

731

# **AJATUKSENI OVAT MAAILMANI RAJAT**

**Paula Pohto-Kapiainen**

**Gerontologian ja kansanterveyden**

**pro gradu-tutkielma**

**Jyväskylän yliopisto**

**Terveystieteen laitos**

**Syksy 1997**

## SISÄLLYSLUETTELO

### OSA I

<b>1.</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>DEMENTIA OIREYHTYMÄNÄ</b>	<b>5</b>
	2.1. Dementian määritelmä	5
	2.2. Dementian riskitekijät	5
	2.3. Dementian luokitus	6
	2.4. Alzheimerin tauti ja sen oireet	6
	2.5. Vaskulaarinen dementia ja sen oireet	7
<b>3.</b>	<b>DEMENTIAPOTILAAN HOITON LIITTYVIÄ ERITYISKYSYMYKSIÄ</b>	<b>9</b>
	3.1. Dementiapotilaan fyysinen hoitoympäristö	9
	3.2. Kognitiiviset ja emotionaaliset haasteet	10
	3.3. Levottomuus, ahdistuneisuus ja aggressiot	11
	3.4. Vuorovaikutus, kommunikaatio ja koskettaminen	12
	3.5. Ulkoisen käyttäytymisen muutos	13
<b>4.</b>	<b>HOITO SEKÄ HOITOHENKILÖKUNNAN ROOLI JA MERKITYS DEMENTIAPOTILAAN SELVIYTYMISESSÄ</b>	<b>14</b>
	4.1. Voimavaroja ja peruselementtejä dementiapotilaiden hoivaan	14
	4.2. Hylätyn dementiapotilaan maailma	16
	4.3. Hoitohenkilökunnan ominaisuudet, rooli ja merkitys	17
	4.4. Dementiapotilaan lääkehoito	20
<b>5.</b>	<b>HOIDON TARPEEN ARVIOINTI JA DEMENTIAPOTILAAN LAITOSHOITO</b>	<b>21</b>
<b>6.</b>	<b>KOKEMUKSIA DEMENTIAPOTILAIDEN ERIKOISHOITOYKSIKÖISTÄ</b>	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b>PIILOHAVAINNOINTI TUTKIMUSMENETELMÄNÄ</b>	<b>24</b>

**OSA II**

<b>8.</b>	<b>TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, MENETELMÄT JA TOTEUTUS</b>	<b>26</b>
8.1.	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	26
8.2.	Tutkimuksen menetelmät, aineisto ja toteutus	26
<b>9.</b>	<b>TUTKIMUKSEN TULOKSET, TULKINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ</b>	<b>31</b>
9.1.	Vanhainkoti ja osastot	31
9.2.	Fyysinen ympäristö	34
9.3.	Vuorovaikutus	36
	9.3.1 Vuorovaikutuksen yleinen luonne ja osastojen ilmapiiri	36
	9.3.2 Kommunikointi, koskettaminen ja katsekontakti	38
9.4.	Liikkuminen, ruokailutilanne ja kiellot	42
9.5.	Hoivatyön toteutus	44
9.6.	Lääkityksen vertailua	48
9.7.	Kustannusten vertailua	49
<b>10.</b>	<b>YHTEENVETO JA LOPPUPÄÄTELMÄT</b>	<b>51</b>
10.1.	Yhteenveto tuloksista	51
10.2.	Validiteetti ja reliabiliteetti	53
10.3.	Palaute osastoilta	54
10.4.	Tutkimuksen etiikkaa	55
	<b>LÄHTEET</b>	<b>58</b>
	<b>LIITTEET</b>	

## OSA I

### 1. JOHDANTO

On olemassa hyvin vähän lääketieteellisiä toiminnanhäiriöitä, jotka aiheuttavat niin monia vakavia taloudellisia ja henkisiä seuraamuksia sekä sairastuneille itselleen että heidän omaisilleen kuin dementia. Dementia on ja tulee olemaan vaikeasti ratkaistava kansanterveydellinen ja sosiaalinen ongelma. Eräs syy tähän on, että se koskettaa isoa osaa, noin 10 %:a, yli 65-vuotiaasta väestöstä. (Kelly 1995)

Demografiset tilastot osoittavat, että yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa kaikkein nopeimmin. Vuodesta 1985 vuoteen 2030 lisääntyy yli 65-vuotiaiden lukumäärä 83 %:lla. Vastaavana ajanjaksona lisääntyy yli 85-vuotiaiden määrä 194 %:lla. (Sulkava ym. 1989)

Koska dementian insidenssi kasvaa ikääntyessä, lisääntyy dementoituneiden vanhusten sekä absoluuttinen että suhteellinen määrä jopa eksponentiaalisesti yli 60-vuotiaiden ryhmässä. (Cooper 1994, Johansson, Zarit 1995, Ritchie ym. 1995) Prevalenssin nousu nollautuu kuitenkin 95-vuotiailla (Ritchie ym. 1995).

Suomessa yli 65-vuotiaasta väestöstä 7% kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta dementiaasta. Yli 85-vuotiailla luku on 17,3 %. Jos huomioidaan lievää tai alkavaa dementiaa sairastavat, luvut kaksinkertaistuvat. Jos muutamme prosentit potilaiksi, oli vuonna 1985 dementiaa sairastavia noin 44 000. (Sulkava ym. 1989) Tänä päivänä keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavia on yli 70 000 ja lievää dementiaa sairastaa noin 30 000 henkilöä. Vuonna 2010 arvellaan Suomessa olevan jopa 130 000 dementiapotilasta. (Erkinjuntti ym. 1996)

Dementia ei ole ainoastaan taloudellinen ongelma, vaan hoidon laatu asettaa myös omat haasteensa terveydenhuollolle. Huolimatta yrityksistä parantaa laitoshoidon tasoa on dementiapotilaiden hoito edelleen jäänyt ongelmaksi. (Berg ym. 1991)

Dementiapotilaista tehtyjen tutkimusten perusteella on hahmoteltu erityisiä hoito-osaston malleja, dementian erikoishoitoyksiköitä. Tällaisten osastojen hoidon tulokset poikkeavat toisistaan kuitenkin niin paljon, että voidaan kysyä vastaako dementiapotilaiden erikoishoitoyksiköiden antama hoito sittenkään niiltä odotettua tasoa vai saavatko dementiapotilaat ns. sekaosastoilla edullisempaa, samantasoista ja tarpeitaan vastaavaa huomiota ja hoivaa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on vertailla kahdentyyppisen osaston, erikoishoito-osaston ja tavanomaisen perushoito-osaston antamaa hoivaa sekä toisiinsa, että kirjallisuudesta kerättyihin dementiapotilaan hyvän hoidon kriteereihin.

## 2. DEMENTIA OIREYHTYMÄNÄ

### 2.1. Dementian määritelmä

Dementiaksi kutsutaan psyykkistä taantumaa, johon liittyy muistihäiriöiden lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen aiempaan tasoon verrattuna. Dementia ei ole sairaus, vaan psykopatologinen syndrooma, joka voi johtua yhdestä tai useammasta sairaudesta, (mm. Erkinjuntti 1996, Erkinjuntti, Sulkava 1993, Ottosson 1995, Sulkava 1989) siksi se ei itsessään vielä sisällä mitään etiologista täsmennystä (Ottosson 1995). Persoonallisuuden muutosten etiologiasta on olemassa kaksi toisistaan poikkeavaa koulukuntaa. Toisen mukaan dementoituminen sairautena johtaa persoonallisuuden muutoksiin (Ottosson 1995), toisen mukaan persoonallisuus ei muutu, vaan käyttäytymisen muutokset aiheutuvat käytöksen kontrollimekanismien murtumisesta (Sulkava ym. 1993). Uskoakseni viimeistä teoriaa tukee se, että Amerikan psykiatriyhdistyksen uusimmasta dementian määritelmästä DSM-IV (liite 1) on jätetty persoonallisuuden muutokset oireena kokonaan pois.

Normaalin vanhenemisen aiheuttamat älylliset taantumukset ovat vähäisempiä kuin on aiemmin kuviteltu, joten dementia ei kuulu normaaliin vanhenemiseen, vaan on aina seurausta jostain tai joistakin sairauksista. Vaikka ikä onkin eräs suurimmista riskitekijöistä, ei dementia myöskään ole väistämätön seuraus korkeasta iästä. (Ottosson 1995) Dementia voi tulla missä iässä tahansa nuoruuden jälkeen, vaikka suurin osa potilaista onkin yli 65-vuotiaita. Se voi alkaa akuutisti tai hiipivästi ja olla luonteeltaan palautuva, stabiili tai etenevä. Dementia diagnoosia varten täytyy taantumun olla sitä luokkaa, että se vaikuttaa työkykyyn ja häiritsee sosiaalisia kontakteja. (mm. Ottosson 1995, Sulkava ym. 1989, Erkinjuntti, Sulkava 1993, Erkinjuntti ym. 1996)

Normaalin vanhenemisen ja dementian välissä on kliinisen statuksen muotoja, joissa ilmenee lievää aivojen vajaatoimintaa. Tätä ei tulisi kutsua dementiaksi, ellei häiriön laaja-alaisuudesta ole kliinistä näyttöä. (Sulkava ym. 1989) Yli 65-vuotiaista henkilöistä yli 30 % kärsii näistä lievemmistä ikääntymiseen liittyvistä muistihäiriöistä (Erkinjuntti ym. 1996). Dementia jaetaan vaikeusasteen mukaisesti kolmeen asteeseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan (Sulkava ym. 1989). (liite 2)

### 2.2. Dementian riskitekijät

Dementian suurimpia riskitekijöitä ovat ikä, naissukupuoli sekä taudintapausten esiintyminen lähisuvussa (Gatz ym. 1994, Erkinjuntti, Sulkava 1993). Vaikka perimää pidetään edelleen

primääriin dementiaan kuuluvan Alzheimerin taudin suurimpana riskitekijänä, ei kuitenkaan pidä unohtaa ympäristötekijöiden mahdollista vaikutusta. Perimään ei voida vielä vaikuttaa, mutta ympäristötekijöiden ja elämäntapojen haitallista vaikutusta voidaan viivyttää tai jopa kokonaan poistaa. (Gatz ym. 1994)

Infektio dementian aiheuttajana on todettu Creutzfeldt-Jakobin taudissa. Kromosomivaurioista on kysymys Downin syndroomassa, joista potilasta suurin osa kehittäisi dementian, jos eläisi riittävän pitkään. (Redfern 1991) Myös melkein minkä tahansa sisäelimen sairaus voi aiheuttaa dementiaa, koska ikääntyneiden aivot ovat hyvin herkkiä reagoimaan sisäisen toiminnan muutoksiin (Besdine ym. 1980).

### **2.3. Dementian luokitus**

Dementia luokitellaan primääriin dementiaan, vaskulaariseen dementiaan ja muihin sekundääridementioihin.

Primäärin dementian syynä on ensisijaisesti keskushermostoa vaurioitava Alzheimerintauti. (mm. Ottosson 1995, Erkinjuntti, Sulkava 1993, Erkinjuntti 1996) Vaskulaarisen dementian syitä voivat olla tromboembolia, aivojen angiopatia, aivojen verenkiertohäiriöt sekä aivoverenvuodot.

Sekundääridementian syitä ovat esim. metabolian häiriöt sekä aivotraumat. (Erkinjuntti, Sulkava 1993) Dementia-asteisista häiriöistä noin 10 % on parannettavissa olevia, jos diagnoosi tehdään riittävän ajoissa. (Erkinjuntti ym. 1996, Besdine ym. 1980)

### **2.4. Alzheimerin tauti ja sen oireet**

Alzheimerin taudin syytä ei vielä tarkkaan tunneta. Tunnettuja vaaratekijöitä ovat kuitenkin korkea ikä, naissukupuoli sekä perimä. Taudin oireet tulevat esiin aikaisemmin henkilöillä, joiden koulutustaso sekä älyllinen harjaantuneisuus ovat heikompia. Myös aivovammat on todettu Alzheimerin taudin riskitekijöiksi.

Alzheimerin taudissa hermosoluvaurio on laaja-alainen mutta selektiivinen. Se on kohdistunut mm. ohimolohkon alueelle, sivuaivokammion pohjassa olevaan hippokampukseen sekä kolinergisiin ratayhteyksiin etuaivoalueelta aivojen kuorikerrokselle, ns. prefrontaaliseen subkortikaaliseen verkostoon. (Erkinjuntti, Sulkava 1993, Erkinjuntti 1996)

Alzheimerin taudin ensimmäisiä oireita ovat lähimuistin häiriöt. Lähimuisti heikentyy, unohtaminen lisääntyy ja uuden oppiminen heikkenee. Taudin edetessä yhä vanhemmat asiat unohtuvat. Tilan hahmottamishäiriöt ilmaantuvat jo taudin alkuvaiheessa, jolloin potilas eksyy ensin vieraisissa paikoissa ja myöhemmin tutussakin ympäristössä. Potilas on desorientoitunut

aikaan ja paikkaan ja hänellä on vaikeuksia löytää oikeita sanoja. (Erkin-juntti, Sulkava 1993, Sulkava 1989)

Desorientoituminen aikaan voi aiheuttaa vuorokausirytmien häiriön, jolloin potilas unohtaa esim. että on yö. (Redfern 1991) Abstraktit käsitteet ovat vaikeita ymmärtää ja monimutkaiset tehtävät eivät onnistu. Pinnallisesti täysin korrekti ja sosiaalinen käyttäytyminen voi kuitenkin säilyä tervehdyksineen ja kohteliaisuuksineen pitkään.

Potilas huomaa taudin alkuvaiheessa henkisten toimintojensa heikentymisen, joka voi aiheuttaa depressiivisyyttä, paranoiaa ja aggressiivisuutta. Pian kuitenkin sairautentunne häviää ja käyttäytyminen muuttuu. Henkiset oireet ilmaantuvat paljon ennen somaattisia oireita. Näin keskivaikeasti ja vaikeastikin dementoitunut potilas voi olla fyysisesti hyväkuntoinen. Yleensä taudin vaikeassa vaiheessa ilmaantuvat extrapyramidaalioireet, hypomimiaa, hypokinesiaa, kyfoottinen ryhti sekä rigiditeettiä. Alkaa ilmetä myös primitiiviheijasteita ja lihasnykäyksiä, verenpaine laskee ja kävely muuttuu köpöttäväksi.

Aivojen tietokonetomografia voi olla alussa normaali, mutta taudin edetessä ilmaantuu aivojen kuorikerroksen atrofiaa, eli aivopoimut kapenevat ja aivourteet laajenevat ja syvenevät. Myös aivokammiot laajenevat. Aivojen suhteellinen verenkierto ja aineenvaihdunta heikkenevät ja EEG:ssä havaitaan perustoimintojen hidastuminen. Potilas jäykistyy asteittain, joutuu vuodepotilaaksi ja menettää puhekykynsä. (Erkinjuntti, Sulkava 1993, Sulkava ym. 1989)

Alzheimerin taudin kesto ensioireista kuolemaan on noin 6-8 vuotta. Tavallisin kuolinsyy on nielemisvaikeuksista johtuva keuhkokuume. (Sulkava ym. 1989) (Alzheimerin taudin oireet vaikeusasteen mukaan luokiteltuna: liite 3)

## **2.5. Vaskulaarinen dementia ja sen oireet**

Dementiaa, joka johtuu aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamasta aivokudosvauriosta, kutsutaan vaskulaariseksi dementiaksi. Vaskulaarisen dementian taustalla voivat olla aivoinfarkti, aivoverenvuodot ja erilaiset aivoverisuonten sairaudet. Vaskulaarinen dementia jaetaan kahteen päätyyppiin, kortikaaliseen ja subkortikaaliseen vaskulaariseen dementiaan. Kortikaalinen vaskulaarinen dementia liittyy aterotromboottisiin ja sydänperäisiin embolisiin aivoinfarkteihin. Vauriot sijaitsevat pääasiassa isojen aivojen kuorikerroksen alueella, jolloin oireina ovat kielellinen puhehäiriö, toispuolihalvaus ja siihen liittyvä kävelyhäiriö. Subkortikaalisessa, eli syvässä vaskulaarisessa dementiaassa tyypillisiä oireita ovat dysartrinen puhehäiriö, pelkkä motorinen tai sensorinen toispuolihalvaus ja apraksia-ataksiatyyppinen kävelyhäiriö.

Vaskulaarista dementiaa sairastavien persoonallisuuden piirteet säilyvät suhteellisen hyvin ja potilas on hyvin pitkään tietoinen sairaudestaan. Tämän vuoksi tautiin liittyvät usein tunne-elämän häiriöt, mm. depressio.

Aivoverenkiertohäiriöiden vaaratekijät, verenpainetauti ja sydänsairaudet, ovat yleisempiä vaskulaarista dementiaa sairastavilla kuin Alzheimerin tautia sairastavilla. Tietokonetomografiassa todetaan aivoinfarkteiksi sopivia muutoksia, aivokammioiden koon kasvamista, sekä iso-aivokuoren uurteiden levenemistä ja poimujen kapenemista. Aivoverenkiertohäiriöiden vaaratekijöiden, kuten sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan, rytmihäiriöiden ja verenpainetaudin hoidon vaikutuksista ei ole vielä tarkkoja tietoja. Kuitenkin voitaneen päätellä, että hoidolla on ehkäisevää merkitystä. (Erkinjuntti, Sulkava 1993) Taudin kesto on 3 - 6 vuotta ja yleisimmät kuolinsyyt ovat iskeeminen sydänsairaus ja aivoverenkierron häiriö. (Sulkava ym. 1989).

Vaskulaarisen dementian kliinisiä piirteitä ovat:

- älyllisen suorituskyvyn häiriöt (alkavat nopeasti, päivissä tai viikoissa)
- pahenee portaittain ja saattaa vaihdella
- 20 %:ssa tapauksista alku on vaihkeinen ja vaikeutumisen tasaista
- statuslöydöksiä:
  - .. toispuoleinen heikkous tai kömpelyys
  - .. bulbaarioireet: dysartria ja dysfagia
  - .. kävelyhäiriö: hemipleginen tai apraksia-ataksiatyyppinen
- pakkoitku tai pakkonauru
- persoonallisuus ja sairaudentunto säilyvät suhteellisen pitkään
- tunne-elämän häiriöitä: ahdistuneisuus, depressio, affektilabiliteetti
- sydän- tai verisuonitauti (ei aina)
- extrapyramidaalioireet

(Erkinjuntti, Sulkava 1993)



### 3. DEMENTIAPOTILAAN HOITOON LIITTYVIÄ ERITYISKYSYMYKSIÄ

#### 3.1. Dementiapotilaan fyysinen hoitoympäristö

Koska ihminen nähdään toiminnassaan aina olevan yhteydessä toimintaympäristöönsä (Hänninen 1992), voi dementiapotilaan käytös, mm. vaeltelu, paniikkireaktiot sekä tilanteeseen sopimaton käytös, olla suoraan verrannollinen siihen informaatioon, jota hän saa ympäristöstään (Sulkava ym. 1993). Ympäristö voi näin ollen olla joko häiriön lähde, jonka yksilön olisi voitettava (Purhonen 1988), mutta se voi olla myös yksilön itsetoteutusta, kommunikaatiota ja itsenäisyyttä edistävä tekijä (Purhonen 1988, Sloane 1996), jonka avulla voidaan vähentää desorientaatiota ja levottomuutta (Sloane 1996).

Koska dementiapotilas ei pysty voittamaan ympäristönsä häiriön lähteitä, tulisi ympäristön tukea hoitoa. Sen pitäisi olla viihtyisä, turvallinen, rakenteeltaan selkeä ja apuvälineiden käytölle sopiva. Sen pitäisi mahdollisimman paljon muistuttaa kotia. Isot kellot, kalenterit, helposti havaittavat päivä- ja viikko-ohjelmat, isot ilmoitustaulut ja ovien nimikyltit helpottavat dementoituneen orientaatiota. (Isohanni 1989) Hanley (1981) on kuitenkin sitä mieltä että ohjauskyltit eivät yksin riitä, vaan orientaatiotason nousua tapahtuu vasta jatkuvan hoivatyöhön sisällytetyn realiteettiterapian ja ohjauskylttien yhteisvaikutuksesta. Selkeiden toimintojen ohjaimien hyödyllisyydestä on kuitenkin saatu useita näyttöjä sekä tieteellisistä tutkimuksista että käytännön hoitotyöstä. Birdin (1995) tutkimuksessa levottomalle dementiapotilaalle opetettiin ympäristön "johtolankojen" avulla uusi toimintatapa, jonka avulla hän pääsi ahdistavien tilanteiden yli. Tämä tutkimus osoitti paitsi uuden toimintamallin häiriökäytöstilanteissa, se myös kyseenalaisti olettamuksen, ettei dementiapotilas pysty oppimaan mitään uutta.

Riittävän pieni hoitoyhteisö, 6 - 8 potilasta [12 - 15 potilasta (Sulkava ym. 1993)] ja tutut muistoesineet lisäävät turvallisuuden tunnetta. Aidattu, viihtyisä ulkoilue hoitoyksikön yhteydessä on ratkaisu turvalliseen ulkoiluun. (Isohanni 1989)

Pienten yksikköjen etu on myös se, että siellä on helpompi antaa yksilöllistä hoivaa ja järjestää valvonta. Potilaita on myös helpompi rohkaista itsenäisyyteen. Pienissä yksiköissä potilaat ovatkin paljon puheliaampia ja aktiivisempia kuin isoissa hoitoyksiköissä. (Cleary ym. 1988) Henkilökunnan määrän tulisi olla yksi työntekijä 7 - 8 potilasta kohden päivä- ja iltavuorossa ja yksi hoitaja 12 - 13 potilasta kohden yövuorossa (Sulkava ym. 1993). Henkilökuntasuhde asukasta kohden vuorokaudessa tulisi 7 potilaan ryhmällä laskien olla 0,43.

Näkö- ja kuulostimulaatiolta suojaaminen on todettu erittäin tärkeäksi dementiapotilaan hoidossa. Niinpä kirkkaiden, repivien värien, voimakkaan melun ja kirkkaan valon välttäminen sekä muu ylistimulaatiolta suojaaminen auttavat dementoitunutta vanhusta säilyttämään henkisen tasapainonsa. (Isohanni 1988, Cleary 1988) Levottoman käyttäytymisen syynä voi olla hälinää ja

häiriötä aiheuttavat TV ja radio, puhelin, kirkas valaistus, kiireinen ja turhautunut henkilökunta ja negatiivinen palaute. Tärkeää on myös vähentää muistin merkitystä jokapäiväisessä elämässä. (Cleary 1988) Tämä tarkoittaa turvallista, ohjattua ja hyväksyvää ympäristöä, jossa elämä sujuu luontevasti ilman että vanhus saa negatiivisia kokemuksia unohtaessaan tai muistaessaan vääriin asioita. Yhden hengen huone ei välttämättä ole paras mahdollinen ratkaisu, koska se voi aiheuttaa yksinäisyyttä ja turvattomuuden tunnetta varsinkin yöllä (Sulkava ym. 1989)

Ympäristön vaikutus dementiapotilaan hyvinvointiin on kuitenkin kyseenalaistettu mm. Eloniemi ym. (1997) tekemässä tutkimuksessa, jossa vertailtiin kahden ympäristöltään hyvin erilaisen dementian erikoishoitoyksikön hoidon tuloksia keskenään. Tutkimuksessa päädyttiin tulokseen, ettei fyysisellä ympäristöllä lopultakaan ole ratkaisevaa merkitystä dementiapotilaan hoivan onnistumisen kannalta, vaan pääpaino dementiapotilaan hyvinvoinnissa asetetaan oikeaan ja ammattitaitoiseen lääketieteelliseen ja hoitotieteelliseen hoitoon sekä hoitoyksiköiden ilmapiiriin. (Eloniemi ym. 1997)

### **3.2. Kognitiiviset ja emotionaaliset haasteet**

Purhosen (1988) mukaan ihmisen käyttäytymisen katsotaan olevan sisäisesti koherenttia kaikessa monimuotoisuudessaankin. Näin ollen lähtökohta dementiapotilaan hoidolle on, että dementiapotilaan käyttäytyminen on mielekäästä, kun sitä tarkastellaan suhteessa hänen jäljellä oleviin kognitiivisiin kykyihinsä. Dementiapotilaan käytöstä ei voi arvostella ulkopuolisesti eikä hoitohenkilökunnan asettamien normien mukaan, koska kaoottisista ja pelottavista tilanteista selviytyäkseen hän käyttää kaikkia jäljellä olevia psyykkisiä ja kognitiivisia mekanismejaan maksimaalisesti. Ihmisen dementoituessa ajattelu ja järki eivät kykene enää selittämään sisäistä eikä ulkoista maailmaa. Tämän johdosta asioiden merkitys ei välity järkevällä päättelyllä, vaan koettujen tunnelmien välityksellä. Dementiapotilas aistii ja kokee tunnelmat hyvin herkästi, koska tunteiden hallintakeinoja ei ole. Hän elää tunteillaan, aisteillaan ja vaistoillaan. Koska tilannekohtaiseen päättelyyn ei ole resursseja, dementia-potilas toimii aina vain oman kokemansa perusteella. (Sulkava ym. 1993) Dementiapotilaan korkeampien aivotoimintojen regressio muistuttaa läheisesti päinvastaista, asteittain tapahtuvaa lapsen älyllistä kehitystä (Fisher 1988).

Koska käytöksen suodatusmekanismit eivät enää toimi, voi dementoitunut henkilö varsin avoimesti ja voimakkaasti ilmaista tunteensa rakkaudesta vihaan (Sulkava ym. 1993). Kognitiivista laskua seuraava tunteiden ylilyönti voi olla seurausta epäonnistumisesta, stressistä tai muutoksesta, jolloin potilas kiihtyy ja hermostuu suunnattomasti. Se voi tulla tilanteessa, jossa hänelle annetaan kaksi erilaista ohjetta hänen suunnitelmansa yritetään muuttaa tai häntä siirretään uudelle osastolle. Dementiapotilas ilmaisee ahdistuneisuuttaan ja stressiään myös huutelemalla,

levottomuudella, lyömällä ja jopa puremalla. (Isohanni 1989)

Kognitiivisen tason laskiessa ilmaantuu usein unen ja vuorokausirytmien häiriöitä (Erkinjuntti, Sulkava 1993). Desorientaatio aikaan voi aiheuttaa sen, että dementiapotilas unohtaa, että on yö ja häiritsee omaisiaan tai naapureitaan (Redfern 1991). Vuodenajalla, päivämäärällä tai kellonajalla ei ole dementiapotilaalle merkitystä koska hän elää tätä päivää; tässä ja nyt. (Sulkava ym. 1993) Desorientaatio paikkaan voi ilmetä siten, että potilas tietää olevansa sairaalassa, mutta ei tiedä sairaalan nimeä. Dementiapotilas ei kunnolla hahmota ympäristönsä tapahtumia ja voi sen johdosta ymmärtää tapahtumat täysin väärin. Se voi saada aikaan pelkoa ja johtaa ahdistuksen purkauksiin ja aggressioihin (Redfern 1991), joita voi lisätä se, ettei hän kykene tunnistamaan omaa kättään tai hän on kokonaan menettänyt kosketuksen omaan kehoonsa. Hänen voi olla myös vaikea tunnistaa itseään peilistä. (Sulkava ym. 1993)

Päätelykyvyn heikentyminen voi johtaa siihen, että dementiapotilaan on vaikeaa muodostaa puheestaan johdonmukaista, lauseet voivat olla irrallisia ja sanat toistensa toistamista (Marcusson 1995, Fisher 1988) Myös stressin sietokyky laskee, koska sen käsittelymekanismit sijoittuvat kognitiiviselle alueelle. (Sulkava ym. 1993)

### **3.3. Levottomuus, ahdistuneisuus ja aggressiot**

Dementiapotilaan häiritsevä käyttäytyminen voidaan jakaa kolmeen ryhmään: verbaalinen aggressiivisuus, fyysinen ei-aggressiivinen levottomuus ja aggressiivinen käyttäytyminen. Verbaalinen aggressiivisuus voi johtua fyysisistä tekijöistä, esim. kivusta ja voi lievitä kipulääkkeillä ja oikeanlaisella huolenpidolla. Fyysinen ei-aggressiivinen levottomuus voi olla esim. ilmaus epäasiallisesta ympäristöstä (Minzer & Brawman-Minzer 1996). Tuskaisuuden, levottoman liikehdinnän, huokailun ja sekavien puheiden takana voi olla myös WC käynnin tarve, kuumuus, kylmyys tai infektiot. (Sulkava ym. 1993)

Aggressiivinen käyttäytyminen voidaan jakaa tilannekohtaiseen ja yleiseen aggressiiviseen käyttäytymiseen. (Minzer & Brawman-Minzer 1996) Tilannekohtainen aggressiivinen käyttäytyminen, paniikkireaktio, liittyy usein tilanteisiin, joita dementiapotilas ei pysty käsittelemään esim. kun kognitiivinen kynnyksensä ylitetään tai ympäristö aiheuttaa ylistimulaatiota. (Sulkava ym. 1993) Yleinen aggressiivinen käyttäytyminen voi johtua ympäristö-tekijöiden sekä serotoniinin eritystoiminnan yhteisvaikutuksesta. (Minzer & Brawman-Minzer 1996) Levoton kävely tai muu ruumiin liike, toistuva kysely, jatkuva puhuminen, harhailu, touhuilu tai hoitajiin takertuminen voivat olla fyysisen aktiivisuuden tarvetta, stressin purkamiskeino tai yleisen ahdistuneisuuden ilmaisu. (Sulkava ym. 1993).

