ymmärtää, miten arjen ja elämänlaadun palaset jäsentyisivät parhaiten myös hänen kohdallaan. (Eloniemi-Sulkava 2012.)

Sairastuminen etenevään muistisairauteen on haaste ihmisen toimintakyvylle. Sairauden loppuvaiheessa ihminen on usein täysin riippuvainen muiden avusta, koska hänen kykynsä huolehtia itsestään ja tarpeistaan heikkenevät. Jokaisella ihmisellä on kuitenkin oma käsityksensä siitä, mitkä ovat hänen elämänsä kannalta merkityksellisiä ja tärkeitä asioita, joita hän haluaa toteuttaa elämänsä loppuun asti. Siksi sairauden jokaisessa vaiheessa olisi tärkeää huomioida aina ihminen sairauden takana, kartoittaa hänen senhetkiset voimavaransa sekä tukea hänen toimintakykyään ja elämänlaatuaan niiden mukaisesti.

Etenevät muistisairaudet vahingoittavat aivojen eri säätelyalueita ja vaikeuttavat edetessään ihmisen arkiselviytymistä. Yhdeksän kymmenestä muistisairauteen sairastuneesta ihmisestä

kokee myös jossain vaiheessa sairauden tuomia käyttäytymisen muutoksia, joista useimmin käytetään nimitystä käytösoireet. Käytösoireet voivat olla monenlaisia, aina levottomuudesta aggressiivisuuteen, ja niiden taustalta saattaa löytyä useita syitä. Käytösoireiden syitä osataan jo selvittää ja hoitaa niin, etteivät ne välttämättä heikennä ihmisen elämänlaatua sairauden edetessä. Käyttäytymisen muuttumiseen johtavat syyt tulisi selvittää ja kirjata, millaisissa tilanteissa nämä muutokset ilmenevät. Tämän kartoituksen pohjalta tulisi laatia suunnitelma, miten tilanteisiin ja ihmisen tarpeisiin vastataan. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008.)

Käytössä on myös monia erilaisia lääkkeettömiä keinoja, joita voidaan käyttää ennen lääkeshoidon tarvetta tai lääkeshoidon tukena. Turvallinen ympäristö, vuorovaikutuksen parantaminen ja erilaisten kuntoutusmuotojen käyttäminen voivat oikein valittuina ratkaista monta pulmallista tilannetta. Musiikki, taide, liikunta, rentoutus sekä ihmisen elämänhistorian vaiheiden tunteminen ovat kaikki yhdessä hoidon tärkeimpiä kulmakiviä. (Sormunen 2008, 12.)

Ihmislähtöinen, kokonaisvaltainen hoito- ja palvelutoiminta edellyttävät kiinnostusta ihmiseen ihmisenä. Uskallusta olla ihminen, eikä toimia vain ammatillisen suojan peitossa. Tarvitaan taitoa tehdä yhteistyötä muistisairaahan ihmisen ehdoilla ja kykyä toimia yhteistyössä omaisten ja läheisten kanssa. On hyvä muistaa, että pohjana voi käyttää tutkittua tietoa sekä moniammatillista muistisairauksiin perehtynyttä verkostoa. (Eloniemi-Sulkava 2012.)

Muistisairautta sairastavan ihmisen sosiaaliset verkostot

Verkosto käsitteenä on hyvin laaja ja voi tarkoittaa kaikkea, mikä ihmisen toiminnalle on tarpeellista. Keskusteluissa käytetty nimitys verkosto voi nykyisellään merkitä myös maailmanlaajuisista ajatusta ihmisen sosiaalisesta verkostoitumisesta esimerkiksi sosiaalisen median kautta. Sosiaaliset verkostot voidaan nähdä myös positiivisena voimavarana, vastapainona tai niiden voidaan tulkita täydentävän julkisen sektorin toimintoja. (Marin 2003.) Tärkeimmäksi ja haavoittuvammaksi muodostuu lähiverkosto, joka kohtaa omat ja sairastuneen tunteet muistisairaudesta edetessä.

Lähiverkostat liittyvät yleensä sukuun, lapsiin, perheeseen ja ystäviin. Kun diagnoosi on varmistunut, hoitava lääkäri voi olla lähiverkostatossa ainoa henkilö, joka on tietoinen tilanteesta, mikäli ihminen ei halua muiden tietävän sairastumisestaan. Hyvä sosiaalinen verkosto voi muodostua yksinäiselle vaikka entisistä työkavereista tai yhteisöstä, johon hän ennen sairastumisestaan on kuulunut. Heille voi olla jopa helpompi kertoa sairastumisestaan kuin suvulle.

Muistisairauteen liittyy paljon ennakkoluuloja, häpeää sekä epävarmuutta siitä, mitä tulevaisuus tuo tullessaan. Tämä heijastuu ihmissuhteisiin, joissa vuorovaikutus ei sairauden edetessä toimi samalla tavoin kuin ennen. Hämmennys voi lähentää tai etäännyttää ihmisiä, ja verkostat voivat kaventua sairauden edetessä. Toisaalta esimerkiksi vertaistukiryhmistä voi saada uusia ystäviä verkostoonsa. Eräs vertaistukiryhmään osallistuja kuvasi mieliinpainuvasti: ”En halua kertoa tästä kenellekään. Lähisukua ei ole ja muut sukulaiset säälisivät, koska

asun yksin. Ja naapurit voisivat käyttää taudin edetessä minua hyväksi. Hyvä, että minulla on nyt yhdistyksen muistineuvojan numero, jolle voin soittaa jos tarvitsen apua”

Lähiverkostat malli kuvaa niitä henkilöitä, jotka ovat läheisiä ja merkityksellisiä muistisairaahan ihmisen elämänkaaren ja arjen kannalta. Millainen verkosto on sairastumisen hetkellä ja miten se muuttuu sairauden edetessä? Sairauden edetessä muutokset näkyvät sekä verkostatoon kuuluvien läheisten käytöksessä, suhtautumisessa ja toiminnassa suhteessa sairastuneeseen henkilöön, mutta kognition heikentyessä myös muistisairaahan ihmisen suhtautuminen muuttuu. Sisaresta voi tulla äiti ja puolisoista aivan vieras henkilö.

Elämäntilanteet ovat lisäksi erilaisia riippuen siitä, missä vaiheessa elämää muistisairauteen sairastutaan. Muistisairauteen sairastumisen riski lisääntyy myöhemmällä iällä, mutta siihen voi sairastua jo työikäisenä. Työikäisellä saattaa olla eri-ikäisiä lapsia, joiden arjen sujumiseen oman vanhemman sairastuminen voi tuoda monia haasteita. Muistisairauteen sairastuneen on mietittävä, kenelle lähiverkostatoon kuuluvalle sekä miten ja missä vaiheessa kertoo sairautestaan. Voiko mennä työterveydenhoitoon kertomaan muistidiagnoosistaan ja miten työkaverit suhtautuvat työssä sen jälkeen? Voiko jatkaa yhteisössä toimimista ja kertoa sairautesta? Kenelle ystäväistä voi tai haluaa kertoa sairautestaan?



Kuva 3. Muistisairautta sairastavan ihmisen lähiverkosto

Voimme myös ammattilaisina miettiä edellä kuvattuja tilanteita, joita sairastunut ihminen saattaa pohtia tai kysyä. Tunnummeko hänen elämänsähistoriansa, millainen hänen elämänsä on ollut? Mitkä asiat ovat hänelle merkityksellisiä ja keitä on kuulunut hänen verkostoonsa? Ketkä ovat hänelle tärkeitä? Minkälaisia muutoksia muistisairaus on tuonut lähiverkoston kuuluviin ihmisiin ja minkälaisia arjessa selviytymisen haasteita hänellä ja läheisillä on? Ketkä tuottavat hänelle iloa, ja mistä hän ahdistuu? Miten ja ketkä voivat tukea hänen elämänsä mielekkyyttä ja kokemaansa tarkoituksellisuuden tunnetta? (Mukaillen Vuori 2007.)

Avun ja palvelujen tarve lisääntyy sairauden edetessä, eikä oikeiden palvelujen saamista ja etsimistä pidä jättää ainoastaan perheen tehtäväksi. Ammattihenkilöstön velvollisuus on huolehtia kokonaisuudesta ja ennakoita tulevat muutokset sekä auttaa ajoissa palvelujen ja oikeudellisten kysymysten kanssa. Myös perheen ja sairastuneen ihmisen toiveet ja tarpeet tulee huomioida. (Vuori 2007.)

Toimijoiden verkosto on laaja, ja alla kuvatussa mallissa esitetään viralliset tahot, joiden kautta eri palvelut muodostuvat.



Kuva 4. Toimijoiden verkosto

Ammattilainen voi tukea perhettä ja sairastunutta ihmistä ja kannustaa heitä keskustelemaan ajoissa hoitoon ja elämänlaatuun liittyvistä toiveistaan ja ajatuksistaan. Asiat olisi hyvä kirjata ylös hoitotahtolomakkeelle tai omasta elämänsähistoriasta kertoviin itse täytettäviin kirjoihin. Pienilläkin asioilla voi olla suuri merkitys silloin, kun sanat katoavat. Jokainen meistä haluaa tulla kohdelluksi ihmisenä, jolla on oma tahto ja toiveensa sairaudesta huolimatta.

Lähteet

Eloniemi-Sulkava Ulla 2012. Elämänlaatu ja aktiivinen arki, Dosentti, FT, esh Ulla Eloniemi-Sulkavan luento 21.9.2012 Maailman Alzheimer-päivän seminaarissa. Saatavissa: www.alzheimer-hki.com. Muistiseminaarin luennot.

Eloniemi-Sulkava Ulla, Sormunen Saila ja Topo Päivi (toim.) 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Sormunen Saila & Topo Päivi, Laadukkaat dementia palvelut – opas kunnille. Helsinki: Gummerus.

Erkinjuntti Timo, Hietanen Marja, Kivipelto Miia, Strandberg Timo, Huovinen Maarit, 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki: WSOY.

MuistiAvain-opas, 2011. Helsingin Alzheimer-yhdistys ry. www.alzheimer-hki.com.

Härmä Heidi, Hänninen Ritva ja Suhonen Jaana. 2010. Muisti kuormittuu ja kaipaa huoltoa. Teoksessa Härmä H. ja Granö S. (toim.). Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WS-OY, 100–290.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Marin Marjatta 2003. Sosiaaliset verkostot. Teoksessa Marin Marjatta & Hakonen Sinikka (toim.). Seniori- ja vanhustyö arjen tukena. Jyväskylä: PS-kustannus, 72–91.

Suhonen Jaana, Rahkonen Terhi, Juva Kati, Pirttilä Tuula, Erkinjuntti Timo. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa Erkinjuntti Timo, Rinne Juha, Soininen Hilikka (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Virtanen Petri, Suoheimo Maria, Lamminmäki Sara, Ahonen Päivi ja Suokas Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes.

Vuori Ulla ja Sirkkaliisa Heimonen (toim.) 2007. Tue muistisairaan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen dementia yhdistys ry. (nyk. Suomen muistiasiantuntijat ry.)

3 YTIMESSÄ IHMISEN EKSISTENSSI - VUOROVAIKUTUS MUISTISAIRAAN IHMISEN JA TYÖNTEKIJÄN VÄLILLÄ

Johdanto

*”Meri on levoton, meri on sydän, huokaus rauhaton ulapan syvän,
syöksyn sen myrskyihin kuuhuun ja tyrskyihin, kaipaus loputon minua vie.
Kun saapuu yö, sydän kuiskaa minne, miksi me aavalla ajelehdimme,
mikä on suuntamme, minne se vie, merien valtias sinun on tie.
Kun saapuu yö, sydän kuiskaa minne, milloin me saavumme perille sinne,
missä myös rauhaton levätä saa, on taivaan rannassa kaipuuni maa.
Meri on levoton, meri on sydän, mistä saa toivoton auttajan hyvän?
Sattuman summien, tuulien tummien arvoitus loputon minua vie.
Kun saapuu yö, sydän kuiskaa minne, miksi me aavalla ajelehdimme,
mikä on suuntamme, minne se vie, merien valtias sinun on tie.
Kun saapuu yö, sydän kuiskaa minne, milloin me saavumme perille sinne,
missä myös rauhaton levätä saa, on taivaan rannassa kaipuuni maa...”*

(Anna-Mari Kaskinen n.d.)

Edellä oleva ”Meri on sydän” -musiikkikappaleen sanoitus kuvaa symbolisella tavalla ihmisen elämäntaivalta. Kukin meistä purjehtii oman elämänsä merellä – kuka myrskyssä, kuka tyvenessä – kohti omaa kotisatamaansa. Kotisatamansa jokainen määrittelee itse, mutta kielikuvana se sopii mainiosti tarkoittamaan ihmiselämän päätepidettä. Harvoin ikääntyvä lähestyy elämänsä ehtoota täysin vahingoittumattomin purjein, useimmiten paremminkin haaksirikkojen ja elämän koettelemusten läpi. Olivatpa ikääntyneen revenneiden purjeiden syynä tavanomaiset ikääntymismuutokset, muistisairaus, masennus tai elämän menetykset, kaipaa hän kuitenkin rinnalleen laulun sanoin ”auttajaa hyvää”. Ikäihmisen ja muistisairaana hyväksi auttajaksi voi asettua sekä auttavassa vuorovaikutuksessa oleva sosiaali- ja terveysalan ammattilainen että laulussa viittauksen kohteena oleva tuonpuoleinen. Auttamisessa keskeistä on auttajan ja autettavan välinen suhde (ks. Pietilä ym. 2010), jota tässä artikkelissa tarkastelen ikääntyneen muistisairaana ja hänet kohtaavan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Artikkelin perustuu vuorovaikutusta kuvaavaan kirjallisuuteen, aihealueen tutkimukseen ja vanhustenhoidon eettisiin suosituksiin. Taustalla vaikuttaa vahvasti oma tutkimustyöni ihmisen henkisydestä ja hengellisyydestä (Karvinen 2009).

Tässä pohtivassa artikkelissa tarkastelunäkökulmani on sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen kyky kohdata muistisairas asiakkaansa kokonaisvaltaisesti. Paradigmani premisseihin lukeutuu ajatus siitä, että ikääntyneen muistisairaana asiakkaan keskeisiin tarpeisiin kuuluu tarve tulla kohdatuksi kokonaisena ihmisenä (Pietilä ym. 2010). Tausta-ajatukseni on, että käsityksemme ikääntymisestä vaikuttaa tapaan, jolla kohtaamme muistisairaana ihmisen hänen jokapäiväisen elämänsä tilanteissa, joko omassa kodissaan tai palveluasumisen tai muun laitoshoidon piirissä. Tässä artikkelissa esittämäni käsitykseen ikääntymisestä vaikuttaa

Viktor Franklin (Frankl 1985) ajatus ihmisestä perimmäiseltä luonteeltaan henkisenä olentona. Tarkastelen kirjoituksessani muistisairaana ihmisen kohtaamista hyödyntäen tätä ajatusta sekä erilaisia filosofisia tausta-ajatuksia ihmisenä olemisesta. Lopuksi kuvaan yhden vanhemisteorian kautta muistisairaana kohtaamista kokonaisvaltaisena vuorovaikutustilanteena.

Kärsimys – hyväksyttävä osa ihmisen elämää

Leppänen (2000) tutki Pro gradu -työssään 85-vuotiaiden kokemuksia ikääntymisestä. Tuloksissa todetaan, että ikääntymistä tarkastellaan usein niin sanotun kurjistumisperspektiivin näkökulmasta, jolloin ikääntymiseen liitetään monia negatiivisia tunnuspiirteitä. Tällaisia tunnuspiirteitä ovat muun muassa toimintakyvyn heikkeneminen tai ikääntyvän autonomian kaventuminen. Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä kuitenkin siirrytään melko pian kuvaamaan, postmodernin ajattelutavan mukaisesti, ikääntymiskehitystä lähinnä menestyksekkäänä tai hyvänä ikääntymisenä. Huomionarvoista on, että tutkimuksessa haastatteluihin osallistuneet ikäihmiset kuvasivat ikääntymiseen liittyvän kuitenkin runsaasti juuri negatiivisia tekijöitä.

Ennen ikääntyneen ja työntekijän vuorovaikutussuhteen pohtimista onkin mielestäni syytä pohtia ikääntymiskehitykseen liittyvää näkökulmamuutosta postmodernissa yhteiskunnassa. En vastusta tätä positiivista näkökulman muutosta, mutta tässä kirjoituksessani kyseenalaistan käytännön, jossa ikääntymistä tarkastellaan vain menestyksekkäänä tai hyvänä ikääntymisenä, ja kyselen, mitä tämän lähestymistavan kääntöpuolelle jää. Ikääntymisen tarkastelua menestyksekkäänä tai hyvänä ikääntymisenä puoltaa toki yleisesti yhteiskunnassamme koettu vähittäinen, mutta myönteinen asennemuutos suhteessa ikääntymiseen. Ennakoluulot ikääntymistä kohtaan ovat vähentyneet, mikä on tarjonnut myös aiempaa positiivisemmän mielikuvan ikääntyneiden parissa tehtävästä työstä. Samalla tämä muutos on kuitenkin mielestäni myös pinnallistanut ikääntymiskehityksen tarkastelua ja vähentänyt tässä tarkastelussa ikääntymiseen keskeisesti kuuluvan eksistentiaalisen tason pohdintaa. Käsitykseni mukaan ikääntymisen tematiikan käsittely onkin nyky-yhteiskunnassa polarisoitunut kahdeksi ääripääksi.

Yhtäältä ikääntyminen nähdään torjuttavana biologisena muutoksena, jolloin ajattelussa korostuu kehitysoptimismi ja biologisen ikääntymisen hidastaminen erilaisin keinoin (Tilvis 2011). Tällaisessa ajattelussa myös sosiaali- ja terveysalan vanhuspalvelut keskittyvät lähinnä ihmisen välittömiin fyysisiin tarpeisiin (ks. Wallin 2005). Hyvää puolustavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ovat nostaneet keskustelussa esille pyrkimyksensä ikääntyneen autonomian ja pärjäämisen korostamiseksi. Tällöin keskustelussa korostetaan ikäihmisen myönteistä elämänhallintaa, sosiaalista aktiivisuutta, luottamuksellisia ystävyyssuhteita ja harrastuksia (Pitkälä 2011), joilla onkin terveyttä ja hyvinvointia edistävä vaikutus.

Toisaalta kyselen tässä kirjoituksessani, voidaanko ihmiselämän ilmiöitä, kuten ikääntymistä tai sairautta, pelkistää yltyöpositiivisesti vain biologiseksi ja hoidettavissa oleviksi haasteiksi? Voidaanko elämän ajatella olevan hallittavissa sen kaikissa vaiheissa vai menetämmekö

elämään kätkeytyvän surun, tuskan ja kärsimyksen sisältämän mahdollisuuden ihmisen inhimilliseen, henkiseen ja hengelliseen kasvuun tehdessämme tällaisia pelkistyksiä? Tällaisen keskustelunavauksen tekemisessä on toki väärinymmärryksen mahdollisuus. En nimittäin väitä, että kärsimys, sairaus, tuska tai tässä tapauksessa ikääntymiseen liittyvät negatiiviset ikääntymiskokemukset sinänsä olisivat positiivinen tai tavoiteltavissa oleva asia. Sen sijaan korostan, että ne ovat kuitenkin elävässä elämässä totta. Niinpä kysyn, pysähdymmekö sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä ja ikääntymistä koskevassa tutkimuksessa riittävästi tutkimaan näihin ilmiöihin liittyviä ihmisen kasvun ja eheytyksen mahdollisuutta. Tämän diskurssin vivahde-erot johtuvat ehkä perimmiltään erilaisista ihmiskäsitysten painotuksista. Mikäli ihmisen kasvuun uskotaan, kasvunpaikat tunnistetaan ja niitä arvostetaan, tällä on merkittävä vaikutus myös siihen, miten ikääntynyt muistisairas ihminen kohdataan, sekä siihen, millainen vetovoima tällaisella työllä on.

Ikääntyminen ja ihmisyyden

Vanhaan ortodoksiseen ja itäiseen perinteeseen kuuluva sanonta siitä, että ihmisen on hyvä alati pitää silmiensä edessä oma kuolemansa (Johannes Apamealainen n.d.) voi nykyihmisenä tuntua ajatuksena vieraalta ja jopa pelottavalta. Ajatus sisältää kuitenkin kauniin totuuden siitä, että oman kuolemansa eli rajallisuutensa tunnustamalla ihminen saa käyttöönsä täyden henkisen kapasiteettinsa. Kuoleman läheisyys liittyy väistämättä ajatukseen ikääntymisestä ja muistisairaudesta, sillä perimmiltään ihmisen kognitiivisten toimintojen heikkeneminen on osa ihmisen jatkuvaa kuolemissa prosessia. Hahon (2009) mukaan voidaan myös sanoa, että ikääntyminen oikeastaan lisää ja syventää ihmisen henkistä ja psyykkistä kapasiteettia. ”Muistamaton tai tajuton vanhus tarvitsee”, Hahon mukaan, ”inhimillistä kohtaamista”, ”sillä toisen ihmisen kohtaaminen on ainoa yhteys inhimillisyyteen”. Ikääntyminen ja siihen liittyvä muistisairaus siis parhaimmillaan kristallisoivat ihmisen todellisen minän, eli sen, mitä ihmisyyden oikeastaan on. Muistisairaus osoittaa ihmisyyden olevan materiaton eksistenssi, ei niinkään kehollisuutta, kuten fyysisiin tarpeisiin orientoitunut hoitotyö usein korostaa. Siksi ikääntymisen kautta tarkasteltu ihmisyyden kiteytyy aina suhteeksi johonkin, sillä pitkälle edennyt muistisairaus osoittaa ihmisen tarpeen toisen ihmisen läsnäoloon. Vaikka hoidettavana tai ”toisten armoilla” olemiseen liitetään usein negatiivinen sävy, se osoittaa kuitenkin pohjimmiltaan ihmisen kauniin eettisen pohjavireen – riippuvuuden toisen toisistamme, riippuvuuden suhteesta toiseen. Siksi viimeaikaisessa sosiaali- ja terveysalaa koskevassa keskustelussa ei ole turhaan sivuttu kysymystä siitä, onko rakkaus lopulta voima, joka todellisuudessa kykenee muuttamaan myös näiden alojen työtä (ks. Fetzer Advisory Council Health Professions 2012).

Parhainta ihmisyyttä ei voida näkemysni mukaan saavuttaa ilman ikääntymistä ja siihen liittyvää kypsymistä. Musiikkikappaleessa ”Ruskan värit” todetaan, että syksyn hedelmiä ei voida poimia vielä keväällä. Kielikuvan kautta tämä muistuttaa meitä siitä, että ikääntymisen negatiivisiin muutoksiin liittyy jotakin sellaista, mikä perimmäiseltä luonteeltaan oleellinen ja tärkeä osa ihmisen kehittymistehtävän täyttymistä (ks. Leppänen 2000; Tilvis 2011). Muistisairaana ihmisen kohtaavalla työntekijällä on etuoikeus seisoa ikääntyvän

rinnalla hänen kulkiessaan kohti omaa kotisatamaansa. Kaiken muun unohtuessa haave rinnalla kulkijasta ei kuitenkaan katoa. Samaan aikaan auttajalla on mahdollisuus kasvaa ikääntyvän ihmisen rinnalla kohti oman kehittymistehtävänsä täyttämistä:

*”Vaikka tietäisi, pääsky pesänsä syksyn tuuliin poikaset menettävänsä,
niin siksikö niitä se lentoon ei opettaisi, noista hetkistä nauttia saisi - ja rakastaisi.
Vaikka tietäisi koivu oksiltaan, kesän jälkeen nuo lehväset kadottavansa,
niin siksikö lehtiin se ei puhkeaisi, suven tuulessa huojua saisi ja rakastaisi.
Tuon kasvun haikean tuskan, senkö antaisin pois?
Eihän kukkia ruskan, vielä keväällä poimia vois’.
Muut vaikka pois unohtaisin, säilyy haaveeni tuo,
jospa rinnallaisaisin värit syksyn vain kokea nuo.”*
(Koivusalo n.d.)

Ikääntyvän ihmisen eksistentiaalinen olemus ja kokonaisvaltainen kohtaaminen

Ikääntyvän eksistentiaalista olemusta ei ole vanhenemisteorioissa pohdittu kovin laajasti, mutta se kuitenkin huomioidaan esimerkiksi gerotranssendenttiteoriassa (Wadensten & Carlsson 2002). Tämän teorian mukaan vanhuuden ajatellaan olevan ajanjakso, jossa yksilöllä on mahdollisuus tunnistaa itsensä osana kosmista ja yliaistillista todellisuutta. Tällöin yksilö identifioidaan enemmänkin ajasta ja paikasta riippumattomaksi kuin näistä riippuvaiseksi. Tällöin siis kehon merkitys määrävänä tekijänä vähenee ja mahdollisuus kosmiseen osallisuuteen lisääntyy. Prosessiin liittyy tarve mietiskelyyn ja valittuun yksinäisyyteen. Valittu yksinäisyys on muuta kuin yksinäisyys, jolle niin moni ikääntyvä tahtomattaan altistuu. (Wadensten 2007; Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007.) Pohjimmiltaan gerotranssendenttiteoria muistuttaa, tämän kirjoitukseni tavoin, ikäihmisen kokonaisvaltaisen kohtaamisen merkityksestä. Maailman terveysjärjestön mukaan ihminen on jakamaton kokonaisuus, jolla on sekä sosiaalisia, kehollisia että psyykkisiä tarpeita. Tähän liittyen gerotranssendenttiteorian voidaan ajatella avaavan myös keskustelun siitä, millainen osuus ikääntyneen henkisillä ja hengellisillä tarpeilla ja näiden tarpeiden tukemisella voisi olla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Usein ikääntyneen henkisten ja hengellisten tarpeiden ajatellaan täyttyvän sarjassa sairaalapaapin käyntejä tai sakramenteja. Anthony de Mellon (2004) mukaan ihmiset ja heidän tarpeensa kuitenkin muuttuvat ajan mukana, ja tämä johtaa väistämättä myös hengellisyyden muuttamiseen aikojen saatossa: ”Mikä oli hengellisyyttä kerran, ei välttämättä ole sitä enää. Se mikä yleensä tunnetaan hengellisen elämän nimellä, on vain kokoelma muinaisia opetuksia” (emt, 15), toteaa de Mello. Pohdittavaksi jääkin, kuinka hyvin sosiaali- ja terveysalan henkilökunta osaa tunnistaa, arvioida ja toteuttaa vanhusten henkisiä ja hengellisiä tarpeita. Kun vanhus tai muistisairas ihminen ymmärretään ennen kaikkea yksilöksi, henkiseksi olennoksi ja arvokkaaksi sinänsä, näyttää siltä, että sosiaali- ja terveysalan henkilöstön auttamisen välineet ovat osin hukassa. Tekninen hoitaminen sen sijaan osataan useimmiten moitteettomasti. Painopisteen siirtyminen teknisestä hoitamisesta eksistenssin huomioimiseen on mielestäni vastaus myös hyvän vuorovaikutuksen kysymykseen.

Arvokkaan ja kokonaisvaltaisen muistisairaahan kohtaamisen ja vuorovaikutustilanteen tarkoituksena on tukea ikääntynyttä oman elämänsä tarkoituksellisuuden kokemisessa. Koskisen (2006) mukaan elämän tarkoituksellisuus on ”tunne tai kokemus siitä, että elämä on mielekästä ja elämisen arvoista”. Kun vanhus kokee elämänsä tarkoitukselliseksi, hän ”kokee sen jonkin kautta”. Elämän tarkoituksellisuutta voidaan siis näkemykseni mukaan lisätä tai vähentää, vaikka tutkimuksen mukaan tarkoitukselliseksi koetut elämänsisällöt ovatkin koti, perhe, luonto, ystävät, harrastukset ja uskonto. Elämän tarkoituksellisuus on siis ikääntyvän ”tunne tai kokemus” (emt, 5). Koskisen (2006) mukaan ihminen luo oman hyvän elämänsä, mutta lisäksi vielä, että muistisairaahan vanhuksen kohtaava työntekijä voi olla luomassa hyvän elämän elementtejä ja elämän tarkoituksellisuutta oman toimintansa kautta. Vanhuus ei automaattisesti siis tarkoita elämän merkityksellisyyden kaventumista, vaan tarkoituksellisuus voi myös lisääntyä merkittävästi. Arvokas kohtaaminen ja ihmisen eksistentiaalisen luonteen huomioiminen lisää käsitykseni mukaan tarkoituksellisuuden tunnetta.

