



**MUISTISAIRAIDEN POTILAIDEN  
YKSILÖLLINEN HOITO JA KOTIUTUS  
LÄHEISTEN KOKEMANA  
ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA**

Katri Moilanen

Elina Siltanen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MOILANEN, KATRI & SILTANEN, ELINA:  
Muistisairaiden potilaiden hoito ja kotiutus läheisten kokemana erikoissairaanhoidossa

Opinnäytetyö 61 sivua, josta liitteitä 7 sivua  
Lokakuu 2012

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistisairaiden potilaiden hoitoa ja kotiutusta läheisten kokemana erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa muistisairaahan potilaan hoidosta ja kotiutuksesta erikoissairaanhoidossa ja antaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia kohdata muistisairaita potilaita sekä hyödyntää heidän läheisiään voimavarana käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää mitä muistisairaahan yksilöllinen hoito on, millaista hoitajan ja muistisairaahan välinen kohtaaminen oli, kuinka perhehoitotyö näyttäytyi ja kuinka kotiutus toteutui muistisairaahan hoidossa. Opinnäytetyö tehtiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla haastatteleamalla kolmea muistisairaahan potilaan läheistä muistisairaahan hoidosta ja kotiutuksesta erikoissairaanhoidossa.

Läheiset kokivat hoitajien suhtautumisen muistisairaisiin olevan ymmärtäväistä, ystävällistä, lämpöistä ja arvostavaa. Tulosten mukaan muistisairaiden yksilölliset tarpeet huomioitiin ja niihin vastattiin. Muistisairaant saivat vaikuttaa hoitoonsa muistisairauden vaihe huomioiden. Läheiset kokivat, että hoitajat käyttivät huumoria vuorovaikutuksen keinona kohtamistilanteissa. Muistisairaiden elämäntarinaa ei huomioitu hoidossa. Läheiset toivoivat hoitajilta lisää aikaa muistisairaahan kohtaamiseen. Muistisairaahan potilaan kotiutus näyttäytyi osastoilla eri tavoin. Kotiutuksessa tiedon kulku koettiin ongelmallisena. Läheisten huomiointiin oltiin pääosin tyytyväisiä. Osa läheisistä koki saavansa vaikuttaa muistisairaahan hoitoon ja osa ei. Myös tuen ja ohjauksen saannissa oli vastakkaisia kokemuksia.

Muistisairaiden kohtaamiseen ja yksilöllisyyden huomiointiin läheiset olivat pääosin tyytyväisiä. Erikoissairaanhoidossa osastojen akuutista luonteesta johtuen hoitajilla ei välttämättä ole antaa tarvittavaa aikaa muistisairaille potilaille. Elämäntarinan huomiointi muistisairaahan potilaan hoidossa vähentää muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä ja auttaa hoitajaa suhtautumaan empaattisemmin ja yksilöllisemmin muistisairaaseen. Tätä voidaan hyödyntää hoitajan ja muistisairaahan välisen hoitosuhteen muodostumisessa. Tulosten perusteella nykyisen toimintamallin toimivuutta kotiutuksen suhteen olisi mahdollisesti syytä yhtenäistää ja kehittää. Tärkeää olisi pohtia kuinka hoitajat voisivat kehittää muistisairaahan potilaan läheisten ohjaamisessa ja tukemisessa.

---

Asiasanat: muistisairas potilas, kohtaaminen, perhehoitotyö, kotiutus, yksilöllinen hoito

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

MOILANEN, KATRI & SILTANEN, ELINA:  
The Care and Discharging of Dementia Patients in Acute Hospital Settings from the  
Viewpoint of Next of Kins.

Bachelor's thesis 60 pages, appendices 6 pages  
October 2012

---

The purpose of this study was to describe the care and discharging of older people with dementia in acute hospital settings from the viewpoint of the patients' next of kins. Furthermore, the objective was to gather information about the care and discharge of older people with dementia in acute hospital settings and help nurses to use next of kins as a resource in care.

A qualitative research approach was used in this study. The research material was collected through theme interviews and the material was analysed using the content analysis method. Three dementia patients' next of kins were interviewed.

The respondents stated that the attitude of nurses towards dementia patients was understanding, friendly, warm and respectful. The results suggest that dementia patients' individual needs were recognised and responded to. Dementia patients were allowed to influence their own care. Next of kins stated that nurses used humour as a mechanism to encounter dementia patients. Dementia patients' life history was not taken into account in the care. The respondents hoped the nurses would allocate more time for encountering the dementia patients. The discharging was different depending on the ward and there were problems in sharing information for the next of kins. The majority of participants thought that they were well acknowledged by the nurses. Some next of kins thought that their opinions concerning dementia patients' care was heard. There were different experiences of getting support and guidance from nurses.

Next of kins were mostly satisfied with the way nurses encounter dementia patients and acknowledge their individual needs. The nurses do not necessarily have enough time for dementia patients because of the nature of acute hospital settings. Knowledge of patients' life history is useful because it reduces aggressive behaviour in dementia patients and help nurses to give empathy towards patients and see their individuality. This helps in creating a nurse-patient relationship. The results suggest that it would probably be beneficial to standardize and develop discharging practices. It would be important to think how nurses could support and guide dementia patients' next of kins.

---

Key words: dementia patient, encounter, family care, discharge, individual care

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	8
3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA .....	9
3.1 Muistisairaus .....	9
3.1.1 Muistisairaahan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen haavoittuvuus .....	11
3.2 Muistisairaahan kohtaaminen .....	13
3.2.1 Sanallinen vuorovaikutus .....	15
3.2.2 Sanaton vuorovaikutus .....	16
3.2.3 Haastavan käyttäytymisen kohtaaminen .....	17
3.3 Perhehoitotyö .....	19
3.4 Kotiutus .....	22
3.4.1 Kotiutuksen valmistelu .....	23
3.4.2 Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä .....	23
3.4.3 Ohjaus ja tiedonsaanti .....	24
3.4.4 Läheisten huomiointi kotiutuksessa .....	24
3.5 Muistisairaiden potilaiden yksilöllinen hoito .....	25
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	29
4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä .....	29
4.2 Aineiston keruu .....	29
4.3 Sisällönanalyysi .....	31
5 TULOKSET .....	32
5.1 Muistisairaahan kohtaaminen .....	33
5.1.1 Hoitajan inhimillisyys .....	33
5.1.2 Muistisairaahan tarpeisiin vastaaminen .....	33
5.1.3 Muistisairaahan voimavarojen ylläpitäminen ja tukeminen .....	35
5.1.4 Osaston resurssit .....	35
5.2 Läheisten huomiointi hoidossa ja kotiutuksessa .....	36
5.2.1 Läheisten tiedonsaanti .....	36
5.2.2 Läheisten arvostaminen .....	37
5.3 Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä .....	38
6 POHDINTA .....	39
6.1 Tulosten tarkastelu .....	39
6.1.1 Muistisairaahan kohtaaminen .....	39
6.1.2 Läheisten huomiointi hoidossa ja kotiutuksessa .....	42

6.1.3 Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä .....	43
6.2 Eettiset kysymykset.....	44
6.3 Luotettavuus.....	45
6.4 Johtopäätökset ja kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet.....	47
6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta .....	48
LÄHTEET .....	50
LIITTEET.....	55
Liite 1. Aiheeseen liittyvät keskeisimmät tutkimukset .....	55
Liite 2. Teemahaastattelurunko .....	60
Liite 3. Saatekirje .....	61

## 1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat yleistynyt kansansairaus. Suomessa vuonna 2004 kognitiivinen toiminta oli lievästi heikentynyt 120 000:llä henkilöllä, lievää dementiaa sairasti 35 000 ja keskivaikeaa dementiaa 85 000. Uusia muistisairausdiagnooseja ilmenee vuosittain noin 13 000. (Muistisairaudet 2010.) Dementiapotilaista suurin osa on yli 80-vuotiaita ja korkea ikä onkin tärkein tunnettu dementoitumisen riskitekijä (Viramo & Sulkava 2006, 23). Vanhukset ovat kasvava joukko sosiaali- ja perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Lähes kaikki hoitotyöntekijät kohtaavatkin vanhuksia työssään, oli työnkuva sitten terveyttä edistävää, ennalta ehkäisevää, akuutti- tai pitkäaikaishoitoa. (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2010, 12.) Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska hoitotyössä muistisairaita kohdataan yhä lisääntyvässä määrin eri hoitotyön alueilla.

