

Samalla polulla – voimavaroja lyhytaikaishoidosta

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry

Sampo –hankkeen loppuraportti

SISÄLLYSLUETTELO

1	HANKEEN PÄÄMÄÄRÄ	6
1.1	LYHYTAIKAISHOIDON KEHITTÄMINEN JA MALLINTAMINEN	6
1.2	MUU KOTONA ASUMISTA TUKEVA TOIMINTA.....	6
2	KESKEISET KÄSITTEET	8
2.1	MUISTISAIRAUDET	8
2.1.1	<i>Sairauden eteneminen ja vaiheet</i>	8
2.1.2	<i>Muistisairaahan toimintakyky ja toimijuus</i>	9
2.2	LYHYTAIKAISHOITO OSANA TOIMINTAKYVYN TUKEMISTA	11
3	PROJEKTIN YHTEISTYÖVERKOSTO	13
3.1	TOIMIJA-KENTÄN KARTOITUS JA HAASTATTELUT.....	13
4	KENTÄLTÄ NOUSSEET KEHITTÄMISTARPEET	16
4.1	ASIAKASTIEDONKULKU JA YHTEISTYÖ TOIMIJOIDEN VÄLILLÄ	17
4.2	LYHYTAIKAISHOIDON SUUNNITELMALLISUUS JA TAVOITTEELLISUUS	17
4.3	KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ JA KOKONAISVALTAINEN KUNTOUTTAMINEN	18
4.4	OMAISEN TUKEMINEN JA YHTEISTYÖ	18
4.5	LYHYTAIKAISHOITON HAKEUTUMINEN JA PAIKKOJEN RIITTÄVYYS.....	19
5	LYHYTAIKAISHOIDON KEHITTÄMINEN	21
5.1	HANKKEEN JÄRJESTÄMÄ KOULUTUS YHTEISTYÖKUMPPANEILLE.....	21
5.2	MALLIN KEHITTÄMISTYÖ JA PILOTOINTI	22
5.2.1	<i>Havainnointijaksot</i>	23
5.2.2	<i>Kysely hoitohenkilökunnalle</i>	23
5.2.3	<i>Kysely omaisille</i>	24
5.2.4	<i>Mallin osatekijöiden työstäminen työpajatyöskentelynä</i>	25
5.2.5	<i>Kokonaiskuntouttava lyhytaikaishoidon malli</i>	27
5.2.6	<i>Mallin sovellettavuus ja levittäminen</i>	29
6	MUU KEHITTÄMISTYÖ	30
6.1	VERKOSTOTYÖN KEHITTÄMINEN.....	30
6.2	TYÖIKÄISET MUISTISAIRAAT JA HOITO PIRKANMAAN KUNNISSA.....	32
6.3	MUU KOTONA ASUMISTA TUKEVA TOIMINTA.....	34
6.3.1	<i>Ryhmätoiminta</i>	34
6.3.2	<i>Palveluneuvonta ja ohjaus</i>	35

7	PROJEKTIN TULOSTEN ARVIOINTIA	37
7.1	SAMPO-HANKE YHTEISTYÖTAHOJEN ARVIOIMANA	37
7.2	TYÖPAJATYÖSKENTELEY TYÖNTEKIJÖIDEN ARVIOIMANA	38
7.3	LYHYTAIKAISJAKSOJEN/MALLIN ARVIOINTIA.....	39
7.4	LYHYTAIKAISPAIKKOJEN MÄÄRÄSSÄ TAPAHTUNEET MUUTOKSET.....	40
8	HANKKEEN RESURSSIT	41
8.1	PROJEKTIN ORGANISAATIO JA HENKILÖSTÖ	41
8.2	SISÄLTÖRYHMÄ KEHITTÄMISTYÖN VÄLINEENÄ	41
8.3	HANKKEEN RAHOITUS	42
9	JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	43

YLEISTÄ

Muistisairaiden ihmisten määrä on voimakkaassa kasvussa ja määrän enustetaan nelinkertaistuvan seuraavien neljän vuosikymmenen aikana. Parantavaa hoitoa dementoiviin sairauksiin ei ole löydetty. Etenevät muistisairaudet on merkittävä ikääntyneiden toimintakykyä heikentävä sairaus ja yleisin ikääntyvien kotona selviytymistä vaikeuttava tekijä. Dementoivat sairaudet yleistyvät jyrkästi iän karttuessa. Pirkanmaalla arvioidaan kaikkien muistisairaiden määrän kasvavan 34 % seuraavan kymmenen vuoden aikana ja kasvun kiihtyvän vielä seuraavat kymmenen vuotta suurten ikäluokkien saavuttaessa korkean iän ja keskimääräisen eliniän kohotessa.

Väestön ikärakenteen muutos ja kuntatalouden tiukentuminen tuovat paineita kotona tapahtuvan hoidon tukemiseen ja kehittämiseen. Kotihoidon on laskettu olevan selvästi edullisempaa kuin laitoshoidon, mutta resursseja kotihoidon mahdollistamiseksi ei ole läheskään riittävästi. Kotona asuminen on useimmiten myös sairastuneen ja hänen omaistensa ja läheistensä toive. Haasteena on paitsi riittävien tukitoimien järjestäminen kotiin niin myös omaisten ja läheisten jaksamisen tukeminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut ikäihmisten palveluille valtakunnalliset tavoitteet Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa. Laatusuositus sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella osa-alueella: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenne, henkilöstö ja johtaminen sekä asuin- ja hoitoympäristöt.

Valtakunnalliset tavoitteet vuoteen 2012 mennessä ovat: 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä

- 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin
- 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa
- 5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea
- 5–6 prosenttia on tehostetun palveluasumisen piirissä
- 3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla

Kunnat asettavat omissa ikääntymispoliittisissa ohjelmissaan ikääntyneiden palveluille omat tavoitteensa valtakunnallisten tavoitteiden ja paikallisten tarpeiden pohjalta.

Kotona asumisen tukemiseen tähtäävä Sampo-projekti käynnistyi vuonna 2007 Raha-automaattiyhdistyksen myöntämällä rahoituksella. Hankkeen hallinnoiva organisaatio, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry (ent. Pirkanmaan Dementiayhdistys) on tehnyt koko 20-vuotisen historiansa ajan yhteistyötä muiden Pirkanmaalla toimivien muisti- ja dementia-alan toimijoiden kanssa. Myös heti Sampo – hankkeen suunnitteluvaiheessa yhdistykselle oli luonteva lähestymistapa koota laaja kehittämisverkosto viemään hankkeen tavoitteita eteenpäin. Hankkeen tavoitteena oli myös mukana olevien tahojen yhteistyön kehittäminen. Sampo-projekti onkin yksi konkreettinen esimerkki kotihoidon tukevaa palvelutuotantoa ja eri palveluntuottajien yhteistoimintaa kehittävistä projekteista.

Kotona selviämisen tukitoimia on useimmin kehitetty erillisinä hankkeina, mutta ei eri sektoreiden yhteistyössä. Tieto muistisairaana hyvän elämisen mahdollistamisesta lisää myös omaisten hyvinvointia. Lisäksi kehittämistyötä on aikaisemmin puuttunut muistisairaiden tarpeista lähtevä tukipalvelujen kokonaisuuden ymmärrys, jossa omaisen rooli on keskiössä. Muistiyhdistyksellä on vahva osaaminen ja tieto juuri tältä osa-alueelta.

1 HANKEEN PÄÄMÄÄRÄ

SAMPO –projektin päätavoitteena on ollut tukea sairastunutta selviämään kotihoidossa mahdollisimman pitkään sekä tukea sairastunutta ja hänen perhettään jaksamaan ja selviämään sairauden aiheuttamista kriisitilanteista. Projektin tärkeät lähtökohdat olivat perhetyön näkökulma ja jatkuvuuden näkökulma – koko perhekokonaisuutta pyrittiin tukemaan koko sairastamisprosessin ajan. Muistisairasta henkilöä ja hänen perhettään / läheistään ei voida erottaa palvelumuotoa tarjottaessa, koska muistisairaus on luonteeltaan kokonaisvaltainen ja koskettaa koko lähiyhteisöä. Hankkeessa kehitettiin yhteistyötä Pirkanmaan Muistiyhdistyksen, Tampereen kaupungin sekä yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien välillä. Hankkeen päätavoitetta tukivat seuraavat osatavoitteet: lyhytaikaishoidon kehittäminen toimintakykyä tukevaksi ja kokonaiskuntouttavaksi sekä muun toiminnan kehittäminen, joka tukee kotona asumista.

1.1 Lyhytaikaishoidon kehittäminen ja mallintaminen

Projektin tarkoituksena oli kehittää lyhytaikaishoitoa vastaamaan kotona asuvan muistisairaana kuntoutuksellisia tarpeita ja saada lyhytaikaishoito osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa riittävän varhaisessa vaiheessa. Olettamuksena projektin alkaessa oli se, että mitä varhemmin lyhytaikaishoito saadaan osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja mitä varhaisemmassa sairauden vaiheessa lyhytaikaishoidon yksikkö tulee tutuksi, sitä paremmin se tukee kuntoutumista ja kotona selviytymistä.

Hankkeen tavoitteena oli mallintaa toimintakykyä tukeva, kokonaiskuntouttava lyhytaikaishoito yhteistyössä eri tahojen kanssa sekä saada kuntouttava ja voimavaroja tukeva työote vallitsevaksi koko sairastumisprosessin ajaksi. Lisäksi hankkeen tavoitteena oli tarkentaa lyhytaikaishoidon käsitteitä, lisätä lyhytaikaishoidon tunnettuutta Pirkanmaalla sekä vakuuttaa lyhytaikaishoidon tarpeellisuudesta yhtenä palvelumuotona yhteiskunnassa.

1.2 Muu kotona asumista tukeva toiminta

Sairastuneen ja hänen läheisensä jaksamisen tukemisessa ja kriisitilanteista selviämisen tukena projektissa toimi vertaistukiryhmiä sekä sairastuneille että läheisille. Ryhmät olivat suunnitelmallisia, suljettuja ja määräaikaaisia. Suljetut omaisten vertaistukiryhmät tukivat heidän omaehtoista verkostoitumistaan ja ehkäisivät siten sosiaalista eristäytymistä, joka on erityinen riski juuri muistisairaiden ja heidän omaistensa kohdalla. Lisäksi hankkeessa ke-

hitettiin neuvontaa ja järjestettiin omaisteniltoja yhteistyössä palveluntuottajien kanssa.

Erityisenä kohderyhmänä hankkeessa olivat työikäisenä dementoiviin sairauksiin sairastuneet henkilöt, jotka usein jäävät kokonaan olemassa olevien palvelujärjestelmien ulkopuolelle. Työikäisenä dementoivaan sairauteen sairastuneen hoito ei sinänsä eroa muistisairauksien hoidosta yleensä, mutta tuen tarpeet työikäisillä poikkeavat myöhemmällä iällä sairastuneiden tarpeista. Hyvän hoidon perusta on täsmällinen diagnoosi. Työikäisenä sairastuneen toimintakyvyn tukeminen ja kuntoutus on erilaista kuin vanhusten, sillä työikäiset ovat yleensä fyysisesti paremmassa kunnossa, eikä heillä ole siinä määrin muita perussairauksia kuin ikäihmisillä. Lisäksi on joukko erityiskysymyksiä, jotka on hyvä ottaa huomioon työikäisten kohdalla.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Muistisairaudet

Dementia on oireyhtymä aivoja rappeuttavasta sairaudesta, joita ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappaletauti, verisuoniperäinen eli vaskulaarinen dementia sekä frontaalinen eli otsalohkodementia. Lisäksi tunnetaan Parkinsonin taudin aiheuttama dementia, liiasta alkoholin käytöstä johtuva dementia ja geenivirheistä johtuvia dementioita. Eri sairauksien dementiaoireet ovat hyvin vaihtelevia ja monimuotoisia, mutta yhteistä sairauksille on muistin ja uuden oppimisen ongelmat. Dementiaa aiheuttavien sairauksien erottaminen toisistaan on tärkeää siksi, että oireet, taudin eteneminen ja hoito voivat poiketa toisistaan.

Yleisin dementiaa aiheuttava sairaus on Alzheimerin tauti. Sen esiintyvyys on 60-70% kaikista dementoivista taudeista on. Alzheimerin tauti on hitaasti etenevä aivoja rappeuttava sairaus, jossa hermosolujen tarvitsema välittäjäaine asetyylikoliini aivoissa vähenee. Tämä vaikuttaa erityisesti aivojen muistijärjestelmään. Tautiin sairastumisen riskiä lisäävät mm. korkea ikä, demensian esiintyminen lähisuvussa, vakava kallovario, alhainen koulutustaso ja aikaisemmin sairastettu vakava masennus.

2.1.1 Sairauden eteneminen ja vaiheet

Dementoivien sairauksien etenemistä kuvataan usein kolmivaiheisesti.

Lievä vaihe. Sairastuneen muisti on heikentynyt ja unohtaminen lisääntyy. Yleensä hän muistaa yksittäisiä tapahtumia, mutta tapahtumien keskinäinen aikajärjestys sekoittuu. Kun sairastuneelta kysytään jotain, hän kääntyy usein läheisensä puoleen apua pyytääkseen. Aloitekyky heikkenee ja keskittymiskyky huononee. Sanojen löytäminen tuottaa vaikeuksia. Myös eksymistai-pumusta esiintyy. Käyttöoireina saattaa olla vetäytyminen harrastuksista ja sosiaalisesta kanssakäymisestä. Lievässä sairauden vaiheessa henkilö kykenee suoriutumaan suhteellisen itsenäisesti päivittäisistä toiminnoistaan, jos hän saa riittävästi tukea ja ohjausta. Sairastunut saattaa vielä selvitä yksin omassa kodissaan.

Keskivaikea vaihe. Sairastuneella on jo huomattavia muistivaikeuksia ja taipumusta toistuvaan kyselyyn. Toiminnan suunnittelu on hidastunut. Puhe, kätevyys ja hahmottaminen heikkenevät. Sairauden tunto on heikentynyt ja persoonallisuus on usein selvästi muuttunut. Aloitekyky on heikentynyt ja harhaluuloisuutta sekä unihäiriöitä saattaa esiintyä. Sairastunut tarvitsee päi-

vittäin apua arkielämän askareissa, mutta selviää vielä henkilökohtaisissa toimissa yksin.

Vaikea vaihe. Sairastunut on menettänyt täydellisesti kyvyn huolehtia itseltään eikä useimmiten selviä enää omassa kodissaan runsaankaan avun turvin. Valtaosa vaikeassa vaiheessa olevista hoidetaankin kodin ulkopuolisessa ympärivuorokautisessa hoidossa. Sairauden tunto on kadonnut, liikuntakyky voi olla jo vaikeutunut ja oman huoneen löytäminen hoitopaikassa on vaikeaa, samoin eksyily lisääntyy. Tässä vaiheessa on usein vaikeutuvia käytösoireita.

2.1.2 Muistisairaan toimintakyky ja toimijuus

Ihmisen toimintakyvyllä tarkoitetaan hänen kykyään selvitä normaaleista päivittäisistä toiminnoistaan niin työssä kuin vapaa-aikana ja kykyä huolehtia omista tarpeistaan. Toimintakyvyn käsite voidaan määrittää joko voimavara-lähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona, tai todettuina toiminnan vaijeina. Toimintakyky laajasti nähtynä tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisissä jokapäiväisen elämän toiminnoissa siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää.

Perinteisesti toimintakyky on jaettu kolmeen osaan: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky.