Eettinen tehtävä - ihmisen aito kohtaaminen

Haho (2009) kirjoittaa vanhuksen kohtaamiseen liittyvässä artikkelissaan, että ikääntyminen on luopumisen aikaa. Luopuminen materiaalisesta maailmasta, toimintakyvystä tai oman kehon toimintojen hallitsemisesta saattaa meidät silmätysten niiden tosiasioiden kanssa, joita emme voi menettää. Näitä ovat ihmisen eksistentiaalinen minuus, ihmisyyys ja ihmisen arvomaailma, joka ei katoa, vaikka arvojen ilmaisemisen mahdollisuus menetettäisiin. Arvostammeko muistisairaahan, kognitiivisesti heikentyneen, ehkä jopa puhekyvyttömän ikääntyneen perimmäistä ihmisyyttä niin paljon, että kykenemme konstruoimaan jokaisesta kanssakäymistilanteesta aidon kohtaamisen? Kysymys muistuttaa siitä, että ikääntyneiden muistisairaiden kanssa tehtävä työ on vaativa eettinen tehtävä, jossa jokainen arjen pienikin teko kääntyy lopulta eettiseksi pohdinnaksi.

Muistisairaiden ihmisten kanssa tehtävästä työstä voitaisiinkin siis helposti sanoa, että se ei ole sitä, miltä se ensisilmäyksellä näyttää. Se saattaa näyttäytyä lääkehuollon, ravitsemuksen, hygieniasta huolehtimisen tai haavanhoidon tehtävinä. Mikäli työ muistisairaiden parissa nähdään tällä tavoin typistyneenä hoidollisten toimintojen sarjana, on ymmärretty vain pieni osa hyvän hoiva- ja hoitotyön paradigmasta. Muistisairaahan kanssa tehtävä työ on kuitenkin ennen kaikkea hänen rinnallaan kulkevaa lähimmäisyyttä, jossa korostuvat esimerkiksi Watsonin (ks. esim. Watson 2008) mainitsevat humanistiset huolenpitotyön arvot ja periaatteet: armahtava lähimmäisyys, aito läsnäolo ja avoimuus oppimisen ja eheytyksen ihmeelle. Tällöin muistisairaahan ihmisen kohtaaminen ja hoitaminen vaativat sekä suurta eettistä herkkyyttä että sensitiivisyyttä ihmisyyden peruskysymyksille.

Uskallus olemiseen – muistisairaahan kohtaamisen keskeisin elementti

Mikä sitten on muistisairaahan vanhuksen ja työntekijän välisen vuorovaikutussuhteen keskeisin päämäärä? Ajattelen, että kysymyksenasettelu on oikeastaan virheellinen. Ei ole olemassa mitään erityistä vuorovaikutusta juuri ikääntyvän ja työntekijän, tai tämän taikka tuon asiakasryhmän ja työntekijän välillä. Tällainen ajattelu perustuu ajatukselle väärenlaisesta

toiseudesta, jossa yhteinen kohtaamismaailma sirpaloituu (ks. Pietilä ym. 2010). Ihmisen kohtaamisen ja yhteyden luomisen keskeisin elementti kaikissa kohtaamistilanteissa näyttäisi olevan ihmisen arvokkuuden kokemuksen luominen ja tukeminen.

Hahon (2009) mukaan arvokkuuden tunne on inhimillisistä kokemuksista merkityksellisin. Arvokkuuden tunnetta tuetaan kuuntelemalla, ottamalla ikääntyvä ihminen mukaan päätöksentekoon ja käyttäytymällä häntä kohtaan hienovaraisesti. Toimijuuden edistäminen ja autonomian lisääminen ovat avainasemassa (Pietilä ym. 2010). Mielenkiintoista on oikeastaan siis se, että arvokas vuorovaikutus ei juuri näytä olevan kiinni siitä kenet kohdataan, vaan siitä, miten minä kohtaan hänet, jonka kohtaan. Kyse on siis kohtaamisen ja läsnä olemisen laadusta. Tällä tavoin myös haasteellista kohtaamis- tai vuorovaikutustilannetta pohtiessaan tulee myös väistämättä oikeastaan pohtineeksi omaa itseään. Muistisairas ihminen on työntekijälle usein oiva peili: se, mitä olet tänään, heijastuu sinulle kohtaamistilanteessa. Syyllistämättä ketään voidaan todeta, että usein haasteellisen kohtaamistilanteen ongelma ei ole muistisairaassa ihmisessä vaan työntekijässä. Vanhuksen elämäntarinan tunteminen, siihen perehtyminen ja siihen heittäytyminen auttavat useimmiten ymmärtämään haasteellisia kohtaamisia (ks. ETENE 2008).

Heikkinen (2010) kirjoittaa populaariartikkelissaan ”Täydellinen vanhustenhoito – millaisen vanhuuden sinä haluaisit?”, kuinka Pappilanlammen vanhainkodissa löydettiin haastavan muistisairaahan ihmisen käyttäytymiselle selitykset hänen elämäntarinastaan. Suihkusta kieltäytyneen vanhuksen pesut onnistuivat vasta, kun lapsuudesta tutut pesuvadit otettiin käyttöön. Kiinnostus ihmisen elämäntarinaa kohtaan osoittaa kunnioitusta häntä kohtaan. Elämäntarinan kuuleminen taas vaatii aitoa kiinnostusta ja uskallusta intensiiviseen läsnäoloon.

Valtakunnallisen hoidon eettisiä kysymyksiä pohtivan työryhmän jäsenen, Pahlmanin (2008) mukaan, ikääntyvän eettisessä kohtaamisessa keskeistä on ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. Muita tunnuspiirteitä ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä oikeus hyvään hoitoon, huolenpitoon, hyvään elämään ja hyvään kuolemaan. Mitä tällainen eettinen kohtaaminen tarkoittaa ikääntyvän muistisairaahan ihmisen ja henkilökunnan välisessä vuorovaikutuksessa? Ajattelen, että hyvän vuorovaikutuksen lähtökohdaksi vanhuksen kohtaamisessa on oman rajallisuuden tunnistaminen ja tunnustaminen, johon jo aiemmin tässä kirjoituksessani viittasin. Aluksi voidaan rehellisesti tunnustaa, että ideaalitila ei aina toteudu. Nykyinen yhteiskunnallinen diskurssi ei tosin kannustakaan tähän. Yhteiskunta, joka arvostaa tehokkuutta, nuoruutta, rypyttömyyttä ja rajatonta interaktiota ajasta ja paikasta riippumatta, ei tällä hetkellä kykene tunnustamaan, että rajojen piirtäminen on inhimillisen selviämisen kannalta elintärkeää. Niinpä inhimillinen kohtaaminen vaatiikin ennen kaikkea rajallisuuden tunnustamista, ja auttajajan oman rajallisuuden tunnustaminen johtaa hänet istumaan lopulta muistisairaahan vanhuksen vierellä – aivan hiljaa. Vuorovaikutus pelkistyy terveellisen rajallisuuden tunnustamiseksi, joka Björklundin (2006) mukaan on oikeastaan voimattomuuden tunnustamista. Rajallisuutensa tunnustamalla ihminen voi olla toiselle ihmiselle aidosti läsnä. Björklund kuvaa tätä artikkelissaan seuraavasti:

”Voimattomuus on kohtaamisen raskain ja ehdottomasti vaikein tunne. Niinä kertoina, joina tunnen voimattomuutta, en voi edes sanoa, että se ei koske minua. Minut on jo vedetty sisälle kivun huoneeseen enkä löydä ulos. Tietämättä oikein kuinka, ajattelen, että minun kuitenkin täytyy olla siellä. Uskaltaa viipyä ja odottaa keskellä voimattomuutta. Uskaltaa olla se joka ei osaa, ei tiedä eikä ymmärrä. Rohkeus ja uskallus pysyä ihmisen luona, kun ei ole toivoa eikä tulevaisuutta, on suurinta mitä voimme tehdä toisillemme. Rohkeus viipyä kun mitään ei ole tehtävissä.” (Björklund 2006, 114–115)

Lopuksi

Mitkä olisivat muistisairaahan vanhuksen ja työntekijän välisen hyvän vuorovaikutussuhteen elementit? Ensinnäkin hyvän vuorovaikutuksen syntymisen edellytys näyttäisi olevan kuunteleminen, kuuleminen ja tilan antaminen. En viittaa tässä edes niinkään muistisairaahan kuuntelemiseen, vaan aluksi sairauden sanoman kuuntelemiseen, sillä sairauden kuunteleminen on osa aiemmin kuvattua rajallisuuden tunnustamista. Tästä sairauden puheen kuuntelemisesta Hämeen-Anttila (2006) toteaa:

”Sairaus puhuu myös muille, ennen muuta niille, jotka auttavat sairasta. Sairauden sanoma toisille on osin täysin sama kuin sairaalle itselleen. Toisen sairaus ei ole pelkkä taakka, vaan myös kasvun mahdollisuus. Se antaa tilaisuuden pohtia omaa suhdetta sairauteen, kuolemaan ja elämän arvoihin. – Empatia onkin auttajan tärkein ominaisuus. Auttaja auttaa jo pelkästään kuuntelemalla tarkasti sairaan ja hänen sairautensa puhetta.” (Hämeen-Anttila 2006)

Toiseksi hyvän kohtaamisen elementteihin näyttäisi kuuluvan ihmisen ymmärtäminen ennen kaikkea henkisenä olentona (Frankl 1959). Vaikka keho on tärkeä ja sairaus runtelee juuri kehoa, ei ihminen kuitenkaan ole vain siinä. Ihminen ja ihmisyyys ovat jotakin paljon syvempää. Puchalskin ja Ferrelin (2009) mukaan tutkimus antaa viitteitä siitä, että ihmisen henkisen ja hengellisen olemuksen tunnustaminen parantaa lopulta myös sosiaali- ja terveyspalveluiden laatua. Näissä palveluissa mitataan usein nyt vain ihmisen fyysisiä terveystarpeita. Palvelujen laatuun kuuluu ihmisen arvokas kohtaaminen.

Kolmanneksi hyvä kohtaaminen tiivistyy kokemukseen elämän tarkoituksellisuudesta. Muistisairaahan eri vaiheissa elämän tarkoituksellisuus tarkoittaa erilaisia asioita. Kohtaamisen avulla voidaan kuitenkin konstruoida elämän tarkoitus jokaisessa hetkessä, arjen pienissä teoissa. Toiveenani on, että katsoessaan elämässään taaksepäin sekä muistisairas ihminen että hänen hoitajansa voisivat todeta elämän olleen riittävän hyvää.

Lähteet

Björklund, Lars 2006. Rohkeus olla tekemättä mitään. Teoksessa K. Aalto, A.-L. Tiihonen, M.-P. Virtaniemi & S. Ylikarjula (toim.). Sielunhoidon aikakauskirja. Toivo 19. Helsinki: Kirkon sairaalasielunhoito, Kirkon perheasiat, Kirkon koulutuskeskus, 109–118.

De Mello, Anthony. 2004. Oikea hengellinen elämä. Kuuletko linnun laulun? Helsinki: Trimeeri.

Fetzer Advisory council health Professions 2012. Love. Forgiveness. Compassion. Kalamazoo, MI: The Fetzer Institute.

Frankl, Viktor 1985 (alkuperäisteos 1946). Man’s search for meaning. Washington: WSP.

Haho, Annu 2009. Vanhuksen kohtaamiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Sairaanhoidtaja (9) 2009. Saatavilla http://www.sairaanhoidtajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidtaja-lehti/9_2009/etiikka/vanhuksen_kohtaamiseen_liittyvia/. Luettu 14.2.2013.

Heikkinen, Susanna 2010. Täydellinen vanhustenhoito – millaisen vanhuuden sinä haluaisit? Suomen Kuvalehden verkkoversio 9.12.2010. Luettu 23.8.2011.

Hämeen-Anttila, Virpi 2006. Sairauden puhuttelevuus. Teoksessa K. Aalto, A.-L. Tiihonen, M.-P. Virtaniemi & S. Ylikarjula (toim.): Sielunhoidon aikakauskirja. Toivo 19. Helsinki: Kirkon sairaalasielunhoito, Kirkon perheasiat, Kirkon koulutuskeskus, 40–47.

Johannes Apamealainen n.d. Kuoleman muistaminen. Kääntänyt syyriasta Serafim. Saatavilla: http://www.ortodoksi.net/index.php/Kuoleman_muistaminen. 4.10.2012.

Karvinen, Ikalu 2009. Henkinen ja hengellinen terveys – Etnografinen tutkimus Kendun sairaalan henkilökunnan ja potilaiden sekä Kendu Bayn kylän asukkaiden henkisen ja hengellisen terveyden käsitteistä. Kuopion yliopiston julkaisuja. D, Lääketiede, no 451.

Kaskinen, Anna-Mari n.d. Meri on sydän. Saatavissa: <http://www.petrilaaksonen.net/mcrlionsydan.html>

Koponen, Hannu; Viilo, Kaisa; Hakko, Helinä, Särkioja, Terttu; Timonen, Markku & Räsänen, Pirkko 2006. Vanhuksen itsemurha ja sen riskitekijät. Suomen lääkärilehti 19 (61), 2097–2101.

Koponen, Hannu & Leinonen, Esa 2008. Iäkkään masennus: tunnistaminen ja hoito. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos: Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 132–143.

Koskinen, Simo 2006. Kohtaaminen sosiaaligerontologisen tutkimuksen valossa. Elämän tarkoituksellisuuden kokemuksen merkitys vanhuudessa. Luento validaatiosta Tunne Vaan -juhlaseminaarissa Tampereella 2006. Saatavissa: http://www.tampereenkaupunkilahetys.net/filearc/7_Koskinen.pdf Luettu 09.10.2012.

Leppänen, Maarit 2000. Sopeutuminen onnistuneen vanhenemisen viitekehityksessä: 85-vuotiaiden ikääntymiskokemuksia. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos.

Pahlman, Irma 2008. Vanhus ja hoidon etiikka. ETENE. Seminaariesitys, saatavilla: http://www.socom.fi/dokumentit/Vanhustyö/vanhuskehä/loppuseminaari/vanhuus_ ja_hoidon_etiikka.pdf luettu 9.10.2012.

Pietilä, Minna; Heimonen, Sirkka-Liisa; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Savikko, Niina, Köykkä, Terhi; Sillanpää-Nisula, Heli, Frosti, Sonja & Saarenheimo, Marja 2010. Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Gerontologia* 3/2010, 261–266.

Pitkälä, Kaisu 2011. Terveen vanhenemisen ennustekijät. *Professori Kaisu Pitkälän* luento Studia Generalia -luentosarjassa 3.2.2011. Tilaisuuden teemana ikä ja terveys. <http://blogs.helsinki.fi/studiageneralia/2011/02/03/kaisu-pitkala-terveen-vanhenemisen-ennustetekijat/>

Tiikkainen Pirjo 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa T.-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita, 146–168.

Tilvis, Reijo 2011. Voidaanko vanhenemista hidastaa? Professori Reijo Tilviksen luento Studia Generalia -luentosarjassa 3.2.2011. Tilaisuuden teemana ikä ja terveys. 19.8.2011. <http://blogs.helsinki.fi/studiageneralia/2011/02/03/reijo-tilvis-voidaanko-vanhenemista-hidastaa/>

Wallin, Johan 2005. Yksityisen sektorin puheenvuoro. Teoksessa M. Vaarama ja S. Koskinen (toim.) *Toinen kansallinen ikääntymisen foorumi 11.11.2005*, 28–31. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus: Helsinki. Saatavissa: http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/5FCDF0D5-CB31-417A-B0A8-D56471B9BD0E/0/kansallinen_ikaantymisfoorumi2005.pdf

Wadensten, Barbro & Carlsson, Marianne 2002. Theory-driven guidelines for practical care of older people, based on theory of gerotranscendence. *Journal of advanced nursing* 41 (5), 462–470.

Watson, Jean 2008. *Nursing. The philosophy and science of caring*. Uudistettu painos. Boulder, Colorado: University Press of Colorado.

Merja Kaivolainen

4 OMAISHOITO MUUTTAA ELÄMÄN

Omaishoitaja on yleiskone, häkkilintu ja roskalaatikko. Nämä omaishoitajien käyttämät veratukset kertovat arjesta, jossa huumori auttaa jaksamaan, mutta joka toisaalta voi kuluttaa omaishoitajan voimavarat loppuun. Omaishoitajuuden lähtökohdista on elämänmuutos, menetyksen kokemus. Omaishoitaja on menettänyt puolisonsa, lapsensa, vanhempansa tai jonkun muun läheisensä sellaisena kuin on tottunut hänet kohtaamaan. Samalla hän on menettänyt myös osan omaa ja perheensä tulevaisuutta koskevista suunnitelmistaan ja unelmistaan. Mielikuva itsestä, omasta perheestä ja tulevaisuudesta on rakennettava uusista lähtökohdista.

Perhe-elämän muuttuminen läheisen sairastumisen myötä on tuonut ihmisuhteisiin uuden ulottuvuuden – hoitamisen – ja sen myötä omaishoitajan vastuulle uusia tehtäviä. Omaishoitaja joutuu nopeassa tahdissa hankkimaan ja omaksumaan uusia tietoja ja taitoja. Harjoitteluaikaa ei juuri ole, moni asia opitaan kantapään kautta. Vaikka uuden oppiminen ja selviytymiskokemukset voivat olla palkitsevia ja innostavia, voi elämäntilanne tuntua omaishoitajasta kohtuuttomalta. Liiallisiksi koettujen vaatimusten, odotusten ja vastuun edessä saattaa tuntua, että on menettänyt otteen elämästään. Arjesta selviytyminen vie voimavarat ja samalla yhteiskunta tulee sisään ovista ja ikkunoista vaatien hakemuksia ja lausuntoja, todisteita hoitamisesta ja sen raskaudesta.

Huoli hoidettavasta, vastuu arjesta, uudet roolit ja vaatimukset kuormittavat omaishoitajaa. Väsymyksensä keskellä omaishoitaja ei kykene näkemään omaa avun tarvettaan, vaan omien jaksamisen rajojen tuleminen vastaan vain lisää syyllisyyden ja huonouden tunteita. Hoidettava ei omine huolineen, sairautensa tai ikänsä takia välttämättä kykene huomioimaan omaishoitajan väsymystä ja tuen tarvetta. Elämänpiirin rajautuminen kodin seinien sisäpuolelle saattaa aiheuttaa sen, että kukaan muukaan ei huomaa tilannetta, jossa omaishoitaja ja hoidettava ovat.

Omaishoitotilanteessa on monia kriittisiä kohtia, joissa tuen ja ohjauksen tarve korostuvat. Siirtymävaiheet, kuten palvelujärjestelmän asiakkaaksi tuleminen omaishoidon alkuvaiheessa, kotiutumiset, sijaishoidon järjestelyt sekä kodin ulkopuoliseen hoivaan muuttaminen, ovat kohtia, joissa perhettä tulisi erityisesti tukea ja miettiä palvelujen kokonaisuutta. Tällä estetään ihmisen kokoisten aukkojen syntyminen palvelujärjestelmässä.

Omaishoitaja on asiantuntija

Omaishoitajan huolenpitoa läheisestään on kuvattu sanoilla hoito- ja hoivatyö. Sanoilla ei viitata ammatilliseen hoitoon, vaan omaishoitajan arkeen, joka on usein fyysisesti raskasta ja henkisesti vaativaa, mutta jossa korostuu välittäminen ja lämpö, toisen ihmisen arvostaminen.

Omaishoitajan työkenttänä on toisen ihmisen arjesta ja hyvinvoinnista huolehtiminen. Omaishoitaja huolehtii, usein yksin, läheisensä ruokailusta, peseytymisestä, pukeutumisesta, lääkähoidosta ja moni myös sairaanhoidollisista toimenpiteistä. Omaishoitaja seuraa läheisensä vointia, huolehtii riittävästä unesta, levosta ja liikunnasta sekä on tukena erilaisten käyttäytymiseen liittyvien muutosten keskellä. Auttamisen ja hoivatyön rinnalla omaishoitajan on hallittava myös palvelujärjestelmän kiemurat.

Omaishoitaja on siis asiantuntija ammattilaisen rinnalla. Mikäli tätä asiantuntijuutta ei ymmärretä ja oteta huomioon, on vaarana, että omaishoitajan ja ammattilaisen välinen vuoro-vaikutussuhde jää hyvin kapeaksi.

Omaishoitoperheen tuen tarpeita – tarpeiden kohtaamattomuutta

Omaishoitoperheissä hoidettavan ja omaishoitajan tarpeet linkittyvät toisiinsa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että omaishoitaja ja hoidettava näkisivät tilanteensa ja avuntarpeensa samalla tavoin. Hoidettava voi esimerkiksi ottaa etäisyyttä omaishoitajaan korostamalla omaa pärjäämistään. *”No, kyllähän meillä on tällainen suomalaiskansallinen perinne, että vaimo tekee ruoan ja minä syön.”* Omaishoitoa tarvitsevan ei ole helppoa kestää tietoa siitä, että kotona asuminen on kiinni toisen jaksamisesta ja voinnista. Tämä voi johtaa asian vähätelyyn tai läheiseltä saadun avun pitämiseen luonnollisena, perhesuhteisiin kuuluvana asiana. *”Kyllä multa on joskus sairaalassa kysytty, että pärjääkö, että on kotiaavustusta. Mä olen aina sanonut, että kyllä vaimo auttaa. Että olisin saanut, mutta vaimo auttaa.”* Omaishoitajalle erityisen raskas ja palvelujen hakemisen kannalta vaikea tilanne on silloin, kun hoidettava ei tunnista sairauttaan eikä avuntarvettaan. *”On pakko kääntyä sosiaaliohjelmoijien puoleen hoidettavan vastustuksesta välittämättä. Puolison mielestä emme olisi vieläkin tarvinneet apua. Hän ei tunnista olevansa sairas.”*

Omaishoitaja itse hahmottaa usein oman tilanteensa hoidettavan läheisen kautta. Hän voi kokea, ettei ole lupaa kertoa omista ongelmistaan, koska hoidettavan läheisen täytyy saada olla etusijalla. Hoidettavan ollessa läsnä on omista tarpeista puhuminen vielä vaikeampaa. Pelko omasta jaksamisesta ja omaishoitajuuden päättymisestä on läsnä monen omaishoitajan elämässä. Se saattaa saada omaishoitajan lykkäämään omia lääkärintarkastuksiaan ja estää kertomasta omista vaivoistaan ja ongelmistaan. Erityisesti ikääntyneitä omaishoitajia askarruttaa myös kysymys, kuka auttaa, kun itse tarvitsee apua?

Moni omaishoitoperhe jakaa kokemuksen palvelujärjestelmästä loputtomana taistelulenttänä. *”...Vielä se byrokratia, miten ihmeessä saa voimia, kaikkien sairaala- ja terapiareissujen lomassa asioida Kelan kanssa, ja ottaa selvää ja taistella kaikista meille kuuluvista laeista ja elämää helpottavista asioista.”* Palvelujen hakeminen voi tuntua raskaalta myös siksi, että prosessissa korostuvat läheisen ongelmat ja toimintakyvyn vajavuudet. *”Koen nöyryyttäväksi hoitotuen ja omaishoidon tuen hakemisen, koska silloin ongelmia täytyy korostaa. Sitten tulevat sosiaalitädit tarkastamaan, että kuinka huono hoidettavani nyt onkaan.”*

Haluttomuus ottaa vastaan palveluja juontaa usein juurensa pelkoon hoidettavan hyvinvoinnista. Omaishoitajan osallistuminen harrastuksiin, lääkärissäkäyntiin tai vertaisryhmään edellyttää miltei aina tilapäishoidon järjestämistä hoidettavalle. Pelko, että hoidettava ei ymmärretä ja hänen tarpeensa eivät tule tyydytetyksi, voi painaa alleen toiveet hetken hengähdystauosta.

Vaikka omaishoitaja tiedostaisikin oman väsymyksensä, avun vastaanottamisen kynnyksessä saat- taan olla korkea. *”Ikää tule ... joskus tulee, kun on väsynyt, että miksi näin on, että minunkin kohdalle, että joudun tekemään naisten työt ja miesten työt ja sairashoitajan vielä. Voisi jotain harrastaakin ja jotain... Mutta ei mulla mitään, kyllä minä tästä selviän hyvin vielä.”* Perhettä tukeviksi tarkoitetut palvelut saattavat perheen sisällä saada aivan toisenlaisen tul- kinnan ja merkityksen kuin ammattilainen on tarkoittanut. *”Sosiaalipuolen virkailijat tekevät kotikäynnin ja arvioivat tilanteen. He antavat ymmärtää, että olen nyt virallisesti omaishoi- taja. Virallisena omaishoitajana olen velvoittava ja myös ahdistaa. Enää en voi lähteä vapaasti omille asioilleni, kaikki harrastukset ja opintopiirit on täytyneet jättää. Päivät kuluvat sairaan puolison elämän ympärillä. Olen vastuussa hänen hyvinvoinnistaan.”*

Erityisen kriittinen kohta ammattilaisen ja omaishoitoperheen kohtaamisessa on silloin, kun haettua palvelua ei myönnetä. Jos hylkääviin päätöksiin ei saa ymmärrettäviä perus- teluita, ja asia jää perheelle epäselväksi, tämä heikentää selviytymistä ja voi aiheuttaa kel- paamattomuuden ja arvottomuuden kokemuksia perheenjäsenissä. *”Syyllisyyttä on tuonut vastentahtoisuus hakemiemme etuuskien myöntämisessä. Kun olemme yrittäneet pitää van- hempiemme puolta tuloksetta, tuntuu kuin itsessä olisi jokin puute. Jaksaisiko joku toinen sijassani enemmän, paremmin, täydemmin.”* Omaishoitoperheet toivovat myös kielteisistä päätöksistä rehellisyyttä. Vaikeakin asia on parempi sanoa suoraan ja kiertelemättä kuin jät- tää perhe arvailujen varaan.

Oma koti – muiden työmaa

Omaishoitoperheen saamat palvelut tuovat omaishoitoperheen kotiin joukon ammattilai- sia, joiden tavoitteena on perheen arjen helpottaminen ja omaishoitajan työn tukeminen. Omaishoitoperheen kotona tapahtuva yhteistyö on parhaimmillaan luonnollista ja arkista kanssakäymistä ammattilaisen, omaishoitajan ja hoidettavan läheisen kesken. Ammattilai- sen kiireettömyys, ystävällisyys ja auttamisen halu synnyttävät luottamuksen ja välittämi- sen ilmapiiriä.

Kotiin tuleva ammattilainen on perheelle aina kuitenkin ulkopuolinen, vieras, joka toimii per- heen yksityisellä alueella, jossa on toimittu perheen sääntöjen ja totuttujen tapojen mukaan. Kotiin tulevat palvelut tarkoittavatkin omaishoitoperheen kannalta kodin, kotona olemisen ja siellä toimimisen uudelleen arviointia. Voiko arki olla enää omaa? Onko koti siivottava en- nen kotiin tulevien ammattilaisten tuloa, miten heidän kanssaan keskustellaan, miten pitää käyttää? Kotiin tulevat palvelut edellyttävät perheeltä uuden toimintatavan omaksumis- ta, uusien ihmisten kanssa toimimista ja yksityisyydestä luopumista.

Omaishoitoperheen ja ammattilaisen näkökulma kotiin tuotaviin palveluihin on erilainen, vaikka yhteisenä tavoitteena on mahdollistaa kotona selviytyminen. Kun työntekijät näkevät palvelut perheen mahdollisuutena, omaishoitoperhe voi kokea vieraan ihmisen uhaksi omalle tavalleen toimia ja elää. *”Puolisoni mielestä yhdestäkään sosiaalityöntekijästä tai lääkäristä ei ole kuin haittaa, kun tulevat kotiimme määräämään.”*

Yhdessä tekeminen ja omin ehdoin toimeen tuleminen ovat tärkeä osa perheen riippumattomuuden tunnetta. Moni omaishoitoperhe sinnittelee ilman ulkopuolista apua, vaikka tekeminen olisi käynyt hitaammaksi ja raskaammaksi. Palveluiden käyttämistä harkitaankin usein vasta silloin, kun vaikeudet ovat kasvaneet niin suuriksi, että ne uhkaavat kotona selviytymistä. Kotiin tarjottujen palveluiden hyväksyminen ei siis ole selviö, vaan omaishoitoperheen tulee ensin itse olla vakuuttunut palvelun tarpeellisuudesta. *”Näinä vuosina meillä oli aika ajojin kodinhoitaja tai avustaja. Se teki oman jaksamiseni mahdolliseksi. Koin, että vaikka kotiapu esti sen, ettei korvieni välissä mitään ratkaisevaa päässyt katkeamaan, niin kuitenkin jatkuva vieraan ihmisen läsnäolo ja huomioon ottaminen oli yksi stressitekijä lisää. Vieras ihminen on vieras, vaikka olisi kuinka mukava.”*

Perheen näkökulmasta palvelujen tulisi joustaa perheen tarpeiden mukaan eikä perheen joustaa palvelujen mukaan, jotta pystyttäisiin säilyttämään rytmi, jonka mukaisesti kotona on totuttu tekemään asioita. Palvelujen odottaminen vaikeuttaa päivän suunnittelua, ja ajankäytön sovittaminen palveluiden mukaan turhauttaa. *”Myöhemmin saimme kodinhoitajan päiväksi tai pari viikossa tarpeen mukaan. Elämä oli kuin palapeli, piti aina suunnitella etukäteen, kuka minäkin päivänä tulisi.”*

Työntekijän kiire, vaikka se olisikin todellista, vaikuttaa myös omaishoitoperheen kokemukseen palveluista. Kiireessä tehtäväkeskeisyys korostuu, jolloin omaishoitaja ei saa ammattilaiselta sitä, mitä toivoisi – tulemista kuulluksi ja ymmärretyksi. Työntekijän ja omaishoitoperheen kohtaamisessa asettuvat rinnakkain työntekijällä suoritettavanaan olevat tehtävät sekä omaishoitoperheen elämäntilanne, ne voimavarat ja uhat, joita perhe pyrki hallitsemaan. Kotona tehtävässä työssä näiden näkökulmien tulisi kohdata toisensa.