Erään teorian mukaan vaeltajat ovat yleensä olleet sosiaalisesti aktiivisia, heillä on ollut vapaa-ajan toimintaa ja he ovat kohdanneet elämässään stressaavia tapahtumia. Heillä on ollut tapana purkaa stressiä liikunnalla ja/tai he ovat yleisesti olleet motorisesti vilkkaita. (Monsour ja Robb 1982 ref. Liukkonen 1990) Jos ongelmien käsittelymekanismi ennen sairastumista on ollut fyysinen aktiivisuus tai esim. työnteko, voi sairauden aiheuttaman toimintakyvyn rajoittuminen ilmetä myös ahdistuneisuutena ja levottomuutena (Gothoni 1987).

Dementiapotilaan on todettu pelkäävän yksin jättämistä (Sulkava ym. 1993, Fisher 1998). Hän voi myös kokea sukulaiset tai henkilökunnan uhkana, koska ei tunnista heitä. Kun dementoitunut henkilö toistuvasti epäonnistuen yrittää ymmärtää ympäristöään tai yrittää suorittaa hänelle annettuja tehtäviä, hän alkaa suojella itsetuntoaan keksimällä selityksiä tai syyttämällä epäonnistumisistaan muita. (Fisher 1988)

Levottomuuden, aggressiivisuuden ja vaeltelun lisäksi muita käyttäytymisen ongelmia voivat olla inkontinenssi, meluisuus sekä jatkuva vaatteiden riisuminen. (Redfern 1991)

### **3.4. Vuorovaikutus, kommunikaatio ja koskettaminen**

Afasian vuoksi on dementiapotilaan usein hyvin vaikeaa sekä puhua että ymmärtää toisten puhetta. Tämän vuoksi kommunikaation onnistuminen edellyttää, että dementiapotilaalle puhutaan lyhyin lausein, selkeästi ääntäen ja yhdestä asiasta kerrallaan. Dementoituneen henkilön lauseet voivat olla epäselviä ja puhe saman toistamista. (Sulkava ym. 1993) Eleettömyys ja kasvojen ilmeettömyys ovat tyypillisiä (Tilvis ym. 1993).

Dementiapotilaan puheen sisällön ymmärtäminen voi olla vaikeaa, minkä vuoksi hoitajan tulisi pyrkiä enemmänkin tulkitsemaan vanhuksen puhetta (Sulkava ym. 1993). Vaikka dementiapotilaan muisti on melkein pä olematon, säilyvät tunteet ja tunnetilat hyvin pitkään käytössä (Fisher 1988). Emotionaalisten viestien tulkinta voi olla helpompaakin kuin asioiden merkitysten, sen vuoksi dementiapotilas on usein helpompi kohdata tunteiden tasolla. Potilaan puhuttelemine etunimellä, sukunimellä tai ammatti/arvonimellä auttavat häntä orientoitumaan ja vahvistaa identiteettiä. (Sulkava ym. 1993)

Vuorovaikutus voi olla sanallista ja sanatonta (Routsalo 1993). Sanattoman viestinnän merkitys kasvaa, kun on kysymys vanhuksista. Sanattoman viestinnän tarve on vanhuksilla jopa suurempi kuin sanallisen. Näistä tärkein on kosketus. (Redfern 1991)

Koskettaminen on vastavuoroista, sanatonta viestintää. Välttämättömällä, hoitotoimissa tapahtuvalla koskettamisella voidaan viestittää paitsi inhimillisyyttä ja huolenpitoa myös torjumista ja halveksuntaa. Ei-välttämätön kosketus on spontaania, kuten halaaminen ja taputtaminen. Joillekin hoitajille ei-välttämätön kosketus kuuluu osana heidän antamaansa hoitoa, toinen taas jättää selvästi etäisyyttä itsensä ja vanhuksen välille. Hoitajan kosketusta ja halausta pidetään tärkeänä asiana. Erityisesti masentunut, kipeä ja huonokuntoinen vanhus kokee hoitajan kosketuksen positiivisena. (Routasalo 1993)

Dementoituneella potilaalla säilyy kyky kommunikoida nonverbaalisesti. Kun muut kyvyt heikentyvät se voi jopa vahvistua (Bartol 1979 ref. Liukkonen 1990) Nonverbaali kommunikaatio, kuten koskettaminen, ilmeet (Routasalo 1993) ja katsekontakti auttavat kommunikoinnissa dementoituneen henkilön kanssa (Sulkava ym. 1993). Hoitajan koskettaminen viestittää potilaalle huolenpidosta ja hoivasta. Kosketuksella voidaan myös lisätä turvallisuuden tunnetta ja rauhoittaa sekavaa ja levotonta potilasta. (Routasalo 1993) Persoonaton hoito saattaa johtaa eristäytymiseen ja omatoimisuuden menetykseen (Liukkonen 1990).

### **3.5. Ulkoisen käyttäytymisen muutos**

Sairauden alkuvaiheessa potilas on tietoinen muistamattomuudestaan, joka voi aiheuttaa ahdistusta. Myöhemmin dementoitunut ei kykene ymmärtämään rajoittuneisuuttaan, mutta ilmeisesti aistii erilaisuutensa ja oman epäonnistumisensa. Jos henkilö on aikaisemmin saanut arvostusta ja ollut hallitseva persoona, voi dementoitumisen vuoksi hallinnan ja epäarvostavan käytöksen kohteeksi joutuminen tuntua kestämättömältä. Minäkuvaansa kohdistuvaa uhkaa vastaan ihminen puolustautuu joko vetäytymällä, aggressiivisuudella tai hyökkäävyydellä. Syrjäänvetäytymistä tapahtuu yleisimmin taudin alkuvaiheessa, jolloin potilas voi esim. kieltäytyä lähtemästä ulos karttaukseen mahdollisia epäonnistumisia. (Sulkava ym. 1993)

Käyttäytymisen muutokset voivat olla niin rajuja, että omaisille potilas vaikuttaa aivan vieraalta. Potilaan tavalliset ominaispiirteet voivat kärjistyä, jolloin aiemmin hieman ujo potilas saa tuskin sanaakaan suustaan. Ominaispiirteet voivat muuttua myös täysin päinvastaisiksi, esim. ujosta henkilöstä tulee katkera ja riidanhaluinen. (Redfern 1991) Sulkava ym. (1993) selittävät käyttäytymisen muutokset kyvyttömyydellä kontrolloida käyttäytymistään ja noudattaa opittuja yhteiskunnan normeja. Tämän teorian perustella dementiapotilas, joka on aiemmin suhtautunut kielteisesti esim. kiroilemiseen ja pystynyt hillitsemään käytöstään, alkaa sairastuttuaan käyttää aiemmin kieltämiään, primitiivisiä aggression keinoja puolustautuakseen, ts. kontrollimekanismien murruttua hän alkaa käyttäytyä oman perusluonteensa mukaisesti. Orgaaniset syyt eivät näin ollen muuta potilaan persoonallisuutta, vaan sairaus vaikuttaa yksilön selviytymis- ja käytöksen

kontrollimekanismeihin. Myös mielialat voivat vaihdella hyvin tiheästi. (Sulkava ym. 1993) Tätä teoriaa tukee Fisher (1988), jonka mukaan pitkälle edenneestä regressiosta huolimatta persoonallisuuden piirteet ja esim. viehätysvoima voivat säilyä erittäin hyvin ja pitkään dementiasta huolimatta.

Alkavan dementian kokemisen täytyy olla hyvin vaikeaa. Monet ilmaisevatkin sisäisen hämmennyksensä levottomuudella, ärtyisyydellä tai depressiolla. Tuskaisuus voi johtaa myös psykoottisiin piirteisiin. (Redfern 1991)

#### **4. HOITO SEKÄ HOITOHENKILÖKUNNAN ROOLI JA MERKITYS DEMENTIAPOTILAAN SELVIYTYMISESSÄ**

On olemassa hyvin vähän tietoa siitä maailmasta, jossa dementiapotilas elää ja siitä, millaista on olla dementoitunut ja "kaikkien hylkäämä". Henkinen tyhjiö se ei kuitenkaan ole, vaan kaikella kokemuksella voimme puhua dementiapotilaan elämysmaailmasta. Emme täysin tunne sitä, koska dementiapotilaat eivät voi kertoa siitä ja toisaalta, emme ole edes yrittäneet tutkia sitä. Kuitenkin hyvin paljon on pääteltävissä siitä, miten näemme heidän käyttäytyvän ja reagoivan erilaisiin tilanteisiin. (Albert 1996, Kitwood 1990) Voimme pyrkiä tekemään päätelmiä myös sen perusteella, mitä dementiapotilaat meille kertovat, kunhan annamme heille siihen aikaa ja tilaisuuden. Voimme hahmotella heidän tuntemuksiaan niiden henkilöiden kertomuksista, jotka ovat selvinneet dementia oireita aiheuttavasta depressiosta ja palautuvista dementioista. (Kitwood 1990) Tämä on tärkeää, koska perusta ja edellytys hyvälle hoivalle on pyrkimys ymmärtää ja hyväksyä se maailma, jossa dementiapotilas elää (Eloniemi ym. 1997)

##### **4.1. Voimavaroja ja peruselementtejä dementiapotilaiden hoivaan**

Dementiapotilaan hoivaan soveltuu eksistenssifilosofinen ihmisenäkemyks, joka merkitsee ihmisten kokemusten ja ajattelutapojen kuuntelua ja kunnioittamista. Dementiapotilaan hoidon erityisluonne vaatii hoitohenkilökunnalta siirtymistä pois epäautenttisesta hoivasta, jossa potilas ei ole subjekti, vaan "kuka tahansa" ja näin ollen häntä hoidetaan, seurataan ja lääkitään kuten potilaita yleensä on tapana. Tavoitteena tulisi olla autenttinen hoiva, jossa jokainen elämä tehdään arvokkaaksi ja ihmisen annetaan elää omilla ehdoillaan. Jokaista yksilöä korostetaan ainutkertaisena ja arvokkaana. Autenttiseen hoivaan kuuluu myös nonverbaalisen informaation tulkitseminen ja fyysinen kosketus (Hänninen 1992). Tunteiden ilmaisemisen huomiointi on tärkeää, koska ne ilmentävät ihmisen suhdetta maailmaan, hänen maailmassa olemistaan ja hänen

olemassaolonsa luonnetta. Pelon koetaan uhkaavan jotain olemassaolon puolta. Pelkääminen on mahdollista vain ihmiselle, joka on tietoinen omasta olemassaolostaan. Ahdistus ei kohdistu mihinkään tiettyyn kohteeseen, vaan maailmassa olemiseen itseensä. Tunne, jonka ahdistus luo on "epäkotoisuus", jota ihmiset yleensä pakenevat hakemalla tuttua ja turvallista, valmiiksi tulkattua maailmaa. (Heidegger 1962 ref. Hänninen 1992)

Tillichin (1983) mukaan ihminen voi käsitellä ulkopuolista luontoa objektina. Minä-sinä suhde kuitenkin hävittää objektin käsitteen ja toiseksi osapuoleksi tulee ihminen, persoona, joka sulkee sisäänsä kaikki muodot lapsesta vanhukseen. Tästä huolimatta Tillich on sitä mieltä, että lapsia, sairaita ja vanhuksia kohdellaan pelkinä objekteina ja näin heille suodaan vain rajoitettu ihmisyyys. Tällä tavalla toimiva ihminen kärsii oman persoonallisuutensa keskuksen vääristyneisyydestä ja turmelee omaa persoonallista luonnettaan. Ihmisten välinen kanssakäyminen ei voi olla puhtaan objektiivista, vaan persoonien väliseen kohtaamiseen liittyy aina sitoutuminen ja osallistuminen toisen elämään. Koska hoitotyön perimmäisenä tarkoituksena on ihmisen auttaminen, on jokainen vuorovaikutus Tillichin mukaan perimmäiseltä olemukseltaan rakkauden ruumiillistuma.

Koska ihmisten asenteet ja arvot tekevät maailman ja jokainen teko on ihmisen elämäntapaa kuvasta kannanotto (Pietarinen 1990), ei ole laisinkaan yhdentekevää millainen arvomaailma hoitotyötä tekevällä henkilökunnalla on.

Pietarisen esittämää (1990) neljää elämän perusmotiivia voidaan pitää perusohjeina myös dementiapotilaan hoidossa. Ensimmäinen perusprinsiippi on henkilökohtainen autonomia, joka tarkoittaa dementiapotilaan kohdalla mahdollisuutta käyttää jäljellä olevia kykyjä sekä mahdollisuutta määrätä itse omista asioistaan niin pitkälle kuin mahdollista. Toinen elämän perusmotiivi koskee sosiaalista arvostusta. Sen mukaan dementiapotilaalla on oikeus saada osakseen myönteistä suhtautumista ja arvostusta ja hänellä on myös oikeus tulla kohdelluksi tasavertaisena ihmisenä. Kolmannen perusmotiivin mukaan tärkeää on turvallisuus. Sillä tarkoitetaan paitsi perusoikeuksia ja taloudellista turvallisuutta, myös läheisiä ihmissuhteita, ystävyyttä ja rakkautta. Neljäs perusmotiivi on rationaalisuus ja todellisuuden hahmottaminen. Koska dementiapotilas elää etenevästi yhä selittämättömämmässä maailmassa, omassa usein pelottavassa todellisuudessaan, hän kokee usein ettei pysty hallitsemaan itseään ja asioitaan. Rationaalisuuden lisäämiseksi ja todellisuuden hahmottamisen helpottamiseksi olisi ympäristö muokattava selkeäksi, oman valinnan mahdollisuutta lisäävä ja pyrittävä takaamaan hoivan jatkuvuus. Näiden avulla pystytään selkiyttämään dementiapotilaan elämää.

## 4.2. Hylätyn dementiapotilaan maailma

Seuraava teksti on vapaasti tyyllitelty referaatti Tom Kitwoodin (1990) artikkelissa olleesta dementiapotilaan elämysmaailman kuvauksesta.

"Olen sakeassa sumussa, puolipimeässä. Vaellan päämäärättömästi paikassa, joka näyttää tutulta, enkä kuitenkaan pysty selvittämään missä olen, onko kesä vai talvi, päivä tai yö. Ahdistaa. Miksi en pääse kotiin, tuttuun paikkaan, jossa olin turvassa? Ajoittain sumu hälvenee ja kuitenkin paikka jää tuntemattomaksi. Yritän selvittää mitä ympärilläni on, mutta juuri kun olen saamaisillani kiinni ajatuksen langasta, se katkeaa ja putoan jälleen turvattomaan uhkaavaan tuntemattomuuteen. Tunnen oloni yhä sekavammaksi, tyhmemmäksi ja typerämmäksi. Mitä tahansa yritän tehdä, se epäonnistuu, koska en tiedä miten asiat tehdään tai unohdan mitä olin tekemässä. Häpeän itseäni ja pelkään.

Ihmiset juoksevat ja ryntäilevät ohitseni. He näyttävät energisiltä ja heidän tekemisillään on ikään kuin tarkoitus, vaikka en ymmärrä mikä se voisi olla. Joskus kerään palasia heidän keskusteluistaan ja saan vaikutelman, että he puhuvat minusta. Joskus synkkyuden ja sumun keskellä saan häivähdyksen tutuista kasvoista, mutta kun menen lähemmäksi, ne katoavat tai muuttuvat täysin tuntemattomiksi. Joku tönäisee, niin että olen pudota tuolilta ja huutaa, että istun hänen paikallaan. Nousen nopeasti ylös ja käperryksen nurkassa olevaan tuoliin. En tiedä mitä pahaa olen tehnyt. Itkettää ja kaipaen kotiin äidin ja isän luo. He varmasti kaipaavat minua, vaikka eivät ole milloinkaan käyneet katsomassa minua tässä hirveässä paikassa. Tunnen ilmassa uhkaa, ikäänkuin "he" tulisivat hakemaan minua paikatakseni minut jätteenä tunteettomasti ja välinpitämättömästi pois. Tunnen itseni eksyneeksi, likaiseksi ja syylliseksi. Tuskin tiedän kuka olen.

Taistelen sumussa etsien tuskaisesti jotakin, joka olisi lohduttava, jotain paikkaa, joka tuntuisi kodilta, lämpimältä ja turvalliselta tuttuine maisemineen, äänineen ja hajuineen. En kuitenkaan löydä sitä ja jollain tavalla aavistan, että olen kadottanut sen iäksi. Elän pelossa, epätoivossa ja eristettynä. En ymmärrä itseäni enkä muita.

Elämä etenee tuskaisesti taistellen. Teen mitä pystyn ja niin hyvin kuin pystyn. Aika-ajoin minut haetaan, ikäänkuin pahantekijä ja käsketään tekemään asioita, joita en osaa, kuten "laske sadasta alaspäin vähentäen seitsemän". Tekisin, jos osaisin ja ymmärtäisin mitä he tahtovat, en tiedä ja minut valtaa pakokauhu. Tuntemattomat ihmiset, joita pelkään ja joita en saa vastustaa, vievät minut jälleen takaisin. Koko maailma on irrallinen, missään ei ole mitään mieltä.



Pahinta kaikessa on, että minulla on aavistus, ettei näin ole ollut aikaisemmin. Koko tuo aikaisemmin ehyt maailma on nyt tuhottu ja minut on jätetty yksin kaaokseen ja katkeruuteen etsimään asioita, joita en milloinkaan löydä. En ole mitään. Ahdistus valtaa minut ja muuttuu pakokauhukseksi. Näin minut hylätään vähitellen ikuisiksi ajoiksi maailmasta, jossa minua joskus joku rakasti."

### **4.3. Hoitohenkilökunnan ominaisuudet, rooli ja merkitys**

Dementoituneen voi olla hyvin vaikea hyväksyä muuttunutta tilannettaan, varsinkin jos hän sairauden myötä menettää ominaisuuden, jolle itsetunto on rakentunut. Psykkisesti potilaalle ei jätetä vaihtoehtoja, hän kieltää sairautensa ja on vihainen. Jäljellä on vain selittämättömän paha olo. Sopeutumisprosessin tuloksena potilas voi kuitenkin kokea itsensä ja elämänsä arvokkaaksi. Tässä prosessissa omaisilla ja hoitohenkilökunnalla on hyvin tärkeä rooli. Eräs tärkeimpiä dementia potilaan hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä onkin hoitavan henkilökunnan näkemys dementiaa sairastavasta ihmisestä (Eloniemi ym. 1997, Sulkava ym. 1993).

Dementia potilasta hoitavan henkilökunnan rooli on vaikea ja komplisoitu ja henkilökunnalta vaaditaan erityisiä ominaisuuksia parhaan mahdollisen lopputuloksen saavuttamiseksi. Erittäin merkityksellistä on persoonallinen soveltuvuus. Sillä on merkitystä niin hoidon laadun, kuin myös työssä jaksamisen kannalta. Positiivinen elämäntapa, analyyttinen ajattelu, iloisuus ja huumorintaju, hyvä sekavuuden ja erilaisuuden sietokyky, ongelmien käsittelykyky, kehityshakuisuus ja joustavuus ovat dementiahoitajilta vaadittavia ominaisuuksia. (Eloniemi ym. 1997, Sulkava ym. 1993) Dementia potilasta hoitavan täytyy olla myös rauhallinen, antaa potilaalle hänen vaatimansa aika, sekä puhua ja toimia rauhallisesti ja selkeästi. Empaattisuus, kärsivällisyys ja työhön sitoutuminen kuuluvat myös dementiahoitajien ominaisuuksiin. (Marcusson 1995)

Aivan välttämätön edellytys hyvälle hoidolle on korkeatasoinen lääketieteellinen ja hoitotieteellinen tieto dementia oireyhtymänä. Se auttaa ymmärtämään esille tulevien oireiden alkuperää ja ohjaa oikeaan oireenmukaiseen hoitoon. (Marcusson 1995, Eloniemi 1997, Sulkava ym. 1993) Tarkka dementia diagnostisointi ja hyvä lääketieteellinen arviointi ovat peruselementtejä dementia potilaan jäljellä olevan toimintakyvyn tukemiseksi (Eloniemi ym. 1997). Kouluttamattoman henkilökunnan käyttö ei ole suotavaa paitsi hoivan laadun takaamiseksi, myös siksi, että kouluttamattomalla henkilökunnalla on suurempi vaara palaa loppuun dementia potilaiden hoidossa (Cohen ym. 1995).

Vanhan ihmisen elämänsä tunteminen on hyvän hoidon ja tilanteiden ymmärtämisen kannalta tärkeää, koska tietyt tapahtumat ja kokemukset voivat heijastua koko elämänsä kaareen. Elämä

integroituu vanhuudessa iloineen ja raskaine taakkoineen, näin vanha ihminen tuo mukanaan laitokseen koko eletyn elämänsä. Käsittelemättömät ongelmat, esim. tekemätön surutyö voi aktualisoitua sairastumisen ja laitokseen siirtymisen myötä (Gothi 1987, Sulkava ym. 1993). Hoitohenkilökunnan pitäisi siis tuntea potilaan persoonaa jo ennen sairauden puhkeamista, mm. tavat, mieltymykset, harrastukset sekä jäljellä olevat henkiset ja fyysiset taidot, koska se sekä helpottaa sairauden aikaisen käyttäytymisen ymmärtämistä että ohjaa oikeanlaiseen persoonalliseen hoitoon ja mahdollisesti tiettyjen sekavuustilojen ja aggrssiivisten kohtausten preventioon. (Marcusson 1995) Koska potilaiden persoonaan perehtymällä pystytään tulkitsemaan sanatonta viestintää ja tunnetiloja, voidaan potilaita hoitaa käyttämällä hyvin vähäistä sedatiivista lääkitystä (Eloniemi ym. 1997)

Palveleva ja suojeleva asenne kompensoi kognitiivista taantumaa ja luo siten turvallisuutta elämästä selviytymisessä (Isohanni 1988, Fisher 1988). Aikaisemman elämäntavan jatkuminen mahdollisimman pitkään antaa dementiapotilaalle turvallisuuden tunnetta. (Sulkava ym. 1993). Jokaisella dementiapotilaalla on oma historiansa, elämänkaarensa ja persoonallisuutensa ja vielä myöhäisessäkin vaiheessa hänellä saattaa olla persoonallisia mielihaluja. Hän voi olla pelokas ja säpsähtää jokaista kosketusta ja jokaista lähestymistä vuoteen viereen. Se voi johtua mm. siitä, että hän on aiemmin elämässään kokenut kohtelua, joka on jättänyt pelottavia muistijälkiä. (Isohanni 1989) Täytyy muistaa, ettei dementia ole psykologinen nollatila, vaan siihen sisältyy erilaisia aktiivisuus- ja kokemuksellisia vaiheita. Jokainen dementiapotilas kokee sairautensa eri vaiheet omalla tavallaan huolimatta siitä, että kognitiivinen taso testien mukaan saattaa olla sama (Albert ym. 1996), sen vuoksi yksilöllinen hoitosuunnitelma on tärkeä dementiapotilaan hoidon koordinoijana. (Erkinjuntti ym. 1996) Hoitosuunnitelma tulisi tarkistaa ajan tasalle vähintään kerran vuodessa (Erkinjuntti ym. 1996). Hoitajat voivat tutustua mm. potilaan taustaan, luonteeseen ja mieltymyksiin potilaan itsensä sekä omaisten avulla (Redfern 1991, Eloniemi ym. 1997). Tiivis hoitosuhde tai sukulaissuhde ovat joskus ainoita keinoja ymmärtää dementiapotilaan elämysmaailmaa (Isohanni 1989), sen vuoksi omaisten ja läheisten ihmisten merkitys korostuu huomattavasti. On myös tärkeää, että omaisia rohkaistaan pitämään säännöllistä yhteyttä dementoituneeseen läheiseensä ja osallistutaan heitä hoitoon tai osaston aktiviteetteihin. (Eloniemi ym. 1997)

Aggressiivisuuden, kuten muidenkin oireiden taustalla voi olla hyvin erilaisia syitä, minkä vuoksi yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoitaminen on välttämätöntä. Hoitajan täytyy kaiken aikaa huomioida ja tulkita dementiapotilaan käytöstä, tehdä johtopäätöksiä ja toimia sen mukaisesti. Oireiden arviointi voi olla hyvin erilaista riippuen siitä, arvioidaanko sitä sairaanhoidollisesti vai hoivan kannalta. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden pitäisi olla minimissään ja potilaan siirtämistä hoitopaikasta toiseen pitäisi välttää. (Sulkava ym. 1989) Muutokset osastolta toiselle ja huoneesta toiseen, tai vaikkapa vain uudelle paikalle samassa huoneessa voivat aiheuttaa vanhukselle desorientoitumista ja ahdistusta ja muodostaa yhden kriisivaiheen potilaan elämässä.