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan selviämistä päivittäisistä toiminnoista, joita ovat peseytyminen, pukeutuminen, riisuutuminen, henkilökohtaisesta siisteydestä huolehtiminen, arjen askareista selviäminen, ruokailu, wc-toiminnot, lääkkeiden otto, liikkuminen ja ulkoilu.

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä ylläpitää sisäistä tasapainoa ja ohjata vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Esimerkiksi: Ihmisen aivot käsittelevät ympäristön ärsykeitä (aistitoiminta), ohjaavat lihasliikkeitä (motoriikka), aktivoivat aivokuoren (tajunta, vireys), siirtyvät lepotilaan (uni), varastoivat tietoa (muisti, oppiminen), mahdollistavat kommunikoinnin muiden kanssa (kieli, puhe), synnyttävät ja kokevat tunteita (tunteet ja emootiot) sekä valitsevat aistiärsykeitä ja käyttäytymisohjelmia aivojen sisäisiä tiloja vastaaviksi (motivaatio ja toiminnan ohjaus).

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä orientoitua aikaan ja paikkaan, toimia ja olla sosiaalisessa kanssakäymisessä toisten kanssa

Etenevä muistisairaus aiheuttaa ihmisellä toimintakyvyn heikkenemistä. Mitä pidemmälle sairaus etenee, sitä enemmän se vaikuttaa sairastuneen toimintakykyyn ja mahdollisuuteen selvitä ja asua itsenäisesti. Muistisairauteen sairastuneen toimintakykyä voidaan tukea lääkehoidolla. Lääkkeillä voidaan vaikuttaa myös käytöshäiriöihin. Lääkehoidon lisäksi muistisairaan toiminta-

kykyä tulisi tukea myös muilla menetelmillä. Tärkeintä tukemisessa on, että dementoituvan jäljellä olevat voimavarat eli omat osaamiskyvyt ja osaamisalueet huomioidaan. Sairastuneen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä voidaan tukea monin eri tavoin. Yksi mahdollisuus tukea toimintakykyä on tarkoituksenmukaisesti suunniteltu ja toteutettu lyhytaikaishoito.

Eteneville muistisairauksille on ominaista, että henkiset oireet tulevat paljon ennen fyysisiä oireita. Yleisimpiä oireita ovat muistin heikkeneminen ja uuden oppimisen vaikeutuminen. Nimet unohtuvat ja oikeiden sanojen löytäminen vaikeutuu. Unohtelu johtuu vaikeudesta työstää mielessä uutta, opettelua vaativaa tietoa. Uuden asian mieleen painaminen, mielessä säilyttäminen ja mieleen palautus vaikeutuu.

Sairastuneen kyky erottaa yksityiskohtia ja ymmärtää asiayhteyksiä heikkenee. Sairastunut tarvitsee apua ja ohjausta esim. peseytymiseen ja pukeutumiseen. Sairaalta katoaa muistitieto siitä, kuinka kehoa käytetään eri arkipäivän tilanteissa. Hahmottamisen häiriö ja lähimuistin heikkeneminen vaikeuttavat sairaan selviämistä kotiaskareissa ja kodin ulkopuolella. Hahmottamisen häiriö ilmenee esimerkiksi sairaan eksymisenä kodin ulkopuolisessa ympäristössä. Kehon liikkeet saattavat hidastua ja muuttua kömpelömmiksi, jolloin yleinen toiminta ja asioiden suorittaminen vaativat enemmän ponnistelua. Toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa sairastuneessa usein turhautumista ja masentuneisuutta. Masentuneisuus näkyy aloitekyvyttömyytenä. Epäonnistumisen kokemukset ja pelko näkyvät eristäytymisenä ja passiivisuutena.

Sosiaaligerontologian professori, Jyrki Jyrkämä, Jyväskylän yliopistosta, on tuonut toimintakyvyn käsitteeseen toimijuuden tarkastelunäkökulman. Jyrkämän (2007) mukaan toimijuuden ulottuvuuksia ovat: kykeneminen, osaminen, haluaminen, täytyminen, voiminen ja tunteminen. Perusajatuksena toimijuudessa on, että ihminen toimii itselleen mielekkäillä tavoilla. Esimerkiksi ihmisellä saattaa olla toimintakykyä jäljellä, mutta hän ei käytä sitä. Syytä tähän voidaan etsiä ihmisen omista lähtökohdista: elämänhistoriasta, nykytilanteesta tai elinympäristöstä. Jyrkämä näkee, että esimerkiksi kuntouttamiseen tulisi mielekkyyttä, jos ihminen otettaisiin huomioon kaikkine puolineen. Ihmisiä hoitavien ammattilaisten tulisi ymmärtää, että autettava on aina paras oman elämänsä asiantuntija ja ihminen tulee aina nähdä oman elämänsä ohjaksissa. **Ammattilaisten tulisi omaksua kumppanuuden asenne: hoitaminen tulisi nähdä keskinäisenä vuorovaikutuksena.**

SAMPO-projektissa toimintakyky määriteltiin voimavara- ja lähtöisästi kattaen ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Näiden toimintakyvyn osa-alueiden ymmärretään sisältyvän laajaan toimijuuskäsitteeseen.

2.2 Lyhytaikaishoito osana toimintakyvyn tukemista

Lyhytaikaishoito voi olla kertaluonteinen tai pitää sisällään säännöllisesti toistuvia jaksoja. Jaksolta palataan aina kotiin. Lyhytaikaishoito on tarkoitettu ikääntyville henkilöille, jotka tarvitsevat kotona asumisensa tueksi omatoimisuutta tukevaa ja sosiaalisia kontakteja ylläpitävää toimintaa sekä terveyden- ja sairaanhoitopalveluita. Omaishoitajana toimivalle lyhytaikaishoito tarjoaa mahdollisuuden lepäämiseen ja omaan aikaan. Lyhytaikaishoidon avulla pyritään siirtämään pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista sekä tukemaan sairastuneen ja hänen perheensä elämänlaatua ja -hallintaa.

Lyhytaikaishoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon sairastuneen jäljellä olevat voimavarat ja hänen mahdollisuutensa selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyvyn arviointi antaa tietoa muistisairauden vaiheesta ja jäljellä olevasta toimintakyvystä. Muistisairaana omien voimavarojen kartoitus tulisi kohdistua psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Erilaisten toimintakykyä mittaavien mittareiden avulla voidaan arvioida muistisairaana hoidon tarvetta ja laatua. Mittarit soveltuvat myös yksilön hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan sekä hoidon tulosten seurantaan.

Jotta lyhytaikaishoito onnistunutta ja toimintakykyä tukevaa, edellyttää se yhteistyötä hoitoketjun muiden osapuolten, kuten kotihoidon kanssa. Lyhytaikaishoitoa ei pidä nähdä irrallisena hoitajaksona, vaan osana muistisairaana hoitopolkua. Lyhytaikaishoito antaa omaishoitajalle vapaata, mutta sen tulisi myös kuntouttaa ja tukea muistisairaana fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja auttaa näin selviytymään kotona mahdollisimman pitkään.

Kuntouttava ja voimavaralähtöinen hoito asettaa hoitotyölle vaatimuksia, joihin vastaamiseen tarvitaan erityisosaamista. Henkilöstöllä tulee olla valmiuksia ja osaamista moniammatilliseen yhteistyöhön ja monialaiseen kuntoutukseen. Usein tämä tarkoittaa henkilöstömitoitukseen ja -rakenteeseen panostamista.

Etenevää muistisairautta sairastavan kuntoutus vaatii käsitteenä selkiyttämistä, koska kuntoutuksella ymmärretään usein pelkästään fyysisen kunnan kohottamista ja fysioterapiaa sekä sairaudesta paranemista. Myös ammattihenkilöstön parissa asenne muistisairaiden kuntoutukseen voi olla skeptinen em. ahtaan kuntoutusnäkemys vuoksi.

Toimintakykyä ja toimijuutta tukeva lyhytaikaishoito on sairastuneen tilanteen ja tarpeiden mukaisesti suunniteltu tavoitteellinen hoitajakso, joka järjestetään dementoivaa sairautta sairastavien hoitoon perehtyneessä palvelukodissa tai vanhainkodissa. Projektissa pohdittiin myös kotiin annettavan lyhytaikaishoidon mahdollisuutta, sillä on osoittautunut, että lyhytaikaishoito kodin ulkopuolella ei sovellu kaikille muistisairaille. Erityisesti työikäisille sairastuneille voisi kotona järjestettävä lyhytaikaishoito olla hyvä vaihtoehto. Hank-

keen toimintakauden aikana Pirkanmaalla ei ollut työikäisenä sairastuneille ja heidän perheidensä tarpeisiin kohdennettuja erityispalveluita.

Vaikka lyhytaikaishoidosta puhutaan yhtenä kokonaisuutena, haastattelujen perusteella on löydettävissä ainakin kolme erilaista lyhytaikaishoidon tyyppiä tai syytä lyhytaikaishoidolle:

”Kotiuttava”/kuntouttava lyhytaikaishoito on kyseessä silloin, kun asiakas saapuu lyhytaikaishoitajaksolle esimerkiksi sairaalassa tehdyn operaation, kuten leikkauksen jälkeen kuntoutumaan kotikuntoiseksi. Tällaisessa tapauksessa jakson kuntoutukselliset tavoitteet on helppo asettaa.

”Akuutti” lyhytaikaishoito, jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan äkillisesti ilmenevää lyhytaikaishoidon tarvetta. Syynä voivat olla muutokset sairastuneen tilassa, jolloin lyhytaikaishoito toimii ikään kuin sairastuneen terveydentilaa ja vointia kartoittavana tai kuntouttavana jaksana. Myös tällaisissa tapauksissa jakson kuntoutukselliset tavoitteet ovat melko helposti asetettavissa (esim. jos sairastuneen perushoito on ollut kotona puutteellista, saattavat jo riittävä perushoito, ravitsemus ja nesteytys olla kuntouttavaa toimintaa). Akuutin lyhytaikaishoidon tarpeen voi aiheuttaa myös omaisen äkillinen sairastuminen tai uupuminen.

Omaisien vapaa tai loma on yleinen syy lyhytaikaishoidolle. Kun tarkastellaan lyhytaikaishoidon kuntouttavuutta, ovat ”kotiuttavan” ja ”akuutin” lyhytaikaishoidon kuntouttavuus helpommin nähtävissä. Sen sijaan omaisen lomasta johtuvan lyhytaikaishoidon kuntoutuksellisten tavoitteiden asettaminen voi olla vaikeaa ja tällöin on vaarana, että sairastuneen toimintakyky heikkenee jakson aikana. Omaisen lomasta johtuvalla hoitajaksolla tulisi kartoittaa tekijät, jotka erityisesti aiheuttavat omaisen väsymistä ja tulisi selvittää, voitaisiinko niihin vaikuttaa hoitajakson avulla ja siten tukea omaisen jaksamista.

Projektissa päädyttiin käyttämään **kokonaiskuntouttavan lyhytaikaishoidon sekä toimintakykyä ja toimijuutta tukevan lyhytaikaishoidon** käsitteitä. Toimintakykyä tukevalla toiminnalla tarkoitetaan sairastuneen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ylläpitävää tai kohottavaa toimintaa.

SAMPO-projektissa kokonaiskuntouttava lyhytaikaishoidon käsite määriteltiin seuraavasti:

Muistisairaahan toimintakykyä ja toimijuutta tukeva lyhytaikaishoito on tavoitteellinen hoitajakso tai hoitajaksojen sarja, joka on suunniteltu yhteistyössä asiakasta hoitavien tahojen kanssa ja toteutetaan muistisairauksien hoitoon perehtyneessä yksikössä ammattihenkilöiden toimesta.

3 PROJEKTIN YHTEISTYÖVERKOSTO

Projektin välillisenä kohderyhmänä ovat yhteistyötahojen ammattihenkilöt Tampereella. Hankkeen aikana yhteistyötä on tehty seuraavien tahojen kanssa: Coronaria Hoitoketju Oy, Kotipirtti ry, Koivupirtin säätiö, Palvelutähti (Kotihoito Tammer), Sopimusvuorisäätiö, Tammenlehväsäätiö, Tampereen kaupunki, Tampereen kaupunkilähetys, Tampereen Vanhuspalveluyhdistys, Tuulikkikoti, Viola -kotiyhdistys ry. Lisäksi hankkeessa on ollut mukana asiantuntijoita Tampereen yliopistosta sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Tampereen kaupungista hankkeessa on ollut mukana Hatanpään puistosairaalan psykogeriatrinen osasto, kotihoito, omaishoidon tuen toimisto, lyhytaikaishoitoa tarjoavat hoitokodit, Kaupin muistipoliklinikka sekä TAYS:n neurologian poliklinikka.

Hankkeen alkaessa 2007 pilottikohteeksi valittiin Tampereen Vanhuspalveluyhdistyksen Taatalan palvelutalon ryhmäkoti. Palvelutalon ja ryhmäkodin toiminta siirtyi Coronaria Hoitoketju Oy:n toiminnaksi keväällä 2009. Coronaria Hoitoketju Oy tuottaa julkiselle sektorille terveydenhuollon palveluita.

3.1 Toimijakentän kartoitus ja haastattelut

SAMPO –projektin alussa perehdyttiin Tampereen lyhytaikaishoidon tilanteeseen tutustumalla projektin yhteistyökumppaneiden toimintaan. SAMPO -projektin yhteistyökumppanit olivat lyhytaikaishoidon käytännön toiminnan ja tarpeiden asiantuntijoita. Toimijakenttä koostui Tampereen kaupungin asiakasohjausyksiköstä, kotihoidosta, omaishoidon tuen toimistosta sekä lyhytaikaishoitoa tarjoavista yksityisistä palvelu- ja vanhainkodeista.

Toimijakenttää kartoitettiin tekemällä haastattelut seuraavissa paikoissa: Tuulikkikoti, Petäjäkoti (Tampereen kaupunkilähetys), Tampereen kaupungin lyhytaikaishoidon asiakasohjausyksikkö, Koivupirtti, Kotipirtin palvelutalo, Tampereen kaupungin kotihoito (Takahuhti), Tammenlelväkeskus, Taatalan ryhmäkoti (Tampereen Vanhuspalveluyhdistys ry/ Coronaria Hoitoketju Oy), Sopimusvuorisäätiö, Palvelutähti Oy, Tampereen kaupungin omaishoidontuen toimisto, Hatanpään puistosairaala (psykogeriatrinen osasto).

Haastattelukierroksia tehtiin kaksi, joista ensimmäisellä hankkeen alkaessa vuonna 2007 pyrittiin selvittämään lyhytaikaishoidon sen hetkistä tilannetta: mikä muistisairautta sairastavan lyhytaikaishoidossa on hyvin ja missä on kehitettävää. Syksyllä 2008 tehtiin toinen haastattelukierros, jonka tarkoituksena oli selvittää ja tarkentaa, miten lyhytaikaishoito tukee muistisairaana toimintakykyä.