Kohtaaminen perustuu omaishoitajan ja työntekijän yhteisymmärrykseen

Omaishoitoperheen arkielämä, sen rutiinit ja haasteet ovat lähtökohta yhteisen ymmärryksen luomiselle. Perheen elämäntilanteen ymmärtämisen kautta on mahdollista päästä koko perheen hyvinvointia tukeviin ratkaisuihin. Se, mikä perheelle on yksityistä ja yksilöllistä, rinnastuu ammattilaisen kokemuksessa osaksi samankaltaisten tapausten joukkoa. Tämän kääntäminen voimavaraksi, mahdollisten ratkaisujen varastoksi, voi yhdessä perheen toimintatapojen kunnioittamisen kanssa tuottaa perhettä tukevan ja toimivan yhteistyön.

Toiveiden ja tarpeiden yhteensovittaminen ja yhteisen näkemyksen löytäminen voivat vaatia päämäärätietoista työtä. Ensimmäinen askel yhteistyön polulla on yhteisen ymmärryksen ja yhteisesti hyväksytyjen tavoitteiden löytäminen. Jos tapaamisten tarkoitus ja tavoitteet

jäävät perheelle epäselviksi, voi perheen tukemiseksi tarkoitettu toiminnasta tulla merkityksetön tai jopa taakalta tuntuva kokemus. *”Uuvuttavat juoksut asiantuntijoiden luo, joille oli selitettävä mistä oli kysymys, ovat onneksi vähentyneet.”*

Arjen näkyväksi tekeminen auttaa ymmärtämään perheen tarpeita. Kun omaishoitaja esimerkiksi kieltäytyy tilapäishoidosta, ammattilainen saattaa tulkita syyksi voimakkaan riippuvuussuhteen. Omaishoitajan näkökulmasta syynä saattaa olla perusteltukin epäily hoidon topaikan tasosta ja osaamisesta. Ongelmia syntyy, kun ammattilaisen ja perheen tulkinnat ovat liian kaukana toisistaan. On selvää, että lähestymistapa ja etsittävät ratkaisut ovat aivan erilaisia silloin, kun aletaan ratkaista liiallista riippuvuutta sen sijaan, että etsittäisiin muita sijaishoidon vaihtoehtoja.

Asiakkaan tarpeiden ymmärtämisen tulisi siis olla kohtaamisen ja auttamisen perustana. Omaishoitajasta tämä sinänsä hyvä periaate voi tuntua vaatimukselta tuottaa mielipiteitä ja kannanottoja, omia ratkaisuehdotuksia. Väsyneen omaishoitajan odotuksissa saattaa olla pikemminkin selvien neuvojen saanti kuin oman elämän syvälinen pohtiminen. Ammattilaisen tavoitteena ja velvollisuutena on antaa omaishoitajalle ohjausta ja neuvontaa, jotta tämä osaisi toimia tarkoituksenmukaisella tavalla. Omaishoitajan tavoitteena on löytää ratkaisuja vaikeassa elämäntilanteessa, saada apua ja tukea. Päästäkseen tavoitteeseensa omaishoitajan on kuvailtava elämäntilannettaan, huoliaan ja pahaa oloaan. Avuntarpeen tekeminen toiselle näkyväksi edellyttää oman elämän kipeiden asioiden ja usein oman riittämättömyyden avaamista ja tunnustamista. Tämä voi jo sinänsä olla uuvuttavaa.

Kuormittavassa elämäntilanteessa omaishoitaja tarvitseekin tukea jaksakseen pohtia elämänsä, rohkaisua tuodakseen esiin omia tarpeitaan ja selkeää ohjausta saadakseen asioita vietyä eteenpäin. Tämä ei tarkoita ratkaisuvallan siirtymistä ammattilaiselle. Omaishoitajalla on oikeus hylätä saamansa neuvot.

Todesta ottamisen kokemus antaa voimia. Yhteinen ymmärrys kehittyy keskeneräistenkin ehdotusten esille tuomisesta ja yhteisestä pohdinnasta. Epäröinnin hetket ovat hedelmällisiä, silloin avautuu mahdollisuus pohtia ja etsiä ratkaisua yhdessä. Tasa-arvoisen maaperän löytäminen asioiden käsittelylle auttaa, kun tiedostetaan, että ammattilainen ei tiedoistaan huolimatta ole pätevä omaishoitajan elämäntilanteella, eikä omaishoitajalla kokemuksestaan huolimatta ole käytössä ammattilaisen tietoa ja näkökulmaa asioihin.

Omaishoitoperheen asiantuntijuus säilyy, kun ammattilainen antaa perheelle tukensa ja ammattitaitonsa tuoden esille ja pohtien yhdessä perheen kanssa erilaisia vaihtoehtoja arjen tilanteisiin ja niistä suoriutumiseen. On tärkeää, että omaishoitoperhe voi itse olla määrittelemässä, milloin ja millaista palvelua se haluaa. Määrittelyä varten työntekijä tuo perheen käyttöön tietonsa erilaisista vaihtoehdoista, esittelee arkea helpottavia ratkaisuja ja toimii yhdessä perheen kanssa neuvotellen, jotta perhe löytäisi itselleen parhaat arkea tukevat tukimuodot ja toimintamallit.

Omaishoitajuuden näkeminen tärkeänä, mutta ei kaikkein määräävimpänä osana elämää, auttaa omaishoitajaa tunnistamaan omat oikeutensa irrottautua hoitamisesta ja pitää huolta omasta itsestään. Omaishoitajan ei tulisi vaatia liikaa itseltään, eikä myöskään antaa muiden sitä tehdä. Riittää, että on kyllin hyvä.

Lähteet

Kaivolainen M., Kotiranta T., Mäkinen E., Purhonen M., Salanko-Vuorela M. (toim.) 2011. Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim.

Lainaukset

Andersson Sirpa 2007. Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 169.

Kaivolainen M., Purhonen M. (toim.) 2006. Elämän mukana tunteet. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry.

Neurologisesti sairaita ja vammaiset ihmiset ja ikääntyvänä kotona selviytyminen. Tuula Laukkanen 2004. Asumispalvelusäätiö ASPA. ASPA-selvityksiä 2004.

Purhonen M. & Rajala P. (toim.) 2001. Omaishoitaja arjen ristiaallokossa. 2. painos. Helsinki: Kirjapaja.

Annikki Arola

5 OMATOIMISUUDEN JA TOIMINNAN TUKEMINEN MUISTISAIRAAN ARKIPÄIVÄSSÄ

Johdanto

Muistin heikentyminen on osa luonnollista vanhenemista, mutta tietyissä tilanteissa emme enää voi sanoa, että kyse on normaalista vanhuuteen liittyvästä muistamattomuudesta. Silloin kyse on muistisairaudesta tai dementiaasta. WHO:n määritelmän mukaan muistisairaus vaikuttaa monella eri tavalla heikentäen ihmisen eri toimintoja ja kykyjä. Heikkenemistä tapahtuu mm. muistissa ja muissa kognitiivisissa toiminnoissa, motivaatio ja sosiaalinen käyttäytyminen muuttuvat ja tunne-elämän hallinta voi heikentyä (ks. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Kun ottaa huomioon edellä mainitut asiat, voi ymmärtää, että muistisairaus vaikuttaa ihmisen elämään ja muuttaa sitä olennaisesti. On kuitenkin tärkeä muistaa, että ihminen on syntynyt toimimaan ja olemaan aktiivinen. Ihmisen aktiivisuus ja toiminta muodostavat tärkeän osan elämää, ja nämä seikat antavat elämälle merkityksen. Eri toimintojen kautta ihminen ilmaisee itseään ja saa kokemuksen omasta pätevydestään ja palautetta siitä. Toiminta vahvistaa myös ihmisen omakuvaa ja itsetuntoa (Christiansen & Townsend 2009). Lisäksi on todettu, että eri toimintoihin osallistuminen ja aktiivisuus vaikuttavat positiivisesti ihmisen terveydentilaan, ja näiden avulla ihminen jäsentää ajan ja elämän kulkua (Polatajko 2007).

Jokaisella ihmisellä, omasta toimintakyvystään riippumatta, on oikeus saada osallistua itselleen merkityksellisiin toimintoihin. Ikä tai heikentynyt toimintakyky eivät saa olla syitä, jotka johtavat syrjintään tai vaikeuttavat toimintaan osallistumista. Tätä voidaan pitää tietynlaisena toiminnan oikeudenmukaisuutena, jolloin tavoitteena on mahdollistaa jokaisen yksilön osallistuminen toimintoihin, jotka ovat hänelle tärkeitä ja joiden avulla hän voi kokea yhteisöllisyyttä (Townsend & Wilcock 2004).

Jos ihmiseltä evätään mahdollisuus osallistua merkityksellisiin toimintoihin, tämä vaikuttaa väistämättä hänen elämänlaatuunsa ja kokemukseensa elämän mielekkyydestä. Townsend ja Wilcock (2004) ilmaisevat, että negatiivinen seuraus tästä voi olla toimintojen menetys. Tällä he tarkoittavat, että ihminen, jolle ei anneta mahdollisuutta käyttää kykyjään ja toimintojaan, menettää itselleen tärkeitä toimintoja, minkä seurauksena myös kokemus elämän merkityksellisyydestä vähenee tai katoaa. Vastaavasti katoaa hänen elämää kohtaan tunteidensa mielenkiintonsa. Ihmiselle, jolla on alkava tai myös pidemmälle edennyt muistisairaus, on annettava samankaltaiset mahdollisuudet osallistua merkityksellisiin toimintoihin omien voimavarojensa ja kykyjensä mukaan. Tällä tavalla voimme mahdollistaa henkilölle mielekkään arkielämän siitä huolimatta, että hänen muistinsa ei enää toimi samalla tavalla kun aikaisemmin.

Toimintakyvyn muutosten vaikutus arkipäivään

Jokaisen muistisairaana toimintakyvyn taso ei ole samanlainen, vaan tässä esiintyy vaihtelua. Kun apua ja tukea suunnitellaan, on tärkeä muistaa yksilöllisyys, jotta jokainen ihminen saa juuri sen avun ja tuen, joka hänelle on ajankohtaista ja tarpeellista. Muistisairautta sairastavien kognitiiviset kyvyt ja muisti ovat hyvin yksilölliset, mutta heillä kaikilla on oikeus saada tukea pystyäkseen osallistumaan kaikkiin itselleen tärkeisiin toimintoihin. Tämä koskee sekä arkipäivän askareita että mahdollisuutta osallistua vapaa-ajan toimintoihin ja erilaisiin harrastuksiin. Tasapainoiseen elämään kuuluu osallisuus toimintoihin eri elämänalueilla, ei pelkästään osallistuminen päivittäisiin toimintoihin, kuten itsestä huolehtimiseen ja ruokailuihin.

Muistisairaus vaikuttaa toimintakykyyn monella eri tavalla. Tavallisimmat oireet ovat yleensä muistitoiminnoissa ja muissa kognitiivisissa toiminnoissa. Toimintakykyyn vaikuttavat heikkenevän muistin lisäksi myös erilaiset agnosiat (vrt. havaitsemishäiriö), apraxia (vrt. liikkeiden koordinaation vaikeus), afasia (vrt. puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriö), heikentynyt orientaatiokyky ja muut korkeammat aivotoimintojen oireet (Björlin ym. 2004; Eloniemi-Sulkava 2003).

Muistin heikkeneminen vaikuttaa selvästi arkipäivän toimintoihin, jolloin ihminen on vaikea muistaa, mitä hänen pitäisi tehdä, tai hän ei muista kesken toiminnon, miten tuota toimintoa pitäisi jatkaa. Agnosiat voivat vaikuttaa arkipäivään siten, että ihminen ei tunnista hänelle aikaisemmin tuttuja esineitä tai henkilöitä. Kun ihminen ei pysty tunnistamaan esineitä, hän ei pysty päättämään, miten niitä käytetään. Tällöin vaikeutuu suoriutuminen toiminnoista, joihin liittyy esineitä tai muita välineitä. Pukeutumisen vaikeudet voivat monessa tapauksessa liittyä agnosia-oireisiin. Agnosia heikentää kykyä tunnistaa ihmisiä, joten se voi vaikeuttaa sosiaalisiin tilanteisiin osallistumista. Ihminen voi kokea turvattomuutta, kun hän ei tunnista toisia ihmisiä ympärillään. Sosiaalisten tilanteiden vaikeudet voivat korostua myös, jos henkilöllä on afasia, joka vaikuttaa puheen tuottamiseen ja/tai ymmärtämiseen. Näissä tilanteissa kommunikaatio vaikeutuu ja on olemassa suuri vaara, että syntyy väärinkäsityksiä.

Eloniemi-Sulkava (2003) mainitsee, että kun henkilöllä on oireita, jotka liittyvät korkeamman aivotoiminnan tehtäviin, niin oireet voivat ilmetä esimerkiksi toiminnan suunnittelun vaikeutena. Oma-aloitteisuus voi olla alentunut, jolloin henkilö helposti passivoituu. Lisäksi voi olla, että henkilö ei enää toimi yhtä spontaanisti ja määrätietoisesti kun aikaisemmin. Toiminnot voivat olla myös hajanaisia, ja monella ilmenee keskittymisvaikeuksia.

Orientaatiokyvyn heikentyminen voi ilmetä jo muistisairauden varhaisessa vaiheessa, ja sen seurauksena monen muistisairaana on vaikea hahmottaa aikaa ja paikkaa. Myös oman kehon hahmottaminen suhteessa ympäristöön voi heikentyä. Tämä vaikuttaa myös päivittäisiin toimintoihin. Henkilö törmäilee helposti, ja hänellä voi tästä johtuen myös ilmetä vaikeuksia esimerkiksi pukeutumisessa.

Ajan hahmottamisen vaikeudet voivat johtaa vuorokausirytmien häiriintymiseen. Ihminen ei silloin hahmota, milloin on päivä ja milloin yö. Sosiaaliset tapaamiset voivat myös olla vaikeita, jos henkilö ei hahmota, mihin aikaan hänen piti tavata joku toinen.

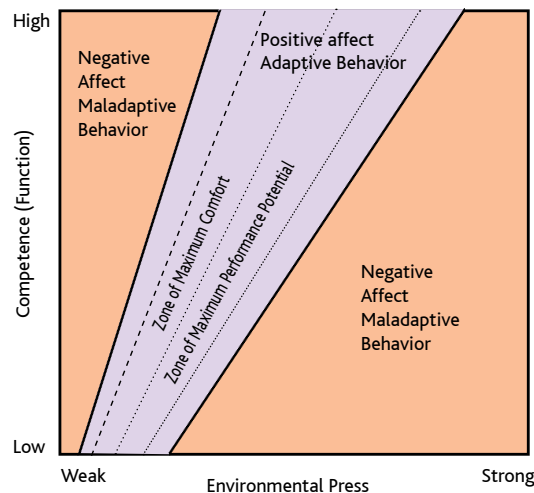
Kun oireet pahenevat, myös toimintakyky heikkenee, ja tästä voi seurata, että muistisairaana henkilön on vaikeampi oma-aloitteisesti osallistua toimintoihin tai tehdä päätöksiä omasta tilanteestaan ja omista toiminnoistaan. On kuitenkin tärkeää, että ihmiset muistisairaana ympärillä pyrkivät tukemaan ja kannustamaan häntä omatoimisuuteen niin kauan, kun se on mahdollista. Apuvälineet, hyvin suunniteltu yksilöllinen tuki ja päivittäinen ohjaus voivat olla keinoja, joiden avulla voidaan vielä mahdollistaa henkilön osallistuminen hänelle tärkeisiin ja merkityksellisiin toimintoihin. Vaikka henkilö ei itse konkreettisesti pysty suorittamaan toimintoja, niin toiminnan yhteyteen voidaan rakentaa yhteisöllinen ilmapiiri, jonka kautta hän kokee olevansa osallisena tilanteessa.

Apuvälineiden merkitys arkipäivässä

Kun tapaa muistisairaana ihmisen, näkee helposti pelkästään hänen toimintavajavuutensa ja unohtaa helposti ne kyvyt ja vahvuudet, jotka hänellä vielä ovat jäljellä. Apuvälineiden tai muun teknologian avulla voimme tukea toimintakykyä, joka henkilöllä on yhä jäljellä. Tällä tavalla on mahdollista ylläpitää henkilön omatoimista tai tuettua toimintaa vielä jonkin aikaa. Björlin ja muut kirjoittajat nostavat esiin arkipäivän askareisiin osallistumisen tärkeyden. He toteavat, että osallistuminen arkipäivän toimintoihin tukee minäkuva, itsetuntoa ja tarjoaa ihmiselle arvokkuuden kokemuksen. Tämä ylläpitää erityisesti henkilön mentaalisia voimavaroja. (Björlin ym. 2004.)

Apuvälinetarve on yksilöllinen, ja apuvälineiden on tarkoitus tukea henkilön toimintaa eikä olla muistutuksena toimintakyvyn heikkenemistä tai aiheuttamassa leimaantumista (ks. Mäki & Topo 2009; Zwijsen ym. 2010). On myös tärkeää, että apuvälineiden käyttöä ja niiden toimivuutta seurataan säännöllisesti. Seuranta kuuluu ammattihenkilökunnan tehtäviin, eikä seuranta tulisi jättää omaishoitajan vastuulle, jotta emme kuormita häntä omaisen auttamisessa entistä enemmän.

Avun ja itsenäisen toiminnan tasapainoa voidaan tarkastella käyttäen hyväksi Lawtonin ekologista mallia (ks. Scheidt & Norris-Baker 2004), joka kuvaa yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta. Mallissa keskeisiä ovat ihmisen oma toimintakyky, resurssit sekä ne vaatimukset, joita ympäristö asettaa, jotta hän voi toimia. Jos ympäristön vaatimukset ovat liian korkeita verrattuna toimintakykyyn, niin yksilö ei suoriudu toiminnasta (ks. kuva 1).



Kuvio 1. Lawtonin ekologinen malli

Lähde: http://www.indiana.edu/~leisure/module3/unit5_LA3/note_pg2.html.

Voimme kuitenkin muuttaa toimintaympäristöä siten, että sen asettamat vaatimukset vähenevät, jolloin ihminen voi suoriutua tarpeellisista toiminnoista. Muuttamalla toimintaa tai toimintaympäristöä laskemme vaatimustasoa, joka henkilöön kohdistuu. Siten toiminnan vaatimukset ja henkilön toimintakyky vastaavat toisiaan paremmin, ja hän pystyy suoriutuun toiminnoista. Tässä ajattelumallissa voimme pitää ympäristönä sekä apuvälineitä että muita tukitoimenpiteitä, jotka helpottavat toiminnassa esiintyvää vaatimusta.

Apuvälineiden, muutostöiden ja muun tuen avulla voimme tukea ihmisen kotona selviytymistä. Apuvälineen valinta riippuu paljolti siitä, minkälainen toimintakyky hänellä on. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että ihmisen toimintakyvystä tehdään tarpeeksi kattava ja tarkka arviointi. Arviointi tulisi suorittaa oikeissa toimintatilanteissa, jolloin saadaan paras ja luotettavin kuva henkilön toimintakyvystä. Toimintatilanteet tulisi valita siltä pohjalta, mitkä toiminnot ovat henkilölle tärkeitä ja mitä hän on tottunut tekemään. Jotta arvio olisi tarpeeksi kokonaisvaltainen, siinä pitäisi huomioida kaikki toiminta-alueet päivittäisistä toiminnoista vapaa-ajantoimintoihin ja muihin mielenkiinnon kohteisiin. Tärkeää on myös selvittää, mihin vaiheeseen muistisairaus on edennyt, koska tämä vaikuttaa siihen, minkälaisia apuvälineitä ihminen pystyy vielä käyttämään. Kun muistisairaus etenee, henkilöllä voi olla vaikeuksia käyttää ennestään tuttuja esineitä. Tämä koskee niin apuvälineitä kuin muita esineitä. Nygård (2009) nostaa tutkimuksessaan esiin, kuinka tärkeää on sen arvioiminen, miten ihminen itse kokee apuvälineen ja siitä saadun hyödyn. Lisäksi Nygårdia (2009) lainaten on otettava huomioon, onko henkilön toimintakyky riittävä apuvälineen käyttöä ajatellen.

Apuvälineiltä voidaan vaatia, että asiakkaan tulee kyetä käyttämään niitä sen tiedon perusteella, mikä on nähtävissä heti apuvälineen käyttöönottohetkellä. Niissä ei tulisi olla yli-

määräisiä yksityiskohtia, jotka voivat häiritä keskittymistä tai tarkkavaisuuden suuntaamista. Apuvälineitä käytettäessä palautteen toiminnasta tulee olla saatavilla nopeasti ja välittömästi, ilman viivästystä (Mäki & Topo 2009). Tästä voimme todeta, että apuvälineiden, jotka on tarkoitettu muistisairaana henkilön omaan käyttöön, tulisi olla helppokäyttöisiä. Ne eivät voi olla liian monimutkaisia. Apuvälineet, jotka vaativat paljon opettelemista, tulisi sovittaa muistisairaana henkilön tarpeisiin ja niihin tulisi perehtyä muistisairaudesta varhaisessa vaiheessa. Myöhemmässä vaiheessa, kun uuden oppiminen on vaikeaa, apuvälineestä ei välttämättä saada enää tavoiteltua hyötyä. Pitää kuitenkin muistaa, että monessa tilanteessa henkilön lihasmuisti voi olla ainoa apu jota tarvitaan. Tutut toiminnot voivat käynnistyä lihasmuistin avulla, jos henkilö vaan saa apua toiminnan aloittamisessa. Silloin ei tilanteeseen edes tarvita apuvälineitä.

Monet apuvälineet voivat olla myös sellaisia, että ne auttavat ensisijaisesti muistisairaudesta kärsivän henkilön omaishoitajaa tai muuta hoitohenkilökuntaa. Nämä apuvälineet ovat yhtä tärkeitä kuin ne apuvälineet, jotka on tarkoitettu henkilölle itselleen. Omaishoitajalle suunnatut apuvälineet voivat olla ratkaiseva tekijä kotona olemisen ja laitoshoidon välillä. Hoitohenkilökunnalla on keskeinen asema omaishoitajan avun tarpeen havaitsemisessa, ja heillä tulisi olla tietoa myös siitä, mistä ja miten apua voi hankkia, koska omaisilla tätä tietoa ei välttämättä ole. Omaisten apuvälineetarve liittyy monesti käytännön tilanteisiin, kuten suihku- ja WC-tilanteisiin sekä ja turvallisiin siirtymätilanteisiin. Omaishoitajan apuvälineen tarve tulisi kartoittaa yhtä tarkkaan kuin hoidettavan henkilön apuvälineetarve. Tässä on hyvä olla yhteydessä terveydenhuollon kuntoutustyöntekijöihin, ensisijaisesti toimintaterapeuttiin ja fysioterapeuttiin. Heidän apuvälineitä ja eri ongelmatilanteita koskeva asiantunteuksensa tarjoaa hyvän alun apuvälineetarpeen arvioinnille.

Apuvälineet ja apukeinot käytännössä

Aikaisemmin artikkelissani käsitelin sitä, kuinka muistisairaus heikentää heikkenemistä kognitiivisia toimintoja monin tavoin. Seuraavaksi esitän tarkemmin, miten apuvälineet ja muut tukitoimet voivat helpottaa arjen toimintoja tilanteissa, joissa kognitiiviset oireet vaikeuttavat arkipäivää.

Apuvälineitä muistin ja orientaation tukemiseksi

Tavallinen toiminto muistamista tukevilla apuvälineillä on, että niistä löytyy jonkinlainen muistutusmekanismi. Eräissä tutkimuksissa on todettu, että muistiin liittyvät apuvälineet ovat hyödyllisimpiä silloin, kun niissä on tällainen muistutusmekanismi (ks. Wilson ym. 2001; Wilson ym. 2005; Fish ym. 2008). Laitteissa voi esimerkiksi olla hälytys, joka muistuttaa henkilöä tietystä asiasta. Hälytyksen yhteyteen voidaan liittää kirjoitettu teksti tai puhe, joka muistuttaa tarkemmin sisällöstä. Tähän tarkoitukseen on kokeiltu esimerkiksi matkapuhelinta, tavallista tietokonetta ja käsitietokonetta. Tutkimuksissa on todettu, että käsi- ja taskutietokoneet ovat yleistymässä apuvälineinä henkilöillä, joilla on muistivaikeuksia. Ne voidaan ottaa helposti mukaan, kun niissä on kirjoitusominaisuus. Niihin voidaan kirjoittaa muistilistoja asioista, joita henkilöön pitää muistaa. Myös matkapuhelimen käyttöä muistin tuke-

na on tutkittu. Tutkimustulokset ovat olleet positiivisia, kun matkapuhelimeen on kytketty lisätoiminto, jonka avulla puhelin soi ja antaa suullisen muistutuksen henkilölle tilanteessa, jossa jokin asia pitää hoitaa. Kun muistutus tulee suullisena tekstin sijasta, tämä voi auttaa lisäksi sellaisia henkilöitä, joilla on heikentynyt näkö (Wade & Troy 2001). Gentryn (2008) tutkimuksessa ilmeni, että tämän kaltaiset muistuttavat apuvälineet auttoivat muistisairasta päivittäisten tehtävien hoidossa. On kuitenkin otettava huomioon, että nämä apuvälineet soveltuvat henkilöille, joiden muistisairaus on sillä tasolla, että oppiminen vielä on mahdollista, tai toisin sanoen apuväline pitää ottaa käyttöön tarpeeksi aikaisessa vaiheessa.

Toisenlaisia apuvälineitä, joissa on muistutustoiminto/hälytys, ovat erilaiset kodinkoneet ja kellot. Moneen mallin on kytketty ajastimia ja hälytyksiä, jotka aktivoituvat, kun henkilön pitää muistaa tehdä jotakin tiettyyn aikaan.

Orientaatio aikaan ja paikkaan

Ajan hallintaan liittyviä apuvälineitä on myös saatavilla. Tämän kaltaisesta apuvälineestä on hyötyä niin kauan, kun henkilöllä on käsitys ajan kulusta, ja hän pystyy hahmottamaan, että tietyt asiat tapahtuvat tai tehdään tiettyyn aikaan. Tavallisin ja yksikertaisin ajanhallinnan väline on tavallinen paperikalenteri, johon henkilö ja/tai omainen voi kirjoittaa ylös joka päivälle, mitä päivän aikana on tehtävä. Illan tullessa voi vetää viivan kuluneen päivän yli, jolloin ajanhallinta pysyy ajan tasalla.

Toinen vaihtoehto on sähköinen kalenteri, jossa ajankulku ja päivämäärät päivittyvät automaattisesti. Tämänkaltaisen kalenteri on hyvä tilanteissa, joissa henkilö itse ei enää muista tai ei pysty käyttämään paperikalenteria. On myös kuvallisia kalentereita, jotka muistuttavat vuodenaajoista.

Kun muistisairaus etenee niin, että orientaatiokyky heikkenee, se vaikuttaa ensimmäisenä liikkumiseen kodin ulkopuolella. Henkilöllä voi olla vaikeuksia löytää tuttuja reittejä esimerkiksi lähikauppaan. Tässä vaiheessa henkilö kuitenkin pystyy vielä liikkumaan itsenäisesti ulkona, jos hänellä on tuki, joka auttaa häntä löytämään reitin paikkaan, minne hän on menossa. Orientoitumista ja paikkojen löytämistä voi helpottaa käyttämällä yksinkertaista GPS-laitetta, josta saa suulliset ohjeet matkasta. (ks. Hettinga ym. 2009.) Lievempää muistisairautta sairastavien kohdalla on myös kokeiltu sitä, että heille opetetaan uusi strategia paikasta toiseen siirtymisen tueksi. Yksi keino on, että heitä autetaan huomioimaan tiettyjä kiintopisteitä ympäristössä, esimerkiksi rakennuksia, joiden kohdalla reitti muuttuu eri suuntaan. Nämä ohjeet voivat olla kirjattuina vihkoon, joka henkilöllä on mukana. Näiden apukeinojen käytön edellytys on, että muisti toimii vielä sillä tasolla, että henkilö muistaa ja tietää määränpäin.