Erikoissairaanhoidossa hoidettavien sairauksien lisäksi muistisairaan potilaan hoidossa on huomioitava muistisairaus, koska se tuo omanlaisiaan haasteita hoitoon. Eettisesti laadukkaalle muistisairaan hoitotyölle on tunnusomaista huolenpito ja turvallisuus sekä ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen inhimillisessä hoitosuhteessa (Sarvimäki 2008, 29). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sanoo, että potilaalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen sairaanhoitoon. Potilaan ihmisarvoa on kunnioitettava, yksityisyys on huomioitava hoidossa ja hoidon tulisi tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Terveystieteissä korostetaan hoidon laatua ja asiakaslähtöisyyttä. (Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010).

Käytännön hoitotyössä olemme olleet tekemisissä muistisairaiden potilaiden kanssa eri osastoilla. Tästä syntyi ajatus tehdä opinnäytetyö muistisairaiden kohtaamisesta ja hoidosta somaattisella osastolla. Erikoissairaanhoidon yhteistyöorganisaatiomme toivoi asiakaspalautetta muistisairaiden potilaiden osastojakson hoidon laadusta ja kotiutuksesta. Opinnäytetyö tehtiin laadullisella tutkimusmenetelmällä käyttämällä teemahaastattelua tiedon keräämisessä muistisairaiden potilaiden läheisiltä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata muistisairaiden potilaiden hoitoa ja kotiutusta heidän läheistensä kokemana erikoissairaanhoidossa. Tavoitteena on antaa tietoa muistisairaan potilaan hoidos-

ta ja kotiutuksesta erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyömme antaa hoitohenkilökunnalle tietoa, jota voi hyödyntää muistisairaana potilaan kohtaamisessa sekä läheisten hyödyntämisessä voimavarana käytännön hoitotyössä.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata muistisairaahan potilaan hoitoa ja kotiutusta heidän läheistensä kokemana erikoissairaanhoidossa.

Opinnäytetyön tehtävät:

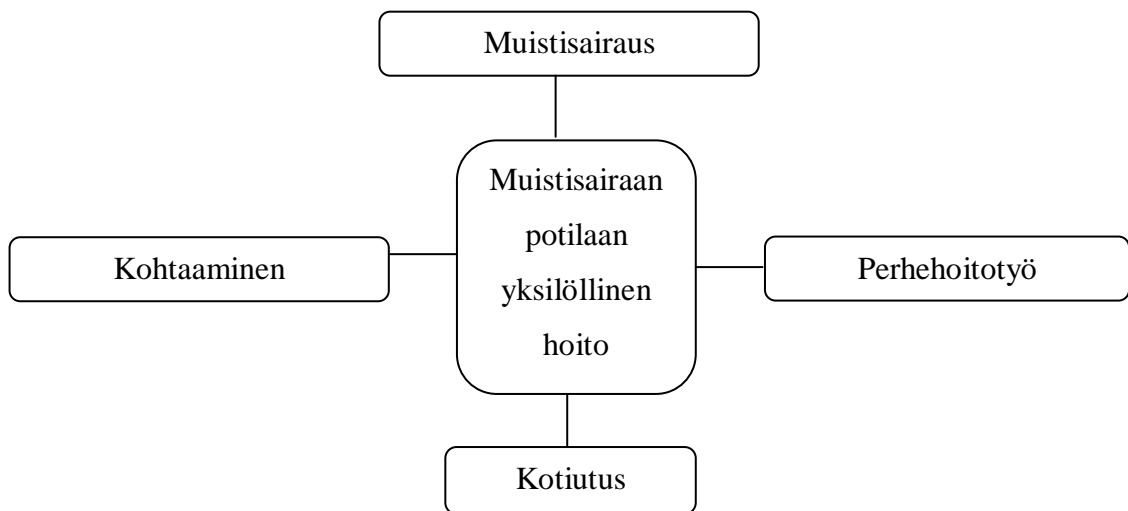
1. Mitä muistisairaahan yksilöllinen hoito on?
2. Millaista hoitajan ja muistisairaahan välinen kohtaaminen oli?
3. Kuinka läheinen huomioitiin muistisairaahan hoidossa?
4. Kuinka kotiutus toteutui muistisairaahan hoidossa?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa muistisairaahan potilaan hoidosta ja kotiutuksesta erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyömme antaa hoitohenkilökunnalle tietoa, jota voi hyödyntää muistisairaahan potilaan kohtaamisessa sekä läheisten hyödyntämisessä voimavarana käytännön hoitotyössä.



### 3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä tarkastelemme muistisairaahan potilaan yksilöllistä hoitoa, joka muodostuu työssämme seuraavista osa-alueista: muistisairaus, kohtaaminen, perhehoitotyö ja kotiutus. Kuviossa 1 on esitetty opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

#### 3.1 Muistisairaus

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista sekä toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat usein muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikkenemiseen. (Muistisairaudet 2010.) Opinnäytetyössämme muistisairaalla tarkoitamme henkilöä, jolla on diagnosoitu muistisairaus ja on erikoissairaanhoidon osastolla jonkin muun sairauden vuoksi hoidossa.

Muistihäiriön lisäksi olennaista on laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen, kuten tiedonkäsittelyn heikkeneminen, jotka rajoittavat henkilön itsenäistä ammatillista ja sosiaalista selviytymistä henkilön aiempaan tasoon

verrattuna (Erkinjuntti 2006, 93-94; Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 44-45). Alzheimerin tauti (65-70%), vaskulaariset dementiat (15%), Lewyn kappale – dementia (15%) ja frontotemporaaaliset degeneraatiot (alle 5%) ovat tavallisimpia muistisairauksia (Viramo & Sulkava 2006, 23).