Mukautumiskyvyn heiketessä lisääntyy muutosten aiheuttama ahdistuneisuus. (Gothoni 1987)

Ystävällinen kohtelu ja mielekäs puuhailu tai muu aktiviteetti ovat perusasioita dementiapotilaan hoidossa (Marcusson 1995). Aktiviteettien tulisi kuulua luonnollisena osana dementiapotilaan päivään. Hänen pitäisi pystyä viettämään normaalia elämää niin pitkään kuin vain mahdollista. Vapauden, turvallisuuden, tilan ja hyväksymisen tunne ovat tärkeitä ja jokapäiväisiä hoivan elementtejä. Arvostuksen ja positiivisen palautteen antaminen ja saaminen kuuluvat niin dementiapotilaalle, kuin myös henkilökunnalle. (Eloniemi ym. 1997)

Koska dementiapotilaan on itse vaikea hahmottaa olemassaoloaan, pyritään hänen jäljellä olevia ominaisuuksiaan vahvistamaan. Sillä tavalla autetaan häntä hahmottamaan myös itseään. Aktiviteettien puute voi johtaa tuskaisuuteen, pelkoon, levottomuuteen ja aggressiivisuuteen. (Marcusson 1995) Dementiapotilas ärtyy hyvin helposti ristiriitatilanteissa. Tällöin potilaan kanssa ei pidä väitellä, häntä ei saa moittia eikä määrätä, vaan on käyttäydyttävä rauhallisesti. (Isohanni 1989)

Koskettaminen tai kädestä pitäminen rauhoittaa hyvin usein. Dementoitunutta vanhusta pitäisi myös suojella yllättäviltä tilanteilta mahdollisuuksien mukaan, koska niistä selviytyminen aiheuttaa suuria ponnisteluja tai ei onnistu laisinkaan (Isohanni 1988).

Henkilökunnan määrään olisi kiinnitettävä huomiota, koska lääkitseminen ei saisi milloinkaan johtua henkilökunnan vähydestä. Myös dementoituneet haluavat olla joskus omassa rauhassaan. Tasapainon löytyminen passiivisuuden ja ylistimulaation välillä onkin dementian hoidossa erityisen tärkeää. Itsetunnon, itsenäisyyden, aloitekyvyn, itsemääräämisoikeuden ja oman valinnan tukeminen vähentävät sekavuutta, tuskaisuutta ja depressiivisyyttä sekä parantavat motorisia toimintoja. (Marcusson 1995) Pelko on epävarmuutta, uhkaa ja ahdistusta. Dementiapotilas kokee uhkaavana koko ympäristönsä, koska ei kykene sitä tunnistamaan tai hän kokee olevansa toisten armoilla. Tämän vuoksi häntä tulisi lähestyä niin fyysisesti kuin verbaalisestikin hyvin varovaisesti. Dementiapotilaan pitäisi antaa tehdä asiat niin kuin hän osaa ja tahtoo ja hänelle pitäisi kertoa rauhallisesti mitä hänelle tehdään. Dementiapotilasta ei pitäisi loukata, koska lieväkin itsetunnon loukkaus voi taannuttaa hänen käytöstään hyvinkin voimakkaasti. Kiireettömyys, tutut toistuvat hoidon elementit, puheen selkeys ja asioiden toisto ovat tärkeitä tekijöitä. (Isohanni 1989) Hyvä hygieniahoito ja pienienkin sairauksien hoito on myös tärkeää henkisen tasapainon säilyttämisessä (Besdine 1980).

Lääkärin rooli on moniammatillisen hoitotiimin jäsenenä toimiminen, jolla tulee olla kokonaisnäkemys potilaan tilasta voidakseen hoitaa häntä optimaalisesti. Lääkärin tulisi osallistua hoitotiimien kokouksiin, joissa keskustellaan kokonaisvaltaisesti potilaan tilasta. Koko hoitotiimin tietämys tulee käyttää hyväksi. Tarkka diagnostisointi on erittäin tärkeää, koska eri dementoivista sairauksista kärsivien potilaiden hoito on erilaista. Oman erityisaseman korostaminen viittaa epävarmuuteen ja itsetunnon ongelmiin. (Sulkava 1996)

#### 4.4. Dementiapotilaan lääkehoito

Alzheimerin taudin hoidossa on Tacrinilla saavutettu placeboon verrattuna erittäin hyviä tuloksia. Tacrinin avulla on voitu hidastaa taudin etenemistä ja pitkittää sitä aikaa, jonka potilas voi asua omassa kodissaan. (Wilcock 1994, Kelly 1995) Koska parantavaa hoitoa ei kuitenkaan vielä ole, keskitytään dementiapotilaan hoidossa sekundäärisairauksien hoitoon ja oireiden lievittämiseen. Agitaation, depression, levottomuuden ja psykoottisten oireiden hoidossa on todettu neuroleptien, anksiolyyttien ja sedatiivien käytöllä olevan hyvin vähäinen positiivinen vaikutus placeboon verrattuna. Vaikka niiden vaikutus on vähäinen ja sivuvaikutuksia ilmenee usein, niitä käytetään kuitenkin yleisesti dementiapotilaiden käytöshäiriöiden hoidossa (Coccaro ym. 1990, Lawlor ym. 1994, Mintzer & Brawman-Mintzer 1996). Mintzer & Brawman-Mintzer (1996) suosittelevat kuitenkin tilannekohtaisen ja yleisen aggressiivisuuden hoitamiseksi lääkitystä. Karbamazepiinillä on saatu aggression hoidossa hyviä tuloksia ilman neuroleptien sivuvaikutuksia (Cooney 1996). Neuroleptejä käytetään usein aivan turhaan joko placebovaikutuksen vuoksi tai siksi, että lääkitystä jatketaan varmuuden vuoksi vaikka vastetta sille ei ilmenekään (Howard 1993). Dementiapotilaan lääkehoito täytyisikin suunnitella yksilöllisesti taudin asteen, oireiden ja lääkityksen vastetta seuraten. (Kelly 1995). Pääsääntöisesti dementiapotilaan pitäisi käyttää lääkitystä mahdollisimman vähän, koska se vaikuttaa häneen usein voimakkaammin kuin terveisiin vanhuksiin (Sulkava ym. 1993).

Dementian erikoishoitoyksiköissä kyetään tutkimusten mukaan hoitamaan potilaita melkein ilman rauhoittavaa lääkitystä (Sulkava ym. 1993, Eloniemi ym. 1997). Erään tutkimuksen mukaan on psyykelääkkeiden määrään pystytty vaikuttamaan myös henkilökuntaa kouluttamalla. Psyykelääkkeiden käyttöä voitiin näin vähentää laitoksissa jopa 36 %:lla kuudessa kuukaudessa lisäämättä sedatiivien tai hypnoottien käyttöä (Nygaard 1994). Dementiapotilaiden unettomuuden hoito on kuitenkin hyvin tärkeää. Unettomuuden hoidossa tulisi ensin poissulkea somaattiset sairaudet, päiväunien määrää pitäisi vähentää ja lisätä liikunnan määrää. Nukahtamisvaikeuksia voi helpottaa pienellä ilta-aterialla tai juttutuokiolla. Unettomuuden lääkehoidossa tulisi seurata mahdollisten sivuvaikutusten ilmaantumista, kuten lihasheikkoutta ja sekavuutta päiväaikaan. (Marcusson 1995) Lääkityksen vaihtoehdoksi suosittelevat Orrel (1995) ja Kitwood (1990) psykoterapiaa.

## 5. HOIDON TARPEEN ARVIOINTI JA DEMENTIAPOTILAAN LAITOSHOITO

Dementiapotilaat tarvitsevat hyvin harvoin korkeatasoista lääketieteellistä hoitoa, mutta kylläkin turvallisuutta ja hoivaa (Lehtonen ym. 1986). Vuonna 1980 yli puolet Suomen 45 000:sta sairaansijasta oli dementiapotilaille. Jos jatketaan samanlaista hoitokäytäntöä, tulee vuonna 2030 varata kaikki sairaansijat dementiapotilaille (Ruth ym. 1988). Vaikea-asteinen dementiapotilas tarvitsee kuitenkin melkein aina laitospaikan, mutta jokaisen potilaan sijoitus vaatii erittäin huolellista arviointia. (Lehtonen ym. 1986) Dementia-potilaiden tavanomaisimmista taidoista säilyy parhaiten syöminen ja liikkuminen. Kylpeminen, pukeminen ja itsensä siistiminen ovat taitoja, jotka alkavat heikentyä nopeimmin. (Cohen-Mansfield ym. 1995) Saksassa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin fyysisesti sairaiden ja dementoituneiden vanhusten hoidon ja avun tarvetta. Tutkimuksesta selvisi, että vaikeatkaan fyysiset sairaudet eivät aiheuta vanhuksille läheskään niin suurta avun tarvetta jokapäiväisistä toimista selviämiseksi, kuin erilaiset dementian asteet. Jo lievä dementia aiheuttaa itsenäisyyden menetyksen ja avun tarpeen päivittäisissä toimissa. Hyvin harvoilla potilaille, joilla ei ollut dementiaa, havaittiin vaikea-asteista toimintakyvyttömyyttä tai suurempaa päivittäistä avun tarvetta. Muutamissa maissa on perustettu erityisiä psykiatrisia hoitokoteja, joissa tarjotaan kodinomaisen hoitoympäristön lisäksi mm. fysioterapiaa, toimintaterapiaa ja koulutettujen hoitajien valvontaa. Korkeiden kustannusten vuoksi ei malli ole saavuttanut suurta suosiota. Kriittikissä arvioidaan, että on tarpeetonta ja epätarkoituksenmukaista pitää yllä kallista hoitosysteemiä dementoituneiden, mutta fyysisesti toimintakykyisten potilaiden hoitamiseksi. Dementiapotilaiden hoitomuotona on kokeiltu myös geriatrisia päiväkeskuksia, kommuuniasumista (Cooper 1994) ja ryhmäasumista (Wimo ym. 1991).

Tavallisten osastojen tilojen suunnittelu, ohjelmat ja henkilökunnan koulutus eivät kuitenkaan aina onnistu tarjoamaan dementiapotilaille heidän tarpeitaan vastaavia toimintoja. Dementoituneet potilaat tarvitsevat turvallisuutta, suunniteltua yksilöllistä hoitoa, sopivaa fyysistä ja älyllistä stimulaatiota sekä suojelua loukkauksilta ja muulta huonolta kohtelulta. Toisaalta, myös ei-dementoituneilla potilailla on oikeus saada hoitoa sellaisella osastolla, jolla ei ole dementoituneita potilaita. Myöskään henkilökunnalla ei ole koulutuksensa puolesta resursseja hoitaa vaeltelevia ja kognitiivisilta kyvyiltään taantuneita potilaita ilman lisäkoulutusta. (Berg ym. 1991) Verbaalisen ilmaisun heikentyminen ja kognitiivisten kykyjen lasku rajoittaa hoitohenkilökunnan ja dementiapotilaan kanssakäymistä. Näin dementoituneet potilaat saattavat istua tuolissaan yksinään ja eristettynä, kun taas osastolla oleville kognitiivisesti terveille annetaan kaikki mahdollinen huomio. (Sloane ym. 1996)

Parantavan lääkityksen ja hoitomuodon puuttuessa rajoittuu dementian hoito käytösongelmien sekä oireiden ja primäärin taudin etenemisen myötä ilmaantuvien sairauksien, kuten virtsatieinfektioiden, pneumonian sekä syömisvaikeuksien hoitoon. Näihin haasteisiin on vastattu perustamalla erikoishoitoyksiköitä, joissa hoidetaan korkeintaan keskivaikeasti dementoituneita. Taudin edetessä heidät siirretään muille pitkäaikaisosastoille. Dementian hoito nostaa esiin monia, mm. eettisiä, ongelmia. Eräs niistä on, pitäisikö aggressiivisia lääketieteellisiä interventioita käyttää dementian hoidossa. Kokemusten mukaan esim. antibioottihoito ei vaikuta dementiapotilaiden kuolleisuuteen ja syömisongelmista voidaan hyvin selvittää ilman nenämahaletkun käyttöä (Volicer ym. 1994)

Dementian hoitoon perustetuilla erikoishoitoyksiköillä ei välttämättä kuitenkaan ole muuta yhteistä kuin nimi. Nimitystä erikoishoitoyksikkö on käytetty, vaikka on tehty vain minimaaliset muutokset hoitoympäristöön. Kuitenkin erikoishoitoyksikön huomattavimmat erityispiirteet voivat kuvata yhtä hyvin tavallisen hoitoyksikön hoitoideologiaa. Hoidon taso vaihtelee yksiköstä toiseen suojelevasta hoidosta elämän laadun yleiseen kohentamiseen potilaan arvokkuuden, itsekunnioituksen ja yksityisyyden arvostamisella. Myös yksikkökoot vaihtelevat melko paljon. Dementiapotilaiden erityispiirteiden huomiointi ympäristön suunnittelussa tuo huomattavia laatueroja dementiayksiköiden välille. Toisissa on dementia-potilaiden erityistarpeet korvattu hälytysjärjestelmällä, kun taas toisissa on laajemmin toteutettu dementiapotilaiden tarpeista lähteviä ympäristövaatimuksia kuten pastellivärit, melua absorboivat materiaalit, häikäsemättömät pintamateriaalit, nimi- tai valokuvatunnisteet oman huoneen ulkopuolella, henkilökohtaiset huonekalut ja puutarhanäköala huoneen ikkunasta. Ympäristön ja hoitoideologian problematisointia voidaan viedä jopa niin pitkälle, että kysytään sopiiko samanlainen ympäristö sekä lievistä että vaikeasta dementiasta kärsivälle potilaalle. (Skea ym. 1995)

## **6. KOKEMUKSIA DEMENTIAPOTILAIEN ERIKOISHOITOYKSIKÖISTÄ**

Dementian erikoishoitoyksiköistä on tehty useita tutkimuksia ja saatu monenlaisia, ristiriitaisiakin tuloksia. Grant ym:n (1995) tekemässä tutkimuksessa erikoishoitoyksiköt kouluttavat henkilökuntaansa enemmän kuin tavalliset osastot. Erikoishoitoyksikössä oli huomioitu myös ympäristön suunnittelussa enemmän dementiapotilaiden erityispiirteitä perinteiseen osastoon verrattuna. Henkilökunnan mukaan hoidon strategia on kuitenkin sama riippumatta erikoistumisasteesta. Tämä voi tarkoittaa joko sitä, että perushoitoyksiköiden hoitoperiaatteet suunnitellaan dementiapotilaat huomioon ottaen, tai sitä, että erikoishoitoyksiköt voivat tarjota

hyvin vähän, tai ei mitään sellaista, mitä dementiapotilaat eivät saisi perinteiseltä perushoidon yksiköiltä.

Volicerin ym. (1994) tekemässä tutkimuksessa vertailun tulos osoitti, että tavallisen osaston potilailla oli enemmän "paha olo" kuin erikoishoitoyksikössä. Hoidon kokonaiskustannukset sekä kipulääkkeiden, unilääkkeiden, antibioottien, iv. lääkityksen, rauhoittavien lääkkeiden sekä röntgen- ja laboratoriotutkimusten määrät olivat perushoitoyksikössä suuremmat kuin dementian erikoishoitoyksikössä. Näin Volicerin tutkimus osoitti, että hoito erikoishoitoyksikössä on paitsi halvempaa myös potilasystävällisempää pyrkien elämänlaadun kohottamiseen elinpäivien keinotekoisena pidentämisen sijasta.

Lyons ym (1995) vertailivat psykiatrisilta sairansijoilta hoitokotiin siirrettyjä potilaita mielisairaalaan jääneisiin potilaisiin. Tutkimus lähti liikkeelle tyytymättömyydestä psykiatrisen hoidon lamaannuttaviin vaikutuksiin tilanteessa, jossa yhä enemmän käytettiin sekä psykiatrisia sairaansijoja että yksityisiä hoitokoteja dementiapotilaiden hoidossa. Tutkimuksessa verrattiin 60 hoitokotiin siirrettyä potilasta 60:een mielisairaalaan jääneeseen potilaaseen 12 viikon ajan siirron jälkeen. Tulos osoitti yllättävästi, että hoitokotiin siirrettyjen potilaiden toimintakyky laski ja painehaavaumat lisääntyivät. Syyksi tutkijat arvelivat kouluttamattoman henkilökunnan, muuton nopean aikataulun sekä henkilökunnan suuren vaihtuvuuden.

Englannissa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin keskenään kahdella osastolla annettavaa fyysisesti ja kognitiivisesti sairaiden potilaiden hoivaa ja käyttäytymistä osastoille siirron jälkeen. Toinen osasto oli pitkäaikaishoidon osasto, jolla annettiin perinteistä perussairaanhoidoa ja toinen osasto oli dementian erikoishoito-osasto, jossa annettiin hyvää, kodinomaista pitkäaikaishoitoa paljon hoivaa vaativille potilaille. Tämän osaston toiminta ja hoitofilosofia oli muokattu dementiapotilaille sopivaksi. Havainnoinnin tuloksena todettiin, että henkilökunnan ja potilaiden välistä interaktiota tapahtui eniten dementian erikoishoito-osastolla. Pitkäaikaishoidon osastolle annettiin mahdollisuus mm. toimintaterapiaan. He ottivat sen vastaan ja suuntasivat kognitiivisesti terveille potilaille. Depressiivisyys lisääntyi merkittävästi perinteisellä pitkäaikaisosastolla, kun taas erikoishoito-osastolla tapahtui huomattavaa depressiivisyyden laskua. Erääksi syyksi tulokseen arvellaan, että perinteisen hoivan osastolla dementoitunut potilas ei voi käyttää rajoittuneita kykyjään ja ilmaista itseään samalla tavalla kuin dementiapotilaille suunnitelluilla osastoilla. (Skea ym. 1995)

## 7. PILOHAVAINNOINTI TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Arviointilomakkeelle vaihtoehtoinen keino hankkia tieteellistä tietoa käyttäytymisestä on suora havainnointi (Bowie ym. 1993). Osallistuvalla havainnoinnilla tarkoitetaan kaikkea empiiristä tutkimusta, jolloin tutkija tuntee tutkittavan yhteisön ja ymmärtää havaintojen merkitystä siltä pohjalta. Vuorovaikutus tapahtuu tutkittavien ehdoilla. Näin tutkijan vaikutus on eliminoitu kokonaan tai se on mahdollisimman vähäinen. Tutkijan tulee sisäistää kulttuurin tavat, tottumukset, tunteet ja odotukset pystyäkseen toimimaan vieraan kulttuurin alueella ilman suurempia vaikeuksia. Edellytyksenä tutkijan läheiselle osallistumiselle yhteisön elämään on samankielisyys ja sama tarkasteluperspektiivi. (Grönfors 1985) Tuttuun kulttuuriin perehdyttäessä ongelmaksi voi muodostua se, että kaikki näyttää kovin itsestäänselvältä ja ongelmattomalta. Toisaalta tilanne voi olla tutkijalle myös eduksi, koska itsestäänselvyudet voidaan karsia pois ja tutkija voi päästä käsiksi oleelliseen nopeammin kuin kulttuuria tuntematon tutkija. Vieraampi voi jäädä ihmettelemään täysin epäoleellisia asioita pääsemättä asian ytimeen. (Alasuutari 1994)

Osallistuvan havainnoinnin ensimmäinen vaihe on siirtyminen tutkittavaan yhteisöön, jolloin tutkija luo suhteet, joita hän tarvitsee kenttävaiheen suorittamiseen ja vakiinnuttaa kenttätyön aikana käytettävät roolit. Seuraava vaihe on työn varsinainen suorittaminen ja kolmannessa vaiheessa irrottaudutaan yhteisöstä ja valmistellaan raportti. Havainnoijan tavoitteena on päästä sisään yhteisöön ja nähdä ne osatekijät, joita tutkittavat eivät näe, koska he ovat liian lähellä havainnoitavaa tilannetta. (Grönfors 1985)

Havainnoimalla saadaan tietoa siitä, miten asiat todellisuudessa ovat, eikä, kuten usein haastattelulla, miten asioiden pitäisi olla. Luonnollinen ja impulsiivinen toiminta paljastuu usein ainoastaan havainnoimalla, jolloin saatava tieto on monipuolisempaa ja tarkempaa kuin esim. haastattelulomakkeella saatava tieto (Bowie ym. 1993, Grönfors 1985).

Suurin osallistuvan havainnoinnin ongelma on havainnoijan vaikutus tutkittavaan ilmiöön. Havainnoijan vaikutusta on vaikea välttää, koska hän tuo aina mukanaan käsityksiä ja toimintoja joihin havainnoitavat reagoivat muuttamalla toimintatapaansa (Bowie ym. 1993) tai pyrkimällä antamaan itsestään mahdollisimman edullisen kuvan tutkijalle (Grönfors 1985). Läsnäolon vaikutusta voidaan eliminoida pitkäaikaisella oleskelulla tutkittavien parissa, jolloin käytös yleensä normalisoituu (Grönfors 1985, Bowie ym. 1993).

Piilohavainnointi on eräs osallistuvan havainnoinnin muoto, jossa tutkija osallistuu tutkittavien elämään yhtenä heistä ilman, että tutkittavat siitä tietävät. Piilohavainnointia on kahdenlaista. Toisessa tutkija on kentällä primääristi muista syistä, tutkimus on sekundääristä ja toisessa tutkija



soluttautuu yhteisöön primääristi tekemään tutkimusta. Piilohavainnointi on monelta osaltaan yhteneväistä osallistuvan havainnoinnin kanssa, kuitenkin sillä erotuksella, että piilohavainnoinnissa tutkijan roolin vaikutus on olematon, koska siitä ei yhteisössä tiedetä. Tieto on autenttista. (Grönfors 1985)

Piilohavainnointiin liitetään kuitenkin eettisiä ongelmia. Eräs niistä on kysymys siitä, onko tutkijalla oikeus tehdä havaintoja tutkittavista heidän siitä tietämättä (Grönfors 1985)? Field ja Morse (1985) ovat sitä mieltä, että tutkijan roolin salaamista on hyvin vaikea puolustella. On myös ongelmallista tehdä samalla työtä ja havainnoida ympäristöään objektiivisesti. Tutkijan roolin salaaminen voi muodostua niin keskeiseksi, ettei hän suoriudu työstään. Kuitenkin, jos tutkijan olemassaolo tiedostetaan osastolla, se voi johtaa tutkittavien käyttäytymisen muuttumiseen (Field ym. 1985). Grönfors referoi Denziniä: "Tutkijalla on oikeus tehdä havaintoja kenestä tahansa ja missä tilanteessa tahansa jos hän tekee sen tieteen nimissä ja tieteellisessä tarkoituksessa. Minkään tieteellisen työn tarkoitus ei ole aiheuttaa harmia kohteille, vaan tuottaa tieteellistä tietoa ja selitystä" (Denzin 1968 ref. Grönfors 1985). (Grönfors 1985)

Vaikka piilohavainnointi on vaikea ja ongelmallinen, joidenkin näkökulmasta jopa eettisesti arveluttava, sen avulla on kuitenkin mahdollista saada tietoa jota on muilla menetelmillä hyvin vaikea saada.

## **OSA 11**

### **8. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, MENETELMÄT JA TOTEUTUS**

#### **8.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Koska dementiapotilaiden määrä tulee lisääntymään voimakkaasti seuraavina vuosina, tulee hoidon laadun kehittäminen potilaan tarpeita vastaavaksi, kustannukset huomioon ottaen, vaatimaan huomattavan paljon yhteiskunnan panostusta. On olemassa monia tutkimuksia, joissa tarkastellaan ristiriitaisten tulosten valossa sitä, millaista hoitoa kannattaa ja on tarpeellista dementiapotilaalle antaa ja minkälaisessa ympäristössä. Dementiapotilaiden hoivaa on tutkittu myös paljon sekä hoitavan henkilökunnan työssä jaksamisen että omaisten jaksamisen näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on vertailla dementiapotilaan hoitoa kahdella osastolla, dementian erikoishoitoyksikössä sekä perinteisellä perushoidon osastolla. Hoivaa ja hoitoa tarkastellaan dementiapotilaan hyvinvoinnin perspektiivistä. Tavoitteena on selvittää, saavatko dementiapotilaat tarpeitaan vastaavaa hoitoa molemmilla osastotyypeillä. Lisäksi tarkastelun kohteena ovat kustannukset sekä lääkitys tietyinä ajanjaksona.

#### **8.2 Tutkimuksen menetelmät, aineisto ja toteutus**

Tutkimusmetodiksi valittiin piilohavainnointi siksi, että asiasta haluttiin saada mahdollisimman autenttista tietoa, toiseksi aikaa kenttävaiheen tekemiseen oli rajallisesti ja kolmanneksi, mielestäni metodi sopii hyvin kyseisen ongelman tutkimiseen.

Grönforsin (1985) mukaan, mitä arkaluonteisempi asia on, sitä vaikeampi on kvantitatiivisilla tutkimusmenetelmillä saada syvällisempää tietoa tutkittavasta asiasta. Kosketusta hoitotyössä tutkinut Routasalo (1993) oli tutkimuksensa kenttävaiheen aikana kertonut tutkittavilla osastoilla työskenteleville hoitajille havainnoivansa vain perushoidon toteutusta, eikä nimenomaisesti kosketusta, koska arveli tiedon havainnoinnista vaikuttavan hoitotoimien toteutukseen. Rovner ym. (1996) joutuivat kesken tutkimuksen vaihtamaan tutkimusmetodin piilohavainnointiin, koska havainnoijan läsnäolo vaikutti selvästi sekä potilaisiin että hoitajiin. Kuitenkin piilohavainnoimalla pelkästään potilaita ei kyseisessä tutkimuksessa enää saatu käsitystä siitä, millaisia kommunikointi- ja käytösongelmia esiintyi potilas-hoitaja interaktiossa. Alasuutarin (1994)

mukaan ideaali on, että tutkimus perustuu tasavertaiselle subjekti-subjekti suhteelle, ei kohdettaan objektiivivalle valtasuhteelle. Piilohavainnoimalla yhteisöä pystyttiin suhteet tasavertaistamaan ja tekemään havaintoja yhteisöstä tasa-arvoisemmasta asemasta käsin.

Vertailun kohteena oli hoiva, lääkitys sekä kustannukset ja metodina pääasiassa kvalitatiivinen piilohavainnointi, mutta myös kvantitatiivinen frekvenssitaulukko, ristiintaulukointi, varianssianalyysi sekä tuloslaskelmaan perustuva kustannusvertailu. Pattonin (1982) mukaan, voidakseen analysoida ja tulkita kvalitatiivista aineistoa, täytyy arvioijalla olla käsitys tutkimuksen tarkoituksesta ja sen suuntautumisesta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli raakahavaintoihin perustuen, abduktiivista päättelyä käyttäen muodostaa käsitys osastoilla annettavasta hoivasta dementiapotilaan erityistarpeet huomioon ottaen.

Tutkimusprosessi (liitte 4) käynnistyi sillä, että tiedustelin laitosta, joka olisi halukas pro gradu-tutkimukseni kohteeksi (1). Tämä osoittautui työn helpoimmaksi vaiheeksi; sain kyseisessä laitoksessa erittäin positiivisen vastaanoton ja rohkaisevaa kannustusta koko tutkimusprosessin ajan. Tutkittavaa aihepiiriä ja tehtäväalueen valintaa (2) pohdittiin laitoksen johdon kanssa ja muutamista vaihtoehdoista päädyin kyseiseen aiheeseen, johtuen aidosta mielenkiinnosta, asian ajankohtaisuudesta sekä siitä, että kyseisessä laitoksessa haluttiin panostaa dementiapotilaan hoivan kehittämiseen ja tutkimiseen. Kriteerit, joiden mukaan tutkittavat osastot valittiin olivat a) potilaiden dementian aste b) samantyyppinen henkilökuntarakenne c) osastojen pohjapiirroksen samankaltaisuus sekä d) osastonhoitajien läsnäolon vaikutuksen eliminoituminen hoivaan nähden molemmilla osastoilla osastonhoitajien poissaolon vuoksi. (3) Abduktiiviset johtoajatukset havainnoitavien asioiden määrittelyä varten keräsin kirjallisuuskatsaukseen valituista, aiheeseen läheisesti liittyvistä tutkimuksista ja muusta relevantista kirjallisuudesta. Niiden avulla muodostin alustavat havainnoinnin kategoriat (liite 5) ja näin osastoilla toteutettu havainnointi voitiin kohdistaa tiettyihin dementiapotilaiden hoidossa jo keskeisiksi havaittuihin seikkoihin.