Kun muistisairaus etenee siten, että henkilö ei enää itsenäisesti liiku kodin ulkopuolella, orientoitumisvaikeudet voivat vaikeuttaa sisätiloissa liikkumista. Tavallinen tilanne on, että henkilö ei hahmota, missä tietyt huoneet ovat asunnossa. Näissä tilanteissa voi käyttää

apuna kuvia, joiden avulla henkilö tunnistaa, mitä missäkin huoneessa on. Makuuhuoneen ovenkarmiin voi asettaa sängyn kuvan ja keittiön oven pieleen kahvikupin tai ruokalautasen. Näiden visuaalisten vihjeiden perusteella henkilön on helpompi hahmottaa asunnossa olevat huoneet. Toinen keino on, että tärkeät reitit huoneistossa merkitään värillisellä nauhalla. Jos henkilöllä on vaikeuksia löytää makuuhuoneesta wc:hen, niin tämän matkan voi merkitä siten, että lattiaan liimataan värillinen nauha makuuhuoneesta wc:n ovelle.

Orientoitumisvaikeudet eivät aina johdu muistamattomuudesta. Monesti kyse voi olla hahmotusvaikeudesta, jolloin henkilön kyky hahmottaa ympäristöä heikkenee.

Hahmotusvaikeudet

Muistisairautta sairastavalla voi monesti olla myös hahmotusvaikeuksia, jotka vaikuttavat moneen arkipäivän askareeseen. Henkilön voi esimerkiksi olla vaikea löytää ja/tai erottaa esineitä, joita hän tarvitsee. Jos henkilöllä ilmenee hahmotusvaikeuksia, selviämistä tilanteissa voidaan helpottaa korostamalla tiettyjä esineitä kontrastiväreillä. Kannattaa myös suosia yksivärisiä tekstiilejä ja pyrkiä välttämään materiaaleja, joissa on paljon kuvioita.

Yhtä lailla paikkojen löytäminen voi vaikeutua, samoin etäisyyksien arviointi. Jos henkilöllä on vaikeuksia hahmottaa esimerkiksi wc-istuin, niin wc-istuimen kannen voi vaihtaa eriväriksi, jolloin se erottuu muusta ympäristöstä. Samankaltaista apukeinoa voi käyttää tukikahvoissa. Värilliset tukikahvat erottuvat taustaseinästä ja ovat siten helpommin havaittavissa.

Hahmotusvaikeudet vaikeuttavat esineiden löytämistä. Tavallinen tilanne on, että henkilö ei enää löydä oikeita ruokailuvälineitä. Tässäkin on hyödyllistä käyttää eri värejä. Tavallisista kaupoista voi löytää aterimia, joissa on erivärisiä pidikkeitä. Kaupoissa on myös värillisiä laseja ja lautasia. Värien avulla henkilön on helpompi löytää oikeat ruokailuvälineet ja erottaa ne taustasta.

Hahmotusvaikeudet vaikeuttavat myös pukeutumista. Jotta vaatteet löytyisivät helpommin, vaatekaapin hyllyt ja/tai vaateripustimet voidaan merkitä eri väreillä. Hyllyn reunaan voi myös laittaa kuvan vaatteista, joita kaapissa on.

Pitää kuitenkin muistaa, että jos kyseessä ei ole hahmotushäiriö vaan agnosia, niin nämä keinot eivät auta. Henkilö ei tuolloin tunnista esinettä eikä myöskään hahmota, miten esinettä käytetään tai hän ei tunnista vaatekappaleita sellaisiksi oikein. Näissä tilanteissa henkilö tarvitsee toisen apua valitakseen oikean esineen tai vaatekappaleen. Voi myös olla, että henkilö tarvitsee lisäksi apua liikkeen käynnistämisessä, esimerkiksi lusikan käytössä ruokailutilanteessa, puseron pukemisessa jne. Kun liike on aloitettu, niin yleensä lihasmuisti toimii ja toiminta jatkuu varsin automaattisesti.

Jos agnosiaan liittyy kasvojen tunnistamattomuutta, niin on hyvä ohjata ihmisiä aloittamaan keskustelu muistisairaana henkilön kanssa mainitsemalla oman nimensä. Puhuttelijan nimen

mainitseminen tai pelkkä puhe, jolloin henkilö kuule äänen, auttaa henkilöä tunnistamaan ihmisen, joka häntä lähestyy.

Keskittymisvaikeudet ja oma-aloitteisuuden puute

Muistisairautta sairastavalla henkilöllä voi monesti olla myös keskittymisvaikeuksia, tai he eivät pysty suorittamaan toimintoja oikeassa järjestyksessä. Toiminnasta tulee tuolloin hajanaisista, ja siinä on vaikea saavuttaa tarkoitettua lopputulosta. Näissä tilanteissa on hyvä käyttää apuna toiminnan jäsentämistä ja jaksottamista kuvia hyödyntäen. Kuvat voivat esimerkiksi viestittää, missä järjestyksessä vaatteet puetaan päälle tai mitä tarvitaan voileivän valmistamiseen. Kuvien avulla toiminnon eri vaiheet tulevat esiin ja keskittyminen on helpompaa. Jos henkilöllä on huomattava keskittymisvaikeus, on hyvä huolehtia siitä, että kuvia ei ole esillä samanaikaisesti liian monta. Tällöin on jälleen tärkeää muistaa arvioida, mistä toiminnan hajanaisuus johtuu. Jos kyseessä on agnosia, niin kuvat eivät mahdollisesti enää auta. Tuolloin on tärkeää, että henkilö saa käytännön tukea hoitajalta/avustajalta. Näissä tilanteissa on hyvä vahvistaa toiminnan kulkua lausumalla ääneen vaiheet, joita ollaan tekemässä, esimerkiksi: "Otetaan nyt seuraavaksi pusero ja laitetaan se päälle." Kun henkilölle ojennetaan pusero tai asetetaan se hänen syliinsä ja autetaan häntä aloittamaan pukemislake, puseron pukeminen ylle voi onnistua. Tämä tuki on tärkeää, jotta henkilö voi olla toimia itse aktiivisesti suorittaa ne osat kyseisestä toiminnosta, johon hänen toimintakykynsä vielä riittää.

Jossakin muistisairauden vaiheessa voi ilmetä myös oma-aloitteisuuden puutetta. Henkilö vaikuttaa passiiviselta, eikä hän saa aloitetuksi toimintoja omatoimisesti. Näissä tilanteissa on hyvä käyttää sanallista ohjausta. Tähän pätee sama kuin muihin kuvattuihin tilanteisiin. Kun liike/toiminto on saatu käynnistettyä, niin se yleensä sujuu automaattisesti. On hyvä aloittaa tästä ja katsoa, miten toiminta sujuu. Toiminnan aikana on myös hyvä olla muistisairaana vierellä tukena samalla kuitenkin varoen estämästä häntä tekemästä toiminnosta niitä osia, joihin hän pystyy. On tärkeää, että hoitaja osaa havainnoida tilannetta ja reagoida siihen, miten muistisairas suoriutuu toiminnon eri vaiheista. Näin tasapaino omatoimisuuden ja avun välillä säilyy realistisella tasolla.

Loppusanat

Muistisairaana omatoimisuuden tukeminen on hyvin tärkeää. Kun oikeanlaista tukea ei ole tarjolla, niin on usein kyse tietämättömyydestä. Jos hoitohenkilökunnalla on oikea asenne ja aito halu tukea muistisairasta henkilöä ja hänen omaistaan, olemme päässeet jo pitkälle. Joka tilanteessa kannattaa kysyä: "Miten voin tukea tämän henkilön omatoimisuutta ja tehdä siten hänen päivästäan merkityksellisemmän?" Moniammatillinen yhteistyö on tässä avainasemassa. Sosiaali- ja terveysalan eri ammattiryhmät ovat kaikki omalla osaamisellaan avainhenkilöitä. Moniammatillisen työn kautta voimme luoda yhdessä muistisairaalle ja hänen omaiselleen turvallisen ja merkityksellisen elämän omassa kotiympäristössään.

Lähteet

Björlin, G. & Basun, H. & Beck-Friis, B. & Ekman, S.-L. & Englund, E. & Jönhagen, M. E. & Gustafson, L. & Lannfelt, L. & Nygård, L. & Sparring Björkstén, K. & Terzis, B. & Wahlund, L.-O. & Wimo, A. 2004. Om demens. 2 painos. Stockholm: Liber AB.

Christiansen, C. & Townsend, E. 2009. Introduction to occupation: the art of science and living. London: Pearson Education.

Egan, J. & Worrall, L. & Oxenham, D. 2005. An Internet training intervention for people with traumatic brain injury: Barriers and outcomes. *Brain Injury* 19 (8), 555–568.

Eloniemi-Sulkava, U. 2003. Dementoituneen ihmisen asumisen tarpeet. Teoksessa: Kotilainen, H. & Virkola, C. & Eloniemi-Sulkava, U. & Topo, P. Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino.

Fish, J. & Manly, T. & Emslie, H. & Evans, J. J. & Wilson, B. A. 2007. Compensatory strategies for acquired disorders of memory and planning: Differential effects of a paging system for patients with brain injury of traumatic versus cerebrovascular aetiology. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry* 79 (8), 930–935.

Hettinga, M. & De Boar, J. & Goldberg, E. & Moelaert, F. 2009. Navigation for people with mild dementia. *Medical Informatics in a United and healthy Europe*. Bloomington: Indiana University Press, 428–432. i.a. Leisure and aging: Resources for recreation programs for older adults. http://www.indiana.edu/~leisure/module3/unit5_LA3/notes_pg2.html. Viitattu 14.11.2012.

Mäki, O. & Topo, P. 2009. User needs and user requirements of people with dementia: multimedia application for entertainment. Teoksessa Topo, P. & Östlund, B. *Dementia, design and technology – time to get involved*. Amsterdam: IOS Press, 61–78.

Nygård, L. 2009. Living with dementia and the challenges of domestic technology. Teoksessa Topo, P. & Östlund, B. *Dementia, design and technology – time to get involved*. Amsterdam: IOS Press, 9–25.

Polatajko, H. 2007. Specification of an occupational perspective: Our assumptions. Teoksessa Townsend, E. & Polatajko, H. *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Scheidt, R. J. & Norris-Baker, C. 2004. "The general ecological model revisited: Evolution, current status and continuing challenges". Teoksessa H.-W. Wahl, R. J. Scheidt & P. G. Windley. (Toim.) *Annual review of gerontology and geriatric. Aging in context: socio-physical environments*. New York: Springer, 34–54.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen 3. uudistettu painos WHO:n luokitukselta ICD-10.

Townsend, E. & Wilcock, A. 2004. Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 71 (2), 75–87.

Wade, T. & Troy, J. 2001. Mobile phones as a new memory aid: a preliminary investigation using case studies. *Brain Injury* 15 (4), 305–320.

Wilson, B. & Emslie, H. & Quirk, K. & Evans, J. 2001. Reducing everyday memory and planning problems by means of a paging system: a randomized control crossover study. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry* 70 (4), 477–482.

Wilson, B. & Emslie, H. & Quirk, K. & Evans, J. & Watson, P. 2005. A randomized control trial to evaluate a paging system for people with traumatic brain injury. *Brain Injury* 19 (11), 891–894

Zwijsen, S. & Niemeijer, A. & Hertogh, C. 2011. Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature. *Aging & Mental Health* 15 (4), 419–427.

6 HYVÄ YMPÄRISTÖ AUTTAA MUISTISAIRASTA KOTONA

Oma koti on tärkeä muistisairaalle henkilölle

Väestö ikääntyy, ja yhä useampi suomalainen ikäihminen asuu kotonaan. Kotona asuvien muistisairaiden henkilöiden määrä on yli 70 000, ja heistä noin kaksi kolmasosaa asuu yksin. (Sievinen ym. 2007). Muistisairaudet muodostavat merkittävän haasteen kotona asumiselle. Hyvä ympäristö on osa muistisairaahan huolenpitoa. On tärkeää, että muistisairas saa elää ympäristössään, jonka hän tunnistaa ja kokee turvalliseksi.

Oma koti on tuttu paikka, jossa osaa toimia ja jota osaa käyttää. Se saattaa olla jopa itse rakennettu tai remontoitu, ja itse on myös valittu huonekalut ja matot, jotka ovat asettuneet paikoilleen vuosien saatossa. Mitä pidempään on kodissaan asunut, sitä tutummaksi se on käynyt. Omaan kotiin on tottunut, samoin kuin on tottunut sen laitteisiin ja käyttöesineisiin. Kun ihminen tietää niiden paikat, hänen ei tarvitse aina katsoa, kun ottaa kaapista jotain, vaan se (laite tai käyttöesine) on siinä, tutulla paikalla. Muistisairaalle henkilölle on tärkeää asioiden jatkuminen totuttuun tapaan, tutussa ympäristössä, tutuilla rutiineilla – omassa kodissa.

Muistisairauden ilmetessä on hyvä alkaa tarkastella kotiaan sairauden etenemistä ajatellen. Mahdollisista asunnonmuutostöiden ja teknologian tarpeista kannattaa keskustella ammattilaisen ja omaisten tai läheisten kanssa hyvissä ajoin. Tavoitteena on, että kotona voisi asua mahdollisimman pitkään ja että kotona mahdollisesti tehtäviin muutoksiin ehtii vielä tottua. Muistisairauksien vaikutus ihmisen toimintakykyyn on hyvin yksilöllistä, ja kaikki teknologiset ja asunnonmuutostöihin liittyvät ratkaisut on toteutettava yksilöllisesti ja muistisairaahan kotia sekä hänen omia näkemyksiään kuunnellen ja kunnioittaen.

Asunnon muutostyöt

Esteettömyys on tärkeä lähtökohta muistisairaahan kodille. Esteettömyyteen liittyvät myös ratkaisut, jotka auttavat hahmottamaan ja ymmärtämään tilaa. Useimmilla muistisairaiden liikuntakyky säilyy pitkään; sanotaan, että ”jalat vievät vaan pää ei pysy perässä”. Siksi kannattaa lähteä liikkeelle turvallisen liikkumisen mahdollistamisesta: kynnysten poistamisesta, tukikaiteiden ja valaistuksen lisäämisestä tasoerojen kohdalle, tarpeettomien ovien poistamisesta ja yleisvalaistuksen parantamisesta. Asunnon (ja jos henkilö asuu pienentalossa, niin myös piha-alueen) kulkureitit kannattaa käydä läpi muistisairaahan itsensä kanssa, jolloin mahdolliset vaaranpaikat havaitaan ja mahdollisista muutostarpeista voi keskustella yhdessä.

Muistisairauksiin liittyy yleensä hahmottamiskyvyn heikentyminen, mikä vaikeuttaa liikumista ja aiheuttaa eksyilytaipumusta. Jopa omassa kodissaan voi eksyä muistisairauden edetessä, vaikka se olisi (ollut) kuinka tuttu paikka. Tällöin asunnon turvallisuuteen tulee kiinnittää entistä enemmän erityistä huomiota.

Valaistus, värit ja kontrastit

Valo on näkymätöntä aaltoliikettä, joka saa erilaiset pinnat heijastamaan valoa ja värejä eri tavoin. Tämän pinnoilta heijastuvan valon laatu ja määrä on oleellista, kun suunnitellaan valaistusta. Saman tehoisessa valaistuksessa valkoisilta tai vaaleilta pinnoilta heijastuu paljon enemmän valoa kuin mustilta tai tummilta pinnoilta. Koska pintojen värit muuttuvat näkyviksi vasta valonsäteiden osuessa niihin, on valon laadulla (värilämpötilalla jne.) merkitystä siihen, miltä pinnan värit näyttävät. Lisäksi ihmisen silmä aistii värejä vain valoisissa olosuhteissa, hämärässä kaikki näkevät kaiken musta-valko-harmaana. Siksi valaistuksesta ja värityksestä on syytä puhua samanaikaisesti unohtamatta kontrasteja, jotka syntyvät värien tummuusaste-eroista.

Valaistuksen tehtävänä on auttaa näkemään. Tietenkin jotkin koristevalaisimet on tarkoitettu katsottaviksi ja tunnelman luojiksi. Tyypillisiä koristevalaisimia ovat esimerkiksi joulukiuksen sähkökynttilät. Valaistus ei saa häikäistä, ja voimakas vastavallo vaikeuttaa näkemistä. Epäsuora valaistus koetaan yleensä miellyttäväksi. Huonosti toteutettuna valaistus ja väritys saattavat aiheuttaa virheaistimuksia ja siten turhia kaatumisia tai putoamisia. Hyvä valaistus pienentää onnettomuusriskiä. Virheaistimukset voivat aiheuttaa hyvinkin epäloogista käyttäytymistä, ja siten muistisairas voi ahtautua tai kiivetä paikkoihin, joihin ennen sairastumistaan ei olisi tullut mieleenkään mennä tai tehdä asioita, joita ei ikinä ennen tehnyt.

Normaaliin ikääntymiseen kuuluu näön heikkeneminen ja valontarpeen voimakas kasvaminen. Jo pelkästään sen vuoksi olisi valaistusta syytä parantaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa muistisairaahan kotona. Valaistuksen käyttökynkin tulee olla helposti löydettävissä, ja valaistuksen tulee olla häikäisemätön. Asunnossa tarvitaan erilaisia valaisimia, hyvän yleisvalaistuksen lisäksi tarvitaan esimerkiksi työvalo keittiön työpöydälle ja lukuvaloa nojatuolin vierelle. Joissakin tiloissa voidaan pitää valoa jatkuvasti päällä, jotta sen löytää tarvittaessa. Tällaisia tiloja ovat esimerkiksi wc- ja pesutilat sekä pimeään aikaan talon sisäänkäynti.

Kun muistisairaus osaltaan hämärtää sairaan käsitystä omasta ulkonäöstään, on valon oikea suuntaus peilin äärellä tärkeä. Valaistus ei saa langettaa kasvoille varjoja, jotka vääristävät omaa ulkonäköä. Parhaimmillaan peilin molemmilla sivuilla on valaisimet, jolloin kasvot valaistuvat tasaisesti. Joissakin tapauksissa peili joudutaan peittämään tai poistamaan kokonaan, kun oma kuva alkaa ahdistaa tai kun se näyttää täysin vieraalta henkilöltä. Markkinoille on tullut peili, jossa on sisäänrakennettuna niin kutsuttu rulo-ovi. Sen voi vetää ylhäältä alas, kun peilin ei haluta näkyvän, mutta peilin saa helposti näkyville nostamalla rulo-oven takaisin ylös.

Tilan hahmottamisessa auttaa hyvän valaistuksen lisäksi kontrastien käyttö. On tärkeää, että esimerkiksi lattiapinta on tummempi kuin seinät. Tumma lattia koetaan usein turvalliseksi ja lujaksi. Turhia voimakkaita kuvioita on hyvä välttää, sillä esimerkiksi lattialla olevat ruudut voivat näyttää kuopalta ja tummat raidat puolestaan ojalta, jonka yli tai päälle muistisairas

ei uskalla astua. Yllättävää kyllä, tavalliset matot eivät yleensä aiheuta harha-aistimuksia. Suurempi ongelma mattojen kanssa on se, että ne eivät aina pysy paikoillaan ja että maton reunoihin voi kompastua. Mikäli asukas joutuu käyttämään rollaattoria sisällä, voi maton reuna muodostua esteeksi liikkumiselle.

Moni suomalainen koti on uutuuttaan kovin valkoinen: valkoiset seinät, ovet, ovilistat ja valkoiset kiintokalusteet. Ovi- ja jalkalistat voi hyvin maalata tai vaihtaa esimerkiksi puunväriksi, ja kiintokalusteisiin voi vaihtaa värilliset vetimet. Jo näillä toimenpiteillä helpotetaan tilan hahmottamista. Mikäli wc- ja pesutiloissa on valkoiset seinälaatat ja valkoiset posliinit, niin ainakin wc-istuimen kansi on syytä vaihtaa värilliseksi. Samoin pesualtaan voi vaihtaa sellaiseen, jossa on kiinteästi tukeva värillinen tukikaide reunassa.

Suuret ikkunapinnat ovat haasteellisia silloin, kun niistä lankeaa sisälle voimakas auringonvalo. Ikkunaa vasten on vaikea nähdä, kun vastavallo häikäisee. Jos kuitenkin ei haluta pimentää ikkunaa kaihtimilla, voi ikkunan eteen laittaa vaaleat valoverhot, jotka tasaavat ja laimentavat ulkoa tulevaa valoa.

Huonekalut ja materiaalit

Muistisairaalle kodissa on hyvä olla kalusteet, joista hän voi ottaa tukea asunnossa liikkessaan. Rakkaat ja mieluisat sohvut tai nojatuolit ovat tärkeitä, niihin istuessaan voi tuntea tutun istuimen koko kehollaan. Jos tuntuu, että ne eivät ole riittävän tukevia, niiden tukevuutta on hyvä parantaa sen sijaan, että ne vaihdettaisiin uusiin.

Turhien ja muistisairaalle kannalta merkityksettömien tavaroiden määrää on syytä vähentää tai poistaa ne kokonaan. Tilalle kannattaa tuoda sairaalle tärkeitä esineitä ja kalusteita. Ympäristön on mahdollistettava mielekäs puuhastelu.

Lattian tulee olla turvallinen, ja muistisairaalle tulee voida kokea se turvalliseksi. Monella ikään tynneellä on taipumusta kävellä ”hihtämällä”, jolloin jalkoja ei juurikaan nosteta. Tällöin lattian kitka ei saa olla liian suuri, etteivät sukat tai tossut jumiudu paikoilleen. Toisaalta lattia ei saa olla liian liukaskaan, sillä silloin on vaarana, että ihminen menee nurin. Hyvänä nyrkkisääntönä on, että lattiat olisivat kitkaominaisuuksiltaan hyvin samankaltaiset kodin eri tiloissa.

Muistisairaalle ruokailusta huolehtiminen on tärkeää. Usein syöminen onnistuu itsenäisesti hyvinkin pitkään. Asiaa voi kuitenkin parantaa pienin keinoin. Esimerkiksi kontrasteja voi lisätä ruokapöytään valitsemalla vaaleille astioille tumma pöytäliina ja tummille astioille vaalea pöytäliina. Mahdollisen kontrastittomuuden voi korjata myös käyttämällä sopivan väristä tablettia pöytäliinan ja lautasen välissä. Näin lautanen hahmottuu paremmin. Tietenkin voi myös valita astioita, joissa on värillinen reuna.

Toinen haasteellinen ruokailuun liittyvä vaihe on auttaminen pöydän ääreen. Jos sairaan toimintakyky on heikentynyt niin, että tuolille on vaikea istuutua ja ettei tuolin siirtäminen

pöydän äärelle tuolilla istuen onnistu omin avuin, voi hankkia avuksi tuolin, jonka etujaloissa on pienet pyörät ja jonka selkä- tai käsinojasta saa hyvän otteen. Näin avustajan on helppo auttaa tuoli ja siinä istuva henkilö kevyesti tuolin takajalkoja nostamalla ja työntämällä istuimen pöydän ääreen.

Ruokapöydän valaistus, niin kuin valaistus yleensäkin, ei saisi häikäistä pöydän äärellä istuvia. Se ei myöskään saa olla suunnattu niin, että se aiheuttaa voimakkaita varjoja pöydän äärellä istuvien kasvoille. Kuitenkin pöydän äärellä tarvitaan riittävästi valoa.

Ruuanvalmistus

Muistisairaalle on tärkeää saada tehdä kotiaskeleita niin kuin on tottunut. On hyvä, että kotona on mielekästä tekemistä. Monen ikääntyneen ruuanlaittotaito säilyy pitkään. Jossain vaiheessa ruuanlaitosta saattaa kuitenkin tulla turvallisuusriski muistisairaalle kotona. Keittiöön on kuitenkin saatavilla erilaista tekniikkaa lisäämään turvallisuutta. Niiden käyttöön on hyvä totutella mahdollisimman pian sairauden toteamisen jälkeen.

Lieteen ja liesituulettimeen voi asentaa automaattisia virrankatkaisulaitteita, tunnistimia ja hälyttimiä sekä automaattisia liesipalon sammutuslaitteita. Vanhan lieden tilalle voi vaihtaa ns. turvalieden, kunhan lieden perustoimintaperiaate säilyy entisenlaisena. Perinteistä valurautalevyin varustettua liettä ei ole syytä lähteä vaihtamaan esimerkiksi uuteen induktiolieteen muistisairaalle toteamisen jälkeen. Induktioliesien sanotaan olevan turvallisia, sillä ne eivät kuumene, jos liedellä ei ole kattilaa tai jos kattila on tyhjiällä. Induktiolieden käytötapa on kuitenkin niin erilainen, että jossain vaiheessa sen kanssa tulee ongelmia: niissä kun ei yleensä ole vääntimiä, joista keittoalueet saa päälle tai pois. Toinen ongelma on keittoalueiden ja säätömerkintöjen heikko erottuvuus liesitasolta. Kaikki merkinnät perustuvat näköön, mitään ei voi tunnustella.

Siinä vaiheessa, kun ruuanlaitto alkaa olla vaarallista ja on koettu läheltä piti tilanteita, on syytä kytkeä liesi pois päältä kokonaan. Lieteen voi asentaa myös liesivahdin, jonka voi ohjelmoida toimimaan on/off-kytkimenä. Tällöin muistisairas ei pysty itse käyttämään liettä, mutta muut perheenjäsenet tai avustajat saavat helposti lieden käyttöönsä.

Kosketusvapaa vesihana on käyttöturvallinen, sillä siitä tulee vain tietty määrä vettä kerralla. Muistisairaalle voi kuitenkin olla vaikeaa ymmärtää, miten veden saa valumaan esimerkiksi käsienpesua varten. Keittiöön on saatavilla myös automaattisia, joka tunnistaa tiskipöydän lähellä seisovan henkilön. Laite katkaisee veden tulon, jos henkilö ei muista laittaa vesihanaa pois päältä ja poistuu tiskipöydän ääreltä.

Henkilökohtainen hygienia

Wc:ssä asiointi ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen heikkenevät muistisairaalle edetessä. Wc:n löytäminen helpottaa valon pitäminen päällä ja oven jättäminen raolleen. Oven päälle voi kirjoittaa selkein kirjaimin ”WC”, sillä lukemisen taito säilyy pitkään. Jossain

vaiheessa kuitenkin tarvitaan apua wc-käyntien yhteydessä. Tällöin konkretisoituu tilan esitteömyystarve.

Vanhojen rakennusten pesutilat ovat usein ahtaat, ja kylpyhuoneissa voi vielä olla kylpyamme. Alkuvaiheessa muistisairaana kanssa pärjää, kun ammeen päällä käyttää ns. ammelautaa, joka asetetaan ammeen reunojen päälle. Laudan toisessa päässä on tukikahva. Jossain vaiheessa tulee kuitenkin välttämättömäksi poistaa amme kokonaan ja rakentaa sen tilalle suihkunurkkaus. Tämä on kuitenkin suuri toimenpide, sillä vanhojen talojen kylpyhuoneissa ei ole varsinaista vesieristystä, koska amme korvaa vesieristystä. Ammeen poistamisen seurauksena joudutaan koko kylpyhuoneen lattialle ja seinille tekemään vesieristys, minkä jälkeen kylpyhuone laatoitetaan kokonaan uudelleen. Samassa yhteydessä on hyvä valita tilan hahmottamista helpottavat värit seinille ja lattialle sekä asentaa tukikaiteita.

Taloyhtiön teettämät remontit muistisairaana kotona

Mikäli taloyhtiö teettää muistisairaana asunnossa korjauksia, kuten kerrostalon putkisanerauksen ja sen myötä kylpyhuoneiden remontoitua, ikkunoiden tai lukkojen uusimista tai muita vastaavia korjaustoimia, asukas ei aina pysty vaikuttamaan korjauksiin liittyviin valintoihin. On erittäin tärkeää, että tällaisten korjausten suunnittelijoille välitetään tietoa asukkaiden ikäjakaumasta ja mahdollisesta alentuneesta toimintakyvystä. Esimerkiksi putkistosanerauksen yhteydessä vaihdetaan yleensä vanhat vesikalusteet uudenmallisiin, minkä seurauksena muistisairas ei enää osaa käyttää niitä tai välillä hän osaa ja välillä ei osaa: hän saa esimerkiksi hanasta vettä, mutta ei osaa sulkea sitä. Tällaiset tilanteet saattavat aiheuttaa vakavia vesivahinkoja koko rakennukselle.

Elämä jatkuu, teknologia auttaa

Muistisairaana elämä jatkuu kotona mahdollisimman pitkään. Niin kauan kuin kunto sallii, on hyvä mahdollistaa tutut harrastukset, ulkoilu ja sosiaalisten kontaktien ylläpito. Näihin voi saada apua ja turvaa teknologiasta.

Ulko-oven vierelle tai sen sisäpinnalle voi laittaa ilmoitustaulun, johon voi laittaa yksinkertaisia muistutusviestejä: ”ota avaimet mukaan”. Omainen voi laittaa myös kauppaan lähtiessään viestin ilmoitustauluun: ”olen kaupassa”. Oveen voi asentaa myös kytkimen, joka tunnistaa oven avaamisen sekä sen, onko siitä kuljettu ulos tai tultu sisälle. Muistisairaalle voi hankkia paikannuslaitteen, joka joko kiinnitetään vaatteisiin tai otetaan mukaan. Jotkin matkapuhelinmallitkin toimivat hyvin paikannuslaitteena. Henkilö, joka on tottunut ottamaan aina puhelimen mukaansa, tulee näin automaattisesti ottaneeksi myös paikannuslaitteen.