Haastatteluissa nousi esille mm. seuraavia asioita:

- toimintaa tulisi kehittää kuntouttavampaan suuntaan
- kuntoutuksen näkeminen kokonaisvaltaisena
- toimintakyky kohenee jaksolla, mutta heikkenee myös kotona, jos omainen tekee liikaa muistisairaana puolesta, seurauksena omaisen väsyminen
- toisaalta kotihoito koki, että jaksoilla tehdään liikaa asiakkaan puolesta ja muistisairas laitostuu ja kotona joudutaan taas ”opettamaan” omatoimiseksi
- lyhytaikaishoidon jatkumon kehittäminen → edellyttää lyhytaikaishoidon, kotihoidon ja omaishoidon vuorovaikutuksen kehittämistä. Palautteen ja vuorovaikutuksen pitäisi kulkea molempiin suuntiin
- jaksokohtaiset tavoitteet puutuivat
- lyhytaikaispaikkoja tarvitaan lisää
- tiedottaminen ja kirjaaminen; havaintojen kirjaaminen, omaisten kanssa käytyjen keskustelujen kirjaaminen, jotkut tahot olivat tehneet lyhytaikaishoidon kirjaamisohjeen.
- tiedonkulku kotihoidon kanssa
- asiakkaan tietojen saaminen usein ongelmallista
- asiakkaista hoidon kannalta puutteelliset tiedot. Joudutaan soittamaan kotihoitoon ja kyselemään tietoja sieltä
- paikan varaava asiakasohjaaja ei tiedä asiakkaasta juuri mitään, koska ei ole henkilökohtaisesti yhteydessä asiakkaaseen tai omaiseen.
- palautetta kotihoidon henkilökunnalta lyhytaikaishoitojakson vaikutuksista ei saada tai ei kerätä systemaattisesti
- omaiset eivät tiedä, että paikat jaetaan asiakasohjausyksikön kautta ja soittavat suoraan hoitoyksikköön
- järjestelmä on ihmisten pompottelua eri toimijoille. Pitäisi olla yksi ja sama palveluneuvoja, joka hoitaisi asiakkaan kaikki asiat.
- asiakasvaihdot tapahtuvat aamupäivisin, tarvittaisiin lisää hoitajia aamuihin
- henkilöstön kouluttaminen (alaistaidot ja ammatillinen vuorovaikutus koko taloon), palautteen vastaanottamisessa ja tavassa käsitellä palautetta olisi oppimista
- hoitajien asennetta työstetty, erityisesti uudet työntekijät arastelevat lyhytaikaishoitoon tulleita asiakkaita
- kotihoidon henkilöstölle koulutusta esim. muistisairaana kohtaamisesta
- palveluntuottajien käytäntöjä tulisi yhdenmukaistaa, esim. tervetuloitus kotiin: osa soittaa etukäteen, osa ei ota yhteyttä.
- yhteistyötahojen keskinäiseen tutustumiseen tulisi panostaa
- kotiin järjestettävälle lyhytaikaishoidolle olisi kysyntää
- yksinäisyys kotona merkittävä ongelma
- päiväparkki muistisairaille

Haastattelujen pohjalta nousi esille seuraavat keskeisimmät kehittämisalueet:

Ensinnä kuntoutuksellisten tavoitteiden asettaminen koettiin toisinaan vaikeaksi. Tähän kehittämistarpeeseen pyrittiin vastaamaan SAMPO – koulutuksella, jossa selvennettiin kuntoutuksen käsitettä ja tuotiin esiin käsite muistisairaana kokonaisvaltaisesta toimintakykyä tukevasta toiminnasta. Tavoitteiden konkretisointi oli tällöin helpompaa, koska ne voitiin tuoda keskelle hoitopaikan arkea.

Toiseksi tiedonkulku toimijoiden välillä, kirjaaminen sekä palautteen kerääminen nähtiin puutteellisena. Nämä olivat ongelmallisia lähes kaikkien toimijoiden näkökulmasta. Tieto ei kulkenut toimijoiden välillä toivotulla tavalla, asiakasta koskevien tietojen kirjaaminen oli puutteellista ja lisäksi lyhytaikaisjaksojen palautteen antamisessa ja saamisessa oli kehitettävää. Lyhytaikaisjaksoja järjestävät palvelutalot eivät saaneet järjestelmällisesti palautetta jaksosta. Toiminnan kehittämisen kannalta oli kuitenkin tärkeää saada palautetta niin onnistumisista kuin kehittämisen tarpeestakin.

Kolmanneksi kokonaisuuden hahmottaminen oli hankalaa, koska aina ei nähty lyhytaikaishoitoa osana muistisairaana hoitoketjua. Lyhytaikaishoidossa ei ole kyse vain lyhyestä hoitokaksosta, vaan jakso oli tärkeä osa muistisairaana ja hänen perheensä kotona pärjäämistä. Jakson onnistumisella on suuri vaikutus sairastuneen toimintakykyyn ja omaisen jaksamiseen. Tämä edellytti, että yhteistyö ja tiedonkulku eri toimijoiden välillä sujuvat jouhevasti.

Neljänneksi haastatteluissa nousi esille tarve saada lyhytaikaispaikkoja lisää.

4 KENTÄLTÄ NOUSSEET KEHITTÄMISTARPEET

Hankkeen alkaessa vuonna 2007 ja 2008 tehdyissä haastatteluissa lyhytaikashoidolle nähtiin selkeä tarve ja toimijoilla oli halu kehittää omaa toimintaa vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita. Kuntouttava työtteen merkitys tuotiin esille kaikkien yhteistyökumppaneiden taholta. Monissa lyhytaikaispaikoissa oli monipuolista toimintaa.

Haastateltavat näkivät hyvän lyhytaikashoidon nousevan asiakkaan omista lähtökohdista ja tarpeista. Heidän mielestään lyhytaikashoidon tulee olla laadukasta, luotettavaa, asukkaan voimavaroja tukevaa ja sen tulee tukea aidosti asiakkaan kotona asumista. Samalla hyvä lyhytaikaishoito mahdollistaa omaiselle oman ajan sekä tukee ja edistää toimintakykyä. Toiminta lyhytaikaisjaksolla oli aktiivista ja muistisairasta ymmärtävää ja se toteutui riittävän ajoissa.

Sairastuneen näkökulmasta hyvä lyhytaikaishoito haastateltujen mukaan tarkoittaa hoitoa ja huolenpitoa sekä säännöllisen elämänrytmin tukemista. Lyhytaikaisjaksolla tulisi olla turvallinen olo sekä ihmisläheistä, huomaavaista, huomioon ottavaa mukana kulkemista. Myös ravitsemukselliset asiat tulisi ottaa lyhytaikaisjaksolla huomioon. Omaisen näkökulmasta hyvään lyhytaikaisjaksoon liittyy turvallinen olo muistisairaana hoidosta. Näin mahdollistuu omaisen vapaan viettäminen.

Hoitohenkilöstön näkökulmasta hyvää lyhytaikaisjaksoa arvostetaan ja se on asiakkaan tarpeisiin räätälöityä, joka huomioi asiakkaan aikaisemman elämän. Henkilökunnan tulee olla empaattista ja ymmärtää muistisairasta. Hyvään lyhytaikaishoitoon kuuluu kaikkien kannalta suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja pitkäjänteinen toiminta. Se on virkistävää, ihmiskeskeistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Asiantuntemus kuuluu myös hyvään hoitoon.

Hyvä lyhytaikaishoito – SAMPO yhteistyökumppanien pohdinta lyhytaikashoidosta vuonna 2007: Lyhytaikaishoito on hoitoa ja huolenpitoa ja jaksoilla ymmärretään sairautta. Lyhytaikaisjaksot toteutuu riittävän ajoissa ja niitä arvostetaan. Lyhytaikaisjakso on mahdollisimman kodinomainen ja hoitoympäristö on turvallinen sekä tukee säännöllistä elämänrytmiä. Henkilökunta lyhytaikaisjaksolla on asiantuntevaa ja asiakkaan yksilöllisyyden huomioivaa. Ennen kaikkea lyhytaikashoidon tulee lähteä asiakkaan ja omaisen lähtökohdista ja tarpeista.

Seuraavassa haastatteluissa nousseet asiat jaoteltuna kuuteen kohtaan.

4.1 Asiakastiedonkulku ja yhteistyö toimijoiden välillä

Kaikki hoitoyksiköt toivat ilmi huolensa siitä, että tiedonkulku asiakkaan kotoa lyhytaikaishoitopaikkaan oli ongelmallista ja puutteellista. Lyhytaikaishoidon tarvitsemia tietoja asiakkaasta ei ollut missään yksikössä kerätty systemaattisesti ja kattavasti. Tietoja saatiin Tampereen kaupungin asiakasohjausyksiköstä asiakasohjaajan välittämistä tiedoista sekä haastatteleamalla asiakasta ja omaisia. Tietoja jouduttiin usein kysymään puhelimitse myös kotihoidosta. Puutteellisten asiakastietojen täydentäminen aiheutti ylimääräistä työtä lyhytaikaishoidon yksiköille. Tampereen kaupungilla käytössä oleva asiakastietojärjestelmä Pegasos ei mahdollista kotihoidon ja lyhytaikaishoitoa tarjoavan paikan välillä sitä, että eri tahot näkisivät toistensa kirjaukset. Puutteelliset asiakastiedot voivat pahimmillaan aiheuttaa jopa hoitovirheitä.

Hankkeen alkaessa lyhytaikaisjaksojen haku asiakasohjausyksikön kautta koettiin hankalaksi, sillä asiakasta koskevat tiedot eivät välittyneet kotihoidolta palvelukotiin, vaan jäivät asiakasohjausyksikköön. Myös kotihoidolle tilanne oli hankala, sillä asiakkaat kyselevät lyhytaikaisjakson hakuprosessin edistymisestä, mikä ei näy kotihoidolla asiakastiedoissa.

Sen lisäksi, että tieto ei kulkenut toimijoiden välillä toivotulla tavalla, asiakasta koskevien tietojen kirjaaminen oli puutteellista ja Lyhytaikaisjaksojen palautteen antamisessa ja saamisessa oli kehitettävää. Hankkeen alkaessa Lyhytaikaisjaksoja järjestävät palvelutalot eivät saaneet järjestelmällisesti palautetta jaksosta. Toiminnan kehittämisen kannalta olisi tärkeää saada palautetta niin onnistumisista kuin kehittämisen paikoistakin.

4.2 Lyhytaikaishoidon suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus

Lyhytaikaishoidon tulisi olla suunnitelmallista, tavoitteellista ja toimintakykyä tukevaa. Lisäksi on olennaista, että tavoitteiden toteutumista arvioidaan jakson aikana ja sen jälkeen. Erityisesti silloin, kun kyseessä on omaisen vapaasta johtuva lyhytaikaishoito, on vaarana, että lyhytaikaisjaksoa ei nähdä sairastuneen osalta tavoitteellisena.

Lyhytaikaishoidon suunnitelmallisuudessa ilmeni erilaisia käytäntöjä. Osassa hoitokodeista hoito oli suunnitelmallista ja tavoite hoitojaksolle nousi kotitilanteesta. Hoidosta tehtiin kirjatut tavoitteet, joilla pyrittiin ohjaamaan kotona pärjäämistä hoitojakson jälkeen. Osassa hoitokodeista hoitosuunnitelma tehtiin, mutta suunnitelmat eivät olleet tavoitteellisia eivätkä toimintakykyä arvioiva. Yleinen käytäntö oli, että asiakkaan tiedot kerättiin omaisilta haastattelukaavakkeella tulotilanteessa ja kotihoidolta saatavien tietojen perusteella, mutta asiakkaan tiedot olivat silti usein puutteellisia. Kotihoidon kirjaamat tiedot olivat liiaksi kotona tehtävien töiden kirjaamista asiakkaan voinnin ja kunnan arvioinnin sijaan.

4.3 Kuntouttava hoitotyö ja kokonaisvaltainen kuntouttaminen

Kaikki hoitoyksiköt ilmoittivat, että heillä oli toimintamallina kuntouttava hoitotyö. Hoitoyksiköissä se tarkoitti, että asioita ei tehty asiakkaan puolesta, vaan annettiin asiakkaan tehdä itse kaikki se mihin hän vielä pystyi. Kuntouttaminen nähtiin arjen asioihin motivointina ja omatoimisuuden lisäämisenä. Haastattelujen perusteella lyhytaikaisjaksolla kuntoutuminen nähtiin aina yksilöllisenä ja jo perushoidon saaminen kohdalleen auttoi kuntoutumisessa. Kuntouttava hoitotyö pyrittiin huomioimaan pienillä asioilla. Muistisairaana oma toimijuus kuntoutuksessa on tärkeää. Mikäli kuntouttava hoitotyö on vain nimellinen, on vaarana, että asiakas taantuu lyhytaikaishoitajakson aikana.

Kaikissa hoitokodeissa järjestettiin toimintatuokioita: erilaisia liikunta- ja musiikkituokioita, muistijumppaa, lehden lukua ja ulkoilua. Vuodenaikoihin liittyvät juhlat ja tapahtumat kuuluivat hoitokotien toimintaan tiiviisti. Myös ulkopuoliset vierailijat ja retket toivat monipuolisuutta toimintaan. Joissakin hoitokodeissa toiminta oli suunnitelmallista ja niiden sisältö ja määrä oli tasapainossa. Osassa hoitokodeista toimintatuokioita veti koulutettu ohjaaja, osassa hoitokodeista työvuorossa oleva hoitaja muun työn ohella. Toimintatuokioiden ohjaamisessa hoitajilla oli mahdollisuus hyödyntää omia taitojaan ja mieltymyksiään.

Toimintatuokiot voisivat olla suunnitelmallisempia siten, että toimintakyvyn tukemisen eri alueet huomioitaisiin paremmin. Hoitokodeissa ilmeni myös tarvetta vinkeille helposti toteutettavista tuokiohetkistä ja toimintatuokion ohjaamiselle.

4.4 Omaisen tukeminen ja yhteistyö

Hoitokodeissa tuotiin esiin ristiriita omaisen ja lyhytaikaispaikan välillä kuntouttavan hoidon mieltämisestä hyväksi hoidoksi. Hoitajien mielestä omaiset eivät aina ymmärrä kuntouttavan hoidon olevan asiakkaan toimintakyvyn kannalta tärkeää, vaan voivat kokea omatoimisuuden tukemisen jopa huonona hoitona. Hoitokotien edustajat puolestaan toivat esille, että muistisairaana toimintakykyä laskee se, että omainen tekee kotona liikaa asiakkaan puolesta. Esille tuotiin myös, että varsinkaan ensimmäisellä lyhytaikaisjaksolla omainen ei osaa levätä ja ottaa lyhytaikaisjaksoa omana aikanaan. Toisaalta hoitohenkilökunnan tulisi kyetä tarjoamaan erityistä tukea omaiselle ja ohjata tarvittaessa omainen esim. yhdistystoiminnan pariin.

Joissakin hoitokodeissa omaisille järjestetään omaisten vertaistukiryhmiä ja omaisten iltoja. Yleisesti voidaan kuitenkin todeta, että lyhytaikaishoitopaikoissa ei oteta tarpeeksi huomioon hoitavan omaisen jaksamista, eikä kotitalanteesta olla tarpeeksi kiinnostuneita. Vertaistukitoimintaa on joissakin pai-

koissa, mutta sitä tarvittaisiin lisää. On huomattu, että omaisilla on lisäksi puutteita perustiedoissa käytännön hoidosta, apuvälineasioista, tuista ja etuuksista sekä saatavilla olevista palveluista.

Hoitokodeilta tiedusteltiin myös kotikäyntien tarpeellisuutta. Hoitokodeissa nähtiin, että asiakkaan luokse tehtävät lyhytaikaishoittoon liittyvät kotikäynnit olisivat pääsääntöisesti hyvä asia. Siten saataisiin selville tarkempaa tietoa asiakkaan tilanteesta. Yhdessä hoitokodissa kotikäyntejä on toteutettu toisen projektin puitteissa ja ne on koettu hyviksi. Kotikäynnillä on helpompaa puuttua arkaluontoisiin asioihin. Kaupungin kotihoidossa ei nähty tarpeelliseksi lyhytaikaishoitopaikkojen tekemiä kotikäyntejä.

4.5 Lyhytaikaishoittoon hakeutuminen ja paikkojen riittävyys

Lyhytaikaishoitajaksolle voidaan hakea kolmella tavalla: kotihoidon tai omaishoidon tuen toimiston kautta tai ostamalla palvelu itse.