Valmistautuminen kenttävaiheen toteutukseen (4) oli metodin luonteesta johtuen raskas ja vaikea prosessi. Sen aikana pohdiskelin metodin hyviä ja huonoja puolia aiheen tutkimiseksi, mietiskelin metodin edellytyksiä ja vaihtoehtoisia metodeja, metodin oikeutusta, omia eettisiä periaattejani elämässä yleensä, sairaanhoitajana ja kollegana. Pyrin tiedostamaan ajatteluuni vaikuttavia tekijöitä itseprojektoinnin avulla, jossa kävin läpi asioita, arvoja ja asenteita, joiden kautta tulisin arvioimaan havainnoitavia tilanteita. Valmistautuminen kenttävaiheeseen piti sisällään myös peitetarinan hahmottelemisen, ulkoa opettelemisen ja sisäistämisen. Kävin läpi mahdollisimman monipuolisesti osastoilla mahdollisesti esitettäviä kysymyksiä ja mietin, mitä vastaisin. Päätin vastailla kysymyksiin totuudenmukaisesti niin pitkälle kuin oli mahdollista vaarantamatta kuitenkaan tutkimusta, mutta valmistauduin myös siihen, että pakottavassa tilanteessa kertoisin toistaiseksi asiat totuuden vastaisesti. Tein mielikuvaharjoituksia osastolla mahdollisesti tulevista

tilanteista. Mielikuvaharjoitusten avulla pyrin myös omaksumaan perushoitajaopiskelijan roolin. Mietin millä tavalla selviän tilanteesta, jossa joudun vastakkain tutun henkilön kanssa, tai mahdollisesti joku entinen kollega muistaisi kasvoni tai nimeni. Pyrin myös valmistautumaan pettymyksen tunteeseen, jos kaikki tulisi julki ennen aikojaan ja tutkimukseni epäonnistuisi. Kävin läpi kaikkia mahdollisia osastoilla olevan henkilökunnan asenteita ja palautteita, kun totuus kerrottaisiin.

Koska itse olin vastuussa metodista, varauduin myös kohtaamaan kaiken mahdollisen. Kävin tilanteita läpi niin kauan kunnes pystyin hyväksymään sen, että laitoksen henkilökunnalla oli täysi oikeus sekä positiivisen että negatiivisen palautteen antamiseen, minkä he tulevat tekemään omien elämän arvojensa, elämäkatsomuksensa ja elämäkokemuksensa pohjalta. Keinuin pitkään negatiivisten ja positiivisten tunteiden kiikkulaudalla, välillä syytellen itseäni ja kyseenalaistaen eettiset periaatteeni, välillä tuntien puolustavani sellaisen potilaan oikeuksia, jonka on hyvin vaikea sitä itse tehdä. Toisaalta minua myös kiehtoi aavistus työn monipuolisuudesta, olemassaolevista mahdollisuuksista ja haasteellisista ongelmista. Vähitellen varmistuin tutkimuksen ja tutkimusmetodin oikeutuksesta ja sain varmuuden pysyä päätöksessäni. Tämä oli hyvin tärkeää, koska tutkimuksen jokaisessa vaiheessa jouduin tilanteisiin, joissa epävarmuus olisi voinut johtaa työstä luopumiseen.

Aineiston keruu (5) oli kolmivaiheinen. Havainnointiaineiston keruu, tutkimuksen kenttä-vaihe, toteutettiin 6.5.1996 - 30.5.1996 välisenä aikana. Kenttävaiheen ensimmäinen jakso 6.5. - 16.5 dementiaosastolla ja toinen jakso 20.5. - 30.5. sekaosastolla. Molemmilla osastoilla piilohavainnointijaksoon sisältyi yksi iltavuoro ja yksi lauantain aamuvuoro. Kenttävaiheen aikana esiinnyin ennalta suunnitellun peitetarinan mukaan käytännön harjoittelujaksolla olevana, dementiapotilaan hoidosta päättötyötään tekevänä perushoitajaopiskelijana. Rooli täsmentyi perushoitajaopiskelijaksi, koska sen ei saanut olla merkittävä yhteisön toiminnan kannalta ja toisaalta sen piti mahdollistaa havainnointi. Osallistuin osaston töihin, pyrkien mahdollisimman paljon olemaan osastojen henkilökunnan mukana päivittäisissä rutiineissa. Raakahavaintoja kirjoitin ylös lehtiöön tietynä aikana päivästä tai, kun jotain tärkeää ja huomion arvoista tapahtui. Havaintojen tallentamisessa kokeilin myös sanelukonetta, mutta sen käyttö osoittautui erittäin hankalaksi, joten luovuin siitä.

Fieldin ym. (1985) ohjeen mukaan pyrkimyksenäni oli kirjata ylös havaintoja ja tapahtumia niin paljon, kuin mahdollista ja niin tarkkaan kuin mahdollista, myös ei-verbaalinen informaatio. Ei-verbaalisen informaation tulkitseminen oli paitsi erittäin vaikea tehtävä, siihen sisältyi myös niin suuri väärintulkinnan vaara, että käytin sitä analyysissä erittäin vähän. Kenttävaiheen aikana keräsin havaintoaineistoa kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostettua alustavaa havainnointikategoriaa (liite 5) hyväksi käyttäen. Alustavaan havainnointikategoriaan keräsin

relevantista kirjallisuudesta hoivaan, hoitoon, ympäristöön, lääkitykseen ja dementiapotilaan hyvinvointiin oleellisesti liittyviä asioita. Koska olin epävarma kyvyistäni observoida, keräsin pääkategorioiden alle mahdollisimman paljon havainnoitavia asioita; jos yhdessä epäonnistuisin, toinen voisi tuottaa tulosta. Näin laaja kategoriointi osastoille mennessä antoi laajan perspektiivin havainnoinnille. Toisaalta, havainnoinnin alkuvaiheessa se myös vaikeutti jonkin verran havainnointiin keskittymistä. Raakahavaintojen kirjaaminen, analysointi ja tulkinta tapahtuivat osittain päällekkäin ja kirjallisuuteen perustunut havaintojen kategoriointi eli, muuttui ja selkiytyi koko havainnoinnin ja aineiston analysoinnin ajan. Havainnointivaiheen aikana, osastoista ja siellä vallinneista olosuhteista johtuen asiat, joita kirjallisuuden perusteella olin pitänyt erittäin tärkeitä, saattoivat jäädä taka-alalle ja vähemmän tärkeiksi luokittelemani asiat korostuivat.

Kenttävaiheen aikana kirjoitin kahdenlaista päiväkirjaa (vrt. Grönfors 1985, Field ym. 1985). Puhtaat raakahavainnot kirjasin muistiin kenttämuistiinpanojen muotoon osastoilla tehtyjen havaintojen ja kirjoitettujen raakahavainto muistiinpanojen perusteella. Kenttäpäiväkirjaan kirjasin muistiin omia mielipiteitäni, ajatuksiani ja päivän aikana heränneitä hyvin erilaisia, laidasta toiseen ryntäileviä tunteitani. Molempia päiväkirjoja kirjoitin päivittäin. Tämä osoittautui välttämättömäksi, koska tuoreeltaan osastolla kirjoitetut muistiinpanot oli helppo purkaa ja muistaa. Heti kenttävaiheen lopuksi vierailin osastoilla vanhainkodin johto-portaan edustajien kanssa ja kerroin mistä osastolla oleskelussani oli ollut kysymys. Samalla jätin myös puhelinnumeroni henkilökunnan myöhempiä yhteydenottoja ja vierailun jälkeen heränneitä kysymyksiä varten. Osastoilta tulleen palautteen perusteella katsottiin tarpeelliseksi käydä tutkimuksen kenttävaihetta läpi uudelleen, hiukan myöhemmin järjestetyssä, molempien osastojen, johtoportaan ja tutkielman tekijän yhteisessä tapaamisessa.

Tutkimusaineiston keruun toisessa vaiheessa keräsin potilasasiakirjoista kaikki osastoilla käytetyt lääkkeet kaikkien osastolla olleiden potilaiden kohdalta tutkimuksen toteutuksen ajalta. Lääkkeet luokittelin kirjallisuuden perusteella sedatiivi/anksiolyytteihin, antidepressantteihin, neurolepteihin, hypnooteihin, kipulääkkeisiin ja muihin somaattisiin lääkkeisiin. Lääkkeistä tehtiin osasto- ja potilaskohtainen frekvenssitaulukko yllämainitun lääkeryhmäjaottelun mukaisesti tukkimiehen kirjanpitoa käyttäen. Tämän jälkeen taulukko typistettiin kumulatiivisiksi summiksi ja prosenttiluvuiksi (liite 6). Lisäksi kaikista osastoilla käytetyistä lääkkeistä kerättiin luettelo, josta voidaan milligrammamäärineen ja annostuksineen vertailla osastoilla käytettyjä lääkkeitä (liite 7). Kolmas vaihe käsitti kustannusvertailua varten tarvittavan kustannuspaikkakohtaisen, kumulatiivisen budjettiseurannan hankkimisen laitoksen talousosastolta sekä toukokuuta 1996 että koko vuodelta 1996.

Raakahavaintojen analysointi (6) aloitettiin tematisoimalla aineistoa. Aluksi tematisointi oli aineiston lukemista ja spontaania teemojen muovaamista ja paikallistamista. Vähitellen alkoi

muodostua käsitys siitä, mitkä asiat nousivat esiin, tai toistuivat niin usein, että niistä voisi muodostaa alustavat ja tarkoituksenmukaiset kategoriat koodausta varten. (liite 8) Kaikkien raakahavaintojen koodaaminen johonkin kategoriaan oli analysoinnin seuraava vaihe. Tekstiä käytiin läpi yhä uudelleen ja kategorioiden lyhenteitä käyttäen raakahavainnot lokeroitiin oman teemansa alle tekstiin merkittyä lyhennettä käyttäen. Koska tutkimus on kuvaus tietystä ajasta osastoilla vallinnutta todellisuutta täytyi validiteetin säilyttämiseksi analyysiin mukaan ottaa kaikki ajanjakson sisällä tapahtuneet havainnot luokiteltuna omaan kategoriaansa. Jos kerran tai vain harvoin tapahtuvia asioita jätetään pois, ei kuvaus enää vastaa osastoilla vallinnutta todellisuutta, vaan todellisuuden kuva vääristyy joko esim. pelkistymällä tai muuttumalla mustavalkoiseksi. Näin minulle aluksi kävi analyysiä tehdessäni.

Lopullisten kategorioiden muodostamiseksi (7) teemoja sulautettiin yhteen suuremmiksi ja tarkoituksenmukaisemmiksi kokonaisuuksiksi. Näin tekstistä saatiin loogisempi ja käsiteltävämpi. Kun kategoriat oli muodostettu, kävin tekstiä läpi kategorioittain ja tein tulkinnat (8). Analyysin kannalta kenttäpäiväkirja jäi pääasiallisesti keinoksi purkautua ja pohdiskella osastoilla tapahtunutta, mutta sen avulla pystyin myös analyysin myöhemmässä vaiheessa selkiyttämään ja eheyttämään osaston tapahtumia ja antamaan niille merkityksiä. Lääkkeitä analysoitiin ja tulkittiin (9)frekvenssitaulukosta muodostettujen kumulatiivisten lääkemäärien ja prosenttilukujen, SPSS-ohjelman ristiintaulukoinnin ja varianssianalyysin avulla, sekä osastokohtaisten lääke/annostus/milligrammamäärien perusteella. Kustannusvertailu ja kustannusten analysointi (10) tehtiin osastokohtaisen budjetti/kustannusseurannan avulla.

Analysointi on Pattonin (1982) mukaan prosessi, jossa tutkimusaineistoa muokataan loogiseksi kokonaisuudeksi sekä muodostetaan malleja ja kategorioita. Tulkinnan hän määrittelee prosessiksi, jossa pohditaan analyysin merkittävyyttä ja merkitystä. Lisäksi tulkinnassa voidaan selittää syntyneitä malleja ja etsiä asioiden yhteyksiä ja uusia ulottuvuuksia. Tämän perusteella käsittelin aineistoa kahdessa toisiaan tiiviisti seuraavassa vaiheessa: ensin analysoin aineistoa muodostamalla alustavat kategoriat (liite 8), koodaamalla aineiston niiden mukaan ja keräämällä puhtaat raakahavainnot kategorioiden alle. Tämän jälkeen tulkitsin havaintoja syiden, merkitysten ja yhteyksien löytämiseksi. Tulkinta tapahtui heti kulloisenkin kategorian muodostuksen jälkeen, koska siten siitä saatiin eheämpi kokonaisuus ja toisaalta tulkinta oli helpompi hallita pienempinä kokonaisuuksina.

Kategoriat sisältävät myös yhteisiä teemoja, koska tietyt asiat korostuivat hoitoprosessissa ja osoittautuivat tärkeiksi useamman kategorian sisällä. Niitä on kuitenkin pyritty käsittelemään kunkin kategorian perspektiivistä käsin.

Tutkimuksesta, sen ajankohdasta ja toteutuksesta sovittiin vanhainkodin johdon kanssa. Lisäksi tutkimukselle saatiin lupa sosiaali- ja terveysministeriöltä, sekä kyseisen paikkakunnan sosiaaliviraston eettiseltä lautakunnalta.

Havainnoinnin kategoriat:

1. Vanhainkoti: hoito- ja tutkimusperiaatteet, dementiaosasto ja sekaosasto
2. Fyysinen ympäristö: pohjapiirros, värit, muodot, somisteet, tekstiilit, melutaso ja kulun ohjaimet
3. Vuorovaikutus: osastolla vallitseva ilmapiiri, koskettaminen, katsekontakti ja kommunikation määrä
4. Liikkuminen, ruokailutilanne ja kiellot
5. Hoivan toteutus: omatoimisuus, hoitosuunnitelmat, somaattinen hoito, hoivan toteutus, omaiset, itsemääräämisoikeus, hoitohenkilökunnan ajankäyttö ja häiriökäyttäytyminen

## **9. TUTKIMUKSEN TULOKSET, TULKINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ**

### **9.1 Vanhainkoti ja osastot**

Vanhainkodille oli laadittu yhteiset hoito- ja tutkimusperiaatteet, joilla pyritään takaamaan vanhusten hyvä hoito. Niiden mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen itsensä kanssa. Kustannuspaineista johtuvat säästötoimenpiteet eivät saa johtaa laiminlyönteihin hoidossa, vaikka turhista tutkimuksista luovuttaisiinkin. Saattohoitopotilaan elämää ei saa pitkittää keinotekoisesti. Säännöllisiä terveystarkastuksia ei laitoksen hoitoperiaatteiden mukaan tehdä, mutta toimintakyvyn heikentyessä tulee pyrkiä selvittämään siihen johtaneet syyt. Vain sellaisia sairauksia etsitään, joita voidaan hoitaa. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea vanhusta optimaaliseen itsenäisyyteen. Tutkimusperiaatteiden mukaan, voidakseen hoitaa vanhuksia, tulee lääkäriellä olla tietoa heidän terveydentilastaan. Tämän informaation saamisessa painotetaan omahoitajan merkittävää roolia. Lääkärin ja potilaan sekä omaisen välisellä lyhyelläkin keskustelulla todetaan olevan positiivinen vaikutus kokonaisuuden kannalta. (Lähde: Vanhainkodin kirjalliset hoito- ja tutkimusperiaatteet)

Dementiaosastolla oli potilaspaikkoja 25, joista tutkimushetkellä käytössä 24. Henkilökunnan kokonaismäärä oli aamuvuorossa 3 - 4 hoitajaa, iltavuorossa 2 hoitajaa ja yövuorossa kolmea osastoa kohden kaksi hoitajaa. Yhteensä henkilökuntaa oli 1 osastonhoitaja kolmea osastoa kohden, 1 1/3 sairaanhoitajaa, 4 hoitajaa, 5 1/3 hoitoapulaista. (liite 9) Hoitohenkilöstö

mitoitus oli vuorokautta kohden 0,23 - 0,27 / potilas ja osaston kokonais-mitoitus 0,47 / potilas.

Dementiaosaston perustamisen yhteydessä hoitohenkilökunta valittiin osastolle sen mukaan, ketkä halusivat mielenkiintonsa, taipumustensa ja ominaisuuksiensa mukaisesti omistautua dementiapotilaan hoitoon. Dementiaosastolla oli juuri ennen havainnoinnin kenttävaiheen alkua otettu käyttöön uusi hoivamuoto, jonka mukaan "kaikki tekevät kaikkea". Potilaat jaettiin hoitajille "omiksi potilaiksi". Omahoitaja teki potilaan hyväksi kaiken mahdollisen, huoneen siivouksista pesuissa avustamiseen. Vain tiettyä ammattikoulutusta vaativat tehtävät, kuten lääkkeiden jako, oli keskitetty koulutetuille sairaanhoitajille. Tarkoituksena oli parantaa asiakkaan saamaa hoivan tasoa keskittymällä omiin potilaisiin. Työt oli mahdollisuus tehdä potilaan/hoitajan omalla aikataululla. Dementiaosastolle siirrettiin muilta osastoilta hyvin levottomat dementiapotilaat.

Dementiaosaston potilaista oli naisia 20 ja miehiä 4. Vanhin potilas oli 100-vuotias ja nuorin 52-vuotias. Potilaista kymmenellä oli diagnoosina dementia senilis, kahdella Alzheimerin tauti, neljällä vaskulaarinen dementia, yhdellä ALS-dementia, yhdellä dementia presenilis, kahdella pelkkä dementia, yhdellä pseudodementia ja kolmella ei ollut dementiaan liittyvää diagnoosia laisinkaan. Hoitosuunnitelma oli kokonaan tekemättä seitsemälle potilaalle (29,2 %). (liite 6)

Sekaosaston kaikki 32 potilaspaikkaa olivat täynnä. Potilaista 18 oli dementoituneita. Osaston potilaista naisia oli 23 ja miehiä 9. Dementiaoireita oli 16 nais- ja kahdella miespotilaalla. Vanhin oli 99-vuotias ja nuorin potilas oli 65-vuotias. Neljällä dementiapotilaista oli diagnoosina Alzheimerin tauti, yhdellätoista dementia senilis ja kolmella vaskulaarinen dementia. Hoitosuunnitelma oli tekemättä kuudelle dementiapotilaalle (33,3 %) ja yhdelle ei-dementiapotilaalle (7,1 %).

Henkilökuntaa osastolla oli 1/3 osastonhoitajaa, 1 2/3 sairaanhoitajaa, 5 1/3 hoitajaa, 4 1/3 hoitoapulaista ja 2/3 kylvettäjä, yhteensä 12 1/3. Hoitohenkilökunnan kokonaismitoitus oli 0,39 / potilas. (liite 9)

Sekaosasto oli toimintatavoiltaan tyypillinen perushoitoa antava osasto. Työnjako sairaanhoitajien ja hoitajien välillä oli tiukka. Työn toteutus oli perinteinen, tehtäväkeskeinen ja perus-hoitoyksikölle ominainen. (Tiedot potilaista, diagnooseista ja hoitosuunnitelmista on kerätty potilasasiakirjoista ja tiedot henkilökunnasta on tarkennettu laitoksen johdolta.)

Yhteiset hoito- ja tutkimusperiaatteet olivat erittäin positiivinen piirre vanhainkodin hoitoideologiassa. Laitoksen johtamistyylillä sai vaikutelman, että todellinen päämäärä oli vanhusten hyvä hoito. Kuitenkin teoria ja käytäntö olivat toisinaan ristiriitaisia. Esimerkiksi, vastoin hoitoperiaatteita, vanhusten kynsi- ja jalkasieniä ei henkilökunnan mukaan hoideta tehokkaan hoidon kalleuden vuoksi. Kuitenkin Besdinen (1980) mukaan hyvä hygieniahoito ja pienienkin sairauksien hoito on tärkeää dementiapotilaan henkisen tasapainon säilyttämisessä. Turhista



tutkimuksista luopuminen on periaatteena paitsi vanhusta ikäviltä kokemuksilta säästävä, myös taloudellisesti tuottava. Tulkinallista on kuitenkin se, mikä hoito määritellään turhaksi. Omahoitajan ja lääkäreiden välinen yhteistyö ei havaintojeni ja henkilökunnan kertoman mukaan toimi, johtuen lääkäreiden ylläpitämästä konsultatiivisesta toimenkuvasta. Myöskään lääkärien ja potilaiden kohtaamisen tärkeyttä eivät kaikki lääkärit olleet oivaltaneet, koska jo potilaiden huomaminen ja perustutkimuksen tekeminen saattoi olla vasta henkilökunnan pitkän suostuttelun tulos, tai ei onnistunut laisinkaan.

Dementiaosaston hoitoyhteisö, 25 potilasta, oli liian suuri suositukseen (6 - 15) verrattuna (vrt. Isohanni 1989, Sulkava ym. 1993). Henkilökuntaa dementiaosastolla oli vuorokaudessa 5,66 - 6,66 (0,23 - 0,27/pt), kun suositusten mukaan tulisi olla 8,24 - 9,2 /pt (0,33 - 0,4/pt). Dementiaosastolla henkilökuntaa oli kaikkiaan listoilla 11,66 (0,47 / potilas). Miehitys oli alimitoitettu sekä ilta- että yövuorossa. (vrt. Sulkava ym. 1993) "Kaikki tekevät kaikkea"-periaate oli demokraattinen, mutta sen täydellistä noudattamista voisi näin suuressa yksikössä mieltää tarkkaan. Esim. siivousten ja pyykinpesun keskittäminen jollekin tehtäväkeskeiselle hoitoapulaiselle voisi olla potilaiden kannalta parempi ratkaisu kuin se, että kaikki hoitajat seilaavat yleistöiden ja levottomien potilaiden välillä. Tällaisella hoivan toteutuksella näin suuressa hoitoyhteisössä voi yksilöllisen hoidon antaminen olla hankalaa (vrt. Cleary ym. 1988).

Hoitosuunnitelmia oli sekaosastolla tekemättä dementiapotilaille suhteellisesti huomattavasti enemmän kuin ei-dementiapotilaille. Tämä saattaa kuvastaa osaston yleistä suhtautumista dementiapotilaaseen. Henkilökunnan kokonaismäärässä potilasta kohden ei osastojen välillä ollut huomattavan suurta eroa, dementiaosastolla oli 0,08 hoitajaa enemmän potilasta kohden. Tämä on merkittävää, koska erilaisen hoidon toteutuksen ja hoidon laadun ei voida sanoa johtuvan henkilökunnan määrällisestä erosta. Diagnostisointi oli molemmilla osastoilla kirjavaa ja epätarkkaa. Tämä voi olla este yksilölliselle hoidolle. (vrt. Eloniemi ym. 1997) Myös yksilöllisten hoitosuunnitelmien puuttuminen voi johtaa epätarkoituksenmukaiseen hoitoon. (vrt. Erkinjuntti 1996)

## 9.2 Fyysinen ympäristö

Dementiaosaston pohjakaava käsitti kaksi pitkää käytävää, joita yhdisti lyhyt yhdyskäytävä. Pitkien käytävien varrella olivat potilashuoneet ja yhdyskäytävän läheisyyteen oli keskitetty kanslia, kylpyhuone, varastot, pesuhuone, henkilökunnan ruokahuone ja WC. Yhdyskäytävä aukesi ruokailu-/oleskelutilaan, josta oli kulku isolle parvekkeelle.

Ikkunoissa oli verhot ja seinillä tauluja sekä iso kalenteri. Oleskelutiloissa oli tuoli- ja sohvaryhmiä sekä viherkasveja, joista osa oli myrkyllisiä. Toisen pitkän käytävän varrella oli pieni oleskelusyvennys sekä takka.

Värit olivat neutraaleja, yleisvärinä hailakan vihreä. Materiaalit olivat heijastamattomia. Taulujen värit ja muodot olivat osaksi hiukan "rauhattomia". Osastolla oli TV ja radio, jotka käännettiin aika-ajoin melko kovalle volyymille. Puhelimen ääni kuului osastolla hiljaisena. Sensijaan kanslian puhelimen kova ääni säikäytti siellä olleen potilaan pahanpäiväisesti. Peilejä ei ollut. Pöytäliinat olivat pöydillä pyhinä, muulloin niitä ei pidetä, koska (erään hoitajan mukaan) asiakkaat rullaavat niitä ja vievät omiin huoneisiinsa.

Nimikylttejä ei ollut jokaisen potilaan huoneen ovesta, eikä lattialla ollut kulkua ohjaavia raidoituksia. Turvallisuuden vuoksi mattoja oli vähän ja ne olivat kooltaan pieniä. Matot oli sijoitettu niin, etteivät ne olleet kulkemisen esteenä. Ulko-ovi oli suljettuna remmillä, jonka asiakkaat kuitenkin osasivat aukaista. Parvekkeen ovi oli lukossa. Oleskelu-/ruokailutilaan avautuvan hissien ovi oli auki. Tilat olivat valoisia, vaikka häikäisevä auringonvalo suodatettiin pois verhoilla. Potilashuoneet ovat yhden- tai kahden hengen huoneita. Huonekalut ja osaston tekstiilit olivat laitoksen omaisuutta. Asiakkaat olivat tuoneet kotoaan pieniä muistoesineitä sekä valokuvia yöpöydälle. Vaatteet olivat asiakkaiden omia. Lemmikkeinä osastolla oli kaksi kissaa.

Sekaosaston pohjakaava oli samantyyppinen kuin dementiaosaston pohjakaava. Kahta pitkää käytävää yhdisti lyhyt yhdyskäytävä, joka avautui keittiö/ruokailutilaan. Ruokailutilan läheisyydessä oli iso parveke, jolle pääsi kahdesta ovesta. Ulko-ovea vastapäätä oli oleskelutila takkoineen. Osastolla oli kaksi muuta oleskelutilaa, joihin oli asetettu muutama tuoli. Toisen pitkän käytävän päässä oli henkilökunnan ruokailutila. Valaistus oli hämärä, paitsi ulko-oven luona olevassa oleskelutilassa ja ruokailutilassa, jonne pääsi auringonvalo. Potilashuoneet olivat valoisia. Ruokailutilassa oli kukat ja liinat pöydillä. Oleskelutilassa oli iso ilmoitustaulu, johon kirjoitettiin päivämäärä, ruokalista ja nimipäivämerkintä, ja ison oleskelutilan lattialla oli matto ja ikkunassa verhot.

Osaston värit olivat valkoinen ja tummanruskea. Taulujen muodot ja värit olivat neutraaleja. Somisteena oli viherkasveja ja leikkokukkia, joista osa oli myrkyllisiä. Soittokellon ääni ei kuulunut osastolla, eikä puhelimenkaan ääni ollut häiritsevä.

Potilashuoneet olivat 1 - 3 hengen huoneita. Kalusteet ja tekstiilit olivat sairaalan. Potilaiden omaa huoneissa saattoi olla kukka ja/tai muutama valokuva. Ovilla oli potilaiden nimikyltit.

Kulunohjaimia ei lattioissa ollut. Vaatteet olivat asiakkaiden omia ja tekstiilit laitokselle kuuluvia.