Puhelin mahdollistaa tärkeiden sosiaalisten kontaktien säilymisen. Jos tavallisen puhelimen käyttö vaikeutuu, voi tilalle hankkia puhelimen, jonka suurikokoiset näppäimet toimivat pikavalintanäppäiminä. Siihen voi numeroiden tilalle laittaa valokuvat, jolloin valokuvasta painamalla soitto ohjautuu kuvan henkilölle. Tämä tietenkin edellyttää, että joku tekee oh-

jelmoinnit, ja että valokuvat ovat riittävän vanhoja, jotta muistisairas tunnistaisi kuvan henkilöt. Valokuvien yhteyteen on syytä kirjoittaa myös nimet.

Kellon- tai vuorokaudenajan tajun heiketessä voivat erilaiset sähköiset viikonpäivä- tai vuorokausikalenterit ja puhuvat kellot olla suureksi avuksi. Turvallisuutta lisäävät esimerkiksi palohälytys, kaatumishälytys, turvapuhelin ja lääkkeiden ottamisesta muistuttava hälytys. Näistä laitteista voidaan ohjata hälytys ennalta sovitulle taholle, joka voi olla hälytyspäivystys, omainen tai muu läheinen henkilö.

Kaikkea teknologiaa ei kannata hankkia kerralla, ja laitteisiin tulee voida tutustua rauhassa. Kodin tulee kuitenkin näyttää asukkaidensa kodilta eikä tekniikan temmellyskentältä tai hoitoyksiköltä.

Lähteet

Sievänen, Liisa & Sievänen, Markku & Välikangas, Katariina & Eloniemi-Sulkava, Ulla. 2007. Ympäristö-opas. Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin.. Helsinki: Ympäristöministeriö, Asunto- ja rakennusosasto.

7 MUISTISAIRAAN HYVÄ RAVITSEMUS

Aivoterveyttä voi edistää hyvillä valinnoilla

Muistisairauksiin sairastumisriskiä vähentää hyvälaatuinen ruokavalio, normaalipaino ja riittävä liikunta keski-ikässä. Kohonnut verenpaine, kohonneet veren rasva-arvot, kuten kolesteroli ja triglyseridit, liiallinen tyydyttyneen rasvan saanti ravinnosta ja runsas alkoholin käyttö keski-ikässä ovat haitaksi aivoille, ja ne lisäävät riskiä sairastua muistisairauteen. Riskitekijät ovat siis samoja kuin sydän- ja verisuonisairauksissa.

Suomalaisen seurantatutkimuksen mukaan tyydyttyneiden rasvojen saanti keski-ikässä enustaa dementian kehittymistä erityisesti niillä, joilla on Alzheimerin taudille altistava ApoE4-genotyyppi. Runsas tyydyttyneiden rasvojen osuus ruokavaliossa aiheuttaa beta-amyloidi-proteiinin kertymistä aivoihin, ja tämä tuhoaa aivojen hermosoluja ja edesauttaa muistisairauden etenemistä. Ravinnon tulee olla monipuolista ja sisältää riittävästi proteiinia sekä energiankulutuksen mukaisesti rasvaa, josta osa on hyvälaatuista, pehmeää rasvaa sekä kalaa. Kasvien sisältämät vitamiinit, kivennäisaineet ja muut yhdisteet suojelevat aivoja. Liikapaino lisää sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden ja verisuonisairauksien riskiä, ja ne lisäävät alttiutta sairastua muistisairauksiin.

Ruokavalintojen yhteyttä aivoterveYTEEN on selvitetty useissa tutkimuksissa. Tyydyttymättömien rasvahappojen saanti näyttää suojaavan muistisairaudelta. Aivoterveyttä edistävään ruokavalioon kuuluu kalaa 2–4 kertaa viikossa, ja ruokavaliossa on runsaasti värillisiä kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Rasvoista valitaan kasviöljyjä ja syödään esimerkiksi pähkinöitä, joissa on monipuolisesti rasvoja ja proteiinia. Suolan käytön tulisi olla kohtuullista verenpaineen kohoamisen ehkäisemiseksi. Teollisesti pitkälle käsiteltyjen huonolaatuisten hiilihydraattien, esimerkiksi sokerin, valkoisen vehnäjäuhon ja riisin välttäminen kuuluu aivoterveelliseen ruokavalioon.

Muistisairaahan ravitsemustila ja ravinnonsaanti

Ruokavalion laadulla on tärkeä osuus aivojen ja kognitiivisen toimintakyvyn säilymisessä silloinkin, kun muistisairaus on jo todettu. Aivojen kannalta kiinnostavia ravintoaineita ovat olleet mm. B-vitamiinit, D-vitamiini, sinkki, ravinnon kuitu sekä n-3 rasvahapot. Kalaöljyjen sisältämien, pitkäketjuisten n-3 rasvahappojen on joissain tutkimuksissa todettu hidastavan muistisairauden etenemistä. Kalansyönnin terveysvaikutukset perustuvat kuitenkin muuhunkin kuin kalan rasvaan, ja kalaöljykapseleiden säännöllinen käyttö voi joillakin ihmisillä jopa heikentää veren rasva- ja paastoverensokeriarvoja. Yksittäisten ruoka- tai ravintoaineiden merkitystä terveyden edistämässä ja muistisairauden etenemisen ehkäisyssä on vaikeaa todentaa. Ruokavalio on aina kokonaisuus, ja paras tapa saada turvallisesti, riittävästi ja sopivassa suhteessa ravintoaineita on syödä monipuolisesti ja riittävästi.

Sairauden varhaisessa vaiheessa on tärkeää huolehtia monipuolisesta ruokavaliosta, riittävästä ravintoaineiden saannista, liikunnasta ja sosiaalisesta aktiivisuudesta. Sairauden edessä ruoan monipuolisuus on edelleen tärkeää, mutta riittävä energian ja proteiinin saanti korostuu kognition heikentyessä ja mahdollisten käyttösoireiden lisääntyessä. Tällöin voi olla syytä turvautua tehostettuun ruokavalioon ja usein myös täydennysravintovalmisteisiin.

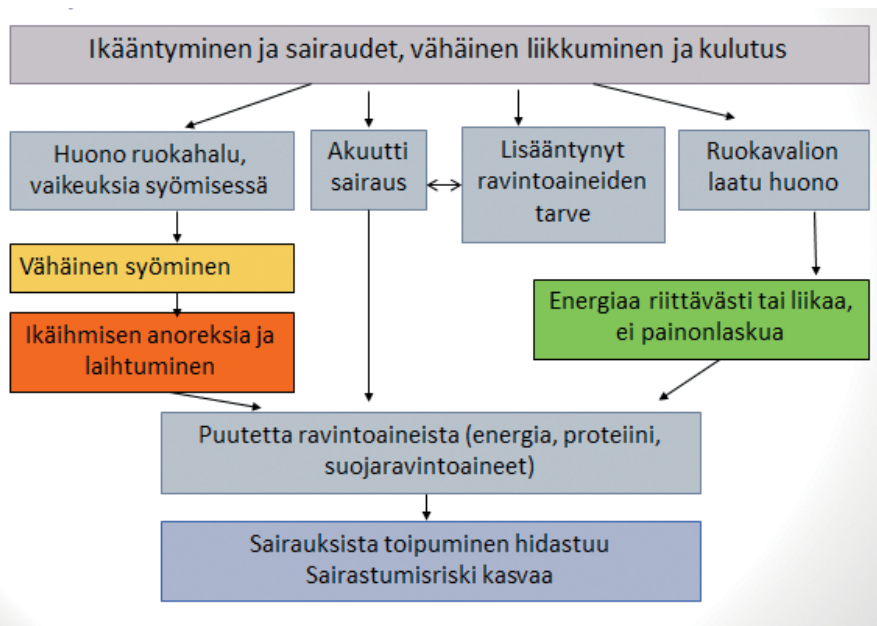
Muistisairaille tarkoitetuissa hoitokodeissa tehdyissä tutkimuksissa asukkaiden ravinnonsaanti oli alle suositusten energian, proteiinin ja useiden ravintoaineiden osalta. Kaikki tutkitut olivat iäkkäitä naisia. Hoitohenkilökunnalle annetun koulutuksen ja ruokalistaan tehtyjen muutosten seurauksena asukkaiden ravinnonsaanti parani energian, proteiinin ja useiden ravintoaineiden osalta.

Muistisairauteen liittyy usein laihuminen

Kaikki muistisairaatt eivät ole laihoja, mutta sairauden ensimmäinen oire voi olla painon lasku, jolloin myös toimintakyvyn heikkeneminen saattaa kiihtyä lihaskadon vuoksi. Tahaton painonlasku ikääntyneellä on aina hälyttävä merkki, ja siihen tulisi puuttua tehostamalla ravinnonsaantia mahdollisuuksien mukaan. On arveltu, että muistisairauksiin liittyvä laihuminen johtuisi sairauden aiheuttamasta energiankulutuksen lisääntymisestä. Tätä ei ole voitu tieteellisissä tutkimuksissa osoittaa.

Painonlasku johtuu aina kulutusta pienemmästä energiansaannista, mikä voi olla seurausta levottomuuden ja vaeltelun aiheuttamasta lisääntyneestä energiankulutuksesta tai heikentyneen toimintakyvyn, hahmottamisvaikeuksien ja käytösoireiden aiheuttamasta vähentyneestä ravinnonsaannista. Syöminen voi vähentyä melkein huomaamatta: jo muutaman sadan kilokalorin päivittäinen vaje energiansaannissa voi aiheuttaa viikkojen tai kuukausien kuluessa painonlaskua, lihasten menetystä ja toimintakyvyn heikkenemistä.

Muistisairaahan infektiot, muut sairaudet ja lääkitykset voivat lisätä ravintoaineiden tarvetta, vaikuttaa ruoansulatukseen, ravintoaineiden imeytymiseen tai niiden aineenvaihduntaan kehossa. Muistisairaahan ravitsemustila ja ravinnonsaanti tulisi arvioida, ja arvioinnin pohjalta suunnitella hyvää ravitsemusta tukevia toimenpiteitä. (Ks. Kaavio 1.)



Kaavio 1. Ravitsemustilan heikkeneminen

Ravitsemustilan heikkeneminen voi liittyä myös akuutteihin sairaustilanteisiin, muihin pitkäaikaisiin sairauksiin ja suuriin muutoksiin ympäristössä tai henkilökohtaisissa ja sosiaalisissa suhteissa. Riittävän ravinnonsaannin edellytyksenä on, että muistisairaalla on apua saatavilla, jos toimintakyky on heikentynyt.

Ravitsemustilan heikkeneminen johtaa:

- sairastuvuuden lisääntymiseen
- infektiokierteeseen
- vastustuskyvyn heikkenemiseen
- lihaskadon kiihtymiseen ja väsymiseen
- heikentyneeseen hengityselinten käyttöön, vaikeuteen hengittää ja yskää
- heikentyneeseen lämmönsäätelyyn -> paleleminen lisääntyy
- apatiaan, depressioniin ja itsensä laiminlyöntiin
- lisääntyneeseen terveyspalveluiden käyttöön

Ravitsemustilan ja ravinnonsaannin arviointi

Säännöllinen painonseuranta on helppo ja yksinkertainen tapa seurata ravitsemustilaa. Painonseurannassa ikääntynyt punnitaan kuukauden välein tai tarvittaessa useammin.

Merkittävää on erityisesti onko mahdollinen painonlasku tahatonta ja liittyykö siihen haurastumisriskiä. Mitä nopeampaa tahaton painonlasku on, sitä suurempi on ravitsemustilan huononemisen riski. Ikääntyneille suositellaan painoindeksiä 24–29, koska pienen ylipainon on huomattu suojaavan ikääntynyttä aliravitsemukselta, lihaskadolta ja osteoporoosilta.

Ravitsemustila voidaan arvioida MNA (Mini Nutritional Assessment) -mittarilla, joka on kehitetty erityisesti iäkkäiden (>65 v) ravitsemustilan arviointiin. Mittarista on olemassa pitkä ja uudempi lyhyt versio, ja molempia on viime vuosina käytetty useissa eri tutkimuksissa. MNA sisältää antropometrisia mittauksia, ruokavalion arvioinnin, yleisen toimintakyvyn arvioinnin sekä henkilön oman arvioinnin terveydestään ja ravitsemustilastaan. Mittarin kokonaispisteiden perusteella tutkittavan ravitsemustila on hyvä, hänellä on virheravitsemuksen riski tai hänen ravitsemustilansa on heikko. Mittaria voidaan käyttää ravitsemusongelmien seulontaan ja ennaltaehkäisyyn. Mittarin suomalainen versio on sivustolla www.mna-elderly.com sekä www.ravitsemuskotona.fi -> ravitsemuksen arviointi.

Energian ja proteiinin saantia voi seurata ruoankäytön kirjanpitolomakkeen avulla. Tämä antaa tarkempaa tietoa energian ja proteiinin saannin riittävydestä. Ruokailun seuranta tulisi tehdä 1–3 päivän ajan. Arvioinnin avulla saadaan selville syödyn ruoan energiapitoisuus sekä proteiinin saanti päivää kohden. Lomakkeet löytyvät sivuilta www.ravitsemuskotona.fi -> ravitsemuksen arviointi.

Lomakkeeseen on merkitty valmiiksi ateriat, ajat ja tyypillisiä käytössä olevia ruoka-aineita sen täyttämisen helpottamiseksi. Ateriarytmi ja syödyt ruoat voivat vaihdella, ja silloin lomakkeesta voi viivata tarpeettomat vaihtoehdot yli ja kirjoittaa käytetyn vaihtoehdon tilalle. On tärkeää kirjata muistiin kaikki päivän aikana syödyt ruoat ja juomat. Määrä tulisi kirjata ylös esimerkiksi desilitroina arvioituna, punnitseminen ei ole tarpeellista. Leivän päälle lisätyt levitteet ja leikkeleet sekä kahviin tai teehen lisätyt maito ja sokeri kirjataan myös.

Päivän päätteeksi lomakkeesta lasketaan energian ja proteiinin saanti käyttäen apuna valmista annostaulukkoa. Taulukkoon on kerätty tavallisimmat ruoka-aineet ja lisää löytyy osoitteesta www.finel.fi.

Proteiinin saanti

Sairauksien yhteydessä lihaskato usein kiihtyy. Kun ruokahalu on huono, siitä seuraa energian ja proteiinin saannin vähenemistä. Proteiinin hyödyntäminen elimistössä heikkenee lisäksi ihmisen ikääntyessä. Kun energiansaanti on niukkaa, iäkkään ihmisen on hyvä saada ravinnostaan 1–1,2 grammaa proteiinia vuorokaudessa kehon painokiloa kohden tai 15–20 % kokonaisenergiasta. Kun kehon paino on 65 kg, tarvitaan päivittäin 65–78 grammaa proteiinia. Jos kulutus ja syöminen ovat vähäistä, riittävän proteiinin saaminen ruoasta on haasteellista ja ruoan proteiinipitoisuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Hyviä proteiinin lähteitä ovat liha, kala, maito ja maitovalmisteet sekä kananmunat. Taulukossa on esitetty joidenkin ruokien proteiinisältöjä (taulukko 1). Lisätietoja saa osoitteesta www.finel.fi.

Taulukko 1. Ruoka-aineiden proteiinipitoisuuksia

RUOKA-AINE	PROTEIINIA, g
Kalkkunaleikkele, siivu (20 g)	6
Juusto, siivu (20 g)	6
Maito, lasillinen (1,7 dl)	5
Maitorahka (1 dl)	10
Kirjolohi, (160 g)	30
Silakkalaatikko (300 g)	17
Lihapyörökät (100 g)	16
Hernekeitto (300 g)	14

D-vitamiinilisän käyttö

Vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuosituksukset eivät ikääntyneiden kohdalla paljon poikkea nuorempien aikuisten suosituksista. Ikääntyneille D-vitamiinilisän käyttöä kuitenkin suositellaan kaikille yli 60-vuotiaille ympäri vuoden 20 mikrogrammaa (800 IU) päivässä. D-vitamiinista on tutkimusten mukaan hyötyä myös kaatumisten ehkäisyssä. Lisän saa D-vitamiinivalmisteista, kalanmaksajlijystä tai monivitamiinivalmisteista. Luuston kunnan ylläpitämiseksi on myös turvattu riittävä kalsiumin saanti ensisijaisesti ruokavaliosta. Jos ruokavalio ei sisällä maitoa ja maitovalmisteita, myös kalsiumilisän käyttö on tarpeen. Kolme lasillista maitoa, piimää tai jogurttia ja pari siivua juustoa sisältää noin 900 milligrammaa kalsiumia, mikä on tavallisesti riittävä määrä ikääntyneelle. Hieman suuremmasta määrästä saattaa olla hyötyä osteoporoosin ehkäisyssä naisilla.

Ravitsemus ja muistisairaahan hyvinvointi

län karttuessa ruoan hankinta, ruokailu ja ravinnonsaanti usein muuttuvat. Muistisairaiden ihmisten yleisimmät ravitsemusongelmat – toisin kuin keski-ässä – ovat vähentynyt syöminen, laihtuminen ja syömiseen liittyvät käytösoireet. Jo sairauden alkuvaiheessa voi esiintyä ruoan hankintaan, valmistukseen ja ruokailuun liittyviä vaikeuksia. Muistisairauteen liittyvät muutokset ruokailurytmissä, toimintakyvyn heikkeneminen, käytösoireet, lisääntynyt mieltymys makeaan ja syömisvaikeudet johtavat ravitsemustilan heikkenemiseen ja usein myös laihtumiseen.

Kun varhaisessa muistisairaahan vaiheessa olevia fyysisesti hyväkuntoisia henkilöitä tutkittiin, todettiin, että monella ravinnonsaanti oli heikentynyt, ja tilanne jäi pysyväksi sairauden edetessä. Ravitsemusta olisi siis hyvä tukea jo ennen kuin ravitsemustilan heikkeneminen alkaa.

Muistisairas saattaa unohtaa, että hän on juuri syönyt tai mikä ateria pitäisi seuraavaksi syödä. Keskitymiskyvyn heikkeneminen voi vaikeuttaa ruokailua ja pienetkin häiriöt ympäristössä voivat keskeyttää syömisen. Ruoanvalmistusvälineiden tai ruokailuvälineiden käyttö voi vaikeutua jo sairauden varhaisessa vaiheessa. Sairauden edetessä tuttujen ruokien tuoksut, maut tai suutuntuma voivat muuttua. Ruokia ei tunnusteta ja ruokahalu heikkenee. Jo sairauden alkuvaiheessakin monet muistisairaat ovat terveisiin verrokkeihin verrattuna riippuvaisempia ruoan hankintaan ja syömiseen liittyvästä avusta. Tutkimuksia muistisairaiden ravitsemushoidosta on tehty suhteellisen vähän, ja varsinkin kuvauksia siitä, miten muistisairaahan ravitsemusta tuetaan, on vähän.

Muistisairaahan edetessä kyky ”muistaa”, että nälkä lähtee syömällä ja jano juomalla, heikkenee. Nälkäisenä tai janoisena oleminen voi aiheuttaa levottomuutta, pahantulisuutta, apeutta ja jopa kipuja. Heikentynyt toimintakyky ja hahmottamisen vaikeudet hidastavat syömistä ja lisäävät avuntarvetta, minkä muistisairas voi kokea turhauttavana. Avustaminen ruokailussa, muoviset ruokailuvälineet, hoito tai hoitoympäristö voivat muistisairaasta tuntua alentavilta tai jopa loukkaavilta. Monet syömiseen ja ravinnonsaantiin liittyvät tekijät voivat siis olla yhteydessä käytösoireisiin, ehkä jopa aiheuttaa niitä.

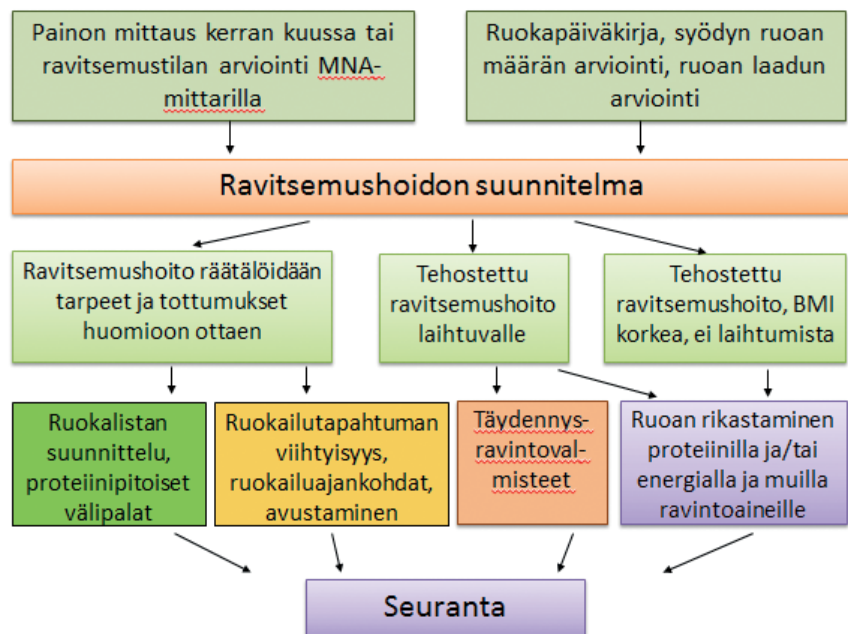
Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet, kuten levottomuus, vaeltaminen, vastustaminen ja aggressiivisuus, ruokahalun heikentyminen ja syömisvaikeudet lisäävät varsinkin omaishoitajien taakkaa, jolloin muistisairaahan hoitaminen kotona saattaa tulla ylivoimaiseksi. Omaishoitajat ovat ravitsemusinterventioissa hyötynneet eniten siitä, että heihin on oltu aktiivisesti yhteydessä, eivät niinkään kirjoitetuista oppaista, nettisivuista tai mahdollisuudesta soittaa itse neuvontapuhelimeen.

Ravitsemuksen merkitys ja ruokailu muuttuvat jonkin verran muistisairaahan edetessä. Sairauden varhaisessa vaiheessa, usein jo ennen diagnoosia, on tärkeää huolehtia monipuolisesta ruokavaliosta, riittävästä ravintoaineiden saannista, liikunnasta ja sosiaalisesta aktiivisuudesta, joilla tuetaan ravitsemustilaa ja saatetaan ehkäistä sairauden etenemistä. Sairauden edetessä ruoan monipuolisuus on edelleen tärkeää, mutta riittävä energian ja proteiinin saanti korostuu kognition heikentyessä, käytösoireiden lisääntyessä ja vuorokausirytmien muuttuessa. Ikääntyneitä hoitavat henkilöt ylläriovat usein hoidettaviensa energiansaannin. Ammatillaiset hyötyvät ravitsemuskoulutuksesta, jonka avulla he voivat aiempaa paremmin vastata ikääntyneiden yksilöllisiin tarpeisiin.

Ravitsemushoito

Hyvin suunnitellulla ravitsemushoidolla on mahdollista ylläpitää hyvää toimintakykyä, ehkäistä painonvaihdeluita, hidastaa tahatonta laihtumista ja muistisairaahan anoreksian etenemistä (Kaavio 2). Ravitsemushoidon tulee perustua arviointiin. Painon seuranta on yksinkertaisin tapa arvioida ravitsemustilaa. Muistisairaahan painonlasku on merkki ravitsemustilan heikkenemisestä ja sitä tulee ehkäistä. Ravitsemushoidon seurauksena iäkkäiden ja monisairaiden ihmisten ravitsemustilassa, energian ja ravintoaineiden saannissa, elämän-

laadussa ja toimintakyvyssä on todettu kohentuneen. Kun on käytetty runsaasti proteiineja ja energiaa sisältäviä täydennysravintovalmisteita ja lisätty ruoan energiatihyettä, energiansaanti on lisääntynyt noin 200–300 kcal/vrk ja proteiiniinsaanti noin 10–40 g/vrk. Ravitsemushoidosta on ollut hyötyä varsinkin sairaalapotilaille sekä vanhainkodeissa ja pitkäaikaisasastoilla asuville ikääntyneille. Tutkimuksia kotona asuvien ravitsemushoidosta on toteutettu niukasti.



Kaavio 2. Ravitsemuksen arviointi ja ravitsemushoidon suunnitelma

Painon vakaana pitäminen on tärkeää. Ruokavalion tulee olla monipuolinen, mutta koska nautitut ruokamäärät ovat usein pieniä, ruoan energia-, proteiini- ja ravintoainetiheyden tulee olla tavanomaista suurempi. Muistisairaalle sopivat ateriat ovat yleensä pieniä ja niitä on lyhyin väliajoin. Välipalojen merkitys korostuu ja sitä kautta lounaalla ja päivällisellä syödyn ruoan määrä saattaa vähentyä. Jos muistisairaalla ruokahalu on hyvä eikä paino laske, ruoan proteiini- ja ravintoainetiheyden tulee kuitenkin kiinnittää huomiota. Tällöin ruoan energiatiheys voi olla pienempi ja rasvan osuus ruokavaliossa alhaisempi. Iäkkäiden ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa ja ravinnonsaantia tehostaa usealla eri tavalla:

1. Ruokailutilanteesta luodaan miellyttävä ja aktivoiva; myös apua on saatavilla riittävästi
2. Fysioterapiaa ja toimintaterapiaa yhdistetään ruokailutilanteeseen
3. Ruokailuajankohdat ovat sopivat; yöpaasto on lyhyt

4. Ruokalista suunnitellaan ikäryhmälle sopivaksi
5. Sopivia välipaloja on saatavilla ja niitä tarjotaan aktiivisesti
6. Ruokaa rikastetaan tarvittaessa energialla, proteiinilla ja ravintoaineilla (=tehostettu ruokavalio)
7. Käytetään täydennysravintovalmisteita varsinkin sairauksien yhteydessä

Ruokailutilanne

Välitön ympäristö ja tunnelma ovat tärkeitä informaation lähteitä muistisairaille. Ympäristöllä tarkoitetaan usein fyysistä ympäristöä, jolloin sosiaalinen ympäristö, tuoksut ja äänet jäävät vähemmälle huomiolle. Ruokien hyvät tuoksut tuovat mieleen hyviä ja tuttuja muistoja aiemmasta elämästä. Ruokailuhetket ovat myös kuntouttavaa hoitoa, sosiaalisia tapahtumia ja tärkeitä mielihyvän lähteitä.

Ruokailutilanteita on hyvä suunnitella etukäteen. Voidaan miettiä muistisairaalle mahdollisuuksia ja osallistumista esimerkiksi pöydän kattamiseen, ruoan jakamiseen ja tarjoiluun. Ruokaa voidaan myös joskus valmistaa yhdessä; kasvien kuoriminen tai pilkkominen saattaa joiltakin onnistua hyvin. Jotkut tarvitsevat ohjaamista tai syöttämistä, vaikka itsenäistä ruokailua tuetaan mahdollisimman pitkään. Istumajärjestyksellä on mahdollista vaikuttaa ruokapöydässä viihtymiseen ja sosiaalisiin suhteisiin. Kiireisille ja levottomille ruoka on syytä tarjota ensimmäiseksi. Ikääntyneiden ravitsemushoidon järjestämisessä keskeistä on moniammatillinen yhteistyö varsinkin hoito- ja ruokapalveluhenkilökunnan kesken.

Muutoksilla ruokailuun liittyvässä sosiaalisessa ympäristössä on ollut myönteinen vaikutus vanhainkodin asukkaiden ravitsemustilaan ja elämänlaatuun. Tutkimuksessa ei puututtu ruoan ravitsemukselliseen sisältöön tai annoskokoihin, vaan ne pyrittiin pitämään vakioina. Muutoksissa keskityttiin ruokailutilaan, ruoan tarjoiluun ja henkilökunnan tehtäviin ruokailun yhteydessä. Ruokailutilan koristeluun, siisteyteen ja ruokailutilanteen rauhallisuuteen kiinnitettiin huomiota. Hoitajien työvuoroja muutettiin siten, että ruokailussa auttamiseen oli riittävästi aikaa ja voimavaroja: kahta hoidettavaa kohti oli yksi hoitaja. Lääkkeet jaettiin selvästi ennen ateriaa, millä haluttiin erottaa lääkehoito ja ruokailu toisistaan. Asukkaita ei myöskään häiritty ruokailun aikana esimerkiksi kysymyksillä seuraavasta ateriatesta (taulukko 2). Interventoryhmässä havaittiin positiivista muutosta kaikissa tutkituissa muuttujissa. Kodinomainen ruokailu hidasti elämänlaadun heikkenemistä, ylläpiti fyysistä kuntoa ja ehkäisi laihtumista. Myönteisiä muutoksia oli myös tutkittujen painossa ja energian saannissa, vaikka ruokalista ja ruoan ravintosisältö pidettiin ennallaan.