Yleisin tapa hakeutua lyhytaikaisjaksolle Tampereella oli hakeutua kotihoidon kautta. Tampereen kaupunki siirtyi vuonna 2007 keskitettyyn asiakasohjaukseen, mikä tarkoitti sitä, että kaikki asiakaspaikat jaettiin ikäihmisten asiakasohjauksen kautta. Lyhytaikaishoidon paikoista vastasi yksi asiakasohjaaja. Asiakasohjaaja etsi sopivan lyhytaikaishoitopaikan kotihoidosta saamien tietojen perusteella ja ilmoitti tulevasta asiakkaasta palvelukotiin sekä kotihoidon tiiminvetäjälle. Asiakas pystyi esittämään toiveita lyhytaikaishoitopaikasta, jotka asiakasohjaaja huomioi mahdollisuuksien mukaan. Tämän jälkeen lähetteen tekijä otti yhteyttä asiakkaaseen. Ennen hoitajakson alkamista, palvelukodista oltiin yhteydessä kotihoitoon, jotta asiakkaasta saadaan tarvittavia tietoja.

Lyhytaikaisjaksoja järjestävät palvelukodit pitivät käytäntöä monimutkaisena, koska asiakkaan tiedot saatiin asiakasohjausyksikön välityksellä. Asiakasohjaajalla olevat kotihoidolta saadut tiedot olivat usein puutteellisia ja palvelukotien hoitajat joutuivat ottamaan erikseen yhteyttä kotihoitoon saadakseen asiakastietoja. Tämä koettiin turhana työnä ja lyhytaikaishoittoa tarjoavat palvelun tuottajat toivoivat saavansa kattavat tiedot asiakkaasta suoraan asiakasohjausyksiköstä samalla kun asiakasohjaaja ilmoittaa asiakkaan tulosta.

Omaishoitajille kuuluu lakisääteisiä vapaita, joita voidaan myös säästää ja pitää perheen tarpeen mukaan pitempänä vapaana. Hankkeen alkaessa vuonna 2007 omaishoitajat hakivat lyhytaikaisjaksoja ottamalla yhteyttä omaishoidon palveluohjaajaan. Omaishoidon käytössä oli yhteensä kahdeksan muistisairaiden lyhytaikaishoidon paikkaa. Vaikka omaishoidon paikkoja oli vähän, paikat pystyttiin pääsääntöisesti järjestämään asiakkaan toiveiden

mukaan, sillä omaisten tuli hakea lyhytaikaisjaksoja hyvissä ajoissa etukäteen.

Toisin kuin kotihoidon palveluohjaaja, omaishoidon palveluohjaaja varasi lyhytaikaishoitopaikan suoraan palvelukodista, jolloin asiakkaan tietojen vaihtaminen sujui luontevasti. Omaishoidon tuen toimisto keräsi lyhytaikaisjaksoista palautetta palvelukodeilta kirjallisesti ja omaisilta suullisesti. Asiakkaiden palaute välitettiin palvelukodeille.

Hankkeen alkaessa vuonna 2007 oli mahdollista ostaa lyhytaikaisjakso yksityisistä palvelu- tai vanhainkodeista, mikäli lyhytaikaisjakso ei järjesty kotihoidon tai omaishoidon kautta. Hoitajaksojen hinnat vaihtelevat paikoista riippuen. Hankkeen päättyessä lyhytaikaisjaksolle oli mahdollista hakeutua itsenäisesti, mutta yksityisesti lyhytaikaishoitopaikkoja ei ole kovinkaan paljon tarjolla. Tarvetta yksityisesti hankituille hoitajaksolle on.

Lähes kaikki yhteistyökumppanit ilmoittivat, että lyhytaikaishoitopaikkoja tarvitaan lisää. Tarvetta olisi myös yhden päivän tai muutaman tunnin mittaisille jaksoille. Omaishoidontuen piiriin kuuluvien omaisten lakisääteiset vapaapäivät pystyttiin hoitamaan lyhytaikaishoitopaikkojen avulla, mutta lyhytaikaispaikkoja tarvittiin lisää. Lyhytaikaishoitopaikkoja pitkäaikaisyksikössä ei pidetty suositeltavana.

5 LYHYTAIKAISHOIDON KEHITTÄMINEN

Toimintakyvyn vähittäinen heikentyminen lisää muistisairaana tuen, palvelujen ja hoidon tarvetta. Auttamisen tapa määritellään suhteessa sairastuneen toimintakykyyn. Muistisairaana ihmisen suunnitelmallinen auttaminen lähtee hänen inhimillisistä tarpeistaan ja edellyttää tietoa hänen toimintakyvystään. Toimintakyvyn tukemisessa tulee ottaa huomioon sairastuneen ja hänen omaisensa toiveet ja odotukset. **Tukemisen perustana on sairastuneen ihmisarvon ja yksityisyyden kunnioittaminen sekä kohtaaminen aikuisena.** Muistisairaana kohdalla auttaminen on mitoitettava oikeantasoisesti välttämällä ylihuolehtimista tai liian vähäistä apua. Ylihuolehtiminen johtaa usein sairastuneen passivoitumiseen ja liian vähäinen apu jatkuviin epäonnistumisen kokemuksiin. Sairastunut kokee itsensä kykenemättömäksi ja ahdistuu. Lyhytaikaishoidossa oikein mitoitettu apu ja mahdollisuus toimia kiireettömässä ilmapiirissä luovat muistisairaalle mahdollisuuden suoriutua päivittäisistä askareista ja tuovat onnistumisen elämyksiä.

5.1 Hankkeen järjestämä koulutus yhteistyökumppaneille

SAMPO -koulutus oli yhteistyökumppaneiden henkilökunnalle tarkoitettu luentoseria, jonka tavoitteena oli antaa käytännön toimijoille eväitä kehittää lyhytaikaishoitoa muistisairaana toimintakykyä tukevaksi. Koulutus oli suunniteltu lyhytaikaishoidon tilannekartoituksesta nousseiden kehittämistarpeiden ja projektin yhteistyökumppaneille tehdyn koulutustoivekyselyn perusteella. Koulutus oli osallistujille maksuton ja se koostui seitsemästä luennosta. Osallistujia oli kaikkiaan 145.

SAMPO -koulutus muodostui orientoivista opinnoista, ammatillisesta yhteistyön kehittämisestä, vuorovaikutuksesta sekä toimintakyvyn tukemiseen liittyvästä koulutuksesta. Koulutuksessa panostettiin toimintakyvyn tukemisen lisäksi ammatilliseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön, sillä ne olivat osoittautuneet kriittisiksi tekijöiksi lyhytaikaishoidon onnistumisen kannalta.

Koulutus oli suunnattu ammattihenkilöstölle ja sen tavoitteena on antaa eväitä kehittää lyhytaikaishoitoa tukemaan muistisairaana toimintakykyä ja sekä tukemaan myös omaisen jaksamista. Luennot muodostivat kokonaisuuden, joka tarjosi tietoa ja käytännön eväitä muistisairautta sairastavan lyhytaikaishoidon kehittämiseen. SAMPO -koulutustilaisuuksien aiheita olivat: saumaton hoitoketju: lyhytaikaishoidon ja kotihoidon yhteistyö, työikäisen dementoituvan erityiskysymykset, asiakkaana muistisairas, muistisairaana lääkehoito ja ajankohtaista tietoa dementoivista sairauksista, muistisairaana toimintakyky ja sen tukeminen, kuntoutussuunnitelma muistisairaana lyhytaikaishoidossa sekä toimintakykyä tukeva lyhytaikaishoito.

Keväällä 2008 koulutukseen osallistujilta kerättiin palautetta lomakkeella, johon osallistujat saivat kirjoittaa palautteen omin sanoin. Saatu palaute oli myönteistä, mutta palautteita saatiin melko vähän osallistujamäärään nähden. Osana koulutusta olivat pienet oppimistehtävät, joiden tavoitteena oli saada osallistujat pohtimaan omaa työskentelyä ja nykyisiä lyhytaikaishoidon käytäntöjä. Syksyllä 2008 palautteita ryhdyttiin keräämään systemaattisesti ja saatujen palautteiden määrä oli suurempi kuin keväällä. Syksyn luennot saivat keskiarvoksi 8,7 kouluarvosanoin mitattuna. Koulutusta pidettiin hyvänä ja sellaista toivottiin lisää. Luennot koettiin onnistuneiksi ja palautteet luentojen sisällöistä sekä organisoinnista olivat myönteistä. Luentosarja päättyi joulukuussa 2008.

5.2 Mallin kehittämistyö ja pilotointi

Lyhytaikaishoidon mallia kehitettiin pilottikohteessa organisaation sisältä käsin. Kehittämistyön pohjana oli toteutettu havainnointijaksot, toimintakykykartoitukset, työpajatyöskentely sekä kouluttaminen. Kehitetyn lyhytaikaishoidon mallin juurruttamiseksi ja levittämisen varmistamiseksi laadittiin opas, jota voidaan hyödyntää missä tahansa muistisairaiden hoitoyksikössä.

Hankkeen alkaessa 2007 pilottikohteeksi valittiin Tampereen Vanhuspalveluyhdistyksen palvelutalo Taatala. Taatalan palvelukoti sijaitsee Koivistonkylän alueella. Palvelutalo on valmistunut vuonna 1994. Talossa on 30 palveluasuntoa ja vuonna 2005 valmistunut 11-paikkainen ryhmäkoti. Hankkeessa alkaessa mukana olivat vain ryhmäkodin henkilökunta, koska siellä tarjotaan ympärivuorokautista lyhytaikaishoitoa muistisairaille. Huhtikuun alussa 2009 Taatalan palvelutalon ja ryhmäkodin toiminta siirtyi Coronaria Hoitoketju Oy:n omistukseen. Tällöin hankkeeseen tulivat mukaan koko palvelutalon henkilökunta. Hankkeeseen osallistuvien työntekijöiden määrä kasvoi kuudesta ryhmäkodin työntekijästä 15. Uuden työnantajan myötä alkoi myös työnkierto ryhmäkodin ja palvelutalon välillä.

Ryhmäkodin asiakkaat tarvitsivat ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa. Asiakkaat tulivat Taatalan ryhmäkotiin Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen ohjaamina. Hoitajat työskentelivät kolmessa vuorossa. Aamu- ja iltavuorossa oli kaksi tai kolme hoitajaa, ja mahdollisesti avustaja, jolla ei ollut hoitoalan koulutusta. Yövuorossa työskenteli yksi hoitaja, joka vastasi koko talosta (ryhmäkodin lisäksi palvelutalon asukkaista).

Vuonna 2009 kotihoidon kautta ohjautui 300- 360 asiakasta ja omaishoidon tuen yksikön kautta n 60-80 asiakasta. Toistuvasti hoidossa olevia asiakkaita oli vuonna 2009 n. 30-40%. Kaikkiaan lyhytaikaisjaksolla vuodessa on 420-450 asiakasta, joista uusia asiakkaita n 60-70 %.

Taatalassa järjestettävä lyhytaikainen tehostettu palveluasuminen sisälsi mm. ateriat, henkilökohtaisten tarpeiden mukaisen hoidon ja tarvittavat sairaanhoitopalvelut, päivä- ja viriketoiminnan, mahdollisuuden fysioterapeutin palveluihin sekä kotiutumisen valmistelun yhteistyössä kotihoidon tai omaishoitajan kanssa. Taatalassa aloitettiin helmikuussa 2010 päivätoiminta, joka toi lisää toimintaa Taatalan palvelutaloon. Vuoden 2010 alusta Taatalassa on ollut 12:ta lyhytaikaispaikkaa, joista 4 on omaishoidontuen asiakkaille.

Omistajavaihdoksesta aiheutui muutoksia ryhmäkodin toiminnassa. Henkilökunnassa tapahtui vaihdoksia ja samalla jouduttiin muuttamaan hankkeessa suunniteltua kehittämisaikataulua. Kevääksi 2009 suunnitellut työpajat pidettiin pääsääntöisesti syksyllä, jolloin niihin osallistuivat myös palvelutalon työntekijät. Työpajoja pidettiin yhteensä kahdeksan kertaa.

5.2.1 Havainnointijaksot

Haastattelukierrosten ja kehittämiskohteiden esilletuonnin jälkeen Taatalan ryhmäkotiin tehtiin erimittaisia havainnointijaksvoja vuosien 2008 ja 2009 aikana. Havainnoinnin tavoitteina oli lyhytaikaishoidon toimivien käytäntöjen selkiyttäminen ja kehitystarpeiden esiintuominen. Havainnointijaksot tukivat yhteistyökumppaneiden haastatteluja. Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen tulisi olla yksilöllisempää ja lähteä enemmän asiakkaan tarpeista, toiveista ja hänen kotitilanteestaan.

Yhteisöllisyyteen panostaminen katsottiin tarpeelliseksi. Katsottiin, että asiakkaat voisivat osallistua enemmän ryhmäkodin arkeen, jotta kotona käytettävät taidot säilyisivät myös lyhytaikaisjakson aikana. Kirjaaminen havainnointijaksojen aikana oli vähäistä. Uusia lyhytaikaisjaksolle tulevia asiakkaita ei esitelty muille ryhmäkodin asukkaille heidän saapuessaan tai asukas ei hyväksellyt muita lähtiessään. Yhteiset toimintamallit puuttuivat – liikaa aikaa meni yksinkertaistenkin asioiden selvittämiseen. Selkeät yhdessä sovitut toimintamallit/ohjeet olisivat auttaneet tässä asiassa.

Näiden havainnointijaksojen jälkeen kehittämiskohteet selkiytyivät entisestään: tavoitteiden asettaminen hoitotajalle, yhteisöllisyyden kehittäminen, arvioiva kirjaaminen sekä arjen muovaaminen aktiivisemmaksi. Hankkeelle tehtiin opinnäytetyönä asiakastietolomake. Lomake on käytettävissä kaikissa muistisairaiden lyhytaikaishoitopaikoissa.

5.2.2 Kysely hoitohenkilökunnalle

Hoitohenkilökunnalle toteutettiin kesällä 2008 kysely, joka koski työyhteisöä ja lyhytaikaishoitoa. Hoitajien kyselyyn vastasi kymmenen henkilöä. Työntekijät viihtyivät työssään ja heidän mielestään parasta työssä oli asiakkaat.

Työkokemus nähtiin hoitohenkilökunnan vahvuutena, kuten myös vuorovai-
kutustaidot. Kehittämistarvetta oli atk- ja lääkeasioissa. Kaikki vastaajat sai-
vat palautetta asiakkailta ja pääsääntöisesti myös esimieheltään ja toisilta
työntekijöiltä. Raskaaksi työn tekivät puutteet työparin osaamisessa ja käy-
tösoireiset asiakkaat.

Lyhytaikaishoidossa henkilökunta näki tärkeimpänä asiakkaan kannustami-
sen omatoimisuuteen ja toimintakyvyn ylläpidon sekä asiakkaan turvallisuus-
den hoitojakson aikana. Myös omaisen lepo lyhytaikaisjaksona aikana nähtiin
tärkeäksi. Vastaajat näkivät lyhytaikaisjaksot pääsääntöisesti tavoitteelli-
sina ja hoitojakson tavoitteet asetettiin asiakkaan tarpeiden mukaan. Jakson
aikana omahoitajat arvioivat asiakkaan toimintakykyä havaintojensa pohjalta.
Asiakkaan toimintakykyä tuettiin kannustamalla asiakasa tekemään mahdol-
lisimman paljon itse.