Muistisairaita hoitotyössä kohdatessaan hoitaja joutuu kohtaamaan haastavaa käyttäytymistä. Opinnäytetyössämme hoitajalla tarkoitamme henkilöä, joka toteuttaa hoitotyötä erikoissairaanhoidossa somaattisella osastolla ja kohtaa työssään muistisairaita potilaita. Kognitiivisten oireiden lisäksi muistisairauksiin liittyy psykologisia oireita ja käyttäytymisen muutoksia (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 115-126; Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 5). Muistisairailta esiintyy usein masennusta, apatiaa, ahdistuneisuutta, levottomuutta, aggressiivisuutta tai muuta ympäristön havaitsemaa muuttunutta käyttäytymistä. Nämä käytösoireet ovat yleisiä ja heikentävät muistisairaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 115-126; Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 5.) Käytösoireet ovat muistisairaana elämönhallinnan keinoja, jotka kertovat mielen sisäisestä maailmasta ja pahasta olostä. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2008, 233). Haasteellisen käyttäytymisen on todettu olevan yleistä laitoshoidossa, jossa yleisimmin esiintyi levottomuutta ja aggressiivisuutta (Saarnio, Mustonen & Isola 2011, 46). Terveysthuollon eri sektoreilla käytösoireet kuormittavat hoitohenkilökuntaa ja heikentävät henkilökunnan työhyvinvointia. Oireet saattavat johtaa liialliseen rauhoittavien lääkkeiden käyttöön, muistisairaana ennusteen heikkenemiseen ja ennen aikaiseen laitoshoittoon (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118-126; Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 5). Käytösoireiden hoito ja haastavan käyttäytymisen kohtaaminen onkin olennainen osa muistisairaana potilaana hoidon kokonaisuutta (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 5).

Muistisairaana ja ympäristön vuorovaikutuksen epäonnistuminen johtaa käytösoireiden, kuten aggressiivisuuden ilmenemiseen. (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 14, 16.) Ensisijainen hoitomuoto käytösoireisiin on lääkkeetön hoito, jolloin perusajatuksena on ymmärtää käytösoireen sisältämä viesti muistisairaana mielen sisäisestä maailmasta ja pahasta olostä (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2008, 233; Raita, L. 2002, 50). Nakahiran ym. (2008, 807) tutkimuksen mukaan positiivinen ja ymmärtävä suhtautuminen muistisairaaseen vähentää kemiallisten ja fyysisten rajoitteiden käyttöä. Käytösoireiden hoidossa pyritään löytämään käytösoireen laukaiseva tekijä/tekijät. (Elonie-

mi-Sulkava & Savikko 2008, 237; Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 16-19.) Käyttöoireita laukaisevien tekijöiden poistaminen ja muiden sairauksien hyvä hoito ehkäisee ja lievittää käyttöoireita (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 18-19).

Erikoissairaanhoidossa akuuteilla somaattisilla osastoilla muistisairaiden hoitoa on tutkittu vähän. Cowdell (2010, 42) ja Moyle ym. (2010, 426) tuovat tutkimuksissaan ilmi, että muistisairautta sairastavien potilaiden hoidossa akuuteilla osastoilla olisi parannettavaa. Cowdellin (2010, 42) tutkimuksesta käy ilmi, että muistisairaot sekä hoitajat olivat tyytymättömiä muistisairaahan potilaan hoitoon akuutilla osastolla. Moyle ym. (2010, 426) ja Cowdell (2010, 47) toteavat, että koulutukselle muistisairaahan potilaan kohtaamisesta akuuteilla osastoilla olisi tarvetta.

### 3.1.1 Muistisairaahan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen haavoittuvuus

Hoitotyössä muistisairaahan potilaan yksilöllisyyden huomioiminen on tärkeää. Tämä edellyttää muistisairaahan haavoittuvuuden tiedostamista, missä tarvitaan tietoa muistisairauksien vaikutuksista, oirekuvista ja sairauden etenemisestä. Muistisairaahan haavoittuvuus liittyy fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutoksiin (taulukko 1). Haavoittuvuus on yksilöllistä ja ilmenee eri tavoin muistisairaahan eri vaiheissa. Haavoittuvuuden ymmärtäminen ja sen kohtaaminen on haaste hoitajille muistisairaiden hoitotyössä. (Heimonen 2010, 67-69, 79-80.)

TAULUKKO 1. Muistisairauksiin liittyvä haavoittuvuus (Heimonen 2010, 68)

Psyykinen haavoittuvuus	Kognitiiviset kyvyt heikkenevät Roolit ja vastuut muuttuvat Muutokset ja menetykset Itsetunto- ja luottamus heikkenee Pystyvyys heikkenee Masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja pelkoa
Sosiaalinen haavoittuvuus	Kohtaaminen ja vuorovaikutus Sosiaalisissa suhteissa tapahtuvat muutokset Osallistumisen mahdollisuudet
Fyysinen haavoittuvuus	Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen Liikkumiskyvyn heikkeneminen Päivittäisissä toiminnoissa selviytymisen vaikeutuminen Riippuvuus toisten avusta

Psyykinen haavoittuvuus (taulukko 1) liittyy muistisairauden aiheuttamiin muutoksiin ja menetyksiin (Heimonen 2010, 67). Muistihäiriöiden lisäksi muistisairailla ilmenee toiminnan ohjauksen, kielellisen ilmaisun ja hahmottamisen vaikeuksia sekä itsenäisen selviytymiskyvyn heikkenemistä arkipäiväisissä askareissa. Toimintakyvyn merkittävän heikentymisen vuoksi muistisairas tarvitsee lopulta apua perustoiminnoissa (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 79-80, 85-89). Kykyjen heikentyminen johtaa surun tunteeseen ja odotettavissa olevat muutokset pelottavat. Toimintakyvyn heikentyminen aiheuttaa epävarmuutta selviytymisestä, osallistumisen vähenemisestä ja syrjäytymisestä. Muistisairaat kärsivät masentuneisuudesta, surusta, ahdistuneisuudesta ja toivotto- muudesta. Psyykkiseen haavoittuvuuteen liittyy myös kokemus elämän tarkoitukselli- suudesta ja mielekkyydestä. Toimintakyvyn heikentymisellä, luopumisella itselle merki- tyksellisistä rooleista ja vastuista, muutoksilla sosiaalisissa suhteissa sekä vaikeudella ylläpitää totuttuja aktiviteetteja on merkittävä vaikutus muistisairaahan ihmisen minäku- vaan ja kokemukseen elämän mielekkyydestä. (Heimonen 2010, 69, 71.)

Sosiaalinen haavoittuvuus (taulukko 1) ilmenee siten, että vuorovaikutustilanteet tekee haasteellisiksi muistisairaahan heikentynyt kyky tuottaa ja ymmärtää puhetta (Heimonen 2010, 70). Muistisairauden edettyä puhe alkaa olla vaikeaa, muistisairas toistaa sanoja ja äänneitä ja näin ollen puheen ymmärtäminen alkaa olla vaikeaa. Esiintyy sanojen löytä-

misen ja keskustelun seuraamisen vaikeuksia. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 86-89.) Kognitiivisten kykyjen heikentyminen aiheuttaa sen, että muistisairaahan kohtaamisessa korostuvat tunteet. Tunteiden kontrollointi vaikeutuu ja muistisairas ilmentää itseään tunteiden ja käyttäytymisen kautta. (Heimonen 2010, 70; Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2004, 6-7, 19; Kämäräinen 2008, 16.)