Yleisvaikutelma molemmilta osastoilta oli perin sairaalamainen, eikä yleisten tilojen viihtyisyyttä juurikaan oltu onnistuttu lisäämään tekstiileillä, kukkasilla tai tuoli- ja sohva-ryhmillä. Dementiaosastolle mentäessä ensivaikutelma oli avara ja valoisa. Sekaosastolla tilanne oli melkein päinvastainen sisääntulon suunnasta johtuen. Takka oli henkilökunnan mukaan ainakin dementiaosastolla pelkkä koriste. Dementiaosaston värit olivat ehkä liiankin hillityt. Sekaosaston yleisvaikutelma oli värien ja valaistuksen takia synkkä.

Potilashuoneet olivat dementiaosastolla pöytäliinojen, mattojen, kukkasten, verhojen, keinutuolien ja muiden huonekalujen ansiosta viihtyisämpiä. Potilaiden omia tavaroita huoneissa oli kuitenkin hyvin vähän. Kodinomaisuuteen otti dementiaosastolla eräs potilas kantaa sanomalla: "Mutta eihän tämä ole minun kotini. Ei täällä ole mitään minun omia tavaroitani. Minä olen vain käymässä tässä hotellissa." Laitoksen yhteisissä hoitoperiaatteissa käytetty käsite kodinomaisuus tarvitsisi täsmällisempää määrittelyä. Kodinomaisuudesta ei laitospöydissä ympäristössä voida puhua, koska kodinomaisuuteen tulisi mielestäni kuulua paitsi potilaan omat tavarat (kuten "hotellissa" vieraileva vanhus totesi) myös oman maun mukainen sisustus sekä oikeus toteuttaa omia tapoja ja tottumuksia. Toisin sanoen, oikeus olla oma itsensä ja omalla aikataululla. Vanhat esineet ja huonekalut eivät tee laitoksesta kodinomaista, vaikka lisäävätkin viihtyisyyttä. Sekaosastolla huoneet olivat suurimmaksi osaksi kalseita sairaalan potilashuoneita.

Ärskykesuodatus oli sisäistetty dementiaosastolla hyvin. Esimerkiksi verhoja käytettiin kirkkaina aurinkoisina päivinä häikäisyn estoon ja valaistusta vähennettiin heti, jos joku potilas valitti liian kirkasta valoa. Sekaosastolla ei asiaan kiinnitetty huomiota. Radio ja televisio saattoivat molemmilla osastoilla soida taustalla hyvinkin kovaa. Se ei kuitenkaan näyttänyt häiritsevän potilaita, melkein päinvastoin; eräs dementiapotilas pyysi vääntämään radiota kovemmalle halutessaan kuunnella mielimusiikkiaan. Toisaalta, jos potilas oli tuskainen, saattoi hiljainkin musiikki tehdä levottomaksi. Sensijaan äkkinäiset, kovat äänet saivat potilaat säikähtämään ja aiheuttivat levottomuutta. Tunnelma oli dementiaosastolla rauhallisempi ja leppoisaampi. Sekaosastolla ilmapiiri oli ajoittain väkineisen kiireinen ja hälisevä.

Myrkkukasvit, lukitsematon ulko-ovi ja hissi, sekä seka-osastolla lukitsemattomat tai avoimet parvekkeen ovet olivat turvallisuuden vaaratekijöitä. Osastoilta puuttui myös tila, jossa kahden hengen huoneessa asuva potilas olisi saanut olla rauhassa omaisensa kanssa.

Dementiapotilaiden hyvinvointia ja kognitiivisia kykyjä on tutkittu kahdessa dementiapotilaille suunnitellussa, mutta silti hyvin erilaisessa ympäristössä. Tutkimustulosten perusteella kyseenalaistettiin ympäristön merkittävä vaikutus dementiapotilaan hyvinvoinnin ja kognitiivisten kykyjen kannalta. (Eloniemi ym. 1997) Nores (1992) puolestaan painottaa ympäristön suurta merkitystä yleisesti vanhusten tunne-elämälle, mutta myös kognitiolle, koska ympäristö hänen

mukaansa aktivoi ajattelua, mielikuvia ja henkisiä virikkeitä.

Hyvin erilaistenkin ympäristöjen vaikutus voi eliminoidua, jos fyysisen ympäristön suunnittelussa on huomioitu dementiaopotilaiden erityispiirteet ja toteutettu dementiaopotilaiden hoivan vaatimat perusasiat. (vrt. Eloniemi ym. 1997) Toisaalta ympäristö, jota ei ole suunniteltu dementiaopotilaille, esim. sokkeloisuus, repivät värit, levottomat kuvat ja sisustuksen kuviot sekä muu ympäristön ylistimulaatio, saattavat aiheuttaa levottomuutta ja käytöshäiriöitä dementoituneissa henkilöissä (vrt. Purhonen 1988, Sloane 1996, Isohanni 1989, Isohanni 1988, Cleary 1988).

Ympäristön suhteen eroja osastojen välillä oli lähinnä väreissä, valoisuudessa ja sekä yleisissä että asiakas huoneiden viihtyisyydessä. Kumpikaan osasto ei ollut dementiapotilaan hoivan kannalta fyysiseltä ympäristöltään suosituksia vastaava (vrt. Isohanni 1988, Isohanni 1989, Cleary 1988, Sulkava ym. 1989)

### **9.3 Vuorovaikutus**

#### **9.3.1 Vuorovaikutuksen yleinen luonne ja osastojen ilmapiiri**

Dementiaosastolle tullessani vastaanotto oli avoimen ystävällinen. Vastaava sairaanhoitaja esitteli osaston ja kertoi sen toiminnasta. Vakinaisen henkilökunnan suhtautuminen asiakkaisiin oli auttava, hoivaava ja hyväksyvä. Halun auttaa havaitsi teoista, äänensävyistä ja asennoitumisesta dementoituneeseen vanhukseen. Osastolla oli kuitenkin havaittavissa ero vakinaisen henkilökunnan ja sijaisten välillä. Sijaisilla ja ei-vakinaisella henkilökunnalla, joilla koulutus, kokemus ja kärsivällisyys eivät yltäneet hoidon jatkuvuuden tasolle, oli selkeästi havaittavia vaikeuksia oivaltaa ja jaksaa noudattaa osastolla vallitsevaa hoitoideologiaa. Ero oli samansuuntainen myös verrattaessa koulutuksen määrää hoivan toteutukseen. Ongelmat tulivat esille lähinnä persoonattomana, epätarkoituksenmukaisena vuorovaikutuksena ja hoitolinjasta poikkeamisena. Kaikkein selvimmän tämän havaitsi vuoroissa, joissa vakinaista henkilökuntaa oli vähän. Myös Noreksen (1993) tutkimuksessa potilaat olivat kokeneet hoidon toteutumisen ongelmaksi sijaiset. Vakinaisen henkilökunnan esimerkki vaikutti tilapäisiin työntekijöihin ja sijaisiin, jotka hillitsivät käytöstään heidän läsnäollessa. Vaikka vakinaisenkin henkilökunnan antamasta hoivasta kuvastui ajoittain kärsimättömyys, voidaan vuorovaikutuksen yleistä luonnetta kuvata huolehtivaksi, hyväksyväksi, ystävälliseksi ja kiireettömäksi.

Sekaosastolla oli aistittavissa henkilökunnan välisiä ristiriitoja ja negatiivisen kriittistä ja kireää suhtautumista. Vuorossa ollut sairaanhoitaja toivotti ystävällisesti tervetulleeksi. Osastoa ei

esitely eikä sen toiminnasta kerrottu. Vastaanottava sairaanhoitaja oli ammattikuntansa edustajista ainoa, joka tarvittaessa paneutui kanssani potilaita koskeviin asioihin. Osalla henkilökunnasta vuorovaikutus potilaan kanssa oli sävyltään hyvin negatiivista. Potilas nähtiin jopa haittana, ja vuorovaikutusta ja kontaktia asiakkaisiin välteltiin mm. töitä valikoimalla ja jopa laiminlyömällä. Tietyt hoitajat toimivat käytöksen ja hoidon laadun suodattimina. Nämä hoitajat loivat läsnäolollaan positiivisempaa yleisilmapiiriä ja antoivat potilaiden hoivalle lämpöä. Koulutuksella tai ammattinimikkeellä ei näyttänyt olevan vaikutusta vuorovaikutukseen dementiapotilaan kanssa. Vuorovaikutuksen yleinen luonne oli osaksi huolehtiva ja ystävällinen, mutta yleisesti rutiininomainen ja kiireinen, jopa epäystävällinen, potilasta loukkaava tai uhkaava. Osastolla oli myös erittäin positiivisia vuorovaikutustilanteita, joissa hoitaja jutteli ja laski leikkiä asiakkaiden kanssa. Nämä potilaat eivät olleet dementiapotilaita.

Koska yhteisö hyväksyi minut heti jäsenekseen, oli dementiaosastolle helppo mennä "opiskelijana". Suhtautuminen asiakkaaseen ja työtoveriin oli avointa ja ystävällistä ja heijasti osaston yleistä vuorovaikutuksen luonnetta. Sama ystävällisyys ja avuliaisuus oli havaittavissa myös muita osastolla käyneitä ei-vakinaisia työntekijöitä kohtaan. Sekaosastolla oli yhteisön jäseneksi hyvin hankala päästä ja ilmapiiriä leimaavat ihmissuhdeongelmat heijastuivat myös vuorovaikutustilanteisiin. Osastoilla vallitsevan ilmapiirin aisti hyvin pian osastoille tulon jälkeen. Molemmilla osastoilla esiintyi myös rutiinomaista, kiireistä ja kärsimätöntä vuorovaikutusta. Mielenkiintoinen oli myös hoidon sisällön vertailu koulutuksen ja työsuhteen laadun perusteella. Sekaosastolla ei koulutuksella näyttänyt olevan merkitystä suhtautumisessa asiakkaaseen/dementiapotilaaseen, kun puolestaan dementiaosastolla oli havaittavissa ero koulutuksessa ja työsuhteen laadussa verrattuna annettavan hoivan laatuun ja sisältöön.

Työvuorossa olevista henkilöistä riippui hyvin paljon, millainen päivä osastoilla oli ja millaiseksi vuorovaikutuksellinen yleisvaikutelma muodostui. Tätä havaintoa tukee Arja Liukkosen (1990) tutkimus dementiapotilaan perushoidosta laitoksessa. Osaston hyvä ilmapiiri luo edellytykset empatialle ja toisen ihmisen elämään osallistumiselle. Kireä ilmapiiri, negatiiviset asenteet ja työhön sitoutumattomuus heikentävät potilaiden selviytymiskokemuksia (Nores 1992). Sekaosastolla suurin osa hoitajista objektivoi potilaita, mikä Tillichin (1983) mukaan estää mahdollisuuden täyteen ihmisyyteen. Dementiaosastolla tämä oli harvinaisempaa. Dementiaosaston potilaista voidaan myös päätellä, että vanhuksat kaipasivat vuorovaikutusta hoitajien kanssa ja yhteisöllisyyden tunnetta. Se antoi selkeästi turvallisuuden tunnetta ja rauhoitti levotonta potilasta.

### 9.3.2 Kommunikointi, koskettaminen ja katsekontakti

Koskettaminen jaetaan välttämättömään ja ei-välttämättömään kosketukseen. Välttämätön kosketus tarkoittaa hoitotoimenpiteiden yhteydessä tapahtuvaa kosketusta ja ei-välttämätön spontaania kosketusta, kuten halaus, taputtaminen tai silittäminen. (Routasalo 1993)

Dementiaosastolla käytettiin paljon sekä välttämätöntä että ei-välttämätöntä kosketusta. Kosketuksen välttelyä ei esiintynyt, mutta toisinaan koskettamisesta puuttui lämpö, jolloin kosketus oli väkimmäisempää. Koskettaminen ja katsekontakti kuuluivat useimmiten kommunikaatiotilanteissa yhteen sekä välttämättömässä että ei-välttämättömässä kosketuksessa. Dementiaosastolla ei ollut hoitajia, joille koskettaminen olisi näyttänyt olevan vastenmielistä. Vain yksi sijaishoitaja kiersi kurottavat kädet ja tokaisi potilaalle, joka pyysi apua tuolista ylösnousuun: "istu siinä nyt vain, jos putoat tuohilta, en tule nostamaan lattialta". Kovakouraista koskettaminen ei ollut, mutta yhdessä suihkutustilanteessa hoitaja väisteli rivakasti potilaan tarrautuvia käsiä ja sai näin aikaan "huitovan" ja potilaan kannalta uhkaavan vuorovaikutustilanteen.

Hoitajan ohhi mennessä potilas sai yleensä hymyn, kosketuksen tai ystävällisen sanan. Levoton potilas sai halauksen tai hänen kanssaan käveltiin tai istuttiin jonnekin ja pidettiin kädestä kiinni. Henkilökunnan kahvihuoneeseen tulleita asiakkaita huomioitiin ystävällisellä sanalla ja/tai halauksella. Myös erittäin levottoman potilaan ohjaaminen ruokailutilanteessa sujui ammattitaidolla: hoitaja ohjasi potilaan pöytään rauhallisesti puhuen, kevyesti koskettaen ja katsekontaktia käyttäen. Samalla tekniikalla, lempeästi vähän kerrallaan riisuen saatiin pelokas ja vastentahtoinen dementiapotilas sovinnolla suihkuun. Hyvin usein ennen ruokailua henkilökunta ja potilaat istuskelivat yhdessä rupattelemassa oleskelutilan sohvalla ja tuoleilla ruokakärryjä odotellessa. Eräs levoton potilas saatiin rauhoittumaan, tuomalla hänet muiden potilaiden ja henkilökunnan joukkoon istumaan hoitajan vierelle käsi hoitajan kädessä.

Dementiaosaston pääperiaatteena oli, että potilaan kohtaaminen tapahtui ja eteni hänen ehdoillaan. Esimerkiksi tilanne, jossa levotonta potilasta houkuteltiin lähtemään kävelyille kauniiseen kevätsäähän: potilas koki houkuttelun painostuksena ja kiihtyi, jolloin hoitaja rauhoitti häntä sanomalla, ettei hänen tarvitse lähteä ellei halua ja hän saisi tehdä aivan oman päätöksensä mukaan. Ajoittain dementiaosastolla ilmeni henkilökunnan taholta kärsimättömyyttä puheessa ja hoitotoimenpiteisiin liittyvissä kommunikaatiotilanteissa varsinkin erittäin levottomia potilaita kohtaan. Kärsimättömyys ilmeni mm. tilanteessa, jossa potilas yhä uudelleen siirsi ruokalautasen pois paikalta, johon lautasia kattava hoitaja sen asetti. Hoitaja otti lautasen dementiapotilaan kädestä laittaakseen sen takaisin pöydälle ja sai näin potilaan hermostumaan, sen sijaan, että olisi antanut potilaan pitää lautasen itsellään. Myös tilanne, jossa ei-vakinainen työntekijä kiskaisi

puoliksi juodun mehulasin asiakkaan kädestä astioita korjatessaan aiheutti potilaan suuttumisen. Potilaan kohtaaminen saattoi olla myös persoonatonta. Kuitenkin ärsyyntyneenäkin hoitajat yleensä hillitsivät itsensä ja toimivat hienotunteisesti. Väsymistä pyrittiin välttämään miettimällä esimerkiksi mistä potilaan häiriökäyttäytyminen voisi johtua. Pohdiskelu rajoittui kuitenkin somaattisten sairauksien sekä sosiaalisten tai fyysisten ympäristötekijöiden mahdolliseen vaikutukseen. Potilaan viestinnän syvällisempään tulkintaan ei dementiaosaston henkilökunta ollut perehtynyt. Esim. potilas, joka hoitajaan tarrautuen haki ja löysi "äitinsä" sai vastaukseksi: "Ei täällä ole kenenkään äitiä". Vastauksellaan hoitaja osoitti pyrkivänsä realiteettiterapiaan eikä tulkitsemaan potilaan viestin tarkoitusta, eli sitä mitä, vanhus todella haki etsiessään äitiään.

Potilaiden välinen kommunikaatio tapahtui sanoin ja elekielellä. Kosketusta kommunikaation välineenä potilaiden kesken oli hyvin vähän. Aggressiivista käyttäytymistä, esimerkiksi lyömistä, ei potilaiden välillä esiintynyt. Vaikka osastolla oli hyvin levottomia potilaita, esiintyi potilaiden välistä verbaalista aggressiivisuutta harvoin. Vain muutaman kerran potilas ilmaisi kärsimättömyydellään hermostumisensa toisen potilaan alituisen ahdistuneeseen puheeseen. Jos ymmärrettävän puheen tuottaminen ei onnistunut, tapahtui potilaiden kommunikaatio niin hoitajien, kuin myös toisten potilaiden kanssa elekielellä, esimerkiksi potilas esittää käsillään hiusten rullaamista hoitajalle, tai osoittaa penkkiä vierellään halutessaan toisen potilaan viereensä istumaan. Potilaat olivat hyvin herkkiä reagoimaan ilmeisiin, esim. hymyyn.

Sekaosastolla koskettaminen oli suurimmaksi osaksi välttämätöntä koskettamista. Ei-välttämätöntä koskettamista oli hyvin vähän ja se kohdistui pääasiassa muihin kuin dementia-potilaisiin. Myös kommunikaatiossa yleensä oli havaittavissa sama ilmiö: hoitajat hakeutuivat useammin vuorovaikutustilanteisiin kognitiivisesti terveiden kanssa. (vrt. Sloane ym. 1996) Dementiaa sairastavien potilaiden kanssa vuorovaikutus rajoittui pääasiassa tai kokonaan välttämättömiin toimenpiteisiin, eli ruokailutilanteisiin, WC-käynteihin ja omaan huoneeseen ja oleskelutilaan taluttamiseen, kun puolestaan ei-dementiapotilaiden kanssa saatettiin laskea leikkiä ja keskustella. Poikkeuksen muodosti dementiapotilas, joka pystyi vielä ymmärrettävästi kommunikoimaan ja oli fyysisesti toimintakykyinen, aktiivinen ja itsenäinen.

Selkeä kosketuksen välttäminen, jopa kosketuksen vastenmielisyyttä näyttivät olevan eräs sekaosaston hoivasta esille tuleva piirre: käveltiin käytävää kiireellä vilkaisemattakaan tuoleilla istuviin potilaisiin, valikoitiin hoitotoimia ja välteltiin tiettyjä potilaita, tai hoitaja kiersi tarkoituksellisesti kaukaa dementiapotilaan, joka pyysi hoitajan apua. Samalla tavalla pakeni hoitaja häntä halaamaan tullutta dementiapotilasta. Myöhemmin, kun sama potilas sai halauksen toiselta dementiapotilaalta, totesi hoitaja, että on hyvä, että osastolla on potilas, jolta muut potilaat saavat kaipaamaansa hellyyttä. Hoitajien toimenkuvaan hellyyden antaminen ei näyttänyt eikä sen ajateltu kuuluvan. Potilaiden kontaktin ja kosketuksen tarve näytti ajoittain herättävän

hoitajissa ärtymystä tai ahdistusta, varsinkin jos kontaktia haluava oli dementiapotilas. Katsekontakti puuttui suurimmaksi osaksi kosketustilanteista. Poikkeuksena voidaan kuitenkin mainita erittäin ammattitaidolla hoidettu tilanne, jossa dementoitunut potilas houkuteltiin aamulla ylös sängystään lempeästi puhuen, katsekontaktia ja kevyttä kosketusta käyttäen.

Sekaosastolla vuorovaikutustilanteista puuttui lämpö ja palveleva asenne, tunnelma oli laitosmainen ja ärsyyntymiskynnys oli usein hyvin matalalla. Potilaan kohtaamisessa esiintyi myös vallankäyttöä. Esim. seuraavanlainen tilanne: Potilas irvisti lounaalla jälkiruoalle, joka todennäköisesti oli karvasta. Hän otti käteensä sokeriastian ja alkoi ripotella hienosokeria jälkiruoalle. Hoitaja ryntäsi paikalle, sieppasi ripottimen potilaan kädestä, hän otti myös jälkiruoan pois potilaalta ja kuulutti kovalla äänellä: " Nyt tämä sotkeminen saa riittää". Vanhus jäi istumaan ja katselemaan tyhjää pöytää edessään puhumatta mitään.

Päiväkahvilla eräs asiakas pyysi toista kupillista kahvia, jolloin hoitaja tiuskaisi ettei kahvia ollut enää. Kuitenkin kahvia oli jäljellä vielä runsaasti. Myöhemmin hoitaja meni kaatamaan kyseiselle vanhukselle kahvia kuppiin sanomatta sanaakaan. Kahvia ei myöskään saanut toista kupillista ennenkuin kaikki olivat juoneet ensimmäisen kupillisen. Samainen hoitaja ajoi pois vanhuksen, joka jo kahvinsa juotuaan palasi ruokasaliin takaisin istuakseen toisten seurassa. Dementoituneen potilaan kohtaamisessa huomioitiin dementiapotilaan hoivan luonteen erityispiirteitä hyvin vähän.

Sekaosastolla syntyi potilaan ja hoitajan välillä vuorovaikutustilanteita, joita voidaan kuvata kaoottisiksi. Esimerkkinä tilanne, jossa potilasta vietiin kovakouraisesti käsistä repien kylpyhuoneeseen. Kun potilas reagoi tarttumalla kaikkeen mahdolliseen käden ulottuvilla, kädet riuhtaistiin irti ja potilas kuljetettiin väkiväkällä kylpyhuone/WC:hen. Toisessa tilanteessa potilas oli kaatunut WC:ssä. Jostain syystä syntynyt tilanne näytti ärsyttävän hoitajaa, joka kiukkuisella äänellä kertoi potilaan kaatuilevan vähän väliä. Hän otti rivakasti potilasta kainaloista ja pakotti hänet omaan huoneeseen. Potilaiden fyysinen käsittely vaihteli hoitajasta riippuen. Toisilla käsittely oli rivakampaa, toisilla hoitotyö oli empaattisempi. Potilaita nostettiin ylös sängystä ja talutettiin WC:hen vauhdilla ja vastentahtoisesti, joka näytti aiheuttavan varsinkin dementoituneelle potilaalle pelkoa. Dementiapotilaiden ja ei-dementiapotilaiden välisiä konflikteja ei sekaosastolla ollut, eikä konkreettisia tilanteita, joissa jompikumpi osapuoli olisi näyttänyt kärsivän tai vaivautuvan toinen toisensa olemassaolosta. Vanhukset istuskelivat oleskelutilassa päivittäin jonkin aikaa toistensa seurassa, mutta vanhusten välistä kommunikaatiota oli näissä tilanteissa hyvin vähän.

Koskettaminen kuului luonnollisena osana hoitoon suurimmalle osalle dementiaosaston henkilökunnasta. Helliä tunteita ja empatiaa ei peitelty ja potilasta esineellistäviä hoitajia oli dementiaosastolla erittäin vähän. Hoitotilanteita voidaan dementiaosastolla kuvata sanalla työhön sitoutuminen, pitkäjänteisyys ja kärsivällisyys. Hyvin usein myös näki, että hoitajat pitivät



työstään. Kuitenkin he kokivat, ettei heillä ole aikaa potilaille niin paljon, kuin he tarvitsisivat. Työssä jaksaminen näytti myös ajoittain olevan ongelma. Kannustavan palautteen puuttuminen esimiehiltä ja työn arvostuksen puute koettiin työmotivaatiota ja jaksamista vähentävinä tekijöinä. Osa hoitajista koki, ettei heillä ole mahdollisuutta, eivätkä he uskalla esimiesten moitteita pelätessään toimia luovasti, tai soveltaa omia hoivatyön kautta saamiaan ideoita.

Sekaosastolla koskettaminen ei kuulunut hoitoon luonnollisena osana. Siitä ei välittynyt empatia ja huolenpito iäkästä asiakasta kohtaan, vaan se oli välttämätön toimenpide, osa rutiinien suorittamista ja ajoittain rivakkaa, jopa kovakouraista. Läheisyyttä haluava dementiaipotilas palautettiin omaan persoonattomaan kategoriaansa pakenemalla tilanteesta. Näin kiellettiin potilaiden kosketuksen ja läheisyyden tarve. Potilaat eivät yleensä hakeneet hoitajien seuraa tai kosketusta kuten tapahtui dementiaosastolla, vaan olivat enemmän omissa oloissaan ja vetäytyvämpiä. Ei-välttämättömän kommunikaation määrä oli hyvin vähäinen. Jos kommunikaatio ei toiminut ymmärrettävästi, potilas siirrettiin "kiireessä" ja/tai kärsimättömänä hyvin helposti pois osaston sosiaalisesta todellisuudesta. Näin legitimoitiin se, ettei potilaan kanssa tarvitsekaan keskustella. Kummallakaan osastolla ei potilaan käyttäytymistä eikä sekavaa verbaalista kommunikaatiota yritettykään tulkita sijoittamalla se potilaan eletyn elämän kontekstiin.

Sekaosastolla potilaan kohtaaminen oli erilainen riippuen siitä, oliko kysymyksessä dementiaipotilas vai kognitiivisesti terve vanhus. Dementiapotilaan kohtaamisesta puuttui kokonaisvaltainen asenne, kärsivällisyys ja tavoitteellisuus. Hoivan lähtökohta oli osaston rutiineissa, ei niinkään potilaan yksilöllisissä tarpeissa. Osastot erosivat toisistaan potilaan kohtaamistilanteisiin liittyvissä vallankäyttötilanteissa. Dementiaosastolla potilaaseen kohdistuvaa vallankäyttöä ei ilmennyt, kun taas sekaosastolla tällaiset tilanteet olivat melko yleisiä. Osastot erosivat toisistaan myös asiakkaan oman valinnan arvostamisessa ja hoivan tavoitteellisuudessa. Sekaosastolla taito tai halu ja kärsivällisyys dementiapotilaan ammattitaitoiseen kohtaamiseen puuttui hyvin monista tilanteista ja asenne vanhukseen yleensä saattoi olla kärsimätön ja välttävä, jopa epäystävällinen ja ei-ammattillinen.

Kommunikaation määrä ja laatu riippui molemmilla osastoilla hyvin paljon työvuorossa olevista henkilöistä. Potilaiden välistä kommunikaatiota oli enemmän dementiaosastolla kuin sekaosastolla. Dementiaosastolla hoitajien tapa istuskella vanhusten seurassa näytti lisäävän myös vanhusten välistä kommunikaatiota. Dementiaosastolla potilaat olivat avoimempia ja he hakivat avoimesti kontaktia hoitajiin.

Tillichin (1983) määrittelemä yhteisöllisyys ja toisen elämään osallistuminen näytti toteutuvan paremmin dementiaosastolla, jossa ihmisten väliseen vuorovaikutukseen kuului toisen kuunteleminen, huomioiminen ja toisesta ihmisestä välittäminen. Tillichin mukaan se on

lähimmäisen rakkautta.

#### 9.4 Liikkuminen, ruokailutilanne ja kiellot

Periaatteessa potilaat saivat olla, liikkua ja nukkua dementiaosastolla vapaasti missä ja milloin halusivat osaston sisällä. Heidän kulkemistaan rajoitettiin vasta, kun he olivat aikeissa mennä osaston ulkopuolelle. Vastaava sairaanhoitaja kertoi, että "Potilaat saavat kulkea osastolla missä ja milloin haluavat. Ei haittaa, vaikka kanslian papereita sekoitetaan tai vaikka hoitajien eväitä maistellaan. Mitään vahinkoahan se ei kenellekään aiheuta". Lukittuja ovia osastolla oli siivouskomero, lääkekaappi, hoitajien WC, parvekkeiden ovet ja joidenkin potilaiden huoneet. Tämän lisäksi ulko-ovi oli ajoittain kiinni remmillä ja keittiön ovi lukittuna. Osastolle tulevan hissien ovi oli lukitsematon.