5.2.3 Kysely omaisille

Syksyllä 2008 Taatalan ryhmäkodin asiakkaista koottiin seurantaryhmä ja
heidän omaisilleen lähetettiin kysely, jolla kartoitettiin lyhytaikaishoidon vaiku-
tuksia. Seurantaryhmälle tehtiin myös toimintakykykartoitukset, joiden teosta
vastasi Nääsville ry:n fysioterapeutit. Seurantaryhmän toimintakykykartoitus-
ten kautta oli tarkoitus arvioida hankkeen vaikuttavuutta.

Omaisten kyselyjä lähetettiin 20 ja vastauksia saatiin 12. Vastaajista naisia
oli 9 ja kolme miestä. Lyhytaikaishoito on auttanut omaista jaksamaan. Jak-
solla toivottiin saatavan muun muassa kuntouttavaa hoitoa, erilaista toimin-
taa sekä hyväksyntää ja tukea hoitajilta. Hoitajien kanssa omaiset halusivat
jutella pidempään. Omaiset kokivat saavansa tietoa ja tukea hoitajilta jonkin
verran. Omaiset kokivat yhteistyön hoitajien kanssa sujuvan hyvin. Omaiset
toivoivat kuntoutusta liikuntakyvyn säilymiseen. Suurin osa omaisista ei tien-
nyt, onko heidän omaiselleen tehty palvelu- ja hoitosuunnitelma.

Seurantaryhmään kuuluville omaisille lähetettiin uusintakysely vuoden 2009
alkupuolella. Lomake annettiin aina omaiselle lyhytaikaisjakson jälkeen. Ky-
selyn vastausten pohjalta Tuula Jutila kokosi TtM syventäviin opintoihin liitty-
vän ”Muistisairaana toimintakykyä tukeva lyhytaikaishoito omaisen arvioima-
na”. Projektityön tarkoituksena oli kerätä ja analysoida lyhytaikaishoidossa
olleen muistisairaana asiakkaan omaisille hoitojakson jälkeen annettujen ky-
selykaavakkeiden tiedot ja fysioterapeuttien lyhytaikaisjakson jälkeen kotona
tehtyjen haastattelujen tiedot.

Projektityönä tehdyn vaikuttavuustutkimukseen osallistuneista demenciasai-
raista lyhytaikaisjakson asiakkaista (n=11) oli miehiä 8 ja naisia 3, he olivat
iältään 66 – 80 -vuotiaita (keski-ikä 75,5 v). Kaikkien liikuntakyky oli jäljellä,
kuudella asiakkaalla oli jokin liikkumisen apuväline käytössä. Fysioterapeut-
tien haastattelulomakkeista koottujen tietojen mukaan (n=7) perusliikkuminen

sujui lähes kaikilta muistisairailta itsenäisesti tai apuvälineen turvin. Läheisen kanssa asuvia oli 6 ja 1 asui kotihoidon tukemana yksin.

Fyysinen toimintakyky oli säilynyt jakson jälkeen pääasiassa ennallaan tai hivenen parantunut. Psykkistä toimintakykyä mittavissa kysymyksissä omaiset arvioivat, että läheinen oli väsyneempi ja virkeystilaltaan huonompi jakson jälkeen. Yksi selittävä syy mm. unihäiriöiden syntymiseen saattaa olla lyhyellä aikavälillä tapahtuvat siirtymiset kodin ja lyhytaikaishoidon välillä. Sosiaalista toimintakykyä mittaavien kysymysten mukaan tämä toimintakyvyn osa-alue oli säilynyt ennallaan jakson jälkeen. Kognitiivista toimintakykyä mittavien kysymysten (puheen tuottaminen ja itsensä ilmaiseminen) osalta oli tapahtunut eniten heikkenemistä omaisten arviointien mukaan. Puolet omaisista koki, että heidän toiveensa läheisen hoidosta oli huomioitu lyhytaikaisjaksolla. Hoitajakson jälkeen arjen sujumisen positiivisia kuvauksia oli kahdella omaisella, kolmen mukaan jaksolla ei ollut vaikutusta arkeen.

5.2.4 Mallin osatekijöiden työstäminen työpajatyöskentelynä

Samanaikaisesti kyselyjen ja vaikuttavuusmittauksen kanssa lähdettiin työstämään kokonais kuntouttavan lyhytaikaishoidon – mallin osatekijöitä työpajoissa. Työpajat olivat suunnattu Taatalan palvelutalon koko henkilökunnalle. Työpajat sisälsivät projektityöntekijöiden tai vierailijan alustuksen aiheesta, yhdessä tehdyn ryhmätyön sekä tehtäviä työpajojen välillä.

Työpajojen teemoihin kuuluu: lyhytaikaishoidon merkitys, arvot ja toimintaperiaatteet, muistisairaana voimavarat, asiakastiedon kerääminen, tavoitteiden asettaminen ja yksilöllisyys, yhteisöllisyys, suunnitelmallisuus kuntouttavassa lyhytaikaishoidossa, arvioiva kirjaus sekä hyvän hoidon kriteerit. Jokaiselle aiheelle varattiin oma kertansa. Tarkoituksena oli, että työpajassa opitut ja työstetyt asiat otettiin heti työpajan jälkeen käyttöön.

Ensimmäisessä työpajassa, joka pidettiin helmikuussa 2009, aiheena oli voimavaralähtöisyys, hoitajan merkitys hoitotyössä (persoona ja asenne) sekä lyhytaikaishoidon tärkeys kotona pärjäämisessä. Voimavaralähtöinen ajattelu näkyy hoitajan työssä ennen kaikkea myönteisenä ja kannustavana asenteena, jolla pyritään onnistumisen kokemuksiin. Ohjatessaan ja hoitaessaan hoitaja toimii kannustajana, houkuttelijana ja myönteisen palautteen antajana. On myös hyvä huomioida, että asiakkaan toimintakyky voi vaihdella päivittäin tai vuorokaudenajasta riippuen. Jokainen muistisairas tulee nähdä lyhytaikaisjaksolla omana toimivana yksilönä. Hän osallistuu yhteisön toimintaan omien voimavarojensa mukaan. Voimavarojen käyttöönotto vahvistaa muistisairaana omatoimisuutta ja itsetuntoa. Samalla hän kokee voivansa hallita omaa elämäänsä, joka usein tuntuu olevan muiden hallitsemaa.

Toisessa työpajassa käsiteltiin arvoja, toimintaperiaatteita ja asiakastiedon keräämistä. Keskusteltiin arvoista, ammattietiikasta ja siitä mikä auttaa jaksamaan työssä. Ryhmätyönä pohdittiin ja työstettiin ryhmäkodin arvoja. Asiakastiedon kulkua parantamaan hankkeessa tehtiin asiakastietolomake. Lomakkeen työstämisissä oli apuna sosionomiopiskelija Katharina Hau. Työpajassa hän esitteli opinnäytetyönään tekemän taustatietolomaketta. Lomaketta muokattiin pilottikohteen ja projektityöntekijöiden kommenttien perusteella. Lomake yhdisti tausta- ja elämänhistoriatiedot.

Kolmannessa työpajassa aiheena olivat voimavarat. Työpajassa käsiteltiin keskustellen elämän historian merkitystä omiin voimavaroihin, niin työntekijällä kuin muistisairaalla. Muistisairaana toimintakyvyn arvioinnissa voidaan hyödyntää toimijuusnäkökulmaa. Muistisairaana jäljellä oleva toimintakyky pyritään ottamaan kattavasti käyttöön ja suunnitellaan kuntouttava toiminta tukemaan henkilön toimijuutta.

Neljäs työpaja pidettiin omistajavaihdoksen vuoksi syksyllä 2009. Syksyn ensimmäisessä työpajassa kerrattiin kevään asioita, koska mukana oli monta uutta työntekijää.

Syksyn toisessa työpajassa käsiteltiin konkreettisten tavoitteiden asettamista lyhytaikaisjaksolle. Toimintakykyä tukevan lyhytaikaishoidon perustana oli tavoitteellinen hoitosuunnitelma, joka tehdään yhteistyössä muistisairaana asiakkaan, omaisen, kotihoidon ja lyhytaikaishoitoa tarjoavan yksikön kanssa. Lyhytaikaishoitojakson tavoitteen tuli lähteä kotoa ja se edellyttää asiakkaan toimintakyvyn tuntemista. Lisäksi hoitajalla oli oltava tietämystä muistisairauksista ja sairauden asteista riittävästi, että hän voi asettaa realistiset tavoitteet, joihin sairastunut kykenee ja joihin jaksolla voidaan vaikuttaa. Ilman tavoitteellista ja asiakkaan toimintakyvyn perustuvaa hoitosuunnitelmaa, jäävät lyhytaikaishoidon hyödyt vähäisiksi. Omaiselta saatu vähäinen informaatio kotitilanteesta, saattaa vaikeuttaa tavoitteiden asettamista. Opiskelijan tekemän asiakastietolomakkeen täyttäminen tuki konkreettisten tavoitteiden asettamista.

Syksyn kolmannessa työpajassa aiheena oli yhteisöllisyys. Pohdittiin, missä asioissa ja tehtävissä asiakkaat, asukkaat voivat olla mukana. Seuraavassa työpajassa jatkettiin yhteisöllisyyden pohdintaa tehtävän purun kautta. Hankkeessa ehdotettiin, että toiminnalle suunnitellaan runko kahdeksi viikoksi siten, että sisältö tukee toimintakyvyn eri osa-alueita. Tarkemman sisällön voi suunnitella erilaisten teemojen mukaan. Suunnitelmallinen toiminta helpottaa hoitajien työtä ja tukee asiakkaan toimintakykyä. Kun toimintatuokioiden ohjelma on suunniteltu etukäteen ja hoitajat tietävät, mitä milläkin toimintatuokiolla voidaan tukea, voidaan jokaisen asiakkaan kohdalla miettiä yksilöllisesti, mihin erityisesti hänen olisi hyvä osallistua.

Syksyn toiseksi viimeisessä työpajassa käytiin läpi Lyhytaikaishoidosta luotua Sampo -mallia. Mallia on muokattu tulotilanteeseen, jaksolla oloon ja kotiin lähtötilanteeseen. Mallista käytiin keskustelua ja pohdittiin yhdessä, miten

voimavarojen tukeminen puetaan sanoiksi niin, että kaikkien on helppo se ymmärtää ja omaksua arjen työvälineeksi. Päädyttiin seuraaviin lauseisiin: Toimintakyvyn tukeminen = Älä tee puolesta! Yhteisöllisyyden korostaminen = Tee yhdessä! Henkinen vireys = Ole läsnä ilossa ja surussa! Työpajan lopussa keskusteltiin vielä toimintatuokioista ja niiden suunnittelusta.

Syksyn viimeinen työpaja käsitteli jatkuvaa arvioivaa kirjausta ja hyvän hoidon kriteerejä. Asiakkaan tavoitteiden saavuttamista tulee arvioida säännöllisesti mieluiten päivittäin ja ne tulee kirjata päivittäin. Konkreettisia keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi tulee myös arvioida ja tarvittaessa ryhtyä muutoksiin. Palaute lyhytaikaisjakson sujumisesta tehdään yhdessä sairastuneen, omaisten ja työntekijöiden kesken jakson päättyessä. Omaisella on yleensä suuri toive tietää, mitä lyhytaikaisjakson aikana on tapahtunut ja mitä tehty. Uuden lyhytaikaisjakson alkaessa käydään keskustelua siitä, miten arki on sujunut ja onko edellisellä jaksolla tehdyistä asioista ja asetetuista tavoitteista ollut hyötyä arjen sujuvuuteen kotona.

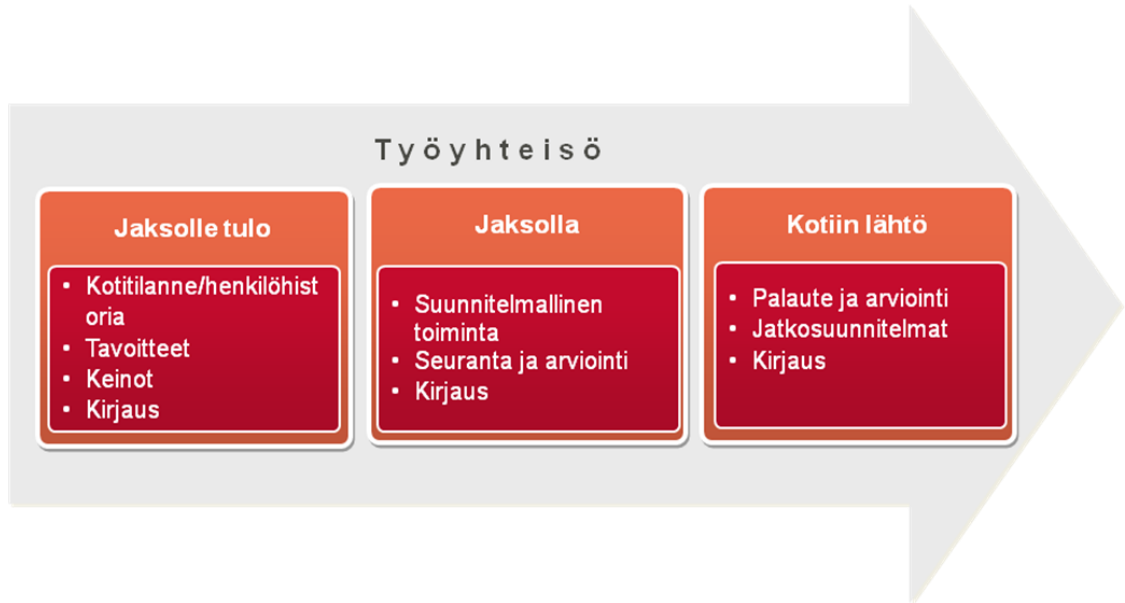
Työpajojen yhteenvetona pilottikohteen toimintaa verrattiin Muistiliiton hyvän hoidon kriteeristöön siltä osin, kun asioita oli työpajoissa työستetty:

Taatalan pilottikohteessa pidetyt työpajat päättyivät Taatala -foorumiin. Tilaisuuteen osallistui useita kymmeniä hoitotyön ammattilaisia, lääkäreitä ja esimiehiä niin Tampereelta kuin eri puolilta Pirkanmaata. Alustusten lisäksi Foorumissa esiteltiin SAMPO –malli sekä Taatalan palvelutalon lyhytaikais-hoidon periaatteet. Lisäksi esillä oli muistiyhdistysten rooli ja merkitys kehittämiskumppanina.

5.2.5 Kokonaiskuntouttava lyhytaikaishoidon malli

Työpajojen, haastatteluiden, kyselyjen ja vaikuttavuustutkimuksen pohjalta muotoutui Kokonaiskuntouttava lyhytaikaishoidon malli. Mallia työستettiin yhdessä hankkeen sisältö- ja ohjausryhmien kanssa.

Kokonaiskuntouttavan lyhytaikaishoidon mallissa keskeisenä ajatuksena on muistisairaahan kuntoutuminen lyhytaikaisjakson aikana. Tavoitteena on, että kotiutuessaan muistisairaahan toimintakyky on kohonnut tai pysynyt vähintäänkin ennallaan, samalla kun omaishoitaja on saanut levätä. Omainen saa lyhytaikaisjaksolta evästystä ja tukea ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi kotona. Näin muistisairas ja omainen ovat saaneet tukea ja kotona pärjääminen on mahdollista pidempään.



Jaksolle tullessa kokonaiskuntouttavassa lyhytaikashoidon mallissa erityishuomion kohteena on muistisairaana kotitilanne. Tulotilanteessa pyritään lisäksi kartoittamaan hänen henkilöhistoriaansa. Keskeinen rooli tulotilanteessa on omaisella sekä häneltä saatavilla tiedoilla. Työkaluna tässä on hankkeessa kehitetty asiakastietolomake. Tulotilanteessa tulisi kiinnittää huomiota myös omaisen jaksamiseen ja mahdolliseen erityiseen tuentarpeeseen.