Ruokailun avulla on mahdollista aktivoida iäkkäitä ihmisiä ja kannustaa heitä liikkumaan. Tuttujen ruokien tuoksut voivat herättää ruokahalun ja muistuttaa syömisestä. Ennen ruokailua voi olla jumppa- tai ulkoiluhetki. Aivojen toimintaa ja käsien käyttöä aktivoiva ”lusikka suuhun” -jumppa ja lauluhetki ennen ruokailua soveltuvat varsinkin muistisairaille henkilöille.

Taulukko 2. Kodinomaisen ruokailutilanteen tunnusmerkit

Pöytien kattaus	Pöytäliinat, tavalliset lautaset, lasit ja ruokailuvälineet, lautasliinat, pöytäliinat, kukkia pöydällä
Ruonan tarjoilu	Tarjoilu kodinomainen, annoskoko ruokahalun ja ruoan mielisyyden mukaan, vaihtoehtoja tarjolla
Henkilökunta	Henkilökunta istuu pöytien ääressä, yksi hoitaja jokaisessa pöydässä, lääkkeet jaetaan selvästi ennen tai jälkeen ruokailun
Asukkaat	Asukkaat istuvat siten, että ruokaruhkaa edistetään; riittävästi aikaa ruokailemiseen; kannustetaan omatoimisuuteen; kaikki aloittavat yhdessä ruokailun; ruokarukous tai muu rauhoittuminen
Ruokailutilanne	Ruokailutilanne rauhoitetaan; ulkopuoliset häiriötekijät minimoidaan; ei muita vieraita kuin ennalta sovitut, esimerkiksi opiskelijat ja omaiset

Ruokailurytmi ja ruokamieltymykset

Muistisairaiden on hyvä ruokailla monta kertaa päivässä, koska he eivät usein jaksa syödä kerrallaan suuria aterioita. Ateria-aikojen suunnittelun tärkeimpänä tavoitteena tulisi olla ikääntyneen oman rytmin kunnioittaminen ja kulutusta vastaavan energian saannin turvaaminen.

Muistisairaille sopivat ateriat ovat yleensä pieniä ja niitä tulee olla lyhyin väliajoin. Välipalojen merkitys korostuu, lounaalla ja päivällisellä syödyn ruoan määrä saattaa vähentyä. Aterioiden tulee jakaantua tasaisesti koko päivälle. Yöpaasto ei saa olla yli 11 tuntia. Aterijärjestystä koskeva ehdotus helpottaa aterioiden suunnittelua, mutta sitä sovelletaan yksilöllisesti ja tilanteiden mukaan.

Käytännössä eniten joustoa tarvitaan aamiaisen ajankohtaan. Jotkut heräävät aikaisin ja syövät aamupalan jo kello 7 ja toiset nukkuvat pitkään ja syövät ensimmäisen ateriansa vasta kello 10. Lounaan ajankohta siirtyy tässä mallissa hieman myöhemmäksi noin kello 12.30. Iltapäiväkahvi ja päivällinen ovat myös hieman myöhemmin. Aikaisin aamiaisensa syöneille voidaan tarjota aamupäivällä välipala. Iltapala on tärkeä tarjota, jotta illan viimeisen ja aamun ensimmäisen aterian välinen aika ei ole liian pitkä. Tämä on erityisen tärkeä ottaa huomioon, jos ikääntynyt on laiha ja huonosti syövä. Yöpaala voi auttaa levotonta yöllä heräilevää rauhoittumaan. Yöpaala voi olla voileipä, lasillinen maitoa tai täydennysravintovalmiste. (Ks. Taulukko 3.)

Taulukko 3. Suositeltavat ateria-ajat

Ateria	Kellonaika	Osuus päivittäisestä Energiansaannista %
Aamupala	7 - 10.30	5 - 20
(Välipala	9.30 - 10.30	5 - 10)
Lounas	11 - 13	20 - 25
Päiväkahvi	14 - 15	10 - 15
Päivällinen	17 - 19	20 - 25
Iltapala	19 - 21	0 - 15
(Yöpalan voi tarjota levottomalle, yöllä heräävälle)		

Muistisairaiden syömän ruoan määrä ja energiansaanti on ollut runsainta aamupalalla. Tämä tulos on ollut erityisen selvä niiden kohdalla, joilla sairaus on edennyt pisimmälle ja joilla on ollut eniten käytösoireita. Päivällisellä ravinnonsaanti on ollut pienin. Terveillä ihmisillä tilanne on yleensä toisinpäin: iltaa kohden aterioiden koko suurenee. Tavanomainen ruokailurytmi ei ehkä riittävästi tue muistisairaiden ruokailua ja ravinnonsaantia.

Muistisairauden edetessä mieltymys makeaan ja runsaasti hiilihydraatteja sisältävään ruokavalioon usein lisääntyy. Tämä muutos näkyy selvimmin niiden kohdalla, joilla on eniten käytösoireita. Tutkimuksessa, jossa lisättiin päivällisen valikoimiin makeita ruokia, kokonaisenergian saanti lisääntyi, eikä proteiini- ja rasvatasojen ruokien syöminen vähentynyt tavanomaisesta. Tutkijat kyseenalaistavat perinteisen vanhainkodeissa noudatetun ruoan jakelutavan ja ruokailurytmin. Suunnittelun tulisi perustua siihen, että muistisairaiden ihmisten erityispiirteet ja ravitsemukselliset tarpeet otetaan ensisijaisesti huomioon. Mahdollisuus valita mieluisia ruokia hyödyttää eniten niitä, joiden ruokahalu on huono ja paino alhainen. Ruokannoksen kokoa ei ole hyvä suurentaa, koska suuri annos tavallisesti jää syömättä. Samoin monen ruoan valikoima lautasella saattaa aiheuttaa hämmennystä. Ruoan tulee sisältää riittävästi, mutta ei liikaa energiaa ja ravintoaineita.

Lähteet

Jyväkorpi S., Puranen T., Pitkala K. H., Suominen M. H. 2012. Nutritional treatment of aged individuals with Alzheimer disease living at home with their spouses: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 13: 66.

Milne A. C., Potter J., Vivanti A., Avenell A. 2009. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009:CD003288. Review.

Shatenstein B., Kergoat M. J., Reid I. 2007. Poor nutrient intakes during 1-year follow-up with community-dwelling older adults with early-stage Alzheimer dementia compared to cognitively intact matched controls. *Journal of American Diet Association*. 107: 2091–2099.

Soini H., Suominen M., Muurinen S., Strandberg T. E., Pitkala K. H. 2011. Frequency of malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *J Am Geriatr Soc.* 59: 765–766.

Suominen M., Finne-Soveri H., Hakala P., Hakala-Lahtinen P., Männistö S., Pitkälä K., Soini H., Sarlio-Lähdekorva S. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita.

Tieland M., Dirks M. L., van der Zwaluw N., Verdijk L. B., van de Rest O., de Groot L. C., van Loon L. J. 2012. Protein supplementation increases muscle mass gain during prolonged resistance-type exercise training in frail elderly people: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Med Dir Assoc.* 13: 713–719.

White H. K., McConnell E. S., Bales C. W., Kuchibhatla M. 2004. A 6-month observational study of the relationship between weight loss and behavioral symptoms in institutionalized Alzheimer's disease subjects. *J Am Med Dir Assoc.* 5: 89–97.

Vikstedt T., Suominen M. H., Muurinen S., Soini H., Pitkälä K. H. 2011. Nutritional status, energy, protein and micronutrient intake of older service house residents. *J Am Med Dir Assoc.* 12: 302–307.

Kirsi Salonen

8 LUONNON HYVINVOINTIVAIKUTUKSET - Luonto muistisairaana tukena

Johdanto



Kuva 1. Kuntoutusryhmässä suosittu mielimaaisema

Kun muisti pettää, mitä jää jäljelle? Oma tuttu koti tai hoitokoti voi silloin muodostua ai-noaksi saarekkeeksi, jossa voi jotenkin pärjätä tai jossa voi kokea olonsa turvalliseksi. Omiin rutiineihin, tekemisiin, omaiseen tai hoitajaan tarrautuminen tuo turvallisuuden tunnetta, mutta voi myös turhaan kapeuttaa omaa elämää ja lisätä masennuksen, huononmuuden tunteiden ja erillisyyden noidankehää.

Luonto virkistää ja motivoi liikkumiseen, mutta voiko luontoympäristö auttaa muistisairasta muutenkin? Luontoympäristö vaikuttaa paljon enemmän ja monipuolisemmin. Luontoympäristön elvyttävä vaikutus on runsaasti tutkittu aihe, ja luontoympäristön terapeuttisista vaikutuksista on myös näyttöä. Tässä artikkelissa perehdytään siihen, miten luontoympäristö voi auttaa ulos erillisyyden noidankehästä ja olla muistisairaana tukena monella tavalla. Artikkelin pohjautuu tekeillä olevaan väitöskirjaani ja kokemuksiini psykologina muistisairaiden parissa.



Luontoympäristön hyvinvointivaikutukset

Luonto- ja viherympäristöjen myönteisistä yhteyksistä terveyteen on saatu todistusaineistoa ainakin ympäristöpsykologian ja -kasvatuksen, metsä-, puutarha- ja kasvitieteen, ympäristösuunnittelun sekä terveysliikunnan tutkimuksissa (Korpela, 2007).

Luontoympäristöllä on myönteinen vaikutus terveyteen. Ympäristöpsykologisten tutkimusten mukaan asuinympäristön luontoelementtien suurempi määrä ennustaa parempaa terveydentilaa ja toimintakykyä sekä vähäisempää kuolleisuutta. Tutkimuksen mukaan eläminen vihreillä alueilla on myönteisessä suhteessa terveysindikaattoreihin (Verheij, Maas, Groenewegen 2006). Esimerkiksi stressitilanteen jälkeen luonnon katseleminen palauttaa fysiologisesti ja parantaa mielialaa sekä keskittymiskykyä kaupunkiympäristön katselua enemmän (Hartig, Evans, Jamner, Davis, Gärling 2003). Työpaikan ikkunanäkymän vihreys vähentää jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja ahdistuneisuutta työssä sekä lieventää työn kuormittavuuden vaikutuksia jännittyneisyyteen (Leather, Pyrgas, Beale, Lawrence 1998). Professori Kalevi Korpela ja psykologi Matti Ylen ovat tiivistäneet luontoympäristön ja psyykkisen hyvinvoinnin välisen yhteyden näin: ”Mieli paikatutkimuksissa on todettu, että etenkin luonnossa sijaitsevassa mieli paikassa ihminen pystyy säätelemään olotilaansa terveyttä edistävään suuntaan” (Korpela ja Ylen 2007). Miten ihminen toteuttaa tämän säätelyn? Onko prosessi tietoinen vai tiedostamaton? Ympäristöpsykologisten tutkimusten mukaan luontoympäristön herättämien automaattisten, tunteenomaisten arviointien on osoitettu syntyvän jopa 200 millisekunnissa (Hietanen ym. 2006). Luontoympäristön elvyttävät vaikutukset ovat sekä fysiologisia että psykologisia. Fysiologisella tasolla myönteiset vaikutukset ovat usein välittömiä ja tiedostamattomia: verenpaine alenee, sydämen syke ja koettu jännittyneisyys

normalisoituvat (Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles & Zelson 1991). Psykofyysisellä tasolla stressitila ja ahdistuneisuus helpottuvat sekä myönteiset elpymisen vaikutukset lisääntyvät paremmin kuin rakennetussa ympäristössä (Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles & Zelson 1991). Elpyminen on siis myös tunteenomainen eli emotionaalinen prosessi, eikä siihen tarvita korkeatasoista kognitiivista kapasiteettia, esimerkiksi hyvää muistia.

Luonnollinen oleminen – Luontokokemuksen määrittelyä

Ympäristöpsykologisten tutkimuksen tuloksilla on lukuisia kytkentöjä. Ne liittyvät muun muassa myönteisten voimavarojen löytämiseen ja tukemiseen esimerkiksi terapiassa (Smith, 2006; Strumfer 2003; 2006). Tekeillä olevassa väitöskirjatutkimuksessani, jonka nimi on ”Luontoympäristö psyykkisenä kokemuksena. Luontokokemuksen elvyttävyyden ja terapeuttisuuden” pyrin arvioimaan, mitkä tekijät vaikuttavat luontokokemuksen elvyttävyyteen ja terapeuttisuuteen. Tutkimuksen tarkoituksena on myös kuvailla psyykkistä tilaa, jota luontoympäristö edesauttaa eli luontokokemusta. Tutkimuksessani kohderyhmät (yhteensä 534 tutkittavaa) ovat aikuisväestöä ja Green Care -hankkeeseen kuuluvien hoivayritysten sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten potilaita, asiakkaita ja ohjattavia.

Ensimmäisinä luontokokemusta ovat tutkineet ympäristöpsykologit Rachel ja Stephen Kaplan 1980-luvulla (1989). Kaplanien määritelmässä luontokokemuksen neljä tekijää (lumoutuminen, arjesta irtautuminen, ykseyden kokemus ja yhteenkuuluvuus) perustuvat pitkälti tarkkaavuuden elpymiseen, joka on kognitiivinen prosessi. Jäin kaipaamaan emotionaalisempaa luontokokemuksen määrittelyä. Gestalt-psykoterapiasta, jossa on mukana holistinen näkemys, olen löytänyt vaikutteita luontokokemukseen uudelleenmäärittelyyn.

Gestalt-psykoterapiassa holistiseen tiedostamiseen kuuluu kokonaisuuden oivaltaminen. Jokainen kontakti on kokonaisuuden tiedostamista, toiminnan ja tunnetilan yhteistyötä aisti-, liike- ja vegetatiivisen järjestelmän kautta. Myös fyysisen ympäristön merkitys on tärkeä. Walter Arnoldin (1998) mukaan on merkityksetöntä määritellä hengittäjää ilman hengitettävää ilmaa. Tämä tarkoittaa sitä, että ilma voi myös hengittää hengittäjää, jolloin kokonaisuuden hahmottaminen ulottuu myös subjektin ulkopuolelle. Gestalt-psykoterapian tarkoitus on, että ihminen tulee omaksi itsekseen, löytää luonnollisen olemuksensa (natural being; Perls ym. 1974). Ihminen on tällöin läsnä luissaan, hiuksissaan, eleissään, hengityksessään, ajatuksissaan, kokemuksissaan ja ympäristössään.

Näiden vaikutelmien mukaan olen kehittänyt käsitteen psyykkiselle tilalle, jonka luontoympäristö parhaimmillaan mahdollistaa: myönteinen olemisen kokemus/luonnollinen oleminen (natural being). Sen sisältämät elementit ovat turvallisuus (puuttuu Kaplanien määritelmästä), jatkuvuus, kokemuksellisuus ja hyväksyntä (puuttuu Kaplanien määritelmästä).

Olen käyttänyt väitöskirjatutkimuksessani sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia menetelmiä. Luontokokemuksen määrittelyyn olen käyttänyt luontokokemuslomaketta, jossa on sekä avoimia kysymyksiä että strukturoituja väittämiä. Avointen vastausten avulla olen muun

muassa määritellyt elvyttävien kokemusten sisältöä, niiden kognitiivisuutta ja emotionaalisuutta. Suurin osa elvyttävistä kokemuksista on emotionaalisia tai molempia, vain 4,8 % on pelkästään kognitiivisia kokemuksia (ajatus selkiintyy, ideoita syntyy).

Strukturoituja väittämien analysointiin olen käyttänyt faktorianalyysiä, ja analyysin tuloksena sain neljä faktoria. Väitöskirjatutkimuksessani luontokokemus määrittyy seuraavista elementeistä:

1. Minuus jatkuu: Kokemuksen tärkeimmät elementit ovat turvallisuuden ja hyväksynnän tunne. Kokemus tuottaa myös ideoita. Luontoympäristö on suojaava, ja tärkeät luontokohteet ovat lähellä.
2. Pois umpikujasta: Luonto auttaa pois kiireestä ja umpikujan tunteesta.
3. Tilantuntu: Luontokokemuksessa on tilaa, näkyvyyttä ja vettä. Kokemuksessa on mahdollista nähdä etäälle.
4. Sopivat aistihavainnot: Visuaaliset, auditiiviset ja kinesteettiset aistihavainnot luontoympäristössä tuovat monipuolisen aistikokemuksen, jossa voi olla helposti oma itse.

Elvyttävyys ja terapeutisuus

Luontokokemukset voivat olla psyykkiseltä vaikuttavuudeltaan erilaisia. Käytän luontoympäristöön liittyvästä psyykkisestä kokemuksesta seuraavia termejä: elvyttävä ja terapeuttinen luontokokemus. Ympäristöpsykologiset tutkimukset ja omat psykologin työssä saadut kokemukset ovat näissä termeissä taustalla. Elvyttävyyteen liittyy lähinnä psyykkisen hyvinvoinnin ja terveyden vahvistaminen sekä mielenterveydellisiä ennaltaehkäiseviä tekijöitä. Terapeutitiset vaikutukset liittyvät kokemukseen, jossa jo olemassa oleva psyykinen ongelma helpottuu tai paranee.

Elvyttävä vaikutus on vahvistava, selkiinnyttävä, virkistävä, rauhoittava ja/tai rentouttava. Vahvistava ja selkiinnyttävä vaikutus liittyy esimerkiksi itsetunnon kohenemiseen, uuden näkökulman ja ajatuksen löytymiseen tai oman arvomaailman vahvistumiseen. Virkistävä vaikutus liittyy mielialan kohoamiseen. Rauhoittava ja rentouttava vaikutus liittyy olotilan helpottumiseen ja jaksamisen lisääntymiseen. Elvyttävyys tarkoittaa, että psyykinen olotila kohenee ja/tai tilapäinen psyykinen kuormitus helpottuu luontokokemuksen tai -intervention avulla.

Luontoympäristöllä ja luontoelementeillä (myös eläimillä) on myönteinen vaikutus myös terveydentilaan. Tällöin myös luontokokemuksen kestolla, kokemuksen laadulla ja luontoympäristön ominaisuuksilla on vaikutusta: mikäli kielteisiä oireita on jo olemassa, ne helpottuvat paremmin pitempikestoisessa oleskelussa erityisesti luonnonrauhaisissa ja metsämaisissa luontoympäristöissä (Tyrväinen ym. 2007).



Terapeutisesta vaikutuksesta voi puhua, kun henkilöllä on jokin psyykinen ongelma, häiriö tai sairaus ja hänen luontokokemuksensa kuvauksesta ilmenee, että tämä ongelma tai häiriö helpottuu, vähenee tai poistuu luontokokemuksen tai -intervention avulla. Luontoympäristön terapeutin vaikutus voi olla myös sitä, että terapeutin prosessi helpottuu ja/tai nopeutuu luontomenetelmän eli -intervention avulla.

Luonto hoitomenetelmä

Vaikka luontoympäristöjen yhteyksistä elpymiseen, koettuun hyvinvointiin ja terveyteen on monipuolista todistusaineistoa niin kokeellisista kuin kyselytutkimuksista, luontoympäristön terapeutisesta ja kuntouttavasta käytöstä osana terveydenhuoltoa on vähemmän tutkimustuloksia. Tästä huolimatta erilaisia luontointerventioita on käytetty osana psykiatrista ja psykologista hoitoa jo pitkään. Esimerkiksi puutarhaterapian juuret löytyvät 1800-luvun Saksasta, jossa puutarhoita alettiin tehdä psykiatrisissa sairaaloissa aluksi taloudellisista syistä. Pian kuitenkin huomattiin, että kasvien parissa työskentely rauhoitti levottomia potilaita (Yli-Viikari ym. 2009). Puutarhaterapiassa kasvien kasvun seuraamiseen ja niiden hoivaamiseen nähdään liittyvän varsin samantapaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia hyötyjä kuin muuhunkin luonnon avulla tapahtuvaan kuntoutumiseen (Rappe ym. 2003, Rappe 2005, Relf 2006). Viherympäristön rauhoittavasta vaikutuksesta kertoo puutarhaterapiaan osallistuneiden asiakkaiden jännittyneisyyden, pelkojen ja aggressioiden vähentyminen (Yli-Viikari ym. 2009).

Erja Rappen (2005) väitöskirjatutkimuksen mukaan kasveja kasvattaessaan dementoituneet vanhuksat saivat mahdollisuuden käyttää kognitiivisia kykyjään monipuolisesti. He tulkitsevat kasvien tarpeita ja sopeuttivat toimintaansa vallitsevien tilanteiden mukaan. Erilaisten tunteiden ja ajallisen jatkuvuuden kokeminen liittyi kasvien kasvatukseen. Toiminta on edis-

tänyt aikaan ja paikkaan orientoitumista. Kasvien näkeminen ja luonnon tarkkailu koettiin tärkeäksi. Viherympäristössä ulkoilun koettiin parantavan mielialaa. Yli puolet osallistujista kertoi ulkoilun parantavan unen laatua ja keskittymiskykyä. Samoin se palautti voimavaroja ja rauhoitti mieltä. Tutkimuksessa useimmille pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista kokemukset viherympäristössä olivat merkityksellisiä. Kasvien näkeminen ja luonnon tarkkailu koettiin tärkeäksi. Erityisesti vanhuksat halusivat nähdä kasveja, puita, pensaita ja kukkia (Rappe 2005).

Fysioterapiassa on luontokuntoutuksesta myönteisiä kokemuksia. Luontokuntoutuksen tavoitteena on tällöin muun muassa toiminnallisuuden ja tasapainon lisääminen sekä aistien aktivoiminen. Luonnon ja toiminnan yhdistämisellä saavutetaan myös psykososiaalisia hyötyjä. Hoitokoti Ilonpissarassa, joka on vanhusten hoivakoti, asukkaiden kokemana pihanhoito tuo mielihyvää sekä lisää fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Pihan puuhissa koetaan myös yhteenkuuluvuuden tunnetta (Löövi 2011).



Luontointerventiot (luontomenetelmät)

Luontokokemuksen syntymiseen riittää periaatteessa se, että luontoympäristössä on riittävästi elvyttäviä elementtejä ja niistä syntyy ihmiselle aistihavainto. Luontointerventio on menetelmä tai/ja tietoisesti valittu ympäristö, jossa luontoympäristö tai -elementti on jossain muodossa tietoisesti ja tavoitteellisesti mukana kuntoutus-, terapia-, hoito- ja/tai ohjausprosessissa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että terapia- tai hoitotilanne tehdään luontoympäristössä, tai siinä käytetään mukana luontoelementtejä (esimerkiksi kasveja, luontokuvia, luontoääniä tai eläimiä).

Luontointerventiot vaikuttavat samaan tapaan kuin luontokokemus. Luontointerventioiden tarkoitus on helpottaa, vahvistaa ja/tai nopeuttaa terapeuttisia, kuntouttavia ja/tai ohjauksellisia tavoitteita. Niitä voivat olla muun muassa psyykkisen häiriön ja psyykkisten oireiden helpottuminen tai paraneminen, kriisin helpottuminen, kuntoutuminen, terapeuttiseen prosessiin liittyvien myönteisten elementtien lisääntyminen ja myönteisyyden lisääntyminen minäkuvassa ja maailmankuvassa (Salonen 2010; 2012).

Luontointerventioita tarvitaan silloin, kun ihmisellä on ongelma, kriisi, häiriö tai sairaus. Luontointerventioihin kuuluvat myös sosiaalinen tuki: myötätunto, yhteisöllisyys ja ohjaus. Luontointerventioilla voidaan edistää luontokokemuksen myönteistä vaikutusta, sen havaitsemista ja tunnistamista (Salonen 2010; 2012).

Muistisairaita Ilonpissarassa

Olen työskennellyt muistisairaiden parissa psykologina omaishoitajien ja hoidettavien virkistys/kuntoutusviikoilla vuosien 1996–2011 välisenä aikana Lomakoti Ilonpissarassa Hämeenlinnassa. Tapasin omaishoitajien ryhmiä ja hoidettavien ryhmiä erikseen ja yhdessä kuntoutusviikoilla. Noin 80–90 % hoidettavista oli muistisairaita. Kuntoutus/lomaviikkojen tarkoitus oli tuoda helpotusta, virkistystä ja selviytymiskeinoja omaishoitajille sekä auttaa hoidettavia myös psykososiaalisilla keinoilla. Tavoitteena ryhmissä oli, että omaishoitajat/hoidettavat ovat kurssin aikana mahdollisimman paljon erikseen, jotta irrottautuminen arjesta mahdollistuisi ja vertaisryhmien tuki tulisi myös hyödynnettyä. Kurssit toteutettiin RAY:n rahoituksella kolme kertaa vuodessa: maaliskuussa, elokuussa ja marraskuussa.

Erityisesti elokuun kurssilla ryhmäkeskustelut toteutettiin ulkona terasseilla, joille oli helppo pääsy myös pyörätuoleilla ja rollaattoreilla. Toinen terassi on puustoisella rannalla, josta on suora näkymä Vanajaveteen ja Aulangolle. Mikäli rannan puoleinen terassi oli liian aurinkoinen tai tuulinen, olimme ryhmäläisten kanssa pihan puoleisella terassilla. Henkilökunta oli motivoitunut hakemaan tarpeen mukaan käyttöömmme huopia tai päivänvarjoja. Luontokuvat ja rentoutusharjoitukset olivat myös kurssilla käytössä. Luontokuvat ovat elvyttävyyden näkökulmasta ottamiani luontokuvia, joista olen tehnyt kymmenen kuvan sarjan. Suosituimmat luontomaisemat ovat nähtävillä tämän artikkelin sivuilla. Sisätiloissa myös istumapaikat sijoitettiin niin, että samanaikaisesti oli mahdollista olla vuorovaikutuksessa ryhmän kanssa ja nähdä ikkunasta ulos.

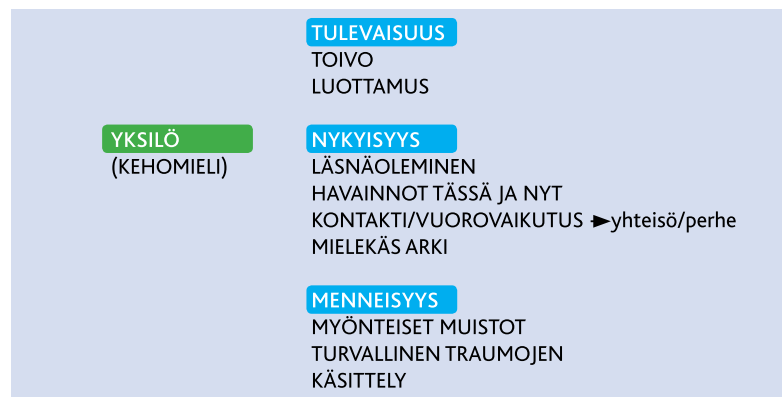
Hoidettavien ryhmässä esille nousivat useimmiten seuraavat psyykkiset pulmat: eristäytyminen, yksinäisyys, häpeä, masennus, itsemurhatoiveet, tarpeettomuuden kokemukset, traumaattiset kokemukset, mustasukkaisuuden tunteet, virikkeetön arki, seuran kaipuu, mielekkään puuhastelun tarve, käytännön avun tarve, kuoleman pelko ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Psyykkiset (emotionaaliset) tekijät olivat mukana monella tasolla: neurologinen taso, psykososiaalinen tausta (mennyt elämä/traumat, persoonallisuus), itsetunto/minäkuva ja nykyisen elämän mielekkyys. Ryhmätapaamisissa pyrimme löytämään keinoja minäkuvan vahvistamiseen, kriisistä selviytymiseen sekä löytämään mielekkyyttä elämään.

Useimmille ryhmäläisille keskustelu omasta tilanteesta, mielialoista ja menneisyyden kokemuksista saattoi olla ensimmäinen kerta sairastumisen jälkeen. Ryhmässä puheenaiheet liikkui lapsuuden kokemuksista nykyhetkeen. Sosiaalisen tuen tärkeimmät tekijät olivat: läsnäolo, kuulluksi tuleminen, hyväksyntä, ryhmän tuki, uusien näkökulmien avautuminen, keinojen löytyminen, arjen sujuvuuden ja mielekkyyden lisääminen. Luontoympäristön läsnäolo maisemana, kuvina tai mielikuvina palauttivat mieleen myönteisiä muistoja lapsuuden ja aikuisuuden mielipaikoista. Luontokuvien ja luontorentoutuksen avulla saimme myös sisätiloissa mielipaikkojen kokemukset ryhmätilanteeseen ja vuorovaikutukseen.

Lapsuuden mielipaikat kalliolla, järven rannalla tai rantakivillä palautuivat yksityiskohtaisesti mieleen. Kokemuksen erilaiset aistimukset, kuten oman kehon liikkeet muistikokemuksessa, maaperä jalkapohjien alla, tuulen vire kasvoilla, hyönteisten äänet, kasvin tuoksu, valo ja lämpö iholla, ongenvapa kädessä palautuvat konkreettisesti ja elävänä myös kehollisina tuntemuksina. Muistojen sisältämät tunnekokemukset näkyivät myös koetussa hetkessä muutoksina äänensävyssä, ilmeissä, vuorovaikutuksessa, vireystilassa ja mielialassa. Kokemuksissa tärkeimmät elementit olivat maiseman rauhoittava ja hyväksyvä vaikutus: voi olla juuri sellainen kuin on.