Muistisairauden edetessä fyysinen toimintakyky (taulukko 1), liikkuminen ja päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen heikkenee. Muistisairailta esiintyy kätevyuden ja liikkeen koordinoinnin vaikeutta. Liikkeiden kömpelyys ja matala askel johtavat kaatumisiin. Toiminnanohjauksen häiriintyminen tulee esiin toiminnallisena levottomuutena, esimerkiksi vaelteluna, jonka seurauksena eksyminen tuttuunkin ympäristöön lisääntyy. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 103-106.) Keho jäykistyy, kävelykyky vaikeutuu asteittain ja viimein katoaa. Myös vaskulaarisessa dementiaassa kävelyvaikeudet ovat yleisiä, askeleista tulee lyhyitä ja köpöttäviä ja kävely muuttuu vähitellen hiihtämiseksi. Myös liikkeelle lähtö on hankalaa. Lewyn kappale -taudissa korostuvat parkinsonismin oireet, kuten kävelyvaikeudet, hidasliikkeisyys ja jäykkyys. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 89, 113, 118-119.) Päivittäiset toiminnot vaikeutuvat, kun liikkuminen jäykistyy ja kävely heikkenee ja hidastuu (Heimonen 2010, 74). Toimintakyvyn merkittävän heikentymisen vuoksi muistisairas tarvitsee apua perustoiminnoissa. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 86-89). Muistisairaus aiheuttaa edetessään muutoksia myös potilaan ilmeisiin ja äänensävyyn. Muistisairaahan tunteet eivät näy entiseen tapaan kasvoilla, koska muistisairaus latistaa ja vähentää kasvojen ilmeitä. (Laaksonen ym. 2004, 32.)

### 3.2 Muistisairaahan kohtaaminen

Muistisairaahan potilaan yksilöllinen haavoittuvuus tulee esiin hoitajan ja muistisairaahan potilaan kohtaamisissa ja vuorovaikutustilanteissa, joissa olennaista on turvallisuuden tunteen välittyminen (Heimonen 2010, 81). Hoitotyössä muistisairaahan potilaan kohtaaminen tasavertaisena aikuisena, arvokkaana ja ainutkertaisena ja hänen itsemääräämisesä kunnioittaminen ovat aitoa asiakaslähtöisyyttä (Heimonen 2007, 99). Muistisairailta potilailta on oikeus tulla kuulluksi ja ymmärretyksi erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöiden taholta terveydenhuollon eri sektoreilla. Hoitotyössä vuorovaiku-

tustapahtuma on olennainen hoitotyötä edistävä tai sitä vaikeuttava tekijä. Vuorovaikutustilanteissa muistisairaiden kanssa sanallisten viestien lisäksi oleellista ovat sanattomat viestit. (Laaksonen ym. 2004, 5-6, 19.)

Muistisairaana potilaan kanssa vuorovaikutustilanteet ovat haasteellisia, koska ne ovat yllätyksellisiä ja yhteyden saaminen saattaa olla vaikeaa tavanomaisin keinoin. (Laaksonen ym. 2004, 5-6.) Hoitaja joutuu ymmärtämään muistisairaana potilaan maailmaa sirpaleisten tunne- ja käyttäytymisreaktioiden sekä käsittämättömiltä tuntuvien ilmaisu- jen perusteella. (Laaksonen ym. 2004, 6-7, 19; Kämäräinen 2004, 16; Heimonen & Voutilainen 1997, 97.) Muistisairaana käyttäytymisen ymmärtäminen on mahdollista siten, että tutustuu häneen ihmisenä ja perehtyy hänen elämäntarinaansa. Näin muistisairas potilas saa mahdollisuuden olla oma itsensä ja tulee kuulluksi yksilönä. Muistisairaana potilaan tunteminen on olennainen osa hyvää hoitoa ja avain yksilölliseen kohtamiseen. (Heimonen 2007, 99; Raita, L. 2002. 59-60.) Paavolan (2009, 57) mukaan tärkeä osa muistisairaana hyvää hoitoa ja kohtelua on muistisairaana elämäntapojen ja tottumusten tiedostaminen. Muistisairaana hoito tulisi perustua muistisairaana yksilöllisen elämäntapojen tuntemiseen. Hoitotyössä elämäntapojen tunteminen auttaa muistisairaana yksilöllisten tarpeiden, tapojen, tottumusten ja mieltymysten selvittämistä sekä kykyjen ja voimavarojen tunnistamista. (Raita, L. 2002. 59-60.) Egan ym. (2007) toivat tutkimuksessaan ilmi, että muistisairaana elämäntapojensa perehtyminen vähentää hoitotyössä muistisairaana haasteellista käyttäytymistä, kuten aggressiivisuutta. Elämäntapojensa tuntemisella hoitajat pystyvät suhtautumaan yksilöllisemmin muistisairaaseen. Lisäksi elämäntapojensa perehtyminen auttaa hoitajia suhtautumaan empaattisemmin muistisairaaseen ja hoitosuhteesta tulee näin aidompi. (Egan ym. 2007, 24, 28-29.) Muistisairaana johtaa usein siihen, että ihminen elää mielikuvissaan menneessä elämässä, minkä hän kokee mielekkäänä ja lohduttavana ja tuntee itsensä hyödylliseksi ja osaavaksi, eikä häntä tule pakottaa tähän hetkeen (Kämäräinen 2004, 20).

Vuorovaikutustilanteissa on huomioitava kommunikaation konkreettiset rajoitukset, kuten aistien heikentynyt toiminta. Muistisairaana kyky kuulla ja nähdä on varmistettava ja huolehdittava asianmukaisista apuvälineistä, kuten silmälasit ja kuulolaite. Muistisairaana tulee nähdä selvästi puhujan kasvot, joten muistisairasta tulee lähestyä hänen kasvonsa tasolta, mikä lisää samanaikaisuuden kokemista. (Heimonen & Voutilainen 1997, 97-98, Laaksonen ym. 2004, 18.)

Ympäristön tulisi olla rauhallinen ja mahdolliset häiriötekijät olisi hyvä poistaa vuorovaikutustilanteesta (Jootun & McGhee 2011, 45). Tämä voidaan tehdä karsimalla ympäristöstä liiallista ärsykkeiden määrää, meluisuutta ja jatkuvasti vaihtuvia ihmisiä (Elo-niemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 14, 16; Heimonen & Voutilainen 1997, 97-98; Laaksonen ym. 2004, 18). Tuttu ja turvallinen ympäristö vähentää muistisairaana käyttäytymistä ja tukee vuorovaikutustilanteita. (Elo-niemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 14, 16; Laaksonen ym. 2004, 34-37).

### 3.2.1 Sanallinen vuorovaikutus

Muistisairaana potilaan yleisimpiä kielellisiä vaikeuksia on sanan unohtaminen sekä sanan merkityksen ymmärtämisen vaikeus (Laaksonen ym. 2004, 34-37; Sulkava & Elo-niemi-Sulkava 2008, 106-107). Käsitteiden merkitykset eivät katoa kaikki yhdellä kertaa vaan hiljalleen merkitykset rappeutuvat. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että muistisairas sekoittaa samaan käsiteluoikkaan kuuluvia sanoja keskenään, kuten sukka ja hanska (vaatteita), vesi ja viski (juotavia). Konkreettiset asiat säilyvät mielessä paremmin kuin abstraktit asiat. Muistisairaana elämässä paljon käytetyt sanat, tutut paikat ja esineet säilyvät mielessä hyvin. Esineiden tunnistamista helpottaa se, että ne ovat omalla paikallaan. Tiettyjen sanojen aiheuttama tunnereaktio muistisairaassa saattaa myös aiheuttaa sen, että sana muistuu mieleen paremmin. (Laaksonen ym. 2004, 34-37.)