Kotitilanteen perusteella määritellään jakson konkreettiset tavoitteet ja konkreettiset keinot, miten tavoitteisiin päästään ja ne kirjataan tietojärjestelmään. Kun tavoitteet ja keinot ovat konkreettisia ja pohjautuvat kotitilanteeseen, niitä on helpompi arvioida jakson päättyessä. Jaksolle olisi hyvä asettaa vain yhdestä kolmeen tavoitetta.

Kun lyhytaikaisjaksolle tulevat asiakkaat tiedetään etukäteen, voidaan jakson toimintaa suunnitella ennen jakson alkua. Lyhytaikaisjakson aikana on tärkeää, että hoitajat pitävät kiinni muistisairaalle asetetuista tavoitteista ja toimivat niiden mukaan. Jakson aikana hoitotyöntekijät arvioivat asiakkaiden toimintakykyä yksilöllisesti asiakkaan tavoitteisiinsa nähden ja kirjaavat mieluiten päivittäin toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset suhteissa tavoitteisiin.

Kotiinlähtötilanteessa arvioidaan muistisairaana lyhytaikaisjakson sujumista suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Palaute annetaan omaiselle joko suullisesti tai kotiin lähetetään kirjallinen yhteenveto jakson tapahtumista. Omaisella odottavat palautetta jaksosta ja erityisesti siitä mitä jakson aikana on tehty ja miten jakso on sujunut. Samalla hoitaja voi antaa omaiselle tukea sekä ohjeita, neuvoja ja vinkkejä arjen helpottamiseksi. Tällä voidaan tukea kotona tapahtuvaa hoitoa ja helpottaa toimintakyvyn tukemista jatkossa.

Seuraavalle jaksolle tultaessa hoitaja kartoittaa omaisen näkemyksen edellisen jakson vaikutuksista muistisairaana kotona selviytymiseen. Tällöin pystytään arvioimaan yhdessä asetettuja tavoitteita, lyhytaikaishoitopaikan toimintaa ja hoitotyössä käytettyjä keinoja. Muistisairaana ja hänen läheistensä kuulemisella vältetään epäonnistumisia ja otetaan heidät osalliseksi hoidon suunnitteluun. Hoitajaksoista kerätään systemaattiset palautteet ja niiden pohjalta ryhdytään tarvittaessa toimenpiteisiin.

Uutta kokonais kuntouttavassa lyhytaikaishoidon mallissa on ajatus siitä, että omaishoitajan vapaan aikana muistisairas on kuntoutusjaksolla ja muistisairaana lyhytaikaisjakso on tavoitteellinen, toimijuutta tukeva ja kuntoutuksellinen. Tavoitteena on, että muistisairaana toimintakyky paranee tai pysyy vähintäänkin ennallaan jakson aikana. Muistisairaana henkisiä voimavaroja tuetaan tasavertaisesti fyysisten voimavarojen rinnalla unohtamatta sosiaalisen toimintakyvyn tukemista. Kokonais kuntouttavaa lyhytaikaishoidon mallia voidaan soveltaa myös muissa hoitopaikoissa, ei pelkästään lyhytaikaishoitopaikoissa.

Mallista on hankkeen puitteissa koottu opas. Oppaassa käydään läpi kokonais kuntouttavassa lyhytaikaishoidon malli sekä työpajatyöskentely, jonka avulla toimintamallia jalkautettiin lyhytaikaishoitopaikkaan. Oppaan lopussa kuvataan, miten toimintaa arvioidaan ja seurataan. Oppaan avulla voidaan ottaa kuntouttavassa lyhytaikaishoidon malli käyttöön. Hankkeessa tehtiin myös opas muistisairaana läheiselle. Oppaaseen on kerätty tarpeellista tietoa ensimmäistä lyhytaikaisjaksoa suunnittelevalle.

5.2.6 Mallin sovellettavuus ja levittäminen

Kokonais kuntouttavaa lyhytaikaishoidon –mallia voidaan soveltaa missä tahansa hoitopaikassa. Malli voidaan räätälöidä hoitopaikan toimintaan sopivaksi ja juurruttaa hoitotyöhön työpajatyöskentelyn avulla. Mallin osatekijöitä työstetään työpajoissa, joihin osallistuvat hoitoyksikön työntekijät mahdollisimman kattavasti. Työpajat sisältävät mm. alustuksia, ryhmätöitä sekä tehtäviä työpajojen välillä. Työpajat linkittyvät toisiinsa ja työpajojen onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää, että muutoksella ja työpajatyöskentelyllä on esimiehen ja johdon tuki ja että siihen on varattu riittävästi aikaa.

Pirkanmaan Muistiyhdistys tarjoaa työpajatyöskentelyyn pohjautuvaa räätälöityä koulutusta muistisairaita hoitaville yksiköille. Aiheina pilottikohteen työpajoissa olivat: lyhytaikaishoidon merkitys, hoitoyksikön arvot ja toimintaperiaatteet, muistisairaana voimavarat, asiakastietolomake, tavoitteiden asettaminen hoitajaksoille ja yksilöllisyyden huomioiminen, yhteisöllisyyden merkitys muistisairaiden hoidossa, suunnitelmallisuus kuntouttavassa lyhytaikaishoidossa, arvioiva kirjaus ja muistisairaana hyvän hoidon kriteerit.

6 MUU KEHITTÄMISTYÖ

6.1 Verkostotyön kehittäminen

Muistisairaiden lyhytaikaishoidon kehittäminen edellyttää yhteistyötä eri toimijoiden ja tahojen kesken. Ennen hanketta muistisairaiden hoitoon osallistuvilla tahoilla ei ollut yhteistä päämäärää tai tavoitetta. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat eivät myöskään riittävästi tunteneet toistensa toimintaa. Muistisairaana kuntoutumisen tukeminen tulisi nähdä eri tahojen yhteisenä päämääränä. Siksi heti projektin alussa koottiin hanketta hallinnoivan Pirkanmaan Muistiyhdistyksen, Tampereen kaupungin sekä palveluntuottajien verkosto. Verkostoon osallistuvista tahoista koottiin ns. sisältöryhmä, joka toimi kehittämistyön välineenä.

Tiivistääkseen yhteistyötä muistisairaille suunnattujen palvelujen tuottajien sekä kaupungin välillä hanke järjesti yhteistyöfoorumin keväällä 2009. Tilaisuus kokosi yhteen Tampereen kaupungin tilaajatahon sekä palvelun tuottajia keskustelemaan ja luomaan yhteistä ymmärrystä muistisairaille suunnattujen palvelujen ja hoidon kehittämisestä sekä palvelutarpeista. Foorumin tarkoituksena oli tutustuttaa toimijoita lähemmin toisiinsa ja luoda pohjaa yhteiselle kehittämiselle. Palveluiden kehittämisen kannalta on tärkeää, miten asiakastarpeet ja palveluita koskevat näkemyksen välittyvät kaikille tahoille.

Foorumin aikana järjestettiin ”Kehitysverstas”, jossa yhteisesti ryhmissä pohdittiin kiteytettiin ajatuksia nykytilasta ja tulevaisuudesta. Kehitysverstas – menetelmä oli sovellutus Learning Café –menetelmästä, jossa ryhmät pohtivat kukin ensin yhtä teemaa ja sitten siirtyvät vuorotellen kommentoimaan myös muitten ryhmien tuotoksia.

Kehitysverstaan teema-alueet olivat seuraavat:

1. Muistisairaana hoidon ja palvelujen hyvä tulevaisuus 2012
2. Uhkakuvat ja huolet
3. Konkreettiset mahdollisuudet ja hyödynnettävät asiat, että hyvä tulevaisuus toteutuisi?
4. Nykytila: Mitä ei saa hukata – mitkä hyvät asiat tulee säilyttää ja turvata?

Keskusteluissa nousi esille monia näkökulmia liittyen mm. palveluihin ja omaisten asemaan. Palveluista tulisi olla tietoa ja niitä pitäisi olla saatavissa monipuolisesti jo sairauden alkuvaiheessa. Palveluketjun tulisi olla saumaton ja lyhytaikaishoitoon pääsy mahdollisimman joustavaa. Samalla omaisten äänen pitäisi kuulua paremmin yhteistyössä eri tahojen välillä. Omaisten tulisi nähdä hoidon resurssina ja voimavarana hoidon suunnittelussa, kuten myös sairastunut itse.

Palveluiden tarpeessa korostui yksilöllisyys ja valinnan mahdollisuus. Kukin asiakas saisi sen palvelun, jota hän todella tarvitsee, eikä vain valita sopivimman tarjolla olevista palveluista. Palveluketjujen saumattomuus on ensiarvoisen tärkeää. Palveluissa tulisi korostua kuntouttava työote, varhainen diagnosointi ja sairauden hyvä hoito. Palveluiden kehittämisessä peräänkukulutettiin yhteistyötä ja kehittämistyössä myös omaisten äänen pitäisi kuulua. Samoin palvelutuottajien keskinäistä yhteistyötä tulisi kehittää, jotta esim. palveluita voidaan kehittää yhdessä tarpeiden mukaisesti.

Palvelujen laatuun liittyvät kysymykset herättivät eniten kommentteja. Palveluilta odotetaan kiteytetysti seuraavia asioita:

Yksilöllisyys: Vanhus tai muistisairas tulee kohdata yksilönä hänen arvojaan kunnioittaen ja hänen elämänsä historiansa huomioiden. Yksilöä ei tulisi kohdata sairaana, vaan ihmisenä omine vahvuuksineen ja heikkouksineen. Tämä vähentäisi myös sairauden aiheuttamaa häpeän tunnetta.

Valinnanmahdollisuus: Palvelutarjonnassa tulisi huomioida erityisryhmät, joille tulisi olla omia, erikoistuneita palveluja (esim. päihdeongelmaiset)

Tarpeenmukaisuus ja saumattomuus: Palveluketjujen pitäisi olla kunnossa, ettei palveluja joudu odottamaan turhan pitkään tai että ei olisi vaaraa pudota kokonaan niiden ulkopuolelle.

Jatkuvuus: Pysyvät, henkilökohtaiset hoitosuhteet ovat tärkeitä erityisesti muistisairaille.

Kuntouttava ote: Hoidossa pitäisi kautta linjan olla kuntouttava ote. Muistisairaiden kohdalla kuntoutus on keskeisessä roolissa. Ongelma on, että muistisairaita ei kokemusten mukaan katsota aina ”kuntouttamisen arvoiseksi”.

Varhainen diagnosointi ja hoito: Varhainen hoito ja kuntoutus tuottavat parhaat tulokset.

Yhteistyö: Yhteistyö omaisten kanssa on ensiarvioista muistisairaiden kohdalla. Omaisten äänen pitäisi kuulua palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Tavoitteena tulisi pitää moniammatillisen yhteistyön rinnalla moniasiantuntijuutta, jossa omaiset ja muistisairas itse ovat myös palvelun suunnittelijoita. Myös vapaaehtoiset ovat tärkeä resurssi palveluissa.

Palvelujen laadun seuranta koettiin keskeiseksi ja siinä erityisesti toivottiin julkisen sektorin eli kaupungin toimivan ”kontrolloijana”. Vanhuspalveluissa palvelukriteeristön ja seurantamallin kehittäminen olisi ensiarvoisen tärkeää ja kiireellistä. Palvelujen tae ei ole se, että palvelutuottajalla on oma laatukäsikirjansa. Laatu näkyy vasta toiminnassa, ei paperilla.

Henkilöstön tulee olla ammattitaitoista, motivoitunutta ja hyvinvoivaa. Vanhus- ja muistisairaiden palvelujen kehittäminen edellyttää myös pitkäjänteistä henkilöstöstrategiaa sekä henkilöstön rekrytoinnin (esim. opiskelijaharjoittelijat) kehittämistä. Jotta henkilöstöä saadaan myös jatkossa, palkkauksen ja työolojen tulee vastata työn vaativuutta.

Omaishoitajien asemaa tulee parantaa: vapaajaksot, yhteistä virkistystä hoidettavan kanssa, koulutusta. Omaishoidon tuki pitäisi edelleen turvata kaikille kriteerit täyttävälle hakijoille. Tärkeäksi koettiin myös vapaaehtoisten rooli palveluissa. Samoin yhteisöllisyyttä edistävät toimintamuodot kuten vertaisryhmät tukevat omaehtoista yhteisöllistä toimintaa.

Keskeisintä hyvän tulevaisuuden tekemisessä muistisairaiden palveluissa on eri toimijoiden välinen yhteistyö. Erityisen hyvänä pidettiin, että mukana Yhteistyöfoorumissa oli omaisia. He toivat esiin näkökulmia, joita ei ehkä aina riittävästi kuulla asiantuntijapuheen keskellä. Palveluiden kehittämiseksi ei aina tarvita isoa budjettia, vaan kyse on ennemminkin palveluiden organisoimisesta ja johtamisesta siten, että ne ovat sekä tehokkaita että vaikuttavia.

Palvelutuotannossa keskeistä on rajapintojen ja työnjaon kehittäminen julkisen, yksityisen ja vapaaehtoissektorin välillä. Omaishoitajat ovat viimeksi mainitussa ryhmässä tärkein ryhmä, mutta myös vapaaehtoistyöntekijöitä tarvitaan ja heidänkin panostaan tulee myös johtaa ja kehittää.

Yhteistyöfoorumiin osallistuneille lähetettiin sähköinen palautekysely tilaisuudesta. Palautteiden perusteella osallistujat kokivat tilaisuuden erinomaisena ja toivoivat jatkossa vastaavia tilaisuuksia, jossa yhteistyötä voitaisiin kehittää. Erityisen hyvänä pidettiin sitä, että muistisairaiden omaiset olivat edustettuina. Monet olivat sen sijaan pettyneitä siihen, että julkisen sektorin päättäjät eivät olleet edustettuina tilaisuudessa.

6.2 Työkäiset muistisairaajat ja hoito Pirkanmaan kunnissa

Hankkeen erityisenä kohderyhmänä olivat työkäisenä sairastuneet sekä heidän omaisensa. Hankkeessa aloitettiin yhteistyö työkäisten muistisairaiden kartoittamiseksi Pirkanmaalla TAYS:in ja Hatanpään sairaalan kanssa. Näissä yksiköissä tapahtuu työkäisenä sairastuneiden diagnosointi pääsääntöisesti.

Yhteistyötahoille suunnatuissa haastatteluissa vuonna 2007 saatiin seuraavat työkäisiä koskevat kommentit:

- Nuoria muistisairaita ollut asiakkaina, mutta ovat olleet päihdetaustaisia

- Työikäisiä ei juuri ole ollut, mutta paikka sopisi lievässä vaiheessa oleville. Yhteistyön mahdollisuus omaishoidon tuen toimiston kanssa?
- Työikäisiä tulee KELA:n kautta
- Ei ole juurikaan ollut työikäisiä sairastuneita
- Työikäisiä ollut muutama
- Työikäiset dementoituvat näkyvät enenevässä määrin.
- Ovat kuitenkin marginaaliryhmä, joten onko kuitenkaan niin paljon, että oman yksikön perustaminen olisi järkevää.
- Työikäisten kohdalla huomattu, että kun lyhytaikaishoitojaksot aloitetaan, voi käydä niin, että puoliso lähtee. → omaisten ja perheen tukeminen tärkeää, tarvitsevat erilaista tukea kuin eläkeikäiset sairastuneet ja omaiset
- Kaupunki ei voi tällä hetkellä tarjota työikäisille soveltuvaa paikkaa

Elokuussa 2009 kartoitettiin työikäisinä sairastuneiden hoitopolkua ottamalla yhteys työterveyshuoltoihin Tampereen seudulla (Tullinkulman työterveys, Työterveyspalvelu Viisari, PSHP, Kangasalan työterveyshuolto ja Oriveden työterveyshuolto) sekä tämän alueen ulkopuolisten kuntien työterveyshoitajiin (Virrat, Kihniö, Parkano, Ikaalinen, Hämeenkyrö, Saspe= Mouhijärvi, Äetsä, Punkalaidun, Vammala sekä Lavia ja Akaan kunta).