Hyväksyvässä kontaktissa voidaan olla myös vuorovaikutuksessa tässä hetkessä ryhmäläisten kanssa. Tällöin myös uusille näkökulmille, myötätunnolle ja tuen saamiselle on enemmän tarttumapintaa. Erityisesti silloin, kun sairaus on vienyt suurimman osan toimintakyvystä, hyväksyvä riittävyden kokemus on tärkeimpiä psyykkisiä voimavaroja. Myös ryhmän/perheen tuki tukevat tätä kokemusta.

Havainnot luontoympäristössä palauttavat myös menneisyyden mielipaikkakokemukset tuntemukset tähän hetkeen, mielialaan ja vuorovaikutukseen. Niiden avulla voi kokea toivon ja luottamuksen lisääntymistä nykyisyydessä ja uuden kasvun ja valon herättämiä aistimuksia myös tulevaisuuteen.



Kuvio 1. Fyysinen ja sosiaalinen ympäristö muistisairaana tukena

Lopuksi

Sosiaali- ja terveysala on vähentyneiden resurssien myötä uusien haasteiden edessä. Luontoympäristöjen ja luontointerventioiden ammatillinen hyödyntäminen on edelleen suurilta osin käyttämätön resurssi. Luontoympäristön elvyttävät ja terapeuttiset vaikutukset on syytä huomioida osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöjä.

Tulevaisuuden strategioissa ehdotetaan esimerkiksi teknologian käytön lisäämistä ikääntyneiden itsenäisen elämän tukemisessa (Salonen 2012). Luontointerventiot voisivat olla yksi vastaus haasteisiin sekä ennalta ehkäisevän toiminnan että terapeuttisen ja kuntouttavan toiminnan näkökulmasta. Meillä on toistaiseksi vielä viherympäristöjä käytössämme myös kaupunkiympäristöissä, eivätkä luontointerventiot myöskään vaadi kalliita laitteita tai investointeja. Luontomenetelmiin liittyvät toimintatavat ovat myös suhteellisen helppoja omaksumaa, vaikka uudenlaisen ajattelutavan ne kyllä vaativat.

Lähteet

Arnold Walter 1998. Elävä kontaktidialogi Gestalt-terapiaa. Helsinki: Yliopistopaino.

Hartig Terry, Evans Garry W., Jamner Larry D., Davis Deborah S., Gärling Tommy 2003. Tracking restoration in natural and urban field setting. *Journal of Environmental Psychology*. 23: 109–123.

Hietanen Jari, Klemetilä T., Kettunen, J. & Korpela K. 2007. What is a nice smile like that doing in a place like this? Automatic affective responses to environments influence the recognition of facial expressions. *Psychological Research*. Doi: 10.1007/s00426-006-0064-4.

Kaplan Rachel, Kaplan Stephen 1989. *The Experience of nature. A Psychological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Korpela Kalevi., Ylen, Matti 2007. Perceived health is associated with visiting natural favourite places in the vicinity. *Health & Place*. 13: 138–151.

Korpela Kalevi 2007. Luontoympäristöt ja hyvinvointi. *Psykologia*. 5: 364–376.

Leather Philip, Pyrgas Michael, Beale Deane, Lawrence Claire 1998. Windows in the workplace: sunlight, view and occupational stress. *Environment and Behavior*. 30: 739–762.

Löövi Raija-Leena, Heikki Autere 2012. Luonnon ja aidon tekemisen vaikutuksia hyvinvointiin ikääntyneen kokemana. Toimintatutkimuksellinen projektityö 50078207. Hämeen ammattikorkeakoulu. Saatavissa <http://www.ilonpilara.net/@Bin/140356/Luonnon+ja+aidon+tekemisen+vaikutuksia+hyvinvointiin+ik%C3%A4%C3%A4ntyneen+kokemana.pdf>. Viitattu 20.11.2012.

Perls Frederick S., Hefferline Ralf F., Goodman Paul 1974. *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. London: Penguin Books.

Rappe Erja, Linden Leena, Koivunen Taina 2003. Puisto, puutarha ja hyvinvointi. *Viherympäristöliitto ry*. 28: 160.

Rappe Erja 2005. The influence on a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care. University of Helsinki. Doctoral thesis. Saatavissa: <<https://oa.doria.fi/handle/10024/25/search?locale=fi>>. Viitattu 21.3.2012.

Relf Paula Diane 2006. Theoretical models for research and program development in agriculture and health care. Julkaisussa: Hassink Jan & van Dijk Majken, eds. Farming for health. Netherlands: Springer, 357.

Salonen Kirsi 2012. Mielen ja luonnon yhteyksiä. Eko- ja ympäristöpsykologian näkökulma. Yhteyksien kirja. Etappeja ekososiaalisen hyvinvoinnin polulla. Toimittaneet Tuula Helne ja Tiina Silvasti. Tampere: Juvenes Print, 235–247.

Salonen Kirsi 2010. Mielen luonto. Eko- ja ympäristöpsykologian näkökulma. Helsinki: Green Spot.

Smith, E.J. 2006. The strength-based counseling model. The Counseling Psychologist. 34, 13–79.

Strumfer, D.J.W. 2003. Resilience and burnout: a stitch that could save nine. South African Journal of Psychology. 33, 69–79.

Strumfer, D.J.W. 2006. The strengths perspective: fortigenesis in adult life. Social Indicators Research. 77, 11–36.

Tyrväinen, L., Silvennoinen, H., Korpela, K. & Ylen, M. 2007. Luonnon merkitys kapunkilaisille ja vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. Metlan työraportteja 52. Luontomatkaileu, metsät ja hyvinvointi. Saatavissa: <<http://www.metla.fi/julkaisut/workingpapers/2007/mwp052.htm>>. Viitattu 27.11.2012.

Ulrich Roge S., Simons Robert F., Losito Barbara D. et al. 1991. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. Journal of Environmental Psychology. 11: 201–230.

Verheij Robert A, Maas Jurgen, Groenewegen Peter P. 2006. Urban-Rural Health Differences and the Availability of Green Space. European Urban and Regional Studies, 15 (4):307–316.

Yli-Viikari Anja, Lilja Taina, Heikkilä Katariina et al. Green Care – terveyttä ja hyvinvointia maatilalta 2009. Saatavissa: <<http://www.mtt.fi/met/pdf/met141.pdf>>. Viitattu 27.10. 2009.

Ava Numminen

9 MUSIIKKI SILTANA MUISTISAIRAAAN IHMISEN KOHTAAMISEEN

Kun päiväsalissa aloittaa vaikkapa ”Keitä te ootte te nuoret pojat” –laulun, tuntuu kuin taikasauva heiluisi. Äsken ehkä istuttiin apaattisen hiljaisina, nyt monet laulavat, katseet valpas-tuvat, kuuluu juttelua ja naurattelua. Joku aloittaa uuden laulun... Musiikki herätti ja viritti jälleen. Musiikki voi toimia vahvana myönteisenä välineenä muistisairaiden hoidossa ja osal-taan helpottaa hoitajien ja omaisten työtä. Mihin musiikin vaikutukset sitten perustuvat ja miksi musiikkia on usein perusteltua käyttää muistisairaiden ihmisten hoidon tukena? Esitte-len artikkelissani musiikin aivoperustaa ja vaikutusmekanismeja yleensä, musiikin merkitystä muistisairaiden hoidossa sekä joitakin musiikkiin liittyviä muita näkökulmia.

Musiikin aivoperustasta ja vaikutusmekanismeista

Musiikin aivotutkimus on parin viimeisen vuosikymmenen aikana tuonut runsaasti uutta tie-toa siitä, miten tavattoman laaja-alaisesti musiikkia käsitellään aivoissa. Äänisignaali saapuu kuulohermoa pitkin aivorungon kautta kuuloaivokuorelle ohimolohkoissa. Siellä käsitellään äänen peruspiirteitä, esimerkiksi sen korkeutta ja kestoa. Kuultavan musiikin käsitteilyyn osallistuvat myös useat otsalohkon, ohimolohkon ja päälaen lohkon alueet, joiden toiminta liittyy musiikin rakenteen tunnistamiseen, aistitiedon yhdistämiseen sekä tarkkaavaisuuden, työmuistin ja liikkeiden säätelyyn (kooste Särkämö ym. 2011, 15). Vasen aivopuolisko on hallitseva rytmin tunnistamisessa ja oikea puolestaan melodian ja harmonian tunnistamisessa. Pelkästään musiikin kuuntelun aktivoi otsalohkon motorisia alueita, mutta soittamisen, tanssimisen tai laulamisen aikana mukaan tulevat aivojen liikeaivokuoren lisäksi tyvitumak-keet, pikkuaivot, aivorungon tumakkeet ja selkäytimen alemmat motoneuronit. Samanaikaisesti kuulo-, näkö- ja tuntoaistien integraatio aktivoi laajalti päälakilohkoa (Soinila & Särkämö 2009, 2585).

Mielimusiikki aktivoi syvällä aivokuoren alla sijaitsevan aivojen tunnekeskuksen, ns. limbisen järjestelmän. Se tuottaa emootioita ja mielihyvän kokemuksia sekä säätelee immuuni- ja hormonijärjestelmää. Musiikki saa aikaan myös näkyviä autonomisen hermoston fysiologisia reaktioita, kuten kyyneleiden valumisen tai ihonkarvojen pystyyn nousemisen. Muita seu-rauksia ovat mm. sydämen sykkeen ja verenpaineen muutokset. Musiikin tunnevaikutukset riippuvat paljolti muistiin varastoituneista kokemuksista (kooste Särkämö ym. 2011, 15; Soi-nila & Särkämö 2009).

Musiikin tiedetään vaikuttavan niin mielialan kuin vireystilan säätelyyn (Saarikallio & Erkkilä 2007). Musiikkia onkin käytetty terapeuttisena menetelmänä todennäköisesti läpi ih-miskunnan historian. Erkkilän ym. (2011) satunnaistetussa ja kontrolloidussa tutkimuksessa osoitettiin musiikkiterapian myönteiset vaikutukset masennukseen hoidossa. Masennuspo-tilaat, jotka työskentelivät lyömäsoittimilla improvisoiden ja keskustellen terapeutin kanssa, edistyivät merkittävästi paremmin masennuksen, ahdistuksen ja yleisen toimintakyvyn paranemisessa kuin verrokkiryhmä, joka sai tavanomaista hoitoa. Tutkijat toteavat, että on

todennäköistä, että musiikissa itsessään – niin kuunneltuna kuin soitettuna – on ominaisuuksia, jotka tuovat terapiaan motivaatiota ja sitoutumista tukevaa lisäarvoa. Musiikin tuottamiseen liittyvä mielihyvä yhdistyy monipuolisesti jaettuun tunneilmaisuuksiin ja itsetuntemuksen lisääntymiseen edesauttaen näin yleistä toipumista ja elämänhallinnan palautumista (ks. Erkkilä & Tervaniemi 2012).

Myös kivun hallinnassa musiikista voi olla apua. Systemaattisessa katsauksessa (42 tutkimusta ja 3936 aikuispotilasta, Nilsson 2008) musiikin osuudesta kivun lievitykseen todettiin musiikin kuuntelun vähentävän potilaiden ahdistusta ja kipua noin 50 prosentissa tutkimuksista. Kipulääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden tarve saattoi lisäksi vähentyä. Musiikin kuuntelun etuja ovat helppo toteutus, edullisuus ja haittavaikutusten puuttuminen. Ikäihmisten masennuksen hoitoa koskeneessa tutkimuksessa totesimme musiikkiin liittyen (Saarenheimo & Pietilä 2011), kuinka viikoittaiseen lauluryhmään osallistuneet masennuksesta kärsivät ikäihmiset kokivat mielialansa ja fyysisen olonsa kohentuvan sekä kivun tuntemusten vähentyvän lauluryhmätapaamisten aikana. Keskittyminen niin kehoon kuin mieltä virkistävään laulamiseen saattoi siis ainakin hetkellisesti katkaista kipu-masennus-tuntemukset.

Parkinson-potilaiden on osoitettu hyötyvän musiikista: potilaiden kävelystä tulee sujuvampaa ja askel pitenee kun kävelyä tahdistaa musiikki (Thaut & Abiru 2010). Laulaminen voi vahvistaa lisäksi puhevoimakkuutta ja laajentaa äänialaa, jotka tyypillisesti heikkenevät sairauden myötä (Tanner 2012). Myös aivohalvauspotilaiden kuntoutumista voi edistää musiikin avulla. Teppo Särkämön ja ryhmän tutkimuksessa selvitettiin järjestelmällisen musiikin kuuntelun vaikutuksia kognitiiviseen toipumiseen satunnaistetussa sokkotutkimuksessa. Tutkimukseen osallistui 60 potilasta, jotka arvottiin kolmeen ryhmään. Yksi ryhmä kuunteli kahden kuukauden ajan 1–2 tuntia päivässä mielimusiikkia, toinen äänikirjoja ja kolmas toimi verrokkiryhmänä. Kolmen kuukauden seurantajaksoissa musiikkiryhmän suoriutuminen kielellisen muistin ja tarkkaavuuden suuntaamisen testeissä oli merkitsevästi parempi kuin muiden ryhmien. Musiikkia kuunnelleet kokivat myös vähemmän masentuneisuutta ja sekavuutta kuin verrokkit (ks. Soinila & Särkämö 2009).

Musiikin vaikutusmekanismit voimistuvat, kun ihminen itse soittaa, tanssii tai laulaa. Laulamisen, tuon jokaisen mukana kulkevan instrumentin soittamisen myötä vireystila ja mieliala tyypillisesti nousevat. Se saattaa näkyä silmien säteilynä, hymynä, kehon asennon kohentumisena, hengityksen ja äänen voimistumisena, kurkunpään liikkeiden lisääntymisenä jne. Laulaminen virittää paitsi mielen myös aivan sananmukaisesti fyysisen kehon – laulaminen on kehon ja mielen liikettä.

Musiikki muistisairaiden ihmisten hoidossa

Käytännön havainnot musiikin vaikutuksista muistisairaiden ihmisten hoidossa saavat tukea tutkimuksista. Tiedetään, että Alzheimer-potilaat pystyvät tunnistamaan tuttua musiikkia, muistamaan laulujen sanoja ja reagoimaan musiikkiin aivan taudin loppuvaiheessakin. Tutun mieluisan musiikin kuuntelu vähentää ainakin lyhytkestoisesti ahdistusta, lisää kielellistä

sujuvuutta, omaelämäkerrallisten asioiden muistamista ja visuaalista hahmotuskykyä (kooste Särkämö ym. 2011). Kun tutkittiin 84-vuotiaan Alzheimerin tautia sairastavan rouvan musiikillista havaitsemistaan ja muistamistaan, se todettiin yhtä hyväksi tai lähes yhtä hyväksi kuin terveillä ikätovereilla. Kuitenkin hän kärsi vakavista muistin ja kielen ongelmista. Suppeassa, lähinnä kielellistä tasoa kartoittavassa MMSE-testissä (mini mental state examination) hänen pistemääränsä oli 8/30, eikä hän kyennyt ymmärtämään tai muistamaan tavanomaisia ohjeita. Huomattiin myös, että pelkästään laulutekstien puhuminen juttelutyylillä ilman sanarytimiä tai melodiaa sai rouvan laulamaan oikeaa melodiaa (Cuddy & Duffin 2005). Hänen musiikillinen osaamisensa oli siis huomattava. Musiikki-osaaminen ei kuitenkaan tule esiin tavanomaisissa kognitiivista tasoa arvioivissa testeissä. Tässä yhteydessä onkin hyvä muistuttaa siitä, että testit mittaavat aina vain tiettyjä, rajattuja asioita. Lisäksi testitulokseen voivat vaikuttaa monet testin ulkoiset tekijät, esimerkiksi tilanteen outous, kipu, motivaation puute jne. Siten testituloksia pitäisi aina arvioida ihmisen kokonaistilanteeseen nähden. Yksittäiset testit kaiken kaikkiaan kertovat lopulta ihmisestä kovin vähän – oli hän muistisairas tai ei. Pelkästään testituloksiin tuijottamalla ohitetaan joitain aivan olennaisia elämisen ulottuvuuksia.

Musiikin harkittu käyttäminen aamupesutilanteissa voi tehdä niistä miellyttävämpiä. Ruotsalaisissa hoitokodeissa työskenteleviltä hoitajilta kysyttiin, kuinka he kokevat aamupesutilanteet muistisairauksista kärsivien asukkaiden yksikössä. Hoitajien mukaan kommunikaatiovaikeudet ja psyykinen ja fyysinen aggressio olivat tavallisia. He kokivat myös tilanteet eettisesti raskaiksi, koska sanoivat joutuvansa toisinaan käyttämään voimaa saadaakseen aamutoimet tehtyä. Kun kokeiltiin asukkaan mielimusiikin soittamista tai sitä, että hoitaja lauloi, tilanne muuttui. Hoitajat kokivat, että he olivat itse rennompia, asukkaat hymyilivät enemmän, ja kaiken kaikkiaan kommunikaatio sujui paremmin ja myönteisemmässä ilmapiirissä kuin aiemmin. (Götell ym. 2009.)

Osana muistisairaiden hoidon kehittämistä koskevaa tutkimusta Mielen Muutos (Elonemi-Sulkava & Savikko 2011) valmensin pitkäaikaishoidon yksiköissä työskenteleviä hoitajia käyttämään laulamista työssään.¹ Valmennus sisälsi rohkaisua ja opastusta lauluäänien käyttöön, kokemusten jakamista jne. Valmennus koettiin hyväksi, rentouttavaksi ja hauskaksi. Hoitajat kertoivat laulavansa aiempaa enemmän erityisesti hoitotilanteiden kuten peseytymisen, wc:ssä käynnin, liikkumisen ja pukeutumisen yhteydessä. Laulamisen kerrottiin saavan asukkaan hymyilemään, unohtamaan vastustelemisen hoitotilanteessa tai että laulaminen lievitti ahdistusta ja aggressiota. Luontevinta oli laulaa, kun oltiin asukkaan kanssa kahden, sen sijaan työtovereiden ja omaisten kuullen laulamista monet vierastivat. Esteinä laulamisen käyttöön työssä pidettiin kuitenkin laulamiskuutta ja jännittämistä.

¹ Samalla kehitin ©LauluAvain-menetelmään perustuvan hoitolaulun valmennusmallin hoitajille (www.lauluavain.fi).

Monet hoitajat kertoivat laulavansa nyt rohkeammin, koska tietävät, että se on perusteltua ja ikään kuin sallittua. ”*Hoitotilanteessa laulelen omilla sanoilla tuttua säveleltä. Levottoman potilaan hoito on niin haastavaa, että siinä katoaa viimeisetkin sanat päästä. Niissä omissa lauluissa käytän potilaan nimeä ja kerron laulaen, mitä hänen pitäisi tehdä. ”Pekan” kanssa lallattelen samaa säveltä kuin hän. Hän lallattelee, kun ei löydä sanoja. Joskus vain hyräillen. Kyllä meillä lauletaan enemmän koulutuksesi jälkeen!*” (Mielen Muutos -hankkeen lauluvalmennukseen osallistunut hoitaja).

Muistaakseni laulan -hankkeessa osoitimme laajaa neuropsykologista ja muuta mittaristoa käyttäen, että sekä muistisairaat että heidän omaisensa hyötyivät musiikista ja laulamista. Muistisairaat ja omaiset osallistuivat musiikin kuuntelu- tai lauluvalmennusryhmään, joissa annettiin konkreettista opastusta musiikin ja laulamisen käyttöön. Muistisairaiden mieliala ja ympäristöön orientoituminen paranivat seurannassa kummassakin musiikkiryhmässä enemmän kuin verokkiryhmässä. Myös omaiset kokivat musiikkitoiminnan parantavan muistisairaana mielialaa, piristävää, stimuloivaa muistelu- ja edistävää kommunikointia. Tulokset osoittivat, että säännöllisillä musiikkiaktiviteeteilla voi olla pitkäkestoista hyötyä muistisairaiden psyykkiselle ja kognitiiviselle hyvinvoinnille sekä omaisten jaksamiselle (Särkämö ym. 2011). Hankkeessa tuotettiin *Muistaakseni laulan* musiikin kuuntelu- ja lauluopas, joka on ladattavissa maksutta Miina Sillanpään säätiön sivuilta (Laitinen ym. 2011).

Muita näkökulmia

Musiikki on usein iloksi, avuksi ja hyödyksi mutta ei mikään tahansa musiikki eikä milloin vain – se on hyvä renki, mutta huono isäntä! Vain tilanteeseen sopiva ja juuri näitä ihmisiä, tätä ihmistä, puhutteleva musiikki tekee hyvää. Päiväsalissa automaattina soiva radio tai televisio on hälyä, joka pitäisi lailla kieltää. Joutava äänihäly voi vaikeuttaa entisestään kommunikointia ja lisätä muistisairaana rauhattomuutta. Musiikki tarvitsee kaveriksi hiljaisuutta.

Musiikkia tilanteen ja henkilön mukaan soveltamalla luodaan päivään erilaisia hetkiä. Musiikkimieltymykset kannattaa selvittää ihmisen itsensä tai omaisen kanssa. Monipuolisen cd-kokoelman hankkiminen hoivakodin jokaiselle osastolle lienee aivan mahdollista. Omaisilta ja hoitajilta kannattaa kysyä, millaista musiikkia he ehkä haluavat lainata tai lahjoittaa yksikköön. Kotimaiset iskelmät, klassisen musiikin eri vuosisadat, ooppera, jazzin monet lajit, ikivihreät, eri vuosikymmenien popmusiikki... Musiikkivalikoima on loputon. Kotona asuvia muistisairaita ja heidän omaisiaan voisi rohkaista yhteiseen musiikin kuunteluun tai laulamiseen (ks. opas, Laitinen ym. 2011, ks. myös www.eläkeliitto.fi).

Ruokailutilanteen miellyttävyyden, esimerkiksi kaunis kattaus ja sopiva taustamusiiikki, on tärkeää itse kullekin, niin myös muistisairaalle ihmiselle (ks. Suominen tässä kirjassa). Myös pieni lauluhetki voi auttaa ruokailuun virittymiseen. Käytännössä yksikään hoitaja ei vain ehkä tule kokeilleeksi sitä. Toisten kuullen laulaminen voi tuntua kerta kaikkiaan liian jännittävältä, jopa pelottavalta. Usein taustalla vaanii tottumattomuus laulamiseen tai ajatus oman laulamisen huonoudesta. Monille esimerkiksi kouluikäinen laulukoe on ollut suorastaan

traumaattinen kokemus. Siinä tai muussa vastaavassa suoritustilanteessa epäonnistuneen lapsen on usein annettu ymmärtää, että hän on pysyvästi heikko laulaja. Niinpä laulaminen on voinut kokonaan jäädä, eikä sitä laulua sitten töissäkään tuosta vaan helähtä. Vuosien laulunopetuskokemuksen (www.lauluvain.fi) ja oman tutkimukseni (Numminen 2005) sekä muualla tehdyn tutkimuksen perusteella on perusteltua esittää, että laulutaidottomuus ei ole pysyvä olotila, vaan taitoa on mahdollista kehittää myös aikuisena kuinka vaatimattomista lähtökohdista tahansa. Myös sellaiset henkilöt, jotka eivät aluksi edes havaitse, laulavatko oikein eli nuotilleen vai ei, voivat kehittyä laulamissa. Suurin ongelma on tavallisesti uskomustasolla: ihminen arastelee niin paljon laulamistaan, että ei tule edes kokeilleeksi sitä. Pelkkä jännitys voi tukkia kurkun.

Musiikki toimii siltana ihmisten välillä, erityisesti jos soittamiseen, laulamiseen tai tanssimiseen, kaikki musiikin aktiivisia käyttömuotoja, ei ladata osaamis- ja suorituspainetta. Kun myös esimiehet kannustavat luovaan työotteeseen – että asukkaan ja tilanteen ehdoilla eteneminen on tärkeämpää kuin ennalta määrätty mekaaniset rutiinit – lisätään muistisairaiden hyvinvointia ja hoitajien jaksamista ja työniloa. Hoitajan ja muistisairaana roolit ehkä liudentuvat, kun lauletaan yhdessä, tai kun vaikkapa laitoshuoltaja lukee päivän runon. Ollaan hetki sanan ja sävelen äärellä, ehkä itketään tai nauretaan yhdessä. Maahanmuuttajahoitajan laulama entisen kotimaan laulu voi avata monta porttia ihmisten välille. Perheen musiikkiopistoa käyvän nuoren viulunsoittotutkio muistetaan pitkään – ei ehkä kuka soitti ja mitä, ja soittiko, mutta että jotain mukavaa oli. Huonosti kuulevat ihmiset voivat saada musiikkimuistumia värähtelyn avulla; arvokas voisi olla vaikkapa pieni rummutusseminaarummuilla tai vastaavilla.

Olemme joka tapauksessa päivittäin musiikin kanssa tekemisissä. Musiikki liittyy iloon ja suruun, juhlaan ja arkeen. Koska musiikki liittyy niin monin sivein elämäämme, se myös vahvistaa minuuden ja yhteenkuuluvuuden kokemuksia. Musiikki, jota kuunteli nuoruudessa tai laulut, joita lapsena laulettiin, liittävät meidät vielä elämän viime vaiheissakin omiin muistoihimme, oman perheemme ja kansamme historiaan. Siten musiikki jäsentää sitä, kuka minä olen ja mihin joukkoon kuulun. Musiikki on myös vahva hengellisyysvälikappale. Virret tuovat monelle lohdutusta ja iloa. Tarinan mukaan savolaisessa pitkäaikaishoidon yksikössä lääkäriellä on tapana hyräillä virsiä kiertäessään huoneita. Asukkaat jo odottavat, ”*milloin se meidän lääkäri tuus pittää sen virsikerroksen?*” Eräs kokenut hoitaja puolestaan kertoi laulavansa iltavuorossa *Taivas on sininen ja valkoinen ja Maan korvessa kulkevi lapsosen tie*, koska ihmiset nukkuivat levollisemmin laulun myötä.

Musiikin valinnalla voidaan auttaa ihmisen, myös muistisairaana ihmisen syvimpien tunteiden käsittelemistä, on sitten kyse kristillisestä tai jostain muusta vakaumuksesta (ks. Muistisairaana Messu). Musiikki virittää ja virkistää, antaa energiaa ja rentouttaa. Kenties elämän loppumetreillä musiikki voi myös kantaa luopumisessa ja irtipäästämisessä, kun ihmisen voimat ovat ehtymässä (ks. Ikä Karvinen tässä kirjassa).

Lähteet

Cuddy L. L. & Duffin J. 2005. Music, memory, and Alzheimer's disease: is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed? *Medical Hypotheses*. 64: 229–235.

Eloniemi-Sulkava U. & Savikko N. (toim.) 2011. Mielen Muutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Käytösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Mielen Muutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Erkkilä J., Punkanen M., Facner J. et al. 2011. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J. Psychiatry*. 199: 132–139.

Erkkilä J. & Tervaniemi M. 2012. Musiikkiterapia masennuksen hoidossa. *Suomen Lääkärelehti*. 67:1656–1661.

Götell E., Brown S. & Ekman S. L. 2009. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 46: 422–430.

Laitinen S., Lillandt J., Numminen A. et al. 2011. Muistaakseni laulan -musiikkituokioiden järjestäminen: ohjaajan opas. Miina Sillanpään Säätiön julkaisuja B:35, Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö. <http://www.miinasillanpaansaatio.fi/fin/julkaisut/julkaisuluettelo/>

Muistisairaahan messu – virikkeitä jumalanpalveluselämään muistisairaiden ihmisten kanssa. 2012. Helsinki: Kirkkohallitus. www.kirkkohallitus.fi

Nilsson U. 2008. The anxiety and pain reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN J.*; Apr. 87(4): 780–807.

Numminen A. Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi. Tutkimus aikuisen laulutaidon lukoista ja niiden aukaisemisesta. 2005; *Studia Musica* 25. Helsinki: Sibelius-Akatemia.

Saarenheimo M. & Pietilä M. (toim.) 2011. Mielen Muutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen. Mielen Muutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 2. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Saarikallio S. & Erkkilä J. 2007. The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of Music*. 35: 88–109.

Soinila S. & Särkämö T. 2009. Musiikki aivoinfarktipotilaan hoidossa. Helsinki: Duodecim, 23.

Särkämö T., Laitinen S., Numminen A. et al. 2011. Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Miina Sillanpään Säätiön julkaisu- ja A10, Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö. <http://www.miinasillanpaansaatio.fi/fin/julkaisut/julkaisuluettelo/>

Tanner M. E. 2012. Voice Improvement in Parkinson's Disease: Vocal Pedagogy and Voice Therapy Combined. University of Alberta, Faculty of Rehabilitation Medicine.

Thaut M. H. & Abiru M. 2010. Rhythmic auditory stimulation in rehabilitation of movement disorders: A review of current research. *Music Perception*. Vol. 27:4, 263–269.

www.elakeliitto.fi: Sävel soikoon -materiaali (2010) erityisesti vapaaehtoisten vetämien musiikki- ja lauluryhmien tueksi.

www.lauluavain.fi: Hoitolauluvalmennus ja laulunopetus.