Muistisairaana ajattelu muuttuu konkreettisemmaksi ja päättelykyky heikkenee. Abstraktien asioiden ja lauseiden ymmärtäminen heikkenee. Muistisairaalle puhuttaessa on kiinnitettävä huomiota lauseiden konkreettisuuteen ja yksinkertaisuuteen. Liiallista asioiden selittelyä ja kiertelyä on vältettävä. Kommunikoitaessa muistisairaana kanssa on hyvä käyttää asioiden ja esineiden ja ihmisten konkreettisia nimiä ja toistaa niitä. Keskustellessa muistisairaana oman nimen käyttö herättää potilaan huomion ja auttaa häntä keskittymään. (Jootun & McGhee 2011, 45; Laaksonen ym. 2004, 38-41, 46.)

Kysymyksiä, jotka vaativat päättelyä ja syy-seuraussuhteiden ymmärtämistä kannattaa välttää. Kysymyksiin liittyy paine vastata oikein, jonka aiheuttamaan stressiin muistisairas usein reagoi voimakkaasti. Kysymyksiin on hyvä antaa selkeät vaihtoehdot, esimerkiksi: ”Otatko kahvia vai teetä?” Kysymysten on hyvä olla konkreettisia ja kieltolauseita kannattaa välttää. (Laaksonen ym. 2004, 38-41, 46.)

Asioiden esittämisessä tärkein asia tulee sanoa ensin (Heimonen & Voutilainen 1997, 98, Laaksonen ym. 2004, 38-41). Muistisairaus hidastaa reaktioita, mikä vaikuttaa kuulun prosessoimiseen. Keskustelurytmiä on hyvä hidastaa ja hiljaisia hetkiä on turha pelätä. Muistisairaahan on helpompi ymmärtää kokonaisia lauseita kuin yksittäisiä sanoja. Tiettyjä sanoja seuraa todennäköisemmin tietyt sanat ja tämä sanojen ennustettavuus auttaa muistisairasta korvaamaan unohtuneen sanan merkityksen. Tietystä aihepiiristä keskusteltaessa muistisairas alkaa vähitellen löytää aihepiirin sanoja paremmin kuin keskustelun alussa. Näin ollen muistisairaahan kanssa keskusteltaessa on hyvä pysyä tarpeeksi pitkään samassa aiheessa. (Laaksonen ym. 2004, 38-41, 46.) Muistisairaalle on hyvä antaa aikaa tiedon prosessoimiseen ja siihen reagoimiseen eikä häntä tule painostaa vastaamaan. Hoitajan on myös hyvä välttää liian nopeaa arvaamista siitä mitä muistisairas yrittää ilmaista. (Jootun & McGhee 2011, 45.) Raidan (2002, 76) tutkimuksessa hoitajat toivat esille ajanpuutteen muistisairaahan yksilöllisen hoidon toteuttamisen ja ihmisarvoisen ja mielekkään elämän turvaamisen esteenä.

### 3.2.2 Sanaton vuorovaikutus

Muistisairas ilmaisee itseään tunteiden ja kokemusten kautta käyttäytymällä tietyllä tavalla, joten vuorovaikutuksen painopiste olisi hyvä siirtää tunnetasolle ja jättää vuorovaikutuksen sanallinen sisältö vähemmälle huomiolle. (Laaksonen ym. 2004, 6-7, 19; Kämäräinen 2004, 16; Heimonen & Voutilainen 1997, 97.) Tunteiden huomioon ottaminen lisää vuorovaikutussuhteeseen luottamusta, turvallisuutta ja hyvää oloa (Kämäräinen 2004, 16). Tunteita ja asenteita ilmaistaan sanattoman viestinnän keinoin joilla luodaan yhteys toiseen ihmiseen. Vaikeasti muistisairailta sanattomien viestien ymmärtäminen säilyy ja joidenkin kohdalla kyky jopa herkistyy. Onnistuneen vuorovaikutuksen kannalta on tärkeää, että sanallinen ja sanaton viestintä ovat sopusoinnussa keskenään. (Laaksonen ym. 2004, 28, 31.)

Välittämisen ja arvostamisen ilmaisu on muistisairaiden potilaiden kohtaamisessa tärkeä taito. Välittämisestä kertovat eleet, jotka viestittävät arvostusta, kuten käden asettaminen muistisairaahan olkapäälle tai hiusten silittäminen, mikä puolestaan kertoo halusta ymmärtää ja olla tukena. Muistisairaahan tuntoaisti säilyy yleensä paremmin kuin muut aistit. Näin ollen kosketusta voidaan käyttää hoitotyössä kiinnittämään muistisairaahan



potilaan huomio tai muistisairauden edettyä pitkälle kosketuksen avulla on mahdollisuus saada kontakti potilaaseen ja viestittää läsnäolosta. (Laaksonen ym. 2004, 19, 28-30.) Raidan (2002, 83) mukaan hoitajan kunnioittava, kiireetön ja ystävällinen läsnäolo sekä lämpö, läheisyys ja koskettaminen lisäävät muistisairaahan turvallisuuden tunnetta. Kosketuksen yhteydessä on hyvä muistaa ihmisen yksilöllisen henkilökohtaisen tilan tarpeen kunnioittaminen. Kaikki eivät koe kosketusta miellyttävänä ja ihmiset eroavat myös siinä kuinka paljon he haluavat kosketusta. (Laaksonen ym. 2004, 19, 28-30.)

### 3.2.3 Haastavan käyttäytymisen kohtaaminen

Usein muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen taustalla on turvattomuuden tunne (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2008, 240; Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 124). Esimerkiksi aggressiivisen käyttäytymisen taustalla voi olla tarve puolustautua koettua uhkaa vastaan (Laaksonen ym. 2004, 30). Turvallisuuden tunnetta voidaan edesauttaa vuorovaikutustilanteilla, jotka viestittävät rauhoittavasta läsnäolosta ja turvallisesta ilmapiiristä. Tutut rutiinit, rituaalit ja puheenaiheet lisäävät turvallisuuden kokemusta. Hoitosuhteen luottamuksella on positiivinen vaikutus turvallisuuden kokemiseen. Turvallisuuden kokemukset muistetaan muistisairaudesta huolimatta ja näistä jääneet tunnelmat luovat turvallisuutta. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2008, 240; Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 124.) Raidan (2002, 77-78) tutkimuksen mukaan muistisairaahan inhimillisen kohtaamisen lähtökohta on luottamuksen ja turvallisuudentunteen luominen sekä avoimen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen.

Vuorovaikutustilanteissa tärkeää on kuunnella ja myötäillä muistisairaahan kokemaa tunnetta. Muistisairas kaipaa tukea, arvostusta ja haluaa kokea itsensä hyväksytyksi. (Kämäräinen 2004, 26.) Muistisairaahan kohtaamisessa korostuu hoitajan ihmisenä olemisen taidot, eli aitous, avoimuus, herkkyyys, myönteinen asenne ja kiinnostus muistisairaisiin (Isola ym. 2005, 148). Raidan (2002, 77) tutkimuksessa hoitajat korostivat muistisairaahan inhimillistä kohtaamista, myönteistä ja kunnioittavaa suhtautumista ihmisarvoisen ja mielekkään elämän turvaamisen lähtökohtana. Epäarvostava, ymmärtämätön tai pakotettava suhtautuminen puolestaan aiheuttaa tai lisää käytösoireita (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 2006, 14, 16). Muistisairaath potilaat reagoivat eri tavoin kasvojen ilmeisiin, puhetyyliin ja äänensävyyn. Äänen korottaminen ja käskevä puhetyyli saattaa aihe-

uttaa pelkoja muistisairaassa. Hymy ja pehmeä rauhallinen äänensävy koetaan usein miellyttävänä. Katsekontaktilla luodaan puolestaan luottamusta. (Laaksonen ym. 2004, 31.) Sosiaalisella ympäristöllä on tärkeä merkitys onnistuneen vuorovaikutuksen kannalta. Ilmapiirin on oltava avoin, salliva, joustava ja leppoisa (Isola ym. 2005, 150). Positiivisen ja hyväksyvän ilmapiirin luominen vuorovaikutustilanteeseen on tärkeää, koska muistisairas vaistoa vuorovaikutuksen ilmapiirin (Kämäräinen 2004, 30; Heimonen & Voutilainen 1997, 95).