Potilaat liikkuivat ja vaeltelivat osaston käytävillä, potilashuoneissa, kansliassa ja hoitajien ruoka/kahvi/raporttihuoneessa. Potilaat tulivat yleensä näihin tiloihin hoitajien perässä kuten esim. hoitajien ruokailutilaan silloin, kun hoitajilla oli oma ruoka- tai kahvitaukonsa. Näistä tilanteista muodostui usein potilaiden ja henkilökunnan yhteisiä lämpimiä yhdessäolon hetkiä, jolloin potilaillekin tarjottiin esim. kahvia ja heitä osallistettiin keskusteluun. Potilaita otettiin joskus mukaan päivän askareisiin tai he kuljeskelivat hoitajien perässä paikasta toiseen. Yksi potilaista tiskasi astioita ruokailujen jälkeen, muuten ei osaston keittiötä käytetty potilastilana. Kulunvalvontalaitteita ei ollut ja periaatteessa ovet olivat lukitsematta.

Dementiaosastolla potilaiden vapaa liikkuminen oli kuitenkin vain osaksi sisäistettyä todellisuutta. Jos työvuorossa olivat tietyt vakinaiset hoitajat, liikkuminen sallittiin sovittujen sääntöjen mukaisesti. Oli kuitenkin päiviä, jolloin vuorossa oli tiettyjä vakinaisia tai tilapäisiä työntekijöitä tai sijaisia. Silloin potilas saatettiin komentaa pois henkilökuntatilasta ja keittiön ovi ja ulko-ovi lukittiin. Hoitolinja vaihteli vuorossa olevien työntekijöiden mukaan. Potilaat näyttivät tietävän ketkä hoitajat eivät halua kahvitaukoseuraa, koska tiettyinä päivinä he kurkistelivat hyvin arasti kahvihuoneen ovesta sisään ja joko tulivat sinne arkailleen tai päättivät olla tulematta laisinkaan. Potilaissa hoitolinjoista poikkeaminen näytti aiheuttavan epävarmuutta ja hämmennystä. Yksi vakituisista työntekijöistä sanoi, ettei haluaisi potilaiden tulevan henkilökunnan ruokailutilaan kun hän on syömässä ja eräs sijainen myönsi avoimesti, ettei pitänyt dementiaosaston työskentelytavasta. Ulko-ovien lukitsemattomuudesta olivat hoitajat eri mieltä vanhainkodin johtoportaan kanssa ja asiasta käytiin useita keskusteluja. Ulko-oven lukitseminen aiheutti myös selittelyjä ja puolusteluja.

Kieltoja osastolla ei juurikaan ollut. Koska kiellot aiheuttavat dementiapotilaissa ahdistusta ja saavat aikaan yleistä levottomuutta, pyrittiin tilanteet hoitamaan muulla tavalla. Esimerkkinä tästä tilanne, jossa potilas oli karkaamassa ulos. Hoitaja lähestyi potilasta rauhallisesti, hän yritti ensin kääntää potilaan ajatukset muihin asioihin ja pyysi potilasta palaamaan takaisin. Koska tämä ei kuitenkaan tuottanut tulosta, lähti hoitaja potilaan mukaan ulos tekemään kävelylenkin tätä rauhoittaakseen. Kieltoja tähän tilanteeseen ei liittynyt.

Ruokailutilanteet sujuivat rauhallisesti ja leppoisasti. Yleisvaikutelma oli kuitenkin potilaiden lukumäärästä johtuen enemmänkin joukkoruokailua muistuttava kuin viihtyisä, kodinomaisuudesta puhumattakaan. Omatoimisuus ruokailutilanteissa vaihteli eräillä potilailla, ja ruokailussa autettiin, jos potilas ei siitä itsenäisesti suoriutunut. Toisinaan ruokailussa avustamistilanteessa hoitaja seisoi potilaan takana ja lusikoi ruokaa tämän suuhun, jolloin tilanne ei dementiapotilaan kannalta ollut paras mahdollinen. Potilaat saivat syödä niin kauan kuin halusivat.

Sekaosastolla kuuli ja näki erittäin paljon kieltoja ja kulkemisen rajoituksia. Lukittuja ovia oli henkilökunnan WC, henkilökunnan keittiö/ruokailutila, varasto, liinavaatevarasto, ulko-ovi ja lääkekaappi. Lisäksi ruokailutila oli sermillä eristetty ruoka- ja kahvi aikojen välillä. Osastokeittiöön eivät potilaat saaneet mennä laisinkaan. Lukittuina olivat myös suuri osa potilaiden omista vaatekaapeista. Avain niihin oli hoitajien valvonnassa kanslian seinällä. Sen sijaan parvekkeen ovet olivat lukitsematta suurimman osan ajasta. Koska parvekkeelle oli vapaa pääsy, se aiheutti välikohtauksen, jossa sekava vanhus yritti hypätä kaiteen yli maahan.

Ruokasaliin asiakkaat päästettiin vasta, kun ruoka oli tullut osastolle tai kahvi katettu ja sermit poistettu edestä. Kun ruokailutilanne oli ohitse, potilaat vietiin pois ruokasalista ja sermit laitettiin takaisin kulkemisen esteeksi. Ruokasali aiheutti useita negatiivisia asiakas-hoitaja tilanteita. Sieltä komennettiin pois mm. potilas, joka vain kuljeskeli pöytien välissä koskematta mihinkään sillä aikaa kun hoitajat kattoivat pöytiä. Ruokasalista komennettiin myös pois dementiapotilas, joka jo syötyään istuutui uudelleen vielä ruokailemassa olevan vanhuksen viereen. Dementiapotilas ei aiheuttanut häiriötä, eikä syömässä ollut potilas näyttänyt pöytäseurasta häiriintyvän. Potilas poikkesi pois mennessään ruokasalissa olevan kaapin luo, josta hänet hätistettiin pois "et saa mennä sinne, mene pois". Myös tilanteet, joissa potilas meni ruokasalissa vahingossa väärälle paikalle istumaan aiheutti henkilökunnassa ylireagoitua.

Ruokasalin isot pöydät eivät sekaosastolla olleet ruokailujen väliaikoina asiakkaiden käytettävissä esim. pyykkien viikkaamiseen, vaan asiakas joka sinne pyrki pyykkeineen, komennettiin kiireesti pois ja hän joutui viikkaamaan pyykkiä sylissänsä käytävän kapealla penkillä. Sekaosaston kansliaan pääsy näytti riippuvan niin hoitajasta kuin asiakkaastakin. Ilman asiaa, vain oleskelemaan, eivät

asiakkaat kansliaan voineet sekaosastolla mennä ja hoitajien ruokailutilaan potilailta oli ehdottomasti pääsy kielletty. Kysymykseen miksi asiakkaat eivät saaneet tulla henkilökunnan ruokailutilaan vastauksena oli " Täytyyhän sitä yksi paikka olla, missä hoitajat saa olla aivan rauhassa".

Asiakkaiden vaatekaapit lukittiin, koska he kävivät sekoittamassa toistensa kaappeja ja dementiapotilaat saattoivat epäjärjestykseen sekä omat että muiden asiakkaiden kaapit. Erään potilaan kaappi lukittiin, koska hän vaihtoi hoitajien mielestä liian usein vaatteita.

Kylpy- ja suihkupäivinä lukitsemattomana oleva kylpyhuoneen/WC:n ovi aiheutti useita topakoita ja kovaäänisiä kieltoja potilaiden pyrkiessä yleensä käytettävänä olevaan WC:hen. Eräs vanhuspotilas pyrki suihkutuspäivänä kyseiseen WC:hen useita kertoja lyhyen ajan sisällä. Hänet ajettiin pois mutta ei ohjattu osaston toiseen WC:hen, kylpyhuoneen ovea ei myöskään välikohtausten estämiseksi lukittu. Osastolla keskusteltiin myös pitäisikö kieltää erästä potilasta menemästä ulos kello kuuden jälkeen. Kiellon syynä oli, että muut osastot luulivat potilaan karanteeniin, että potilas kerää tupakan tumppeja ulkoa ja että hoitajat ovat joutuneet juoksuttamaan ulkotakkia hänelle ulos. Ruokailutilanne oli jäykän laitospäinen. Omatoimisuuteen kannustettiin kiittävästi, mutta potilaat saivat myös tarvittaessa apua, ellei ruokailu onnistunut itsenäisesti. Kaikki potilaat söivät samanaikaisesti samassa tilassa.

Ero kieltojen määrässä, liikkumisen sallimisessa, osastojen tunnelmassa, asiakaslähtöisyydessä ja hoidon ideologiassa oli hämmästyttävän suuri osastojen välillä. Sekaosastolla ei dementiapotilaan hoidon erityispiirteitä joko tiedetty tai niitä ei pystytty toteuttamaan. Ajoittain tuntui, että sekaosaston päivät olivat vain kieltoja ja luvanvaraista sallimista. Ruokailutila oli sekaosastolla pyhä paikka, jossa vallitsi melkein pä militaristinen kuri. Ristiriitainen periaate oli myös parvekkeen ovien auki pitäminen ja ulko-oven lukitseminen. Dementiaosaston ongelmana oli hoitolinjasta poikkeamiset työvuoroissa olevien hoitajien työmotivaation mukaan. Osastolla oli myös hoitoideologiaan liittyviä keskusteluja ja selvittelyä vaativia asioita.

## **9.5 Hoivatyön toteutus**

Dementiaosastolle tullut uusi, alituisen puhuva potilas aiheutti muissa dementiapotilaissa aluksi levottomuutta ja ärtyisyyttä. Henkilökunnan rauhoittava käytös, hyväksyvä asenne sekä huolehtiva suhtautuminen tulokkaaseen näytti rauhoittavan myös muita potilaita ja levottomuus meni ohitse parissa päivässä. Myös keskustelut lievemmin dementoituneiden potilaiden kanssa levottomuuden syistä sekä oleskelu ja seurustelu asiakkaiden kanssa näytti helpottavan levottoman asiakkaan hyväksymistä yhteisön jäseneksi. Kun potilas alkoi ahdistua ja/tai hakea apua hoitajilta, oli useimmiten joku hoitajista valmis antamaan aikaansa potilaalle. Vastaavan

hoitajan mukaan vasta sitten, kun mikään muu keino ei auta otettiin käyttöön rauhoittavat lääkkeet.

Hoiva oli huolehtivaista ja inhimillistä. Potilaan omatoimisuuden tukeminen oli kuitenkin hyvin vähäistä esim. pesuissa ja pukemisessa. Osastolla oli hoitajia, joiden hoidollinen ote oli viileämpi mutta ei epäystävällinen eikä työkeä. Osastolla oli myös hoitajia, jotka olivat huomattavan tehtäväkeskeisiä. Tehtäväkeskeisyys häytti potilaisiin keskittymistä ja laski ärsyyntymiskynnystä. Kyseiset hoitajat eivät arvostaneet myöskään potilaiden jäljellä olevaa toimintakykyä. Esimerkiksi hoitaja, joka pyyhki ruokapöytiä huitaisi pöytärättiä ja vastasi kysymykseen, eikö joku potilaista voisi osallistua myös kyseiseen työhön "Ei, ei. Siitä ei kuitenkaan tule mitään". Potilaiden kanssa pyrittiin viettämään kaikki se aika, joka jäi rutiiniloilta. Kansliassa aikaa vietettiin hyvin vähän, vain välttämättömimmän tekemiseen. Varsinaista viriketoimintaa oli vähän.

Hoivassa pyrittiin yksilöllisyyteen. Tämä tuli esille mm. siinä, että asiakkaat saivat nukkua niin kauan kuin halusivat. Aamiainen tarjottiin sekä teoriassa että käytännössä liukuvasti 8 - 10 välillä. Pitkään nukkujat saivat aamiaisen tämänkin jälkeen. Eräs potilas sai aamiaisensa 10.30, jolloin hoitaja totesi vain, että hän saisi lounaan heti perään. Potilaat heräsivät myös eri aikoina. Yksilöllisyys ilmeni myös potilaan oman valinnan arvostamisena. Asiakkaan kanssa ei kinasteltu, koska se lisää levottomuutta, vaan tilanteita soviteltiin niin, että mahdollisimman pitkälle voitiin ottaa huomioon potilaan oma tahto. Esim. jos potilas ei halunnut suihkuun tai saunaan, kylvetystä siirrettiin kunnes yhteisymmärrys syntyi.

Dementian hoidon perusasiaa, yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ei osastolla kuitenkaan toteutettu. Vain osalle potilaista oli tehty yksilölliset hoitosuunnitelmat, eikä tehtyjäkään käytetty hoidon apuvälineenä. Omaisia ei myöskään osallistettu hoivaan eikä hoivan suunnitteluun. Eräs hoitajista arveli, että yksilöllisistä hoitosuunnitelmista luovutaan ja laitoksen yleistä hoitosuunnitelmaa tullaan soveltamaan kaikkiin potilaisiin. Kyseisen hoitajan mukaan nykyinen hoitokäytäntö muokkautuu viikkojen ja kuukausien osastoseurannan perusteella, eikä esim. potilaiden elämänkaareen pohjaten. Tällainen hoidon periaate oli vastoin kirjallisuudesta löytyvää dementiapotilaan hyvään hoivaan tähtäävää hoitoa (vrt. Erkin-juntti ym. 1996, Eloniemi ym. 1997, Sulkava ym. 1993). Potilaan aikaisempaan elämään ja perusuonteeseen tutustumista ei nähty hoitotyössä jaksamisen apuvälineenä, eikä välttämättömänä työvälineenä pyrittäessä dementiapotilaan hyvään hoivaan. Hoivasta sai irrallisen vaikutelman, se ei vaikuttanut tiimiyöltä. Myöskään diagnooseja ei käytetty hoivan suunnittelussa. Diagnoosien tulkitseminen oli myös väljää, koska erään hoitajan mukaan esim. diagnoosi dementia senilis voi tarkoittaa sekä Alzheimerin tautia että vaskulaarista dementiaa.

Uusia potilaita ei esitelty raporteilla säännönmukaisesti. Hoitajan kertoman mukaan osasto, jolta potilas tulee, antaa raportin potilaan tullessa osastolle. Hoitajat, jotka silloin ovat vastaanottamassa, kuulevat sen, muut saavat mielenkiintonsa mukaan lukea tiedot papereista. Uudesta potilaasta ei myöskään pyritty selvittämään jäljellä olevaa toimintakykyä hoivan suunnittelun perustaksi. Osa omaisista koettiin hankalina, liikaa kyselevinä, mutta toisaalta pohdittiin myös omaisten jaksamista. Epäkohtana oli myös tilapäistyöntekijöiden puutteellinen työhön perehdytys ja koulutus. Somaattinen hoito tapahtui lääkärin määräyksestä. Lääkärin kierto oli paperikierto ja yhteistyön muoto oli konsultaatio.

Sekaosastolla hoitoilmapiiri oli rutiininomainen. Potilaiden itsemääräämisoikeuden arvostamisen sijaan potilaat noudattivat tarkoin osaston yleisiä sääntöjä. Teoriassa aamiainen tarjottiin liukuvasti 8 - 10 välillä ja potilaat saivat päättää milloin halusivat nousta ylös sängystä. Käytännössä potilaat kuitenkin nostettiin ylös yhdeksään mennessä. Yhtenä aamuna poikkeuksena oli asiakas, joka piti kiinni oikeudestaan nukkua pitkään ja välikohtaukselta vältyäkseen hoitajat antoivat hänen nukkua.

Yksilöllisyys ei hoidossa ollut johtoajatuksena. Kylpyyn ja suihkuun asiakkaat vietiin siinä järjestyksessä, kuin se parhaiten sopi osaston kannalta. Esim. kävelylenkki ulkona kiellettiin aamupäivällä tulevan suihkutuksen vuoksi, vaikka suihkuun asiakas pääsi vasta muutaman tunnin kuluttua. Osastolla oli dementiapotilaita, joille en nähnyt hoitajien puhuvan kertaakaan.

Hoitosuunnitelmia sekaosastolla oli tehty kiitettävästi ja niiden laatu oli melko hyvä dementiaosastoon verrattuna. Kognitiivisesti terveiltä potilailta puuttui hoitosuunnitelma vain yhdeltä, kun puolestaan dementiapotilaista kuudella (33,3 %) ei ollut yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelmien soveltaminen käytäntöön hoidon apuvälineenä ei kuitenkaan toteutunut. Hoitosuunnitelmia ei myöskään tehty yhteistyössä omaisten kanssa. Yhden ei-dementiapotilaan hoitosuunnitelmaa suunniteltiin omaisen mielipiteet huomioon ottaen. Raportilla kerrottiin kyseisen potilaan taustasta ja omaisesta, joka oli terveydenhuollon ammattilainen. Hoidon tavoitteeksi asetettiin kuntouttaminen ja potilas kehoitettiin ottamaan haasteena osastolla. Osastolle tulleesta dementiapotilaasta puolestaan kerrottiin nimi, diagnoosit, ikä sekä huone ja vuode, jonne hänet oli sijoitettu. Lisäksi kerrottiin huvittuneena, miten kolme hoitajaa oli puolipakolla vetänyt kyseisen dementoituneen vanhuksen pois autosta, jolla hän laitokseen tuli.

Rutiinitöiden lisäksi potilaiden kanssa aikaa vietettiin vain satunnaisesti. Erään hoitajan mukaan työt tehdään nopeasti, että päästään kahville, syömään tai juttelemaan kansliaan. Hänen mukaansa tämä käytäntö ei ollut pelkästään tämän osaston ongelma. Kansliassa aikaa vietettiin erittäin paljon.

Hoiva oli somatisoitunutta ja tautikeskeistä. Raporteilla keskusteltiin usein myös siitä, voidaanko tiettyjä potilaita hoitaa tällä osastolla laisinkaan. Tämä sai aikaan tilanteen, jossa vuorossa ollut sairaanhoitaja tokaisi potilaiden huonoa kuntoa valittavalle hoitajalle "Eiväthän kaikki potilaat voi olla yhtä hyväkuntoisia kuin rouva X oli, täytyyhän meidän hoitaa huonokuntoisetkin". Omaisiin suhtauduttiin varauksella. Lääkärinkierto oli konsultaatio/paperikierto jopa siinä määrin, että hoitajilla oli vaikeuksia saada lääkäriä potilaan luo tekemään minkäänlaista tutkimusta. Hoitajat kritisoivat usein lääkärin määräyksiä. Lääkärinkierroista raportoitiin kuitenkin kiitettävästi kaikki oleellinen koko henkilökunnalle. Keittiöhenkilökunta ei kuitenkaan osallistunut raportteihin ja tämän koki puutteeksi yksi hoitajista. Osastolla ei esiintynyt potilaiden spontaania häiriökäyttäytymistä. Häiriöksi hoitajien taholta koettiin kuitenkin erään potilaan hoivaamisvietti. Osastolla oli myös potilas, jolle oli lisätty lääkitystä häiritsevän käyttäytymisen vuoksi. Kyseinen potilas halusi paljon hoitajien huomiota.

Hoivan luonteesta voi päätellä, että käsite häiriökäyttäytyminen määriteltiin dementiaosastolla potilaan subjektiiviseksi pahan olon tunteeksi ja sekaosastolla yhteisöä häiritseväksi käyttäytymiseksi. Osastojen vertailu hoivan suhteen on hyvin vaikeaa niiden täydellisen hoitoideologisen erilaisuuden vuoksi. Dementiapotilaiden tarvitsemaa erityishuomiota ei sekaosastolla annettu, vaan kaikki toimet ja kaikki potilaat hoidettiin samoja rutineja noudattaen. Tehtiin vain välttämätön, ei yhtään enempää. (vrt. Liukkonen 1990) Koska levottomat dementiapotilaat siirrettiin osastolta pois, ei huomiota ja paljon hoitajien aikaa vaativia dementiaa sairastavia "häiriökäyttäytyjiä" osastolla ollut, eikä heidän hoivaamiseensa oltu osastolla varauduttu. Potilaiden välisiä konfliktitilanteita oli sekaosastolla hyvin vähän ja ne olivat lieviä. Dementiapotilaiden ja ei-dementiapotilaiden välisiä ristiriutatilanteita ei myöskään ollut. Yleisesti hoitajat olivat sekaosastolla sitä mieltä, että kognitiivisesti terveet potilaat kärsivät siitä, että dementiapotilaita oli samalla osastolla.

Dementiaosaston hoivassa oli pystytty toteuttamaan hyvin monia dementiapotilaan hyvälle hoivalle määriteltyjä elementtejä. Potilaiden annettiin tehdä oman valintansa mukaan aina kun se vain oli mahdollista. Jokaista asiakasta pyrittiin huomioimaan jokaisena päivänä jollain tavalla. Hoivan irralliseen vaikutelmaan dementiaosastolla saattoi vaikuttaa juuri käyttöön otettu työmuoto "kaikki tekevät kaikkea", joka haki vielä lopullista toteuttamismuotoaan. Kuitenkin erittäin oleellisina hoivan osina puuttuivat yksilölliset hoitosuunnitelmat, omaisten osallistaminen, elämänkaaritiedon soveltaminen sekä tilapäistyöntekijöiden ja uusien työntekijöiden perehdytys hoitoideologiaan ja potilaisiin.

Potilaille annettiin mahdollisuus osallistua tai osallistettiin työrutineihin aivan liian harvoin molemmilla osastoilla. Siksi, vaikka dementiaosastolla hoiva oli ystävällistä, se oli enemmän hoitoa, oleskelua ja ajan kuluttamista, kuin elämistä ja yhteisöllisyyttä. Osa potilaista kulki

dementiaosastolla ympäriinsä kysellen mitä tekisivät. Kaksi potilaista valitteli, ettei osastolla tapahtunut mitään eikä ole mitään tekemistä. Myös omaiset esittivät samansuuntaista kritiikkiä dementiaosastoa kohtaan. Joutilaisuus ja virikkeetön ympäristö oli ongelma molemmilla osastoilla. Sekaosastolla potilaat istuskelivat usein puhumattomina ja mitään tekemättä käytävän penkeillä. Myöskään eletyn elämän merkitystä ja tämän hetken tilanteen kartoittamista hoivan suunnittelussa ei kummallakaan osastolla oltu oivallettu. Tämä oli esteenä myös potilaiden jäljellä olevien taitojen vahvistamiselle: potilasta ei tunnettu. Yksilöllinen hoito ei toteutunut kummallakaan osastolla.

Lääkärin rooli oli molemmilla osastoilla konsultin rooli, joka puuttui lääkitystä ja tutkimuksia määräämällä potilaiden hoitoon. Moniammatillinen tiimityö ei osastoilla toteutunut. (vrt. Sulkava 1996)

## 9.6. Lääkityksen vertailua

Lääkkeiden käyttöä vertailtiin frekvenssitaulukolla (liite 6), ristiintaulukoinnilla ja varianssi-analyysillä. Vertailtaessa dementiaosaston potilaita ja sekaosaston dementiaipotilaita toisiinsa, huomattavia eroja lääkkeiden käytössä oli mm. sedatiivi/anksiolyteteissä, joita dementiaosastolla käytti 16,7 % potilaista. Sekaosastolla kyseisiä lääkkeitä ei käytetty säännöllisenä lääkityksenä laisinkaan dementiaipotilailta. Tarvittavien sedatiivi/anksiolyyttien käytössä ero oli miltei päinvastainen, dementiaosastolla 20,8 %:lle potilaista oli määrätty sedatiiveja tarvittaessa, sekaosaston dementiaipotilailta kyseinen prosenttiluku oli 38,9 %. Antidepressantteja säännöllisesti käytti dementiaosastolla 25 % potilaista ja sekaosaston dementiaipotilaista 16,7 %. Neuroleptien säännöllisessä käytössä oli osastojen välillä vain pieni ero (dementiaos. 41,6 % sekaos. 38,9 %). Neuroleptien käytössä oli ero jo huomattavampi; dementiaosaston potilaista sai neurolepteja 41,6 %, sekaosastolla prosentti-luku oli 16,7 %. Säännöllisesti unilääkkeitä käyttävien luvut olivat dementiaosastolla 20,8 % ja sekaosaston dementiaipotilailta 27,8 %. Tarvittavia hypnootteja oli määrätty dementia-osastolla 41,6 %:lle ja sekaosaston dementiaipotilaista 33,3 %:lle. Säännöllisen somaattisen lääkityksen määrä oli dementiaosastolla 91,6 % ja sekaosaston dementiaipotilailta 100 %. Vaihteluväli erilaisten somaattisten lääkkeiden määrässä oli dementiaosastolla 1 - 7/potilas ja sekaosaston dementiaa sairastavilla 1 - 6/potilas. Kipulääkitystä säännöllisesti sai dementiaosastolla 12,5 % potilaista ja sekaosaston dementiaipotilaista 11,1 %. Tarvittavan kipulääkityksen ero oli huomattavampi, dementiaosastolla 41,6 % ja sekaosastolla 61,1 %.

Vertailtaessa sekaosastolla dementiaipotilaita ja ei-dementiaipotilaita keskenään havaittiin, että sekaosastolla ei dementiaipotilailta ollut säännöllisesti sedatiivi/anksiolyytti lääkitystä, kun sen



sijaan sekaosaston ei-dementoituneilla vanhuksilla kyseistä lääkettä oli 35,7 %:lla. Myös säännöllisesti käytettävissä antidepressanteissa kyseisten ryhmien välillä oli samansuuntainen ero; sekaosaston dementiapotilaista 16,7 %:lla ja sekaosaston ei-dementiapotilaista 42,8 %:lla oli säännöllisesti käytössä antidepressanteja. Neuroleptien käytössä tulos oli päinvastainen; dementiapotilaista 38,9 %:lla oli käytössä neurolepteja, mutta ei-dementiapotilaista vain 14,3 %:a käytti neurolepteja säännöllisesti. Säännöllisten kipulääkkeiden käytössä prosenttiluvut olivat dementiapotilailla 11 % ja ei-dementiapotilailla 28,6 %.

Koska tutkimusten (esim. Coccaro ym. 1990, Lawlor ym. 1994, Mintzer & Brawman-Mintzer 1996, Howard 1993) mukaan neurolepteillä ei saavuteta merkittäviä tuloksia dementia-potilaiden käytöshäiriöiden hoidossa, oli sekä dementiaosastolla että sekaosaston dementiapotilailla neuroleptilääkityksen määrä melko suuri. Yllättävä oli myös tulos sedatiivi/anksiolyyttien säännöllisestä käytöstä verrattuna neuroleptien käyttöön. Syy siihen, että dementiaosastolla käytettiin sedatiivi/anksiolyyttejä enemmän kuin sekaosaston dementiapotilailla voi olla mm. se, että dementiaosastolle siirretään muilta osastoilta hyvin levottomat dementiapotilaat. Koska sedatiivi/anksiolyyttien tarvittaessa käyttö oli sekaosaston dementiapotilailla melkein puolta suurempi, saattaa myös olla, että sekaosaston dementiapotilaita lääkitään kyseisillä lääkkeillä enemmän tarvittaessa, jolloin säännöllistä lääkitystä ei tarvita. Kipulääkkeiden käyttö oli sekä dementiaosastolla että sekaosaston dementiapotilailla yllättävän vähäinen verrattuna ei-dementiapotilaisiin. Tämän perusteella voidaan kysyä, käytetäänkö dementia-potilailla mahdollisesti psykofarmakoita kipulääkityksen sijasta? Käytössä olevilla lääkkeillä, annostuksilla ja milligrammamäärillä ei ollut osastojen välillä merkittävää eroa. (liite 7) Syy dementiapotilaiden lääkkeiden käytön jakaumaan saattaa olla myös lääkäreiden hoitolinjoissa. Koska lääkärit kiertävät ja hoitavat potilaita myös muilla osastoilla, saattaa perusteellisempi paneutuminen dementiapotilaaseen, sekä dementiapotilaan erityisluonne lääkityksen suhteen unohtua kiireen ja omien hoitotottumusten vuoksi. Näin dementiaosaston potilaat lääkitään samojen periaatteiden mukaan kuin muidenkin osastojen potilaat.