Puhelinkeskustelussa selvitettiin, onko työterveydessä kuvattu alle 65-vuotiaiden muistihäiriöisten hoitopolku. Samalla selvitettiin yhteyshenkilö työterveyden ja yhdistyksen tiedonvälittämiseksi. Kolme toimipistettä lupasi lähettää kuvauksen hoitopolusta muistihäiriöisille ja ainoastaan yhdessä kunnassa oli tehty hoitopolku alle 65-vuotiaille muistihäiriöisille (Lempäälä). Puhelussa tiedotettiin myös suunnitteilla olevasta kyselystä, jonka tarkoitus on selvittää kuinka muistihäiriöinen, alle 65 v. ”kulkee” työterveyden hoidon piirissä kyseisissä työterveydenhuollon yksiköissä.

Lisäksi työikäisenä sairastuneiden hoitopolkua kartoitettiin soittamalla Tampereen ja lähiseudun yksityisille lääkäriasemille. Puhelinkeskustelussa tuli ilmi toimipisteiden erilainen käytäntö: Toiset ohjaavat muistihäiriöisen suoraan kunnan muistihoitajalle testeihin tai teettävät testit itse ja lähettävät asiakkaan lisätutkimuksiin neuropsykologille tai neurologille tai erikoissairaanhoidon. Eri käytäntöihin vaikuttavat mm. työnantajan kanssa tehdyt sopimukset. Työikäisten hoitopolku oli myös asialistalla yhdistyksen järjestämässä aikuisneuvoloiden ja lääkäriasemien henkilökunnalle suunnatussa tiedotustilaisuudessa.

Syksyllä 2009 hanke toteutti nettikyselyn työikäisenä sairastuneista muistihoitajille, työterveyshuolloille ja yksityisille lääkäriasemille Pirkanmaalla. Nettikysely lähetettiin 35 ja vastauksia saatiin 13. Vastaajat olivat hoitajia 6, psykologeja 3 sekä yksi lääkäri ja yksi yksikön vastaava.

Kyselyyn vastanneista viiden toimipisteessä oli käynyt viimeisen vuoden aikana vastaanotolla työikäisiä muistioireista kärsiviä 1-2 henkilöä. Kuuden

toimipisteessä oli käynyt alle kymmenen muistioireista kärsivää viimeisen vuoden aikana. Vain yhdessä paikassa on käynyt enemmän kuin kymmenen muistioireista kärsivää viimeisen vuoden aikana. Muistioireista kärsivät tulevat vastaanotolle pääsääntöisesti työterveyshuollon kautta, omaisen patistamana tai perusterveydenhuollon lähettäminä. Vain kaksi vastaajaa ilmoittaa asiakkaan tulevan oman huolestumisen vuoksi.

Alle 65-vuotiaille muistisairaille tehdään Cerad-testi 8 toimipisteissä, verikoeket 6 toimipisteissä ja depressiotestit 6 toimipisteissä. Muutamissa toimipaikoissa tehdään myös toimintakykytestejä, psykologiset testit, magneettikuvaus, geriatrin arvio sekä MMSE –testit. Muualla tehtäviä tutkimuksia ovat pään kuvantaminen ja erikoislääkärin arvio, jotka tehdään TAYSsissa tai yksityisellä lääkäriasemalla. Myös psykologin arviointeja ja työkykyarvioita tehdään muualla.

Työikäisten muistisairaiden diagnoosi tehdään useimmiten TAYS:ssä tai yksityisellä lääkäriasemalla. Seuranta tapahtuu työterveysasemilla tai perusterveydenhuollossa TAYS:sin alkuseurannan jälkeen. Seurantaan sisältyy yksilölliset seurantakäynnit, joihin sisältyvät lääkärin vastaanotto, muiden sairauksien hoito, työkykytestit (ja tarvittavat muutokset), muistin testaus. Joissain paikoissa seurantaan liittyy myös tuki- ja etuusasiat, omaisten hyvinvointi ja muistisairaana sosiaalisesta aktiivisuudesta huolehtiminen.

Ohjausta muistisairaalle antavat pääsääntöisesti lääkärit ja muistipoliklinikat. Joissain paikoissa myös omaishoito, kotihoito, TAYS, työterveyshuolto sekä Kela, sosiaalitoimisto ja muistiyhdistys. Vain kolmessa (3/13) toimipisteessä oli työikäisten muistisairaiden hoitopolku määritelty. Yhdeksän toimipistettä ilmoitti, että heillä ei ole käytössään erikseen työikäisten muistisairaiden hoitopolkua.

Yhdistyksen toivottiin yhteistyötä ryhmien ja paikallisen toiminnan kautta sekä koulutuksen ja hankkeiden muodossa. Lisäksi yhdistyksen toivottiin järjestävän nuorten/ työikäisten muistisairaiden ryhmiä.

6.3 Muu kotona asumista tukeva toiminta

6.3.1 Ryhmätoiminta

Hankkeen aikana on järjestetty erilaista ryhmätoimintaa muistisairaille ja omaisille. Ryhmien tarkoituksena oli tukea kotona asumista ja antaa muistisairaalle ja omaiselle eväitä sairauden kohtaamiseen. Tiedon ja tuen tarve on erityisen suurta ns. nivelvaiheissa, kuten esim. lyhytaikaishoitoon siirryttäessä.

Erityisesti työikäisille suunnattua toimintaa Pirkanmaalla ei ollut ennen hankkeen käynnistymistä. Vuonna 2008 työikäisten omaisten ryhmää ohjasi psykiatrian erikoissairaanhoidtaja. Omaisten ryhmät ovat olleet ns. suljettuja ja määräaikaista. Suljetun ryhmän tavoitteena on, että sen jäsenet eivät vaihdu sen elinkaaren aikana. Kukin ryhmä kokoontui kuukausittain yhteensä kahdeksan (8) kertaa. Omaisille suunnattu ryhmä jatkui hankkeen päätyttyä.

Lisäksi työikäisille muistisairaille ja puolisoille perustettiin vuonna 2010 yhteinen ryhmä. Ryhmätapaamiset on suunniteltu sisällöllisesti sekä puitteiltaan huomioiden erityisesti sairastuneiden ja heidän omaistensa ikä ja elämäntilanne. Myös työikäisille ja puolisoille suunnattu ryhmä jatkuu hankkeen päätyttyä yhdistyksen toimintana.

6.3.2 Palveluneuvonta ja ohjaus

Ikäihmisten palvelujen kansalliseen laatusuositukseen sisältyy ajatus neuvonnan turvaamisesta ns. matalan kynnyksen neuvontapisteistä. Suosituksen mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi julkisen, kolmannen ja yksityisen sektorin eri toimijoiden tulee toimia tavoitteellisesti yhteistyössä. Kansallisessa laatusuosituksessa ikäihmisten ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 2008.)

Hankkeessa on annettu sairastuneille ja omaisille neuvontaa ja ohjausta mm. seuraavissa asioissa:

1. Yleinen neuvonta kotona asumista tukevista julkisista, yksityisistä ja kolmannen sektorin tuottamista palveluista.
2. Erityisesti neuvontaa lyhytaikaishoitoon liittyen
3. Neuvontaa yhdistyksen tarjoamista tukimuodoista ja palveluista sekä myös
4. neuvontaa mm. sosiaali-, terveys-, kulttuuri-, virkistys- ja harrastustoiminnasta ja –palveluista
5. Muistisairaana ja omaisen taloudellisista tukimuodoista ja edunvalvonnasta

Neuvonta pitää sisällään mm. palveluiden sisältö-, hinta-, yhteystietojen välittämistä sekä eri vaihtoehtoista neuvomista. Hanke on tehnyt yhteistyö muiden paikallisten neuvontapalveluiden kanssa (mm. Tampereen kaupungin Ikäpiste).

Projekti tiivistä yhteistyötä diagnoosia tekevien tahojen kanssa, jotta diagnoosin saaneille voidaan tarjota tukea, tietoa ja neuvontaa sairauden alusta lähtien ja kertoa lyhytaikaishoidon mahdollisuudesta sekä linkittää yhdistys muistisairaana hoitopolun alkuun. Lisäksi yhteistyö käynnistettiin niiden ter-

veydenhuollon yksiköiden kanssa, joissa tehdään alle 65-vuotiaana sairastuneiden diagnoosit, jotta työikäisenä sairastuneiden erityistarpeet voidaan ottaa huomioon toimintaa kuten mm. ryhmiä suunniteltaessa.

7 PROJEKTIN TULOSTEN ARVIOINTIA

Projektia arvioitiin yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Hankkeeseen osallistujat tekivät jatkuvaa arviointia toimenpiteiden onnistumisesta. Samalla arvioitiin muiden osallistujien ja sidosryhmien toiminnan tuloksellisuutta. Toiminnan yksityiskohtaiset onnistumiset ja kehittämistarpeet kirjattiin. Tämän pohjalta löydettiin uudenlaisia muutokseen suuntautuvia toimintatapoja.

Projektin sisältöryhmä, ohjausryhmä sekä yhdistyksen hallitus arvioivat projektia kokouksissaan työntekijöiden jatkuvan itsearvioinnin lisäksi. Yhteistyössä sisältöryhmän ja ohjausryhmän kanssa tarkistettiin projektin konkreettisia tavoitteita ja osatavoitteita. Hanketta arvioitiin asiakaslähtöisesti asiakaspalautejärjestelmän mukaisesti. Varsinaiselta kohderyhmältä saatu palaute nähtiin tärkeänä ja oleellisena. Lisäksi hankkeeseen osallistuvia haastateltiin ja heiltä kyseltiin tietoja toiminnan onnistumisesta. Pilottikohteessa toteutettiin havainnointijaksot ennen mallin kehittämistä sekä pilotoinnin jälkeen. Hankkeeseen tehdyt opinnäyte- ja harjoitustyöt antoivat arviointitietoa, jota hyödynnettiin projektin toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa.

7.1 Sampo-hanke yhteistyötahojen arvioimana

Sisältöryhmätyöskentelyyn osallistuneet antoivat seuraavanlaista palautetta: Yhteistyöverkoston luominen hyvä asia ”Oli todella hyvä kuulla ja keskustella muiden tahojen kanssa, miten heillä nämä asiat ovat”. Asiakas- ja perhelähtöinen ajattelu, omaisen äänen korostaminen ja konkreettisesti omaisten mukanaolo sisältöryhmän kokouksissa koettiin erittäin arvokkaaksi, ”Erittäin mieleenpainuva päivä, kun omaisia mukana. Muistan kuinka he olivat todella mukana ja antoivat hyviä vinkkejä”. Myös yhteistyön lisääntyminen Pirkanmaan Muistiyhdistyksen kanssa koettiin tärkeänä ”Saatu tukea ja tietoa Muistiyhdistyksestä”, samoin uusien yhteistyömallien kehittämisestä oltiin tyytyväisiä.

Palvelutuottajien verkoston luominen nähtiin arvokkaana ja yhteistyötahoilta saatu asiantuntijuus koettiin tärkeänä. Toisaalta pohdittiin kehittämissyhteistyön riittävyttä sekä yhteistyötahojen sitoutuneisuutta? Lisäksi pohdittiin olisiko hankkeen rooli liian vähäinen sitouttamisessa? Mikä motivoi toimimaan useita vuosia kestävässä hankkeissa, kun eri tahoilla henkilöt vaihtuvat ja työmäärät lisääntyvät? Lisäksi pohdittiin olisiko tarpeen muodostaa lyhytaikaishoitoa tarjoavien yksiköiden yhteistyökokous, johon kutsuttaisiin omaisia mukaan tuomaan näkökulmaa. Erikoisen tärkeänä nähtiin myös työikäisten palvelutarpeiden esilletuonti. Hankkeen päättyessä vuonna 2010 koettiin, että kaupungin käyttöön ottama uusi asiakastietojärjestelmä on tuonut apua

tiedonkulkuun, eikä asiakkaita tule lyhytaikaisjaksoille puutteellisin tiedoin siinä määrin kuin aikaisemmin.

7.2 Työpajatyöskentely työntekijöiden arvioimana

Pilottikohteessa tapahtuneet omistajavaihdokset keskeyttivät työpajatyöskentelyn joksikin aikaa. Tämä aiheutti viivästymistä myös koko hankkeen etenemisessä. Toisaalta uuden tilanteen hyödyntäminen nähtiin mahdollisuutena, vaikka uusien työntekijöiden sitouttaminen hankkeeseen toi lisähaastetta. Uudet työntekijät kokivatkin, että hanke olisi voinut näkyä pilottikohteessa enemmän ja perehtyminen ja kireä työtahti haittasivat paneutumista uudelleenlaiseen toimintatapaan. Lisäksi muutoksen pelko, kiire, henkilöstön jaksaminen, sitoutumisen lyhytaikaisuus sekä uusien työntekijöiden rekrytointi hankaloitti mallin kehittämistyötä.

Työpajatyöskentely koettiin hyvänä menetelmänä. Ne herättelivät työntekijöitä, jolloin syntyi uusia ideoita, joita pyrittiin työpajojen välillä toteuttamaan. Harmillisena nähtiin se, että kaikki eivät voineet osallistua, eivätkä kaikki olleet aktiivisia. Lisäksi työpajojen välillä annetuille tehtäville jäi joidenkin mielestä liian vähän aikaa. Työpajoja olisi toivottu olevan koko hankkeen ajan. Hyvänä pidettiin myös sitä, että.

Hoitajat kokivat työn muuttuneen kiireisemmäksi ja aikaa olevan vähemmän asiakkaille. Tämä koettiin erityisesti omistajavaihdoksen aikoihin, mutta myöhemmin toiminta kuitenkin rauhoittui ja selkiytyi. Asiakkaita otettiin mukaan tekemiseen enemmän kuin aikaisemmin, mutta yhdessä tekemistä toivottiin olevan vielä enemmän. Tavoitteellisuus näkyi asiakkaan virkistymisenä. Fysioterapeutin palvelut tulivat uutena ja hänen ammattitaidosta odotettiin saatavan hyötyä ryhmäkodin liikunnan ohjaukseen ja myös liikunnan määrän lisääntymiseen.

Kirjaaminen oli henkilöstön mukaan muuttunut asiallisemmaksi kuin aikaisemmin. Pegasos-asiakastietojärjestelmä oli tuonut myös muutoksia kirjaimiseen ja asiakastiedonsiirtoon. Läheiset olivat mukana hoidon suunnittelussa ja he saivat palautteen jakson sujumisesta suullisesti kotiin lähtiessä. Kirjallista palautetta henkilöstön mukaan ei ollut tarpeen antaa.

Yhteisöllisyyden ja aktiivisen arjen korostaminen toi pilottikohteeseen enemmän toimintaa ja asiakkaat saatiin enemmän mukaan arjen toimintaa. Asukkaiden ja hoitajien koettiin lähentyneet toisiaan. Asiakastietolomakkeen perustietoihin sekä elämänhistoriaan kiinnitettiin enemmän huomiota. Lisäksi yhteistyö asiakasohjaajien kanssa koettiin parantuneen.