Vuorovaikutustilanteissa käytösoireiden ilmaantumista voidaan ehkäistä muistisairaahan itsetuntoa tukemalla onnistumisten ja mielihyvän kokemusten kautta. Myönteisiä kokemuksia syntyy esimerkiksi muistelun, musiikin ja vanhojen valokuvien katselun avulla. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2008, 240; Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 124.) Huumorin käytön on todettu laukaisevan haasteellisia vuorovaikutustilanteita, esimerkiksi aggressiivisuuskohtauksia ja muita hankalia hoitotyön tilanteita (Isola ym. 2005, 148; Qvick 2008, 30). Huumorilla ei kuitenkaan saa loukata muistisairasta, vaan sen avulla voidaan kohottaa muistisairaahan itsetuntoa ja tuoda vaihtelua arkeen. (Isola ym. 2005, 148.) Huumori ja nauraminen saattaa auttaa muistisairasta rentoutumaan ja ne auttavat luomaan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Huumorin käytössä on tunnettava muistisairas ihminen, jotta huumoria käytetään hänen hyväksymällään tavalla. (Heimonen & Voutilainen 1997, 103.) Huumorin käytön muistisairaiden hoitotyössä on todettu auttavan myös hoitajia jaksamaan paremmin työssään (Qvick 2008, 30).

Vuorovaikutustilanteissa muistisairaahan kanssa voidaan käyttää järkiperaistämistä, kuten asioiden perustelua ja vakuuttamista. Keskustelussa käytetään järkisyyttä perusteluina, esimerkiksi muistisairaahan halutessa lähteä kotiin voidaan sanoa, että kyytiä ei enää tälle päivälle mene. Näin toimimalla lykätään muistisairaahan toive tulevaisuuteen, mutta ei kielletä toteutumisen mahdollisuutta. Vakuuttamisella näytetään konkreettisesti jonkin asian olevan kunnossa. Esimerkiksi muistisairaahan epäillessä vaatteitaan varastettavan näytetään vaatteiden olevan kaapissa. (Isola ym. 2005, 148-149.) Kielellisistä ongelmista kärsivän muistisairaahan potilaan kanssa voi vuorovaikutustilanteessa hyödyntää osoittelua. Osoittaminen on ihmisen luonteva, varhainen ja yksinkertainen kommunikointitapa ja se toimii hyvin sanallisen viestinnän tukena. Myös kuvia voidaan käyttää tukemaan muistia. Mikäli muistisairas on vielä kykenevä lukemaan, voidaan kirjoitettua tekstiä käyttää helpottamaan arkitilanteita ja eleitä voidaan hyödyntää kommunikoinnin

tukena. Eli samalla kun selitetään mitä tapahtuu hoitaja voi eleillä näyttää tapahtuman, kuten syömisen. (Laaksonen ym. 2004, 42-44.)

Kohtaamisissa hoitajien intuitiivisen toiminnan on todettu helpottavan vuorovaikutusta. Tällä tarkoitetaan muistisairaahan käytöksen ennalta ehkäisyä, mukaan menemistä ja huomion ohjaamista muualle. Muistisairaahan käyttäytymisen ennalta ehkäiseminen vaatii hoitajalta tietoa muistisairaudesta, sen vaiheesta ja muistisairaahan taustasta, jotta hoitaja voi ennakoida muistisairaahan käyttäytymistä. Tilanteisiin mukaan meneminen on tilannekohtaista, missä olennaista on tavoittaa ja ymmärtää muistisairaahan kokemusmaailmaa juuri sillä hetkellä. Muistisairaahan käyttäytyessä haasteellisesti muistisairaahan huomio voidaan pyrkiä ohjaamaan muuhun vaihtamalla puheenaihetta tai viemällä muistisairas konkreettisesti pois tilanteesta. (Isola ym. 2005, 150-151.)

### 3.3 Perhehoitotyö

Perinteisen käsityksen mukaan perhe koostuu isästä, äidistä ja heidän lapsistaan, jolloin perheenjäseniä yhdistää biologinen tai juridinen side. Nykyään perheet ovat kuitenkin tätä perinteistä käsitystä moninaisempia. Perhe on subjektiivinen käsite, ja hoidossa on tärkeää, että vanhus saa itse omasta näkökulmastaan määritellä, ketä hänen perheeseensä kuuluu. Vanhuksen perheeseen saattaa kuulua mahdollinen puoliso, lapset ja lapsenlapset, vaikka he eivät asuisikaan samassa taloudessa. Perheeseen voi myös biologisen siteen ulkopuolelta kuulua hyvä ystävä tai naapuri, tällöin perheenjäsenet muodostuvat emotionaalisten suhteiden ja ilmapiirin mukaan. Vanhuksen ikätoverit ovat saattaneet kuolla ja läheisiä ei ole. Toisinaan kuolleet läheisetkin saatetaan kokea perheenjäseneksi muistojen kautta. Jos vanhus on laitoshoidossa tai kotisairaanhoidon piirissä, voi hän kokea hoitohenkilökuntaan kuuluvat tai edunvalvojan perheenjäsenikseen tai muutoin läheisiksi ihmisiksi. (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 171-172.) Tässä työssä perheenjäsenellä tarkoitetaan muistisairaalle potilaalle läheistä henkilöä riippumatta sukulaissuhteesta.

Suomessa perhehoitotyötä on aikaisemmin toteutettu vain lasten hoitotyössä, mutta sen tulisi kuitenkin toteutua kaikilla terveydenhuollon alueilla. Perhehoitotyöllä tarkoitetaan perheen ottamista mukaan potilaan hoitoon ja päätöksentekoon. Perhe voidaan huomi-

oida kahdella tapaa. Voidaan ajatella sen olevan taustatekijänä, jolloin mielenkiinto on yksilössä tai mielenkiinnon kohteena on koko perhe ja yksilö on toissijainen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16-17.) Muistisairaahan hoidossa perhe on merkittävä voimavara, koska muistisairauden luonteesta johtuen läheisten rooli muistisairaahan hoidossa kasvaa.