Tarkasteltaessa lääkitystä varianssianalyysillä ja ristiintaulukoinnilla ei tilastollisesti merkittäviä eroja löytynyt. Ratkaisevia johtopäätöksiä ei lääkkeiden käytöstä voida kuitenkaan tehdä, koska mahdollisia sekoittavia tekijöitä ei vertailuissa ole pyritty huomioimaan.

## 9.7 Kustannusten vertailua

Kustannusvertailussa on käytetty apuna sekä kumulatiivista vuoden 1996 että vuoden 1996 toukokuun kustannuspaikkakohtaista budjettiseurantaa. Palkkoja on vertailtavuuden vuoksi tarkasteltu sekä toteutuneiden kustannusten, jotka sisältävät sekä sosiaalikulut, että

määrävuosilisät, että osastolla olleiden virkojen peruspalkkojen mukaan.

Menot jaetaan seuraavasti: palkat, muut henkilöstömenot, tarvikkeet, palvelut ja kokonaiskustannukset.

Palkat osastoilla olevien virkojen peruspalkkojen perusteella olivat dementiaosastolla yhteensä 79.679,00/kk ja sekaosastolla 90.841,67/kk. Kun tarkastellaan palkkakustannuksia/potilas, dementiaosastolla palkkakustannukset/potilas olivat 3.320 mk/potilas ja sekaosastolla 2.839 mk/potilas kuukaudessa. Laskuperusteena on käytetty laitoksen virkojen peruspalkkoja ja toukokuussa 1996 osastoilla olleita vakinaisia virkoja. (liite 14) Palkat ajalla 1.5.1996 - 31.5.1996 antoivat samansuuntaisia tuloksia: dementiaosastolla palkat kyseisellä ajanjaksolla olivat 122.947 mk, joka potilasta kohden tekee 5.123 mk. Sekaosaston palkat olivat noin 156.468 mk, potilasta kohden 4.890 mk. Vuositasolla toteutuneet palkat/potilas antoivat päinvastaista informaatiota, palkat olivat dementiaosastolla 5007 mk/kk ja sekaosastolla 5101 mk/kk. Sekaosastolla oli käytetty enemmän sairauslomasijaisia, vuosi-lomasijaisia ja varahenkilöstöä/osasto, kuin dementiaosastolla.

Muissa menoissa henkilöstön koulutukseen oli sekaosastolla käytetty noin 876 mk ja dementiaosastolla 100 mk. Lääkkeisiin oli dementiaosastolla kulunut vuodessa 53.834 mk, eli 2.243 mk/potilas/vuosi. Vastaava summa sekaosastolla oli noin 61.245 mk eli 1.914 mk/potilas/vuosi. Tarvikkeet kaikkineen kuluttivat dementiaosastolla 2.744 mk/potilas vuodessa ja sekaosastolla noin 2.259 mk.

Kokonaiskustannukset olivat dementiaosastolla 101.487 mk ja sekaosastolla 102.699 mk potilasta kohden vuodessa.

Budjettiseurannan perusteella voidaan kyseisen laitoksen kohdalla kumota oletukset, että dementian erikoishoitoyksikkö olisi kalliimpi tavanomaiseen perushoitoyksikköön verrattuna. Kustannukset on laskettu kuitenkin maksimaalisen käyttöasteen mukaan, joten luvut/potilas ovat oletusarvoja. Kustannusten rakenteeseen saattaa vaikuttaa myös se, että dementiaosasto, vaikka monilta osiltaan olikin dementian erikoishoitoyksikön kriteerit täyttävä, kuului osana isompaan laitokseen, jolloin kustannusten rakennetta ei voida pitää yhtenevänä pienemmän ja itsenäisesti toimivan erikoishoitoyksikön kanssa. Näin ollen oleellisena kustannuksia pienentävänä tekijänä itsenäisesti toimivaan erikoishoitoyksikköön verrattuna on muun muassa henkilökunnan vähyys suosituksiin (vrt. Sulkava ym. 1993) verrattuna.

## 10. YHTEENVETO JA LOPPUPÄÄTELMÄT

### 10.1. Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksella pyrittiin keräämään vertailtavaa havainnointiaineistoa dementiapotilaan hoidosta kahdella eri tyyppisellä osastolla, dementian erikoishoitoyksikössä sekä perinteisellä perushoidon sekaosastolla. Vertailuja tehtiin paitsi osastojen välillä myös osastojen ja relevantin kirjallisuuden perusteella kerättyjen dementiapotilaan hyvän hoidon kriteerien kesken. Tarkoituksena oli selvittää saavatko dementiapotilaat tarpeitaan vastaavaa hoivaa molemmilla osastotyypeillä, millaiset ovat hoidon kustannukset ja eroavatko osastot toisistaan suhteessa dementiapotilaan lääkitykseen. Vaikka tutkimusmetodia ei ole aiemmin käytetty vastaavanlaisessa havainnointitutkimuksessa, vertailen tuloksia ja haen yhtenevyyksiä muun-tyyppisiin dementiapotilaita koskeviin tutkimuksiin.

Henkilökunnan määrä todettiin aikaisempien tutkimusten perusteella tärkeäksi tekijäksi dementiapotilaiden hoidon onnistumiselle. Tutkimuksen kohteena olleen laitoksen dementiayksikön henkilökuntamitoitus oli liian pieni. Tulokseen päädyttiin vertailtaessa henkilökuntamitoitusta kirjallisuudessa oleviin suosituksiin/potilas sekä henkilökunnan subjektiivisten kokemusten perusteella. Henkilökunnan vähyys oli osasy syy siihen, että myös dementiaosastolla hoiva oli enemmän oleskelua ja ajan kuluttamista kuin elämistä ja yhteisöllisyyttä. Hoitoyhteisö ei myöskään täyttänyt suosituksia, vaan oli liian suuri yhteisöllisyyden tunteen luomiseksi ja yksilöllisen hoidon toteuttamiseksi. Hoitohenkilökunnan ja lääkärin välistä yhteistyötä ei oltu onnistuttu muokkaamaan moniammatilliseksi yhteistyöksi, vaan lääkärit pitivät kiinni perinteisestä konsultin roolistaan. Sitä, miten lääkärin ja omaisten välinen yhteistyö sujui, ei tällä tutkimuksella pyritty selvittämään. Kirjava ja väljä diagnostisointi ja hoitosuunnitelmien puuttuminen olivat myös tutkimuksesta esille tulleita epäkohtia.

Fyysinen ympäristö ei vastannut suositusten mukaisia dementiapotilaan hoito-osaston kriteerejä kummallakaan osastolla, vaan sisälsi jopa vaaratekijöitä. Vuorovaikutuksen yleinen luonne oli osastoilla hyvin erilainen. Vuorovaikutuksen luonne saattoi molemmilla osastoilla lisäksi vaihdella vuorossa olevien hoitajien persoonallisuuksien ja henkilökohtaisten ominaisuuksien mukaan. Vaikka vuorovaikutus saattoi molemmilla osastoilla olla kiireinen ja kärsimätön, oli sekaosaston hoivamalli kuitenkin perinteisen tehtäväkeskeinen ja potilasta objektivoiva, joskus jopa loukkaava ja uhkaava. Tulokset ovat samansuuntaisia Arja Liukkosen (1990) tutkimukseen verrattuna, jonka mukaan dementiapotilaita hoidettiin kylmästi rutiinilla, hyljeksivästi ja robottimaisesti. Dementiaosaston erityispiirre ilmeni selkeästi huolehtivana ja turvallisuuden tunnetta luovana vuorovaikutuksena, empaattisena sinä-minä -suhteena. Mielenkiintoinen oli havainto vakinaisen henkilökunnan antaman esimerkin positiivisesta vaikutuksesta ei vakinaiseen ja tilapäiseen

henkilökuntaan.

Tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että dementiapotilaat kaipaavat vuorovaikutusta hoitajiin sekä yhteisöllisyyden tunnetta. Myös koulutus ja todellinen mielenkiinto erityisalaansa voidaan nähdä edellytyksinä ja voimavaroina dementiapotilaan hyvälle hoidolle. Niinpä voidaan olettaa, että henkilökunnan oikea sijoittuminen on tärkeää paitsi hoidon laadun turvaamiseksi, myös oman henkilökohtaisen työssä jaksamisen ja työn sisällön kehittämisen vuoksi. Positiivinen ja hyväksyvä ilmapiiri rohkaisee dementiapotilaita hakeutumaan omatoimisesti vuorovaikutustilanteisiin henkilökunnan kanssa. Myös osastojen erikoistuminen näyttäisi luovan edellytyksiä hyvään hoivaan. Jatkuva uudelleen orientoituminen täysin erityyppiseen vuorovaikutukseen dementiapotilaiden ja ei dementiapotilaiden välillä on henkilökunnalle vaativaa ja henkisesti raskasta, eikä siitä syystä välttämättä onnistu. Ehkä juuri siksi dementiapotilas, vaativampana potilaana, usein jätetään syrjään ja keskitytään helpompaan vuorovaikutukseen ei-dementiapotilaiden kanssa. Tärkeitä hoidon kannalta näyttäisivät olevan myös henkilökunnan omaksumat elämänarvot ja asenteet, koska ne näyttäivät välittyvän paitsi hoitoon myös osaston ilmapiiriin. Henkilökunnan käyttäytymisen vaikutus ei rajoitu ainoastaan hoitaja-potilas kontaktiin, vaan sillä on myös erityinen stereotyyppinen merkitys potilaille heidän suhtautumisessaan toisiinsa ja varsinkin levottomiin ja ahdistuneisiin potilaisiin.

Koskettaminen, halaaminen ja hellyyden osoitukset olivat dementiaosastolla jokapäiväisen hoivan osa, kun puolestaan sekaosastolla koskettaminen rajoittui pääasiassa välttämättömiin toimenpiteisiin. Vapaa liikkuminen ja kieltojen välttäminen kuuluivat dementiaosaston hoidon luonteeseen. Hoitolinja ei vapaan liikkumisen suhteen ollut kuitenkaan yhteneväinen, vaan riippui vuorossa olleista hoitajista. Varsinkin sijaisten oli vaikeampi noudattaa tuloksellisesti osaston hoitolinjausta. Sekaosastolla noudatettiin perinteisempää linjaa, jonka mukaan potilaiden kulkeminen ja oleskelu oli tiukasti säännelty. Heiltä oli pääsy kielletty mm. hoitajien kahvitilaan. Osastojen välillä oli huomattava ero kieltojen määrässä, asiakaslähtöisyydessä, osastojen tunnelmassa ja hoidon ideologiassa.

Yksilöllisiä hoitosuunnitelmia puuttui molempien osastojen dementiapotilailta. Tehtyjen hoitosuunnitelmien laatu oli kuitenkin parempi sekaosastolla. Omaisia ei osallistettu osastoilla hoidon suunnitteluun, eikä potilaan elämänkaaritietoa käytetty hyväksi hoidon suunnittelussa. Esimiesten merkitys hoidon laadulle tulee esille välillisesti positiivisen palautteen antajina ja luovuuteen sekä idearikkauteen kannustavan ilmapiirin luoja. Nämä koettiin puutteellisiksi ainakin dementiaosastolla.

Lääkkeiden käytön vertailu osoitti, että neuroleptien käyttö on dementiapotilailla melko yleistä, vaikka niiden vasteen on todettu olevan minimaalinen. (vrt. Coccaro ym. 1990, Lawlor ym. 1994,

Howard 1993) Vaikka erityisosaston merkitystä korostetaan mm. sillä, että siellä kyettäisiin potilaita hoitamaan minimaalisella rauhoittavan lääkityksen määrällä (vrt. Elo-niemi ym. 1997, Sulkava 1993), ei dementiaosaston erityisluonne näyttänyt vaikuttaneen tutkimuksen kohteena olleella osastolla neuroleptien eikä yleensä lääkityksen määrään. Dementiapotilaiden vähäisempi kipulääkkeiden käyttö herätti kysymyksen siitä, lääkitäänkö dementiapotilaiden kipuja psykofarmakoilla.

Kustannusvertailu osoitti, etteivät dementiaosaston kustannukset olleet tämän laitoksen kohdalla suuremmat sekaosastoon verrattuna. Kuitenkin oleellisena dementiaosaston kustannuksia alentavana tekijänä oli henkilökunnan vähyys suosituksiin verrattuna.

## 10.2. Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä vastata tutkimusongelmaan. Tutkimusmenetelmän täytyy soveltua ongelman tutkimiseen, eikä se saa muuttaa tutkittavaa todellisuutta. (Field, Morse 1985, Grönfors 1982) Tutkimuksen metodeina olivat sekä kvalitatiivinen piilohavainnointi, että kvantitatiivisina frekvenssitaulukko, kustannus/budjetti vertailu sekä varianssianalyysi ja ristiintaulukointi. Koska piilohavainnointimetodia käyttäessäni tutkittava yhteisö ei tiennyt tutkijan roolistani, antoi menetelmä autenttista tietoa kohderyhmästä ja havainnoitavista tilanteista. Tutkimusmenetelmä ei muuttanut sitä todellisuutta jota tutkittiin. Koska uusi jäsen muuttaa aina tutkittavan ryhmän vuorovaikutusta (Field, Morse 1985) esim. siten, että tutkittavat pyrkivät antamaan itsestään erittäin edullisen kuvan (esim. Grönfors 1985, Routsalo 1993), pystyttiin tutkijan vaikutus tutkijana eliminoimaan tämän metodin avulla. Se, miten paljon läsnäoloni perushoitaja-opiskelijana vaikutti osastojen toimintaan, jää epäselväksi. Vaikutusta pyrittiin kuitenkin minimoimaan mm. roolivalinnalla. Rooli pyrittiin muodostamaan sellaiseksi, että se on mahdollisimman neutraali kohderyhmän käytännön työn ja vaikuttavuuden kannalta. Metodin avulla sain havaintoja, joiden avulla pystyin muodostamaan osastolla vallinneesta todellisuudesta mahdollisimman eheän kuvan. Kvantitatiivisilla menetelmillä pystyttiin hankkimaan täydentävää tietoa tutkimusongelmasta kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi. Tulokset on pyritty vetämään johdonmukaisesti kategorioittain luokitelluista raakahavainnoista ja muusta aineistosta.

Reliabiliteettiin kuuluu toistettavuus (Field, Morse 1985). Tutkimusprosessi on kerrottu menetelmäosassa mahdollisimman tarkkaan johtajatusten ja koodien muodostamisesta kategorioiden muokkaukseen ja analysointiin. Raakahavaintojen käsittely, esim. tiivistäminen, pelkistäminen tms. niiden kirjoittamisen jälkeen voi muuttaa johtopäätösten sävyä, joten sisäisen reliabiliteetin säilyttämiseksi tulee havainnot säilyttää ja analysoida mahdollisimman alkuperäisinä

(Field ja Morse 1985). Koodien ja kategorioiden määrittämisessä ja muodostamisessa on käytetty alkuperäisiä havainnointimuistiinpanoja ja raakahavaintoja, jolloin havainnointi kuvaukset ovat säilyneet mahdollisimman alkuperäisinä. Tutkimus oli alunperin tarkoitus analysoida toisenlaista struktuuria käyttäen, mutta siitä luovuttiin, koska mallin toteuttamiseksi olisi raakahavaintoja pitänyt pelkistää, jolloin havaintojen sisältö olisi voinut muuttua sävyiltään ja/tai sisällöltään. Tutkimuksesta voidaan toistaa budjettivertailua ja lääkitystä koskevat osat, mutta piilohavainnointitutkimus samalla kohderyhmällä ei ole toistettavissa. Tutkimusprosessi on kuitenkin pyritty kuvaamaan niin tarkoin, että toista kohderyhmää käyttäen tutkimus voitaisiin toistaa samanlaisena.

Tutkimuksen kenttävaiheeseen käytetty aika oli sekä lyhyt että pitkä. Kronologisesti aika oli suhteellisen lyhyt, mutta kuitenkin riittävän pitkä, koska molemmilla osastoilla tapahtumat ja havainnot alkoivat toistaa itseään, eikä uutta tietoa enää juurikaan viimeisinä päivänä saatu. Kokemuksellisesti aika oli erittäin pitkä.

### **10.3. Palaute osastoilta**

Osastot, joilla tutkimus tehtiin reagoivat hyvin eri tavalla, kun osastoilla oleskeluni tarkoitus jälkikäteen kerrottiin. Kun asiaa puitiin, tähdennettiin sitä, että tutkimuksen tarkoituksena oli saada vertailtavaa tietoa dementiapotilaan hoidosta tieteelliseen tarkoitukseen. Mitään sanktioita ei tutkimuksen perusteella aiheudu, laitos ja henkilöt pysyvät anonyymeinä ja tutkimusta varten kirjoitetut alkuperäiset muistiinpanot ja päiväkirjat nimineen ja tarkkoine tapahtumakuvauksineen ovat ja pysyvät vain ja ainoastaan tutkijan materiaalina.

Voimakkaimmat negatiiviset reaktiot tulivat sekaosastolta. Osa sekaosaston henkilökunnasta, osastonhoitaja mukaan lukien, eivät hyväksyneet tutkimusmetodia, vaan katsoivat tullessa kohdelluiksi epäoikeudenmukaisesti. Koko sekaosaston henkilökunta ei kuitenkaan paheksunut tutkimusta, vaan osa suhtautui siihen hyvin neutraalisti. Dementiaosastolta ei tullut aggressiivista palautetta, mutta asia pysäytti henkilökunnan miettimään. Osa dementiaosaston henkilökunnasta tunsi, että heitä oli loukattu. Kun tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja mahdollisuudesta mm. hoivan suunnittelun apuvälineinä keskusteltiin, tuli dementiaosastolta positiivista palautetta, eikä tutkimusta nähty enää uhkana, vaan jopa mahdollisuutena. Molemmilta osastoilta löytyi siis henkilöitä, jotka hyväksyivät metodin, mutta kummallakin osastolla oli myös hoitajia, joiden mielestä metodi oli uhka ja/tai se loukkasi. Negatiiviset palautteet ja aggressiiviset reaktiot syntyivät seuraamusten pelosta ja/tai siitä, että tutkimus koettiin henkilökohtaiseksi loukkaukseksi tai nähtiin uhkaksi yhteisölle, itselle tai omalle ammatti-identiteetille.

#### 10.4. Tutkimuksen etiikkaa

Tutkimukseen saatiin lupa sosiaali- ja terveysministeriöltä sekä kyseisen sosiaaliviraston eettiseltä lautakunnalta.

Grönfors (1982)pukee piilohavainnointitutkimuksen eettiset ongelmat kolmeen kysymykseen.

- 1) Kenelle tutkija on vastuussa havainnoinnistaan?
- 2) Onko tutkijalla oikeutta tehdä havaintoja tilanteissa, joissa tutkittavat eivät tiedä tutkijan läsnäolosta?
- 3) Minkälaisia seurauksia aiheutuu tutkittaville piilohavainnoinnista?

Tutkija on ensisijaisesti vastuussa havainnoistaan tiedeyhteisölle. Tämä ohje tuo tutkimukseen objektiivisuutta. Piilohavainnointi on kuitenkin metodi, joka asettaa tutkijalle suuria velvoitteita sekä havainnointi tapahtumaa ja analyysiä, että havainnoinnin kohteena olevaa yhteisöä kohtaan. Nämä velvoitteet täytetään, kun havainnointitapahtumat kuvataan mahdollisimman tarkkaan, aineisto analysoidaan ja johtopäätökset vedetään alkuperäisten raakahavaintojen perusteella, jolloin olosuhteet saadaan kuvatuksi sellaisina, kuin ne todellisuudessa ovat. Tutkijan on huolehdittava siitä, että tutkimusmateriaali ja raakahavainnot ovat, niin sovittaessa, vain tutkijan omassa käytössä.

Grönfors (1982) referoi kirjassaan N. K. Denziniä, jonka mukaan piilohavainnointi on sallittua ilman rajoituksia missä ja milloin vain, kun tutkimus tehdään tieteen nimissä ja tieteellisessä tarkoituksessa. Teoreettisesti näkökanta on puhtaan tieteellinen ja sen vuoksi täysin hyväksyttävissä, mutta käytännössä harkitsisin rajan vetoa ihmisten yksityisyyteen. Sairaala laitoksen tarkoitus on kuitenkin potilaiden hoitaminen eli toiminta on julkista ja tutkimustuloksiin pohjautuvaa. Sen pitäisi olla myös avointa eikä rajata itseään arvostelun ulkopuolelle. Koska hoitolaitoksissa toimitaan usein hyvin herkillä ihmisten osa-alueilla, on erittäin tärkeää, että ongelmia ja epäkohtia ei peitellä, vaan niitä tutkitaan ja siltä pohjalta keskustellaan, pyritään löytämään ratkaisut ongelmille tai kehittämään laitoksen toimintaa. Tieteellinen foorumi on epäkohtien esiin tuomiseksi objektiivinen ja antaa mahdollisuuden tasavertaiselle keskustelulle.

Kun tutkimuksesta kenttävaiheen päätyttyä keskusteltiin, osa sekaosaston henkilökunnasta tunsu, että heitä oli kohdeltu epäoikeudenmukaisesti. Tunne on oikeutettu, mutta kuitenkin hyvin subjektiivinen. Tutkimus tai tutkimusmetodi ei itsessään ole epäoikeudenmukainen, koska se ei ole estänyt ketään toimimasta oman ammattietiikkansa mukaisesti eikä se ole vienyt mahdollisuutta toimia ammatillisesti parhaalla mahdollisella ja omalla persoonallisella tavallaan. Päinvastoin. Voitaneen sanoa, että metodi antaa jokaiselle mahdollisuuden ilman tiedostettua tutkimuksen tuomaa jännitystä ja suorituspainetta tuoda esille omaa persoonallista hoitotyyliään ja osaamistaan. Eettisesti kyseenalaistettavaa tai epäoikeudenmukaista ei liene se, että tutkittavilta, tässä tapauksessa osastojen hoitajilta, otetaan pois mahdollisuus tiedostettuun oman ammatti-identiteettinsä kohentamiseen, eli mahdollisuuteen antaa tutkimusta varten toiminnastaan mahdollisimman hyvä kuva. Piilohavainnointi on eräs keino saada julkisesta, avoimeksi tarkoitettusta toiminnasta validia tietoa tieteellisiin tarkoituksiin. Ei pidä kuitenkaan kieltää sen eikä muidenkaan tutkimusmetodien eettistä problematiikkaa, mutta julkiseen sektoriin kohdistuvan piilohavainnoinnin kohdalla liittäisin eettiset ongelmat kuitenkin enemmän havaintojen analysointiin ja tuloksista johdettuihin toimenpiteisiin kuin metodiin itseensä. Voitaneen kysyä, ketä palvelee tutkimustulos, joka jättää ongelmat piiloon? Pohdinnan arvoista on myös eroavatko piilohavainnoinnin ja sellaisten tutkimusten eettiset ongelmat toisistaan, jossa havainnointi on avointa, mutta jonka tutkimusraportissa ja tuloksissa raportoidaan asioita, joita kohderyhmä ei osannut odottaa? Tai tutkimus, jossa havainnoidaan avoimesti, mutta eri asiaa, kuin tutkittavalle yhteisölle oli informoitu.

Eskola ja Suoranta (1996) ottavat piilohavainnointiin mielenkiintoisen näkökannan; he kehottavat vertailemaan piilohavainnointia ja vakoilua keskenään. Piilohavainnoinnilla ja vakoilulla onkin yhtenevyyksiä kuten mm. sulautuminen yhteisöön, peitetarinan muokkaaminen, ennalta suunniteltu tarkka tehtävä ja rooli yhteisössä, riski paljastua ja tietenkin myös tietynlainen tehtävään liittyvä ja riskeistä johtuva jännitys. Tärkein ero piilohavainnoinnin ja vakoilun välillä on kuitenkin se, että vakoilun avulla pyritään saamaan kilpailijaksi tai viholliseksi luokitellusta tarkkailtavasta yhteisöstä salaista tietoa, jonka avulla voidaan voittaa kilpailija tai vahingoittaa kohderyhmää. Tarkasteluote on vahvan puolueellinen ja negatiivisesti tavoitteellinen. Piilohavainnoinnissa tutkimusote on tiukan objektiivinen. Tutkittava yhteisö ei ole vihollinen eikä kilpailija, eikä julkisten sairaala/hoito yhteisöjen toiminta pitäisi olla salaista eikä salattavaa. Metodien avulla pyritään eliminoimaan ihmisille ominainen kilpailuvietti. Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole vahingoittaa ketään, vaan pyrkiä selvittämään todellisuutta.

Mikä tahansa tutkimus voi aiheuttaa tutkittaville monenlaisia seuraamuksia. Mahdollisista tutkimuksen jälkeisistä toimenpiteistä on tarkkaan sovittava etukäteen, tehtiinpä tutkimus millä metodilla tahansa. Yhteisöstä riippuu paljon se, millä tavalla tutkimusta ja siitä saatavaa informaatiota käytetään. Parhaimmillaan tutkimuksista saadaan aineistoa, jolla yhteisön toimintaa



voidaan kehittää. Piilohavainnointitutkimus voi aiheuttaa yhteisössä myös sisäisesti syyllisten etsimistä, joihin oletettavat ongelmat kulminoidaan. Näin pyritään ehkä myös vapautumaan vastuusta. Se voi myös "räjäyttää" esiin kauan pinnan alla kyteneet antipatiat ja piilotetut, käsittelemättömät yhteisön ongelmat. Tällaisissa yhteisöissä on ongelmien olemassaolo tiedostettu jollain tasolla ja niiden pelätään paljastuvan tutkimuksen tuloksissa. Onko "räjähdys" positiivinen vai negatiivinen seuraus, riippuu paljon tavasta, jolla tilanne käsitellään. Tässä tilanteessa on laitoksen johdolla suuri merkitys. Seurauksena voi olla myös se, että yksittäinen henkilö alkaa pohdiskella omaa toimintatapaansa, eettisiä arvojaan ja oman hoitotyönsä toteutuksen ideologiaa. Ne seuraamukset, jotka aiheutuvat tästä tutkimuksesta dementiapotilaille, ovat sidoksissa yhteisöön ja sen reaktioihin.

Dementiapotilaan hoito on monitieteellinen ongelma niinpä sitä on pyritty lähestymään monitahoisesti. Pyrkimyksenä on ollut selvittää, millä tavalla kaksi eri tyyppistä hoito-osastoa pystyvät toteuttamaan dementiapotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tutkimus nosti esiin monia uusia ja mielenkiintoisia tutkimusongelmia. Tutkimuksen perusteella voitaneen sanoa, että dementiapotilaiden hoitoon erikoistuminen näyttäisi tarjoavan paremman lähtökohdan annettavalle hoidolle kuin sekaosaston hoivatyypin. Kun tuloksia verrataan tältä pohjalta aiempiin tutkimuksiin, voidaan ongelmia tarkastella aivan uudesta lähtökohdasta. Mm. organisaation merkitys dementiayksikön toiminnalle ja sitä kautta dementiapotilaan hoidon laadulle on asetelma, jota voitaisiin jatkotutkimuksilla selvittää. Onko ison organisaation sisällä toimivan dementiayksikön toiminta jäykempää, stereotyyppisempää ja kalliimpaa kuin hallinnollisesti itsenäisten dementiayksiköiden toiminta? Myös lääkityksen vertailu samalla asetelmalla on mielenkiintoinen tutkimusalue. Suuri ja mielenkiintoinen haaste on myös dementiapotilaan sanattomaan viestintään sekä dementiapotilaan kokemusmaailmaan perehtymien.