Eva Laine

10 LOPUKSI

Miten löytää muistisairaahan maailmaan?

"Sydän ei dementoidu - Das Herz wird nicht demenz "

Näin kuvaa muistisairauteen sairastuneen maailmaa Sophie Rosentreter (2012) kirjassaan: *Komm her, wo soll ich hin? Warum alte demenzkranke Menschen in die Mitte unserer Gesellschaft gehören.* (Tule tänne, minne minun pitää tulla? Miksi muistisairaahan ihmiset kuuluvat keskelle yhteisöämme.) Toteamuksella: "Sydän ei dementoidu", viitataan yhtäältä muistisairaahan ihmisen tunne-elämän normaaliuteen ja aistitoimintojen tärkeyteen. Muistisairaahan ymmärrys asioista ja tapahtumista muodostuu eniten kasvojen ilmeiden, kehon kielen ja äänensävyn kautta, sillä sanallinen viesti voi olla vaikeasti ymmärrettävää, mutta "sydän tuntee". (mukaillen Ekman 2011, 8-21). Kokemukset ja tunteet syntyvät aistien välityksellä. Muistisairaahan ihmisen tunne-elämä jatkuu jopa merkityksellisempänä, kun "järki" ei syrjäytä tunteita kognitiivitoimintojen heiketessä, kuten Anita Pohjavuori tämän teoksen artikkelissaan toteaa.

Toisaalta sydämen suhdetta muistin ja aivojen terveyteen valotetaan myös julkiseen keskusteluun viimeaikoina nostetuissa tutkimuksissa. Muun muassa liikunta on todettu hyväksi niin sydämen kuin muistin hyvinvoinnille, sillä se ehkäisee muistisairauteen sairastumista ja sairauden etenemistä (HS 27.12.2012).

Rosentreterin (2012) kirjan otsikko "Muistisairaahan kuuluvat keskelle yhteisöämme" tarkoittaa hänen mukaansa sitä, että muistisairaahan syitä on etsittävä myös yhteisöllisyyden puutteesta, eikä ainoastaan aivoissa tapahtuvista patologisista muutoksista. Yhteisöllisyys näyttäisi suojaavan sairastumiselta. Tämän suuntaisia tuloksia on saatu nunnayhteisöjen tutkimuksissa USA:ssa ja Englannissa 1980-luvulla, kertovat Damann ja Gronemeyer (2009) Rosentreterin mukaan (2012, 16–19). Hän esittää kysymyksen: "Onko muistisairaus viimeinen pakotie, kun kukaan ei enää tarvitse? Myös Markku Hyypä (2010) on tutkinut yhteisöllisyyden merkitystä hyvinvoinnille. Hän esittää, että yhteisöllisyyden tukeminen tarkoittaisi julkisten tilojen (public space) rakentamista, kulttuuritilojen ja kulttuuriharrastusten tukemista, rakennetun ympäristön yhteisöllistämistä, lähidemokratiaa, kotiseutu- ja naapurustoimintaa ja kansalaistoiminnan vahvistamista. Siispä talkoot takaisin, vaatii Hyypä (mt.).

Empatia estää kohtelemasta toista julmasti

Ihminen on Sarvimäen mukaan (2013) mielekkyyttä, merkitystä ja tarkoitusta etsivä luova olento, joka tulkitsee sekä nykyisyyttä että menneisyyttä. Ikääntyminen merkitsee eheytymistä, elämäkokemuksen ja viisauden kasvua, mutta samanaikaisesti myös haavoittuvuuden lisääntymistä. Ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kokonaisuutta tarkasteltaessa havaitaan, että muistisairas on erityisen haavoittuva psyykkisellä alueella. Mieli särky helposti,

kun ei enää oikein itse muista eikä aina ymmärrä, mitä ympärillä tapahtuu. Kun muistisairas ihminen tuntee, että on hän hukassa, eikä osaa ilmaista itseään, niin hänen minäkuvansa pirstaloituu, särkyä ja itsetunto heikkenee.

Muistisairas ihminen on haavoittuva myös sosiaalisten- eli ihmissuhteiden alueella. Hänen elämästään tutut ovat hävinneet kuoleman, mutta useimmin, unohtamisen kautta. Silloin, kun ei enää muista läheisiään, tai edes sitä kuka itse on, niin muistisairaana ihmisen maailma täyttyy ainoastaan vieraista ihmisistä!

Muistisairaana haavoittuvuus tulee syvästi ymmärtää kohtaamisessa ja hoitamisessa. Sarvimäki korostaa (2013) hoitavan henkilön moraalista herkkyyttä, sillä ihmisarvon haavoittuvuutta vastaan ei vanhuksella, eikä erityisesti muistisairaalla ihmisellä, ole voimia. Eettinen haavoittuvuus, jota Sarvimäki pitää synonyyminä edelliselle, tapahtuu ihmisen välineellistämällä, itsemääräämisoikeuden kutistamisella, yksityisyyden ja koskemattomuuden loukkaamisella, oman tilan riistämällä ja epäkunnioittavalla kohtelulla. Kaikkeen tähän, tai tämän vastakohtaan, on auttavalla henkilöllä mahdollisuus. Kukaan ei ulkopuolelta määrää sinun, eikä minun, suhtautumistapaa lähimmäiseen. Meillä on valinnanvapaus.

Jokaisessa kohtaamisessa on ihmeen mahdollisuus

Muistisairaiden ihmisten maailmaa sanotaan tunteiden maailmaksi. Muistisairauteen sairastuneet ihmiset elävät omassa maailmassaan, siinä maailmassa, mikä heille on jäänyt. Siellä ovat heidän aiemmat kokemuksensa, muistonsa ja tunteensa, mutta silti muistisairas ihminen elää vahvasti nykyhetkessä, tässä ja nyt. Muistisairaana ihmisen ymmärtäminen vaatii menemistä hänen maailmaansa - vain siellä, hänen omassa maailmassaan - hänet ja hänen tarpeensa voidaan kohdata ja nähdä. Muistisairasta ihmistä ei voida kohdata meidän maailmassamme. (Rosentreter 2012, 26–35), ks myös Jensen 2013, 10).

Muistisairaana maailmaan on mentävä hyväsydämisesti, myötätuntoisena ihmisenä, sillä vain silloin hänen ainutlaatuisuutensa voidaan nähdä ja hänen kokemuksensa kuulla. Kokonaisvaltaisen ja humanin ihmiskäsityksen keskeisin ajatus on, että ihmisen henkinen ulottuvuus on ihmisyyden ydin ja ainutlaatuisen persoonan lähtökohta. Psykkinen ja/ tai fyysinen osa ihmisestä voi sairastua, mutta henkinen osa on vahingoittumaton. Vaikka yhteisiä sanoja ei enää ole tai löydy, voi henkisen yhteyden tuntee, painottaa tämän teoksen artikkelissaan myös Ikal Karvinen. Henkisen yhteyden voi huomata sellaisten pysähtymisten hetkinä, jolloin hyväksyminen, ihmisyyden välittäminen, arvostus ja rakkaus välittyvät kosketuksen, hymyn, silmiin katsomisen tai hyväksyvän nyökkäyksen välityksellä. Kohtaamisen ja läsnäolon kokemukset edellyttävät intensiivistä ja kokonaisvaltaista kiinnostusta toisesta. Lyhyen hetken henkilöt jakavat saman tunteen, nämä hetket muistetaan ja ne muuttavat ihmistä, tähdentää Stern. (2004, 14, 97–98, ks. myös Laine 2007, 45–52).

Tapa, jolla kohtaa ihmisen, ei vaadi lisää resursseja. Esa Saarinen kysyy sattuvasti: "Mitä tulee, kun minä tulen paikalle?" Tuleeko iloa ja valoa vai ivaa ja pelkoa, kunnioitusta vai kyynisyyt-

tä, nostetta vai apaattista energiaa ja valitusta? Keneltäkään ihmiseltä ei voida ottaa pois vapautta valita omaa suhtautumistapaansa tilanteeseen. Meidän on lisäksi hyvä tietää, että tunteet ja tunnelmat tarttuvat siten, että heikompi mukautuu vahvemman tunneilmaisuun. (Peltola 2011,70 ks. myös Ekman 2011, 43–56).

Nuoruuden tavoitteena on identiteetin löytäminen, vanhuudessa taas eheytyminen - tulla siksi, mihin on mahdollisuuksia. Miten me sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät voimme auttaa muistisairasta ihmistä eheytykseen? Tehtävä on vaativa - auttaa muistisairasta löytämään elämän tarkoitus - yhä uudelleen. Voisimmeko uskoa, mitä muun muassa Viktor Frankl (1980) on sanonut: Elämän tarkoitus voidaan mitata jo yhden silmänräpäyksen suuruudessa. Yksi hetki, tai lyhytkin elämys voi riittää antamaan elämälle tarkoituksen. (Laine, M. 2007).

"Ihmisyys on paras lääke"

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen on tultava ulos roolistaan kohtaamaan ihminen ihmisenä, ei roolin, tehtävän tai organisaation tarpeiden kautta. Ei resurssien tai niiden puutteiden kautta. Tohtori Walter Möbius (2008) on kirjoittanut kirjan, jonka nimi on: "Ihmisyys on paras lääke" ja osoittaa siinä "seitsemän tienviittoa": katsominen ja kohtaaminen, kysyminen ja kuunteleminen, myötätunto ja empatia, koskettaminen ja tunteminen, keskustelu, luovuus ja intuitio sekä luottaminen, kohdistaminen lääkäreille ja potilaille inhimillisen kohtaamisen parantamiseksi. Muistisairaana kohtelemisen sairaana ja ymmärtämättömänä ihmisenä kaventaa hänen ihmisyyttään. (Möbius, 2008, 25–121, vrt. Sarvimäki 2013). Me emme voi määrittää hänen tilannettaan epänormaalksi, vaan normaaliuden rajat on määriteltävä uudelleen. Meidän, ammattilaisten on mentävä inhimillisesti ihmisen luo, kaadettava rutiinien muuri ja uskallettava aloittaa matka muistisairaana ihmisen luo, hänen maailmaansa. Se on matka, joka vaatii paljon kärsivällisyyttä, myötäelämistä ja ymmärrystä sekä luovuutta. Mutta se matka kannattaa tehdä, sillä sen avulla ymmärrämme, mitä on itse olla ihminen ja - jäädä ihmiseksi. Tämä on arvokkain palkkio, jonka tästä matkasta voimme saada, painottaa Rosentreter. (2012, 24–25).

Halu ymmärtää on lähtökohta hyvälle yhteistyölle

Ammattirooliin kuuluu olla osaava, ahkera, turvallinen ja ohjeita antava. Ahtaasti ajatellen ammattirooli voi tyypistää hoidettavan ihmisen mahdollisuuksia ilmaista itseään ja omia tarpeitaan. Laitosmaisessa hoito- tai palvelukulttuurissa ihmisiä voidaan kohdella myös organisaation tai henkilöstön rakentamien rutiinien tai toimintakulttuurin ja -kaavojen mukaan - tasa- arvoisesti, mutta jos kohtelee kahta ihmistä samalla tavoin, kohtelee toista väärin. (vrt. Sarvimäki 2013). Empatia estää kohtelemasta toista ihmistä kaltoin. Kokemamme empatian määrä ratkaisee, onko toinen "se" vai "sinä". "Se – kohtelu" on tunteetonta ja tapahtuu vain, kun estämme luontaisen taipumuksemme myötätuntoon, korostaa Goleman. (Peltola, 2011, 168). Muistisairaiden parissa työskentelevä osastonhoitaja Sirpa Kotisalo toteaa, että asiakastyössä keskitytään sairauden sijasta terveyteen, jolloin eletään täysillä - tässä hetkessä, pyrkien luomaan tuttuuden ja turvallisuuden tunne. Hän kuvaa myös sinä -viestinnän tärkeyttä hoitotyön ammattilaisen ja muistisairaana ihmisen kohtaamistilanteessa seuraavalla

toteamuksellaan: ”Tervehtimisellä, kosketuksella, poskeen pajaamisella kerrotaan yhä uudestaan, että minä tunnen sinut, sinä olet sinä ja sinä olet tärkeä.” (HS 11.2.2013 A20-A21.)

Millaista arkea haluat itse viettää ja toiselle tuottaa

Hanna Jensen (2013, 150) kirjoittaa kirjassaan kokemuksistaan omaishoitajana. Hän kertoo muistisairaana isänsä sanoneen: ”Olen alkanut elää elämäni selkällä edellä”. Se on osuvasti sanottu, sillä vaikka muistisairas elää tässä ja nyt, hän tavoittaa joka hetki tunnelmia ja kokemuksia menneestä. Tämän vuoksi sellaiset hoito- ja kohtaamismenetelmät, jotka mahdollistavat muistisairaana kosketuksen jo elettyyn elämään, auttavat häntä tuntemaan itsensä ihmiseksi, arvokkaaksi ja tarpeelliseksi.

Näitä ns. kulttuuri- ja taidelähtöisiä menetelmiä tulee sisällyttää sekä sosiaali- että terveysalojen koulutuksiin ja niiden tulee sisältyä itsestään selvänä osana sairaanhoitajan jatkuvaiseen hoito- ja palvelutyöhön sosiaali- ja terveysaloilla. Tämänlaiset osallistavat menetelmät muiden muassa parantavat muistisairaana ihmisen käyttäytymisen hallintaa, antavat emotionaalista tukea, auttavat liikunnan ja psykomotoristen taitojen ja aktiviteettien säilyttämisessä ja tarjoavat mielekästä toimintaa lisäten ja tukien hänen voimavarojaan.

”Monta tapaa muuttaa maailmaa” – Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diakonia-ammattikorkeakoulun arvot; kristillinen lähimmäisenrakkaus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja avoin vuorovaikutus, ohjaavat toimintaamme kouluttajina ja yhteistyökumppaneina. (www.diak.fi) Meidän, koulutuksen asiantuntijoiden, on astuttava todelliseen elämään tekemään yhteistyötä hoito- ja palveluympäristöissä toimivien ammattilaisten ja opiskelijoiden kanssa, jotta tavoitamme sosiaali- ja terveysalan ytimen, tarvitsevan ihmisen. Niin sosiaali- ja terveysalojen kouluttajien kuin työntekijöiden ja opiskelijoiden sekä näiden alojen asiakkaiden että heidän omaisten ja läheisten vuoropuhelua lisäämällä voidaan löytää uusia, yhteistyöhön pohjaavia työtapoja, joita tarvitaan ikääntyvien palveluihin erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten tarpeisiin vastaamiseksi.

”Ole se muutos, jonka haluat maailmassa nähdä” – Mahatma Gandhi

”Jokainen ihminen tulee kohdata rakkaudella. Jokaisesta täytyy löytyä kaikki se hänessä oleva hyvä. Ihmisen kohtaamisessa on siten kyse ymmärtämisestä ja ystävällisyydestä, yksinkertaisesti rakkaudesta”, korostaa Anne Fried (Markkula 1999 mukaan). Siinä on koko tarina pähkinänkuoressa.

Väliotsikot ovat lainauksia kirjasta: Peltola, Heikki. 2011. Yhtenä. Kun minusta kasvan minä. WSOYpro Oy.

Lähteet

Frankl, Viktor E. 1980. *Elämän tarkoitusta etsimässä*. Otava, Helsinki.

Ekman, Paul. 2010. *Gefühle lesen. Wie sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg

Hyypä, Markku T. 2010. *Kulttuurifriikki elää pidempään. Vuosijuhlaesitelmä 2010. Suomen kulttuurirahasto*. (Luettu 13.2.2013 <http://www.skr.fi/default.asp?docid=17946>)

Jensen, Hanna. 2013. *940 päivää isäni muistina*. Kustannusosakeyhtiö Teos.

Laine, Eva- Anneli. 2007. *Rosen-menetelmän ihmiskäsitys. Systemaattinen analyysi kirjasta Rosen Methods Bodywork, Accessing the Unconscious through Touch*. Helsingin yliopisto. Pro Gradu

Laine, Minna. 2007. *Logoterapia dementiahoitajan työssä*. (Luettu 13.2.2013 <http://www.logoterapia.fi/cmsms/uploads/.../Minna%20Laineen%20artikkeli>.)

Markkula, H. 1999. (toim.) *Anne Friedin ajatuksia*. Wsoy.

Möbius, Walter. 2008. *Menschlichkeit ist die beste Medizin. Ein Wegweiser für Patienten und Ärzte*. Piper Verlag GmbH, München.

HS, Helsingin Sanomat. 27.12.2012. *Tutkimus: Liikunnalliset vanukset pienemmässä dementiaaaras- sa*. Helsingin Sanomat. (Luettu 11.3.2013 <http://www.hs.fi/tiede/Tutkimus+Liikunnalliset+vanukset+pienemm%C3%A4ss%C3%A4+dementiaaarasassa/a1305631276488>)

HS, Helsingin Sanomat. 11.2.2013. *Kun rakkaankin nimi lopulta unohtuu. Muistisairaus vie vanhuksen toiseen maailmaan, johon läheinen ei pääse mukaan*. Helsingin Sanomat, A20 – A21.

Peltola, Heikki. 2011. *Yhtenä. Kun minusta kasvan minä*. WSOYpro Oy.

Rosentreter, Sophie. 2012. *Komm her, wo soll ich hin? Warum alte demenzkranke Menschen in die Mitte unserer Gesellschaft gehören*. Westend Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

Sarvimäki, Anneli. 12.2.2013. *Haavoittuvuuden kohtaaminen vanhustyön toimintafilosofiassa*, luento. Vanhustyö 2013 messut. Helsinki

Stern, Daniel. N. 2004. *The Present Moment in Psychotherapy and everyday life*. Norton.

Kirjoittajat

Annikki Arola (MSc, PhD student Göteborgs universitet Sahlgrenska akademien).

Toimintaterapiakoulutusohjelman johtaja. Toimii tällä hetkellä Arcadassa toimintaterapian lehtorina, tutkimusalueena ikääntyneiden terveyttä edistävä toiminta. Hän toimii Arcadassa myös projektipäällikkönä projektissa Hyvinvointia ja energiatehokkuutta asumiseen. Projektissa pyritään kehittämään tulevaisuuden asumista siten, että asumisen ympäristö ja palvelut tukevat eri asukasryhmien asumista, mukaan lukien ikääntyneet asukkaat. Projektissa kehitetään fyysistä ja sosiaalista ympäristöä sekä eri palvelumuotoja vastaamaan asukkaiden tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla.

Merja Kaivolainen (erikoissairaanhoitaja esh ja valtiotieteiden ylioppilas).

Toimii koulutus- ja kehittämisspäällikkönä Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry:ssä vastuualueenaan koulutuksen ja omaishoitajien jaksamista tukevien erityistoimintojen kehittäminen sekä liiton kehittämishankkeet.

Ikali Karvinen (terveys-tieteiden tohtori TtT, sairaanhoitaja (amk))

toimii terveysalan yliopettajana Diakonia-ammattikorkeakoulussa. Hän aiemmat tutkimuksensa ja mielenkiinnon kohteensa liittyvät henkiseen ja hengelliseen terveyteen, terveyden monikulttuurisiin ulottuvuuksiin ja kohtaamisen merkitykseen hoitotyössä.

Ava Numminen (musiikin tohtori, psykologi, laulunopettaja).

Toimi vuosina 2009–2011 hoitolaitosten kulttuuritoiminnan edistämisen läänintaiteilijana Uudellamaalla. Tutkijana ja laulunvalmentajana hän on ollut hankkeissa MielenMuutos (Vanhustyön keskusliitto ry) ja Muistaakseni laulan (Miina Sillanpään Säätiö). Hän työskentelee toimitusjohtajana perustamassaan LauluAvain-laulukoulussa sekä kouluttaa mm. sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä käyttämään työssään musiikkia ja muita kulttuurivälineitä. Hän on Suomen muistiasiantuntijat ry:n hallituksen jäsen. Artikkelit perustuu osittain Suomen muistiasiantuntijat ry:n lehdessä Memo 3/2011 julkaistuun artikkeliin.

Kirsti Pesola (tekn.lis., arkkitehti).

Toiminut mm. tutkijana Teknillisen korkeakoulun Soterassa, projektipäällikkönä ja kehittämisspäällikkönä Vanhustyön keskusliitossa sekä asiantuntijana esteettömyysprojektissa Invalidiliitossa. Tutkinut käytännössä mm. ikäihmisten asuinympäristöjä sekä erityisesti muistisairaiden ja fyysisesti huonokuntoisten vanhusten ryhmäasumista toiminnallisena ympäristönä.

Anita Pohjanvuori (esh, projekti, -vanhus- ja dementia-työn asiantuntija, TTAP© Certificate)

on toiminut aikaisemmin Helsingin kaupungilla kotihoidon ja päivätoiminnan tehtävissä. Viimeiset 12 vuotta erilaisissa kehittämistehtävissä järjestösektorilla. Näistä 7 vuotta Helsingin Alzheimer-yhdistyksessä, jossa hänen vastuualueenaan on ollut muistineuvolatoiminnan kehittäminen ja tuotteistaminen Helsingin alueelle. Tällä hetkellä hän työskentelee erityisasiantuntijana Muistiterveyttä ja verkostovoimaa -projektissa tavoitteenaan kehittää etsivän työn menetelmiä ja verkostoitumista. Hän on kirjoittanut artikkeleita muistiin ja muistisairauksiin liittyen ja julkaissut yhteistyössä MuistiAvain-oppaan sekä kouluttanut mm. sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä, järjestänyt tilaisuuksia ja seminaareja aiheeseen liittyen sekä ollut mukana paikallisten muistiyhdistysten kehittämistyössä.

Kirsi Salonen (psykologian maisteri PsM, tohtorikoulutettava)

toimii yrittäjänä perustamassaan Psykologipalvelut Hyvän MielenTila yrityksessä. On ollut Psykologiliiton eko- ja ympäristöpsykologian toimikunnan puheenjohtajana vuodesta 2003. Toimii eko- ja ympäristöpsykologian asiantuntijana. Väitöskirja on tekeillä aiheesta luonto-ympäristön hyvinvointivaikutukset ja luontointerventiot.

Merja Suominen (elintarviketieteiden tohtori, ETT, ravitsemustiede).

Hän on tutkinut muistisairaiden ravitsemusta ja rääteläidyn ravitsemuksen vaikuttavuutta kotona asuvien muistisairaiden keskuudessa Suomen muistiasiantuntijoissa vuosina 2009–2012. Loppuraportti löytyy sivuilta www.ravitsemuskotona.fi ja www.gery.fi. Aiemmin hän on työskennellyt Vanhustyön keskusliitossa vuosina 1999–2008 ikääntyneiden ravitsemuksen kehittämis- ja tutkimustehtävissä. Hän on mukana perustamassa gerontologiseen ravitsemukseen keskittyvää yhdistystä kevään 2013 aikana, ja yhdistyksen nettisivut avautuvat piakkoin.

Tutkimus ja Opinnäytetyöt	Seminaarit Koulutus	Seminaarit Koulutus	Artikkelit Kirjat, esitteet		Opintokäynnit, vierailut Yhteistyöverkostot	Messutapahtumat, tiedotus tempaukset Esitykset ehdotukset
Webropol-kysely, Talentia+ lisäkysely Helsingin kaupungin vanhustyöntekijät+ kysely Vanhustyön vastuunkantajat kongressi yhteenveto+Diak	1)Sairaanhoitaja-opiskelijoiden Opinnäyttyt/ELDEM juhlaseminaari 23.2.2011 (49)	40-tunnin pilottikoulutus 8/12-12/12, 22 osallistujaa	Laine, E & Helminen, J 2011. Kohtaamisia omaisten vertaisryhmään osallistujien ja kouluttajien kesken. Synapsi 4/2011, ss 14-15 ja www.eldemproject.eu		Seminaari/opintokäynnit Hannover, Osna-brück, Saksa, syksy 2011 (teemana: muistisairaat ja kehittyvät palvelut, perehtyminen ja uusien kehittämisideoitten etsiminen ja löytäminen(matkalla käynti myös Hampurin merimies-kirkolla, ikääntyvät ulkosuomalaiset ja muisti maahanmuuttajat/omaiset, asiantuntijat/muisti-sairaus	TerveSos 2011 ja 2012 Vanhustyön vastuunkantajat 2011 Gerontologiapäivät Turku 2011 Sairaanhoitaja- päivät 2012 ja 2013 Sumu ry:n messu- ja koulutustapahtuma s 2012 Vanhustyön Messut 2012 ja 2013
Omaisten haastattelut yhteenveto+Diak	2) Aistit, muisti ja musiikki 2.9.2011 (59)	160 tunnin koulutus opetuussuunnitelma	Siren, R. 2012 Muistisairaat ja vanhusten parissa tehtävä sosiaalityö-välähdyksiä Eldem-hankkeesta Muistilehti ja www.eldemproject.eu		Helsingin ELDEM tiimin tutustuminen Viron/ Tallinan palvelujärjestelmään ja toimintapaikkoihin opintokäynnit ja vierailut 2011-2013 Eldem kokousten osana/yhteydessä, Keskinna Social Centre, Kristiine Social Centre	Hajut ja muisti tempaus henkilöstölle Sturella syksy 2011 henkilöstökokouksen yhteydessä, 40 osallistujaa Ehdotukset päättäjille ja alan toimijoille yhdessä Diak ja TPS, julkistaminen 7.3.13 Projektin kehittämis-työn kokemusten esittely henkilöstölle 4/13
	3) Muistisairaat ja turvallinen ympäristö 29.5.2012 (76)	ideapaperi Muistiystävällinen työyhteisö Diplomikoulutus räätälöinti työyhteisölle/palveluala	Helminen J 2012 . Omaishoitajan arjen iloista ja murheista. Toimetuleku oskused kogu eluks 2. Tallinna ulikooli pedagooglie seminari publikatsioonid 7, toim. Maiu Kauber, s.91-102		TPS, Muistiraati, Muistiliitto ry, Helsingin Alzheimer-yhdistys ry, Pääkaupunkiseudun Omaiset ja Läheiset ry, Tampereen Setlementti-yhdistys Naapuri, leiri Päiväkumpu Orivesi loppukesä 2011; venäjän-kieliset ikääntyneet maahanmuuttajat ja muisti/luontokuntoutus/ maahanmuuttajasairaanhoitaja opiskelijoiden produktio	yhteistyö Diakin tiedottajan kanssa, messut, tiedotteet, Eldem Van1 ja Van2 opetuksessa / esittely
	4) Ohjelmat ja lait muistisairaiden ja heidän läheistensä oikea-aikaisen tuen ja palvelujen turvaajina 4.10.2012(28)	40-tunnin koulutus Diakin täydennyskoulutustarjontaan syksyille 2013, teemana muistisairaiden henkilöiden hyvinvointi ja turvallinen ympäristö	artikkeli Talentia ry:n sivuille ELDEM-kyselyn tuloksista ja ehdotuksista, valmis-teilla		Vanhustyön keskusliitto, THL, Miina Sillanpään Säätiö, Kantti ry, Käpyrinne ry, Eduskunnan muistikerho, Arcada, TEM/Pilvi Torsti	
	5) Luonto, aistit ja muistisairaahan hyvinvointi 24.1.2013 (102)		artikkeli Taksiliiton lehteen		Suomen Viron konsulaatti/Suurlähetystö, Suomen Peter Hess Akatemia/Medi Sound, Palmenia, kansan-edustaja Rakel Hiltunen, Kenzen Oy/Jari Tuominen, Hochschule Hannover/Barbara Hellige, Kustaankartanon vanhusteneskus	
	6) Päättöseminaari 7.3.2013 (90) tavoite yht. 404 (arvio) suluissa osallistujamäärä seminaarien materiaalit sivulla: www.eldemproject.eu		Eldem esite,+ Puheen- vuoroja muistisairaahan kohtaamisesta kirja (500kpl) + opas palveluiloille (3000kpl) ja ensitieto-opas omaiselle (3000kpl)		Muistiraati, verkostopu- rusteinen asiantuntijoi- tten käyttö kehittä- mistyössä	

Tämä kirja on tarkoitettu työväliseksi sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille muistisairaitten ja heidän omaistensa parissa tehtävään työhön. Kirjan artikkelit käsittelevät muistisairaahan kohtaamista, palveluja, omatoimisuuden ja osallisuuden tukemista, toimivan ympäristön merkitystä, luonnon ja musiikin vaikutusta muistisairaahan hyvinvointiin.

”MONTA TAPAA MUUTTAA MAAILMAA”

ELDEM- projektissa syntyneet ehdotukset päättäjille ja alan toimijoille muistisairaiden hyvinvoinnin ja turvallisen ympäristön turvaamiseksi

- Työikäisten muistipulmat vaativat selvittelyä
- Kotona asuvien muistisairaiden kotihoito vaatii muistisairauksiin koulutettua yhteistyötaitoista ja vastuullisesti toimivaa henkilöstöä
- Muistisairaahan henkilön tulee voida elää oman näköistään elämää
- Moniammatilliset tietotaidot ovat hyvän palvelun edellytys
- Omaishoitajan kohtaamisessa mukana tiedon välittäminen ja inhimillisyys



www.eldemproject.eu



DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