Hopia, Schildt & Hovikoski (2007) on käsitellyt perhehoitotyön merkitystä laadukkaassa hoitotyössä. Perhekeskeisyys on jo pitkään ollut tärkeä hoitotyötä ohjaava periaate, kuitenkin toisinaan perheet kokevat jäävänsä hoidon ulkopuolelle. Kun koko perhe on hoitotyön asiakkaana, potilaalle tärkeät läheiset otetaan huomioon hoidon aikana ja jatkohoitoa suunniteltaessa. Tämä tarkoittaa, että perheen toiveet, odotukset ja tarpeet otetaan huomioon sekä perheen tilanteesta ja tehtävistä päätöksistä keskustellaan yhdessä. (Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 97-110.) Perhehoitotyön onnistumiseen vaaditaan hoitajalta ammatillisuutta sekä perheen yksilöllisyyden ja erilaisuuden kunnioittamista (Palonen 2005, 43). Perheen hoitamisen tavoitteena on terveyden edistyminen. Perheenjäsenien suhde potilaaseen ja sairauden kulkuun vaikuttaa perheen hoidossa käytettäviin menetelmiin. Eri menetelmiä ovat muun muassa perheen voimavarojen tukeminen, tiedon antaminen, opastus ja neuvojen antaminen. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Majjala, Paavilainen & Potinkara 2008, 73.)

Muistisairas on perheensä jäsen silloinkin, kun hän on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana, ja tämä on otettava huomioon toteutettaessa hyvää yksilöllistä hoitoa. Yksilön ja hänen perheensä hyvinvointi liittyvät tiiviisti toisiinsa. Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen ja toisaalta perheen toimivuus vaikuttaa yksilön elämään. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 23-24; Salin & Åstedt-Kurki 2010, 172-173.) Perhe on sairastuneen perheenjäsenensä tukena erilaisin keinoin, riippuen perheen välisistä suhteista, mihin on totuttu ja minkälaista apua kaivataan (Koponen 2003, 63). Eri keinoja ovat huolenpito, käytännön asioissa avustaminen ja ongelmanratkaisut kotona. Muistisairas voi tarvita apua arkisissa askareissa, mutta lisäksi hän voi tarvita perheensä yhdessäoloa ja seuranpitoa. Näillä keinoilla perhe lisää muistisairaahan turvallisuutta ja kotona pärjäämistä. Perheenjäsenillä on myös tärkeä rooli yhteistyössä ulkopuolisten auttajatahojen kanssa. Hoitajan täytyy ymmärtää perheen historia ja nykytila sekä perheen merkitys muistisairaalle pystyäkseen toteuttamaan hyvää hoitoa. (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 172-173.)

Salin ja Åstedt-Kurki ovat teoksessaan koonneet yhteen tutkimustuloksia vanhuksen perheen ja hoitohenkilökunnan välisestä yhteistyöstä eri näkökulmista. Tutkimusten mukaan hoitajat ovat pitäneet yhteistyötä perheen kanssa tärkeänä ja perhettä on pidetty ensisijaisena tiedonantajana potilaan tilanteesta. On tunnistettu myös perheenjäsenen merkitys potilaan tukijana. Sen sijaan potilaan perheenjäsenen tilanne tai selviytyminen ei ole ollut hoitajien kiinnostuksen kohteena, vaikka yhden perheenjäsenen sairastumisella on vaikutus koko perheeseen. Perhettä tarkastellaan potilaan taustatekijänä. (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 173-174.) Vanhuksen hoidossa perhe on merkittävä voimavara. Tämän vuoksi on tärkeää, että sairastuneen potilaan perhe otetaan mukaan potilaan hoitoon. (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 174; Hopia ym. 2007, 107.)

Yhteistyötä perheen ja hoitajien välillä voidaan tarkastella sitä sekä edistävien että estävien tekijöiden näkökulmasta. Perheenjäsenen aktiivinen toiminta on tutkimusten perusteella yhteistyötä edistävä tekijä, sillä aloite yhteistyölle tuntuu useimmiten tulevan läheisiltä. Lehtosen (2005, 70) ja Mäkisen (2002, 66) mukaan tietoa ei saada hoitajilta spontaanisti ja läheiset kaipaavat aktiivisuutta hoitajilta tiedon antamisessa. Hoitajat kunnioittavat osastolla vierailevia läheisiä antamalla heidän rauhassa olla potilaan kanssa, eivätkä luo heihin kontaktia. Toisaalta läheisen on vaikea luoda suhdetta hoitajiin, jos heitä tarvitsee etsiä osastolta. (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 174.)

Hoitajat nimeävät resurssipulan yhdeksi esteeksi yhteistyölle, etenkin kiire ja vuorotyö. Ajatellaan, että perheen kanssa asioiminen vie aikaa potilaiden hoidosta, vaikkakin perheen huomioiminen mielletään osaksi hoitajan työtä. (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 174.) Morin & Leblanc (2005) tutkivat hoitohenkilökunnan ajankäyttöä ajanpuutteessa pitkäaikaisessa hoidossa. Tuloksena oli, että hoitajat vähensivät kiireessä juuri vuorovaikutusta potilaan sekä tämän perheen kanssa. (Morin & Leblanc 2005, 214, 217.) Lisäksi koetaan, että kollegat ja johtohenkilöt eivät arvosta perheen kanssa tehtävää yhteistyötä. Esteenä yhteistyölle on nimetty myös ristiriidat hoitajien ja perheen mielipiteissä siitä, kuka on vanhuksen hoitamisen asiantuntija. Hoitajat kokevat tietävänsä vanhuksen hoidon nykytilan läheisiä paremmin. (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 174-175.)

Aura (2008) tutki aikuispotilaiden läheisten kokemuksia heidän saamastaan tuesta hoitotyöntekijöiltä. Hän määritteli tuen kolmeen eri osatekijään: kohtaaminen, tiedonsaanti ja perheen hoitoon osallistuminen. Kohtaaminen hoitohenkilöstön kanssa koettiin

myönteisenä, turvallisena sekä kunnioittavana. Läheiset olivat tyytyväisiä tiedonsaantiin potilaan terveydentilasta, lähinnä oman jaksamisen tueksi sekä sosiaalipalveluista olisi kaivattu enemmän tietoa. Myös Lehtosen (2005, 38) tutkimuksessa läheiset kokivat saaneensa hyvin tietoa potilaan voinnista ja hoidosta. Asumismuodon ja asumisetäisyyden huomattiin vaikuttavan läheisten tiedonsaantiin siten, että samassa taloudessa asuvat kokivat saavansa paremmin tietoa kuin eri taloudessa asuvat läheiset. Kohtaaminen hoitajien kanssa koettiin parempana jos potilaalla oli omahoitaja. (Aura 2008, 2, 38-41.)

### 3.4 Kotiutus

Kotona asuminen on yleensä muistisairaan oma toive, jonka toteutumiseen hän tarvitsee läheisten ja terveydenhuollon apua (Sulkava 2010, 136). Turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle on kotiutuksen keskeisin tavoite. Kotiutuksen onnistumisella on merkitystä siihen kuinka kauan muistisairas pärjää kotona. (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2002, 128.) Muistisairaan potilaan kohdalla kotiutuksessa tulee ottaa yksilölliset tarpeet ja voimavarat huomioon, sillä muistisairautta ei voi jättää huomiotta kotiutuksen suunnittelussa. Tässä työssä kotiutuksella tarkoitetaan potilaan siirtymistä jatkohoitopaikkaan. Nämä prosessit ovat hyvin samankaltaisia ja vaativat lähettävältä osastolta yhtäläisiä toimia. Kotiutuksesta on tehty Suomessa useita tutkimuksia potilaan ja hoitajien näkökulmasta, mutta läheisen näkökulmasta hyvin vähän.