## LÄHDELUETTELO

Alasuutari P: Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere, 1994

Albert S M, Castillo-Castaneda C D, Sano M, ym.: Quality of Life in Patients with Alzheimer's Disease as Reported by Patient Proxies. JAGS 44:1342-1347, 1996

Berg L, Buckwalter K C, Chafetz P K, ym.: Special Care Units for Persons with Dementia. JAGS 39:1229-1236, 1991

Besdine J W, Brody J A, Butler R N ym.: Senility Reconsidered. JAMA 244, n:o 3:259-263, 1980

Bird M, Alexopoulos P, Adamowicz J.: Success and failure in five case studies: Use of cued recall to ameliorate behaviour problems in senile dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 10:305-311, 1995

Bowie P, Mountain G: Using direct observation to record the behaviour of long-stay patients with dementia. International journal of geriatric psychiatry 8:857-864, 1993

Cleary T A, Clamon C, Price M ym.: A Reduced Stimulation Unit: Effects on Patients With Alzheimer's Disease and Related Disorders. The Gerontologist 28, n:o 4:511-514, 1988

Coccaro E F, Kramer E, Zemishlany Z ym.: Pharmacologic Treatment of Noncognitive Behavioral Disturbances in Elderly Demented Patients. American Journal of Psychiatry 147:12, 1990

Cohen-Mansfield J, Werner P, Reisberg B: Temporal Order of Cognitive and Functional Loss in a Nursing Home Population. JAGS 43:974-978, 1995

Cooney C, Mortimer A, Smith A, Newton K, Wrigley M: Carbamazepine use in aggressive behaviour associated with senile dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry vol. 11:901-905, 1996

Cooper B: Health-care policy and planning for dementia: an international perspective. Kirjassa: Dementia and Normal Aging. Eds. F A Huppert, C Braayne, D W O'Connor Cambridge University Press, 1994

Eloniemi U, Tervala J, Sulkava R: Special Care Units (SCUs) are efficient in respite care of demented patients. Facts, Research and Intervention in Geriatrics (in press), 1997

Erkinjuntti T, Alhainen K, Frey H ym.: Muistihäiriöt ja dementia. Suomen Lääkärilehti 29:2949-2957, 1996

Erkinjuntti T, Sulkava R: Muistihäiriöt ja dementia. Kirjassa: Geriatria, s. 105 - 128. Toim. R Tilvis, L Sourander. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä, 1993

- Eskola J, Suoranta J: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi, 1996
- Field P A, Morse J M: Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Suom. E.Sandborg. Kirjayhtymä. Helsinki, 1985
- Fisher C M: Neurologic fragments. I. Clinical observations in demented patients. *Neurology* 38:1868-1873, 1988
- Gatz M, Lowe B, Berg S ym.: Dementia: Not just a Search for the Gene. *The Gerontologist* 34, n:o 2, 1994
- Gothoni R: Pitkäaikaissairaana vanhuksen maailma ja uskonnollisuus. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 149. Helsinki, 1987
- Grant L A, Kane R A, Starl A J: Beyond Labels: Nursing Home Care for Alzheimer's Disease In and Out of Special Care Units. *JAGS* 43:569-576, 1995
- Grönfors M: Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Werner Söderström Oy. Porvoo-Helsinki-Juva, 1985
- Hanley I G: The use of signposts and active training to modify ward disorientation in elderly patients. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 10, n:o 3:241-247, 1981
- Howard R, Levy R: Depot Antipsychotic Medication in the Management of Behavioral and Psychotic Symptoms in Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8:111-113, 1993
- Hänninen V: Toimiva ihminen. Tekojen psykologian, eksistentiaalisen psykologian ja marxilaisen toiminnan teorian filosofisten lähtökohtien vertailua. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tutkimuksia A:17. Tampereen yliopisto. Tampere, 1992
- Isohanni M: Dementian hoito vanhusten hoitoyhteisössä. *Gerontologia* n:o 2:85-91, 1988
- Isohanni M: Ikääntyminen ja vanhusten hoitoyhteisö. Werner Söderström Oy, Porvoo-Helsinki-Juva, 1989
- Johansson B, Zarit S H: Prevalence and incidence of dementia in the oldest old: A longitudinal study of a population-based sample of 84-90 -year -olds in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10: 359-366, 1995
- Kelly C, Huner R: Current Pharmacological Strategies in Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10: 633-646, 1995
- Kitwood T: Psychotherapy and Dementia. *Psychotherapy Section Newsletter* n:o 8: 40-56, 1990
- Lawlor B, Radcliffe J, Molchan S E ym.: A Pilot Placebo-Controlled Study of Trazodone and Buspirone in Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* vol. 9: 55-59, 1994

- Lehtonen A, Ojala T, Parviainen I: Dementia-haaste terveydenhuollolle. Suomen Lääkärilehti n:o 4: 264-266, 1986
- Liukkonen A: Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, Turku, 1990
- Lyons D, Cohen M, Henderson T, Walker N: Partnership nursing home care for dementia: The Glasgow experience-the first 12 weeks. International Journal of Geriatric Psychiatry 10, n:o 7:557-560, 1995
- Marcusson J: Demens sjukdomar. Gummesson Tryckeri Ab, Falköping, 1995
- Mintzer J E, Brawman-Mintzer O: Agitation as a Possible Expression of Generalized Anxiety Disorder in Demented Elderly Patients: Toward a Treatment Approach. Journal of Clinical Psychiatry 57: 55-63, 1996
- Nores T: Olemassaolokokemus. Naisvanhuksen olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Turun yliopiston hoitotieteen laitos. Turku, 1993
- Nygaard H A, Brudvik E, Juvik O B ym.: Consumption of psychotropic drugs in nursing home residents: A prospective study in patients permanently admitted to a nursing home. International Journal of Geriatric Psychiatry 9: 387-391, 1994
- Orrell M, Woods B: Tacrine and Psychological therapies in Dementia - No Contest? International Journal of Geriatric Psychiatry 11, n:o 3, 1995
- Ottosson J-E: Demenser. Kirjassa: Psykiatri. s. 47 - 64. Gummesson Tryckeri Ab. Falköping, 1995
- Patton M: Qualitative Evaluation Methods. SAGE Publications. Beverly Hills. London, 1982
- Pietarinen J: Arvot filosofian näkökulmasta. Teoksessa A. Haapala (toim.) Arvot tiede ja taide. Valtion painatuskeskus. Helsinki, 1990
- Purhonen H: Muuttuva ihminen. Carl Rogersin filosofinen antropologia. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 158. Helsinki, 1988
- Redfern S J: Nursing elderly people. Churchill Livingstone. London, 1991
- Ritchie K, Kildea D: In senile dementia "age related" or "aging related" ? - evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. The Lancet 346, n:o 8980: 931-933, 1995
- Routasalo P: Kosketus vuodeosastolla olevan vanhuksen hoidossa. Turun yliopiston hoitotieteenlaitos. Turku, 1993
- Rovner B W, Steele C D, Shmueli Y, Folstein M F: A Randomized Trial of Dementia Care in Nursing Homes. JAGS 44: 7-13, 1996

- Ruth J-E, Ferm L, Viukari M: Dementia diagnostisista mahdollisuuksista. *Gerontologia* 2: 242-260, 1988
- Skea D, Lindesa J: An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11: 233-241, 1996
- Sloane P D, Barric A L: Improving Long - Term Care for Persons with Alzheimer´s Disease. *JAGS* 44: 91-92, 1996
- Sulkava R: Lääkäri dementiahoitotiimin jäsenenä. *Dementia uutiset*. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. n.o 4, 1996
- Sulkava R, Erkinjuntti T, Palo J: Dementia tutkimus ja hoito. SITRA 106 Sosiaali - ja terveysministeriö. Jyväskylä, 1989
- Sulkava R, Eloniemi U, Erkinjuntti T, Hervonen A: Dementia. Opas omaisille ja sosiaali - ja terveydenhuollon henkilöstölle. Kirjayhtymä. Helsinki, 1993
- Tillich P: Muuttuvan maailman moraali. suom. Pauli Annala, Printari Oy. Saarijärvi, 1983
- Volicer L, Collard A, Hurley A ym.: Impact of Special Care Units for Patients with Advanced Alzheimer´s Disease on Patients´ Discomfort and Costs. *JAGS* 42: 597-603, 1994
- Wilcock G: Tacrine for Alzheimer´s Disease: Why is it not available on Prescription to UK Sufferers? *Age and Aging* vol 23, no:5, 1994
- Wimo A, Wallin J O, Lundgren K ym.: Group living, an alternative for dementia patients. A cost analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 21-29, 1991

## Amerikan psykiatriyhdistyksen dementian määritelmä DSM-IV

( Erkinjuntti 1996 )

- 
- A) Heikentyminen useammalla älyllisen toimintakyvyn osa-alueella mukaan lukien
1. muistihäiriö ( uuden oppimisen vaikeutuminen ja vaikeus palauttaa mieleensä aiemmin opittua )  
ja
  2. ainakin yksi seuraavista
    - a) afasia ( kielellinen häiriö )
    - b) apraksia ( liikesarjojen suorittamisen vaikeus, vaikka motoriikka kunnossa )
    - c) agnosia ( nähdyn esineen tunnistamisen vaikeus, tai nähdyn merkityksen käsittämisen vaikeus, vaikka näköhavainnon jäsentäminen on normaali )
    - d) toiminnan ohjaamisen häiriö ( mm. suunnitelmallisuus, kokonaisuuden jäsentäminen, järjestelmällisyys, abstrakti ajattelu )
 ja
- B) Älyllisen toimintakyvyn muutokset aiheuttavat merkittävän sosiaalisen tai ammatillisen toiminnan rajoittumisen ja merkittävän heikkenemisen aiemmin paremmalta toiminnan tasolta.
- 

DEMENTIAN LUOKITUS VAIKEUSASTEEN MUKAANLievä

Monimutkaisten, älyllisiä kykyjä vaativien tehtävien suorittaminen ei onnistu.

Potilas pystyy asumaan kotonaan, jos hän saa päivittäisten tehtävien suorittamiseen säännöllistä, vaikkakaan ei välttämättä jatkuvaa apua.

Keksivaikea

Useimpien päättelyä ja muistamista vaativien tehtävien suorittaminen ei onnistu ilman apua.

Potilas pystyy asumaan kotonaan ainoastaan päivittäisen valvonnan ja avun turvin, esimerkiksi puolison silmälläpidon alaisena.

Vaikea

LIITE 2.

Yksinkertaisetkaan päättelyä ja muistamista vaativien tehtävien suorittaminen ei yleensä onnistu itsenäisesti. Potilas on laitostasoisien hoidon tarpeessa ja häntä joudutaan jatukuvasti auttamaan jokapäiväisissä tehtävissä.

( Sulkava ym. 1989 )

LIITE 3.

ALZHEIMERIN TAUDIN OIREET VAIKEUSASTEEN MUKAAN LUOKITELTUINA

<u>Lievät oireet</u>	<u>Keskivaikeat oireet</u>	<u>Vaikeat oireet</u>
- lähimuistin häiriö	- EEG:n perusrhythmi hidastuu	- kyvyttömyys puhua ja ymmärtää puhetta
- uuden oppiminen vaikeutuu	- sairaudentunne häviää	- raajojen jäykistyminen ja kävelykyvyttömyys
- unohtaminen lisääntyy	- paikantaju häviää	- virtsa- ja uloste inkontinenssi
- potilas huomaa henkisten toimintojen heikkenemisen	- eksyminen tutussa ympäristössä	- epilepsia
- avaruudellisen tilan hahmottamisen häiriö:	- uni-valverytmin häiriö	- suun seudun pakkoliikkeet
potilas eksyy vieraisissa paikoissa	- laihtuminen	- potilas syötettävä
- ajantajun häiriö	- vaikeuksia ADL toiminnoissa	- primitiiviheijasteet
- sanojen löytämisvaikeus	- verenpaine laskee	- extrapyramidaalioireet
- abstraktien asioiden ymmärtämisen vaikeus	- yhä vanhemmat asiat unohtuvat	- verenpaine laskee
- korrekti käytös säilyy kauan	- aivojen kuorikerroksen atrofia	
- depressio, paranoia, aggressiivisuus	- aivojen sentraalinen atrofia	
- yleis- ja neurologinen status normaali		
- verenpaineen lasku		
- vaikeuksia monimutkaisissa kotiaskareissa		

( Erkinjuntti, Sulkava 1993 )

1. vaihe : tutkimuspaikan/laitoksen valinta
2. vaihe : aihepiirin määrittely ja rajaaminen
3. vaihe : havainnoitavien asioiden määrittely ja alustava kategoriointi
4. vaihe : valmistautuminen tutkimuksen kenttävaiheeseen
5. vaihe : tutkimuksen kenttävaiheen suorittaminen / aineiston keruu
6. vaihe : havainnointiaineiston tematisointi ja aineiston teemojen mukainen koodaus
7. vaihe : lopullisten kategorioiden muodostaminen
8. vaihe : tulkinta
9. vaihe : lääkkeiden analyysi ja tulkinta
10. vaihe : kustannusten vertailu, analyysi ja tulkinta



YMPÄRISTÖ

- visuaalinen stimulaatio
  - . peilit
  - . pintamateriaalit (seinät, katto, lattia -> heijastamattomia)
  - . värit
  - . taulut
  - . valaistus
- kuulo stimulaatio
  - . TV
  - . puhelin
  - . radio
  - . yleinen hälinä
- viihtyisyys/kodinomaisuus
- ympäristön turvallisuus
- vaeltelualue sisällä/ulkona
- osaston sommittelun selkeys
- osaston koko
- kulkemista/löytämistä helpottavat apuvälineet
- dementiapotilaiden erillinen ruokailu/päiväsali

HOITO

Vuorovaikutus

- vuorovaikutuksen yleinen luonne
  - . ystävällinen
  - . yksilöllinen
  - . loukkaava
  - . välinpitämätön
  - . onko potilas objekti vai kokeva ihminen
  - . onko vuorovaikutus rauhallista ja kiireetöntä
- koskettaminen kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen välineenä
- katsekontakti " " "
- paljonko on kieltoja ja millä tavalla tilanteet selvitetään
- millainen on ohjaustilanne
  - . rauhallisuus
  - . istuen
  - . katsekontakti
  - . äänensävy ja voimakkuus
  - . kosketus
- henkilökohtainen kontakti hoitaja < - > potilas

- subjektiiviseen pahanolontunteeseen ja ongelmatilanteisiin reagointi ja niiden ratkaisu
- häiritsevä käyttäytyminen
  - . vaeltelu
  - . riidanhalu
  - . tuhriminen
  - . meluisa
  - . hoitajien "reviirille" tuleva
  - . pelkäävä
  - . paranoidinen

Saako dementiapotilas tukea jäljelläoleville taidoilleen ja positiivisille ominaisuuksilleen

Vallankäyttö hoitotyössä

Saako potilas kulkea vapaasti osastolla

Saako potilas tukea itsenäiseen ja omatoimiseen toimintaan

Onko päätöksenteko potilaan tarpeista lähtevää, missämäärin hänen annetaan tehdä itsenäisiä valintoja

#### OSASTOLLA YLEISESTI HUOMIOITAVIA ASIOITA

- Hygienia
- Ruokailu tapahtumana
- Hoitofilosofia ja hoidon tavoitteet ( säilyttävää, hoivaavaa )
- Raportit, tehtäväkeskeisiä vai potilaskeskeisiä
- Henkilökunta
  - . peruskoulutus
  - . kokemus
  - . työpaikkakoulutus
  - . asenteet
  - . uusien hoitajien perehdytys

#### MUUTA

- Yksilöllinen hoitosuunnitelma -> ongelmien ennaltaehkäisy kuka tekee, miten esitellään henk.kunnalle, onko omaiset mukana
- Terapiat määrä/laatu
- Onko olemassa selkeä hoitokäytäntö
- Hoidon yleiset tavoitteet
- Lääkitys
- Millä perusteella valitaan potilaat
- Potilaan hoidon painopiste
- Säännölliset osastokokoukset
- Kustannukset





**OSASTOILLA KÄYTETYT LÄÄKKEET mg / annostuksesta**

**LIITE 7.1**

**Dementiaosasto**

**Sekaos/dem.pot**

**Muu somaattinen lääkitys**

**Muu som.lääk**

Duphalac 20 ml	1*2			Agiolax	
Pepsidin 20 mg	1*2				
Diurex	1*1			Diurex	1/2*2(1*1)
Retafyllin 200 mg	1*2			Retafyllin 200 mg + 100 mg	
Uretren comp.	1*1				
Levolac				Multitabs	
Cohemin inj.				Cohemin dep.inj	
Tenobloc					
Metblock				Metoprolin 50 mg	1/2*2
Digoxin semi	1*1			Digoxin semi	1*1
Digoxin mite	1*1			Digoxin mite	1*1
Asperin 100 mg	1*1			Asperin 100 mg	1*1
Durekal 750 mg	1*3			Durekal 1 g	1*1
Nitrosid 5 mg	1*3				
Furesis 40 mg	2+1			Furesis 40 mg	1/2*1
Furesis comp.	1*1			Furesis comp.	1*1
Euglucon 3,5 mg	2+1				
Doryl 2 mg	1*1				
Laxoberon 15 gtt	1*1			Laxoberon 10 gtt	
Pinloc 5 mg					
Disperin 50/100 mg	1*1			Disperin 100 mg	1*1 (50 mg 2*1, 1*1)
Ismox 20 mg	1*2	10 mg	1*2	Ismox 20mg	1*2(1/2*2)(1*1)(10mg*2)
Apurin 100 mg	1*1				
Mega-Calcium 1 g	1*1				
Enaloc 10 mg	1*1				
Novaluzid 5 ml/15 ml				Novaluzid 10 ml	
Dilzem 60 mg	1*2				
Primaspan 250 mg	1*1			Primaspan 250 mg	1*1
Ranimex 150 mg	1*1				
Trimopan 160 mg				Trimopan 100 mg	1*1
Prepulsid 5 mg	1*3				
Capoten 12,5 mg					
Verpamil 40 mg	1*3			Verpamil 40 mg	1*3
Nitrofur-C 50 mg				Trental 400 mg	1*2
Seloken				Propral 10 mg	1*1
				Madopar 100	
				Beclomet 250 mikrog	
				Suprium 50 mg	
				Marevan	
				Spartocine 250 mg	1*1
				Zyrtec 10 mg	1*1
				Trimetin 100 mg	1*1

Dem.os.  
Sedatiivi/anksiolyytti

LIITE 7.2

Busbar 10 mg 1\*3  
Atarax 25 mg 1\*1  
Temesta 1mg 1\*3  
Oxepam 15 mg 1/2\*1

Dem.os./antidepressantit

Azona 25 mg 1\*1  
Cipramil 20 mg 1\*1  
Anafranil 10 mg 1\*2  
Fontex mixt. 2 ml 1\*2  
Seroxant 20 mg 1\*1

Dem.os./neuroleptit

Melpax 50 mg 1\*2(25 mg 1\*3)  
Neulactil 2,5 mg 1\*1(1\*2)(5mg\*3)  
Sparine 50 mg 1\*1

Dem.os./hypnootit

Tenox 20 mg 1\*1  
Imovane

Dem.os./kipulääkkeet

Panacod 20 mg 1\*3  
Para-Tabs 500 mg

TARVITTAESSA LÄÄKITYS

Dem.os./muu som.lääk.tarv.

Novaluzid 10 ml/15 ml  
Nitrofur C  
Furesis amp.  
Nitro  
Nirtomex  
Librax  
Inkopax  
Primperan supp.  
Solvina mixt.  
Vertipam  
Multitabs

Sekaos./antidepressantit

Doxal 10 mg 1\*1  
Cipramil 10 mg 1\*1  
Noritren 10 mg 1\*2  
Suprium 50 mg 1\*2

Sekaos./neuroleptit

Serenase 1 mg 1/2\*3(2mg\*1)(1\*1)  
Neulactil 2,5 1+2(5mg\*2)  
Cisordinol 2 mg 2\*2(4mg\*1)

Sekaos./hypnootit

Tenox 20 mg  
Imovane 7,5 mg

Sekaos./kipulääkkeet

Para-Tabs 500 mg 1\*2  
Burana 400 mg 1\*3  
Abalgin ret. 150 mg

TARVITTAESSA LÄÄKITYS

Sekaos./muu som.lääk.tarv.

Novaluzid 10-15 ml  
Imodium 2 mg  
Timpilo Forte  
Nitro  
Felden geeli  
Diclomex  
Salbuvent mixt.  
Primperan supp.20 mg  
Ventoline  
Mediproct voide  
Dactarin puuteri  
Viscotiers

**Dem.os/sedatiivit/anksiolyytit/tarv**

Temesta 0,5  
 Heminevrin 150 - 300 mg  
 Alopam 7,5  
 Stesolid rek

**Dem.os/neuroleptit/tarv**

Melpax 25 mg  
 Serenase  
 Neulactil 2,5 mg(5 mg)  
 Haloperin

**Dem.os/hypnootit/tarv.**

Tenox 20 mg  
 Imovane 7,5 mg 1/2\*1

**Dem.os/kipulääkkeet/tarv**

Naprosyn 5-10 mg  
 Abalgin ret.  
 Abalgin 65 mg  
 Litalgin  
 Ketorin  
 Para-Tabs 500 mg  
 Mobilat geeli  
 Librax  
 Burana 400 mg  
 Morphin 2-4 mg

**Sek.os.sedat/anksiol.tarv.**

Temesta ?mg 1/2\*2  
 Heminevrin mixt. 5 ml  
 Alopam 15 mg  
 Xanor 0,25 mg 1\*1  
 Opamox 15 mg

**Sekaos./neuroleptit/tarv.**

Melpax 25 mg  
 Serenase dep.inj.25 mg  
 Haloperin 6gtt

**Sekaos/hypnootit/tarv**

Tenox 20 mg 1/2-1(1\*1)

**Sekaos/kipulääkkeet/tarv.**

Naprometin 250 mg  
 Diclomex 25 mg  
 Abalgin 65 mg  
 Litalgin  
 Ketorin 100 mg 2-3

Burana 400 mg(600 mg)

**Sekaos/ei-dem.pot/ säännöllinen lääk**

**Muu som.lääkitys**

Primaspan 250 mg 1\*1  
 Disperin 100 mg 1\*1  
 Hydantin 100 mg 2+1  
 Deprakine 2\*2  
 Digoxin semi 1\*1  
 Digoxin mite 1\*1  
 Furesis 40 2+2(2+1)(1\*2)  
 Furesis c. 1\*1  
 Furesis 20 mg 1\*1  
 Disperin 250 mg 1\*1(50mg2\*1)

Sekaos. sedatiivi/anksiol/säänn.

Atarax 10 mg 1\*1(10 mg+25 mg)  
Alopam 15 mg 1\*1(1\*1/2)  
Risolid 10 mg 1\*2

Sekaos. neuroleptit/säänn.

Melpax 25 mg+10 mg+25 mg(10 mg\*3)  
Cisordinol 10 mg 1\*2  
Neuactil 2,5 mg 1\*2

Sekaos.antidepressantit/säänn.

Cipramil 20 mg 1\*1(2\*1)  
Suprium 50 mg 1\*1  
Anafranil 25 mg+50 mg  
Doxal 10 ng+25 mg

Sekaos.hypnootit/säänn.

Imovane 7,5 mg 1\*1

LIITE 7.4

Spiresis 25 mg 1\*1  
Pentoxin 400 1\*3  
Duphalac  
Diurex 0,5 1\*1  
Spartocine 250 mg 1\*2  
Salbuvent  
Ismox 20 mg 1\*2  
Pepcidin 20 mg 1\*1  
Enaloc 5 mg 1\*1  
Propral 20 mg 1\*3  
Tenobloc 50 mg 1\*1  
Euglucon 3,5 mg 1\*2  
Trimetin 100 mg 1\*1  
Laxogeron gt  
Kardopal mite 1\*2  
Dilzem 120 mg 1+1/2  
Durekal 1g 1\*1(1\*2)  
Duroferon 1\*2  
Neurotol slow 100 m 1\*2  
Rivatriil 0,5 mg 1\*2  
Ditropan 50 mg 1\*3  
Losec 20 mg 1\*2  
Artergin 1,5 mg 1\*2  
Tenobloc  
Multitabs  
Hiprex 1g 1\*2

Sekaos/kipulääke(sään.

Voltaren 25 mg 1\*3  
Diclomex 25 mg 1\*1  
Para-Tabs 500 mg 1\*2

## SEKAOSASTO LÄÄKITYS TARVITTAESSA

sekaos/ei-dementiapotilaat

Muu som.lääk tarv.

Atrovent  
Salbuvent  
Hydrocortison voide  
Metalax  
Novaluzid 15 ml  
Microlax  
Primperan 20 mg  
Actrapid ins  
Viscotears

Sekaos/hypnootit/tarv/ei-dem-pot

Tenox 20 mg  
Imovane 7,5 mg

Sekaos.neuroleptit/tarv. ei-dem.pot

Serenase 0,5 mg  
Levozin 25 mg



**Antepsin 10 mg**  
**Furesis**  
**Doryl 2 mg**  
**Novalan voide**  
**Dactarin**  
**Pimafucin voide**  
**Ranimex 150 mg**  
**Isopto-Plain**

**Sekaos. kipulääke/tarv ei-dem.pot**

**Burana 400 mg**  
**Voltaren supp**  
**Abalgin 65 mg**  
**Litalgin 1-3**  
**Diclomex 50 mg**  
**Para-Tabs 500 mg**

**LIITE 7.5**

**Sekaos. sedatiivi/anksiolyytti/tarv/ei-dem.**

**Oxepam 15 mg**      1-2 tbl  
**Temesta 0,5**  
**Diapam 10 mg**      1\*2  
**Alopam 15 mg**      1/2\*3  
**Atarax 10-20 mg**    1\*3  
**Stesolid rekt.**  
**Heminevrin 5 ml**

- Y1 Ympäristö
- Y2 Yleisiä asioita
- R Ruokailu
- L Liikkuminen
- K1 Kommunikaatio
- K2 Koskettaminen
- K3 Kiellot
- H1 Häiriökäyttäytyminen
- H2 Henkilökunta
- P Potilas/asiakas
- PK Potilaan kohtaaminen

Dementiaosasto

1/3 osastonhoitaja  
1 sairaanhoitaja  
4 hoitaja (\*)  
5 hoitoapulainen ( kouluttamaton )

yö:

1 sairaanhoitaja  
1/3 hoitoapulainen

Sekaosasto

1/3 osastonhoitaja  
5/3 sairaanhoitaja  
5 hoitaja (\*)  
4 hoitoapulainen

yö:

1 hoitaja  
1/3 hoitoapulainen

(\*) Hoitajanimikkeellä olevien koulutus pohja: perushoitaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja, kodinhoitaja ja, kehitysvammahoitaja