7.3 Lyhytaikaisjaksojen/mallin arviointia

Mallin arviointi on hankalaa, sillä on vaikea eritellä mikä lyhytaikaisjakson mikä taas sairauden etenemisestä aiheutuvaa vaikutusta. Asiakkaiden vaihtuvuus lyhytaikaispaikassa hankaloittaa tavoitteiden asettamista. Esimerkiksi pilottikohteessa ei aina ollut mitään tietoa asiakkaasta hänen tullessaan, joskus asiakas tuli aivan yllättäen ja tiedot saatiin vasta jälkikäteen. Tiedon kulku eri toimijoiden välillä parani merkittävästi hankkeen kuluessa.

Kotihoidon mukaan lyhytaikaisjaksolta palatessaan asiakas oli lähes poikkeuksetta hyväkuntoinen ja tyytyväinen, mutta joskus kotiin palatessa asiakas tarvitsi kannustusta omaoimaisuuteen. Omaishoidon tuen toimiston saaman palautteen mukaan asiakkaan kunto ei lyhytaikaishoidon aikana laskenut. Omaiset antoivat kuitenkin niukasti palautetta lyhytaikaishoitopaikoista omaishoidontuen toimistoon.

Hoitotyötä tekevät kokivat oivaltaneensa kuinka tärkeää on asiakkaalle ja hänen omaiselleen lyhytaikaisjaksolle tulo- ja lähtötilanteet. Malli kuntouttavaan lyhytaikaishoitoon huomioi muistisairaana kokonaisvaltaisen kuntoutuksen omaisen levon rinnalla. Omaisten mukanaolo mallin kehittämisessä aikaansai sen, että pilottikohde hyödyntää omaisten osaamista aikaisempaa enemmän ja omaisille annetaan palautetta jaksosta aikaisempaa enemmän. Muutoinkin omaisen tilanteeseen alettiin kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Myös yhdistyksen ja kolmannen sektorin rooli omaisen tukemisessä nähtiin selkeämmin.

Oivallettiin myös, että mallin kehittämisestä ei aiheudu lisäkustannuksia, vaan siitä koituu pitkällä aikavälillä säästöjä. Lisäksi työhyvinvointi kohenee, kun omaisen ja sairastuneen tyytyväisyys kohoaa. Lyhytaikaishoitopaikkojen vaihtuminen jaksojen välillä koettiin hankalana ja asiakkaan toimintakyvyn tukemisen kannalta huonona.

Lisäksi mallin laajempaa käyttöä ja mallin levittämistä olisi voinut edistää projektin osa-alueiden kehittäminen eri yhteistyöyksiköissä? Toisaalta tämä olisi voinut sirpaloittaa kehittämistyön ja koordinointi olisi hankaloitunut käytössä olleiden resurssien puitteissa. Pohdittiin myös tulisiko kaupungin edellyttää mallin käyttöä ostopalvelusopimuksissa. Kuntasektorilta odotettiin muutoinkin laajempaa sitoutumista johtotasolla kehittämistyöhön.

Pirkanmaan Muistiyhdistys toteutti keväällä 2010 kuntakyselyn, joka suunnattiin alueen kuntien vanhustyönjohtajille tai vastaaville. Yhdeksän vastaajaa 13:sta näki, että lyhytaikaishoito on toimintakykyä ylläpitävää ja kotihoitoa tukevaa. Hoitohenkilökunnan osaamisen avohoidossa yhdeksän näki hyvänä ja kolme kohtalaisena. Laitoshoidon henkilökunnan osaamisen vastaajista neljä arvioi kohtalaiseksi, kahdeksan hyväksi ja yksi erittäin hyväksi.

Muistiliitto toteutti vuoden 2010 aikana Muistibarometrin, jonka tulosten mukaan muistityötä ohjaavat strategiat ja ohjelmat ovat yleistyneet kunnissa, vaikka muistisairaiden kuntoutus on jäänyt strategiatasolla vähemmälle huomiolle; kolmasosa vastaajista kuntoutuksen osuuden huonoksi. Muita osa-alueita heikommaksi arvioitiin myös osaaminen kuntoutumisen tukemisessa. Kokonaisvaltaisen kuntoutuksen näkökulmaa tulisikin levittää maakunnan ja valtakunnan tasolle. Hankkeen aikana yhdistyksen osaaminen ja kokemus hoitotyön kehittäjänä karttui merkittävästi. Yhdistys onkin suunnitellut ja toteuttanut räätälöityjä koulutuksia muistisairaita hoitaville yksiköille.

7.4 Lyhytaikaispaikkojen määrässä tapahtuneet muutokset

Tampereella lyhytaikaishoitoa on järjestetty vuodesta 1990. Hankkeen kuluessa lyhytaikaishoitopaikkojen määrässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Hankkeen päättyessä vuonna 2010 Tampereen kaupunki käytti omaishoidon lyhytaikaispaikkoina yhdeksää vakituista paikkaa kotihoidon kautta ohjattujen lisäksi. Edellä mainittujen lisäksi muutamia paikkoja käytetään tarpeen mukaan Tampereella ja ympäristökunnissa. Kotihoidossa selviytyminen mahdollisimman pitkään edellyttäisi helpompaa pääsyä lyhytaikaishoitoon ja lyhytaikaishoidon aloittamista varhaisemmassa vaiheessa sairautta.

Kuntasektorin tiukentuneen taloustilanteen johdosta lyhytaikaishoitoon pääsy ei ole kuitenkaan helpottunut. Lyhytaikaishoitoon tarkoitettuja paikkoja käytetään myös siirtymävaiheen paikkoina mm. muistisairaana odottaessa pitkäaikaishoitoon pääsyä. Lyhytaikaisjaksolle on mahdollista hakeutua myös yksityisesti, mutta tällaisia lyhytaikaishoitopaikkoja ei ole kovinkaan paljon tarjolla, vaikka tarvetta olisi. Toisaalta Pirkanmaan Muistiyhdistyksen toteuttamaan kuntakyselyyn vastanneista kaikissa 13 kunnassa nähtiin lyhytaikaishoitopaikkoja olevan riittävästi tarjolla.

8 HANKKEEN RESURSSIT

8.1 Projektin organisaatio ja henkilöstö

Projektissa oli varattu resursseja kahden projektityöntekijän kokoaikaiseen sekä projektin johdon ja toimistosihteerin osa-aikaiseen palkkaamiseen. Projektin etenemistä on jonkin verran hidastanut projektityöntekijöiden vaihtuminen. Projektissa työskentelivät seuraavat henkilöt: Merja Snellman, kasvatustieteen maisteri, 15.10.2007 – 11.2008, jonka jälkeen hän jäi äitiys- ja vanhempainvapaalle, Salla Koho, liikuntalääketieteen maisteri, 2.1. - 4.3.2008, Sirpa Järvelä, sairaanhoitaja AMK, 2.6.2008 – 30.11.2009, Anu Tassberg, yhteiskuntatieteiden maisteri, diakoni, 15.11.2008 – 31.12.2010.

Projektin tehtävät on jaettu siten, että toisen projektityöntekijän päävastuulla on projektin koordinointi sekä työikäisten sairastuneiden tilanteen selvittäminen ja kehittäminen ja toisen projektityöntekijän päävastuulla on selvittää ja kehittää, miten dementoituvan toimintakykyä voidaan tukea hoitoyksikössä. Projektin suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista huolehtii projektin johto yhdessä työntekijöiden sekä sisältö- ja ohjausryhmän kanssa.

8.2 Sisältöryhmä kehittämistyön välineenä

Yhteistyökumppanien verkostosta koottiin SAMPO -projektin sisältöryhmä. Sisältöryhmän tehtävänä oli kehittää ja arvioida projektissa työstettyjä ratkaisuja toimintakykyä tukevan lyhytaikaishoidon kehittämiseksi käytännön toimijoiden asiantuntemuksella ja tuoda oma osaamisensa mukaan kehittämistyöhön. Sisältöryhmä kokoontui vuosittain keskimäärin neljä kertaa. Tapamisissa käytiin myös läpi lyhytaikaishoidon ajankohtaisia asioita.

Sisältöryhmätyöskentelyyn osallistui seuraavia henkilöitä ja tahoja:

Allén-Oikari Laila	Hatanpään puistosairaala
Hiipakka Tuulikki	Tuulikkikoti
Holopainen Lidia	Coronaria Hoitokeju Oy, Taatala
Härtsiä Leila	Petäjäkoti
Ilmonen Satu	Palvelutähti Oy
Jokinen Pirjo	Koivupirtti
Kivimäki Leena	Kotipirtti
Korhonen Päivi	Viola-koti
Laitinen Satu	Coronaria Hoitoketju Oy, Taatala
Lehtinen Ritva-Liisa	Sopimusvuori
Lepistö Terhi	Palvelutähti Oy
Matikka Katja	Tampereen kaupunki
Mäkelä Anne	Kotipirtti
Nousiainen Kirsti	Tampereen Vanhuspalveluyhdistys

Nikkilä Aija	Tammenlehväsäätiö
Niukkala Katariina	Omaishoidontuki, Tampereen kaupunki
Roponen Laura	Palvelutähti Oy
Seppälä Antti	Coronaria Hoitoketju Oy, Taatala
Siipola Teija	Toiminanjohtaja, Pirkanmaan Muistiyhdistys
Tassberg Anu	Projektityöntekijä
Viitanen Tarja	Kotihoito, Tampereen kaupunki

Projektin etenemistä arvioimaan oli koottu myös ohjausryhmä. Ohjausryhmän tehtävänä on johtaa, valvoa ja seurata projektille esitettyjen tavoitteiden toteutumista sekä vastata siitä, että toimenpiteet olivat tarkoituksenmukaisia ja asetettuihin tavoitteisiin tähtääviä. SAMPO -projektin ohjausryhmä kokoontuu säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa ja tarvittaessa useammin. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii Tarja Kangassalo.

SAMPO –hankkeen ohjausryhmä muodostui seuraavista tahoista:

Kangassalo Tarja	Apulaisosastonhoitaja, Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry
Kärkkäinen Antti	Palvelupäällikkö, Coronaria Hoitoketju
Lehtinen Jaana vt.	
Lumme-Linden Arja	Asiakasohjaaja, Tampereen kaupunki
Nikumaa Henna	Alueohjaaja, Muistiliitto
Rantanen Arjo	Omaishoitaja
Salin Sirpa	Lehtori, Tampereen yliopisto / Projektipäällikkö, PSHP
Santala Maire	Neurologi, hallituksen puheenjohtaja
Siipola Teija	KTM, toiminnanjohtaja, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry
Talonen Tiina	Laatupäällikkö, Sopimusvuorisäätiö
Tanni Pirjo	hallituksen puheenjohtaja 31.12.2008 saakka
Tassberg Anu	Projektityöntekijä

8.3 Hankkeen rahoitus

Raha-automaattiyhdistys myönsi hankkeelle projektirahoitusta yhteensä 374.248 euroa. Toiminnanjohtaja ja yhdistyksen hallitus seurasivat hankkeen taloutta kuukausittain ja ohjausryhmä puolivuositain. Lisäksi eri yhteistyötahot sijoittivat henkilöstönsä työpanosta hankkeeseen.

9 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Hankkeen tavoitteena oli tukea kotona selviytymistä ja luoda edellytyksiä kotona tapahtuvalle hoidolle sekä siirtää pitkäaikaishoitoa myöhemmäksi. Tähän tavoitteeseen pyrittiin kehittämällä lyhytaikaishoitoa tavoitteelliseksi ja asiakkaan toimintakykyä tukevaksi. Tämä on helpommin toteutettavissa toistuvien jaksojen aikana kuin kertaluonteisessa hoidossa.

Mitkä seikat lyhytaikaishoidossa sitten tukevat muistisairaana kotona selviytymistä?

- Hoidon tulisi olla tavoitteellista ja muistisairaana voimavaroista lähtevää ja kokonaisvaltaisesti kuntouttavaa ja toimintakykyä tukevaa
- Tavoitteellisuus ja toimintakyvyn tukeminen helpommin toteutettavissa toistuvien jaksojen aikana kuin kertaluonteisessa hoidossa (pilottikohteessa toistuvasti kävijöitä 60-70 %)
- Omaishoitajan jaksamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota läheisen ollessa lyhytaikaishoidossa. Omaishoitajan kokemus rasittuneisuus ei välttämättä lievene lyhytaikaishoidon aikana vaan tähän tarvitaan erityisiä tukipalveluita ns. nivelvaiheen palveluita (vertaisryhmätoiminta, tukihenkilötoiminta jne.)
- Keskeisimpinä syinä pitkäaikaiseen laitoshoidon siirtymiselle ovat toimintakyvyn heikkeneminen, käytösoireet ja näistä johtuva omaisen väsyminen.

Tukeeko lyhytaikaishoito muistisairaana kotona selviytymistä?

- Jos toimintakyky kohenee tai pysyy vähintään ennallaan ja jos omaisen saa kerätyksi voimia, pitkäaikaisen laitoshoidon tarve voi siirtyä. Tämä on muistisairaana näkökulmasta inhimillistä samalla kun yhteiskunnalle koituu säästöjä.
- Jos toimintakyky laskee merkittävästi jakson aikana, lyhytaikaishoito voi myös nopeuttaa pitkäaikaiseen laitoshoidon siirtymistä. Tällä on vaikutuksia myös julkisiin menoihin. Tästä voidaan päätellä, että lyhytaikaishoidon laatuun on julkisen vallan taholta kannattavaa satsata.
- Voidaan myös kysyä onko omaishoitajan taloudellinen ja muu tukeminen riittävää?

- Hyvä pohtia kenen parhaaksi toimitaan, onko omainen ja muistisairas keskiössä vai toimitaanko järjestelmän ehdoilla. Tässä ei ole ristiriitaa jos hoito on laadukasta muistisairaahan toimintakykyä vahvistavaa ja omainen saa riittävän levon ja voimaantuu jakson aikana.
- On syytä pohtia myös muita vaihtoehtoja kodin ulkopuoliselle lyhytaikashoidolle.

Hoitotyön kehittäminen ei vaadi merkittäviä lisäresursseja vaan se vaatii aikaa ja asenteiden muuttamista sekä toimintatapojen uudelleen ajattelua. Laitostuneen työkultuurin ja omista tarpeista lähtevän rutiininomaisen toiminnan tilalle tarvitaan yhteisöllistä, kuntoutumista tukevaa toimintakulttuuria:

- sitoutumista yhteisiin arvoihin ja selkeisiin tavoitteisiin
- sitoutumista yhteisölliseen toimintaan
- sitoutumista yksilölliseen kohtaamiseen
- sitoutumista asukkaiden autonomian ja toimijuuden edistämiseen

Hyvässä hoidossa integroituvat eri osatekijät ehyeksi kokonaisuudeksi; fyysisten tarpeiden lisäksi huolehditaan viihtymisestä sekä fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta kuntoutumisesta siten, että mahdollisuudet kotona selviytyä paranevat. Hyvässä lyhytaikashoidossa korostuu myös omaisen huomioiminen ja hänen hyvän olonsa edistyminen jakson aikana.

Hankkeen kokemusten pohjalta nousi tarve muistisairaille ja omaisille suunnattuun tukihenkilötoimintaan. Hankkeen kehittämistyössä mukana olleet jakavat näkemyksen muistisairaiden ja omaisten erityisestä tuen tarpeesta nivelvaiheissa kuten esim. lyhytaikaishoitoon siirryttäessä. Tähän erityiseen tuen tarpeeseen pystyttäisiin vastaamaan tukihenkilötoiminnalla.