### 3.4.1 Kotiutuksen valmistelu

Kotiutustilanteet ovat hyvin yksilöllisiä, joten yleistä mallia sille ei voida antaa. Voidaan kuitenkin soveltaa hyvän kotiutuksen periaatteita suunniteltaessa hyvää, yksilöllistä kotiutusta. Kotiutusjärjestelyt tulee aloittaa ajoissa ja ottaa yhteyttä mahdollisiin aikaisempiin hoitotahoihin, jotta tiedetään kuinka vanhus on aikaisemmin selvinnyt kotona. (Ahonen ym. 2002, 128-129.) Tuleva kotiutuminen osastolta tulee ennakoida hoitajien toimesta. Hoitajan tulee alkaa valmistella potilasta sekä läheistä kotiutumiseen jo hoitajakson aikana vähitellen. (Perälä & Hammar 2003, 25.) Karppisen (1997, 47, 51) tutkimuksessa potilaista jopa 2/3 oli saanut tiedon kotiutuksesta korkeintaan päivää aikaisemmin, siitä huolimatta potilaat olivat tyytyväisiä kotiutusajankohtaan. Kotiutus onnistuu myös lyhyellä varoitusajalla, kun hoitaja valmistaa läheisen siihen, sekä yhteisistä toimintaperiaatteista on sovittu osaston ja jatkohoitopaikan kesken (Perälä & Hammar 2003, 25). Salomaan (2004) tutkimuksessa hoitajat pitivät tärkeänä tehdä suunnitelma kotiutuksen ajankohdasta ja selvittää syyt, miksi potilas ei pärjää kotona ja hoitaa siihen liittyvät sairaudet ennen kotiutusta. Näin potilas ei palaa heti uudelleen osastohoitoon. (Salomaa 2004, 43–46.)

### 3.4.2 Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Hyvässä kotiutuksessa tärkeää on elämäntilanteen kartoittaminen. Siinä tulee huomioida fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat. Olennaisessa asemassa on hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kirjataan muistisairaana tarpeet ja tehdyt hoito- ja palvelujärjestelyt. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä kaikkien kotiutukseen osallistuvien kanssa, johon kirjataan kotiutusprosessi ja tavoitteet. (Ahonen ym. 2002, 128.) Ennen kotiutusta selvitetään kodin muutostöiden ja apuvälineiden tarve (Ahonen ym. 2002, 128–129; Salomaa 2004, 43–46). Lisäksi järjestetään yksilöllinen tarpeita vastaava hoitoverkosto sekä selvitetään muistisairaana tukiverkosto. Myös mahdollinen jatkokuntoutuksen tarve tulee selvittää ja järjestää. (Ahonen ym. 2002, 128–129.) Kotona asuminen mahdollistuu, kun oheissairaudet hoidetaan hyvin, hyvästä ravitsemuksesta huolehditaan ja järjestetään fysioterapiaa akuuteissa tilanteissa sekä ennalta ehkäisevästi (Sulkava 2010, 136).

Rantasalon (2007) tutkimuksessa potilailta kysyttiin kotiutuksen onnistumiseen ja epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Potilaat olivat sitä mieltä, että kotiutus epäonnistuu, jos se tapahtuu kuntoon nähden liian aikaisin, kotiutetaan vasentahtoisesti, potilas kokee turvattomuutta ja yksinäisyyttä, kotiapua ei ole järjestetty, apuvälineitä ei ole saatavilla tai kodinmuutostyöt ovat tekemättä. Kotiutuksen onnistumiseen vaikutti potilaan halu päästä kotiin, etukäteen järjestetty kotiapu, lääkitysasiat tuli olla kunnossa ja hyvä ystävä- ja turvaverkosto tukena. Lisäksi toivottiin, että joku olisi potilasta vastassa kotona. (Rantasalo 2007, 2, 31, 40–41, 46.) Auran tutkimuksessa läheiset olivat tyytymättömiä avunsaantiin erilaisten konkreettisten asioiden sekä potilaan tarvitsemien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisessä (Aura 2008, 36, 39)

### 3.4.3 Ohjaus ja tiedonsaanti

Kotiutuksessa korostuu hyvän ohjauksen merkitys, erityisesti muistisairaahan potilaan kohdalla. Potilas tarvitsee ohjausta sairauden hoidosta, kotona selviytymisestä, sekä avun ja tiedon tarpeesta. Ohjaus annetaan suullisesti ja kirjallisesti potilaalle ja hänen läheisilleen. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola ja Väänänen 2006, 15.) Karppisen (1997, 38, 47, 51) tutkimuksessa neljäsosa läheisistä koki saaneensa liian vähän tai ei ollenkaan tietoa ja ohjausta potilaan tilanteesta liittyen kotiutukseen. Rantasalon (2007) tutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata potilaiden kokemuksia kotiutumisesta siirryttäessä erikoissairaanhoidosta kotiin perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Potilaat kokivat saavansa pääosin riittävästi tietoa kotiin siirtymisestä ja hoidosta kotona, mutta lisää tietoa olisi kaivattu sosiaaliavustuksista ja henkisestä jaksamisesta. (Rantasalo 2007, 2, 31.) Auran (2008) tutkimuksessa läheiset kaipasivat tietoa jatkohoidosta, kuntoutuksesta ja muista arkisista asioista kotiutukseen liittyen. Läheiset myös toivoivat yhteystietoja, johon ottaa yhteyttä jos ongelmia kotona ilmenee. (Aura 2008, 36, 39.)

### 3.4.4 Läheisten huomiointi kotiutuksessa

Edellytyksenä onnistuneelle ja turvalliselle kotiutukselle on jatkuva ja suunnitelmallinen yhteistyö potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa (Luhtasaari 2012, 456;



Salomaa 2004, 43–46). Tässä tulee ottaa osaston työntekijöiden lisäksi huomioon potilaan läheiset sekä mahdollinen jatkohoitopaikka (Luhtasaari 2012, 456). Muistisairaana läheiset ja heidän mielipiteensä tulee ottaa kotiutuksen suunnitteluun aktiivisesti mukaan, koska muistisairaat tarvitsevat hyvin usein läheistensä apua arjessa selviytymisessä. Läheiset usein mahdollistavat muistisairaana kotona pärjäämisen. (Karppinen 1997, 42; Rauhasalo 2003, 31-32.) Kotiutuksen tavoitteina tulee olla potilaan sekä läheisen esiin tuomat lähtökohdat, mikä edellyttää läheisen todellista mukaan ottamista keskusteluun ja päätöksentekoon. (Rauhasalo 2003, 31-32.) Karppisen (1997, 38, 47, 51) tutkimuksessa noin kolmasosa läheisistä oli sitä mieltä, että heitä ei huomioitu riittävästi kotiutuksessa.

### 3.5 Muistisairaiden potilaiden yksilöllinen hoito

Muistisairautta sairastava ihminen on oikeutettu yksilölliseen ja korkeatasoiseen hoitoon (Heimonen & Voutilainen 1997, 53). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sanoo, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään tulee kunnioittaa ja yksilölliset tarpeet on otettava huomioon kaikessa hoitotoiminnassa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Terveydenhuoltolaissa korostetaan hoidon laatua ja asiakaslähtöisyyttä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Ihmisarvoisen vanhuuden takaaviksi yleisiksi eettisiksi periaatteiksi on Suomessa määritelty itsemääräämisoikeus, voimavaroalähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008). Periaatteet koskevat myös muistisairaita ihmisiä ja hoitotyössä on tärkeää ymmärtää mitä periaatteet tarkoittavat ja kuinka ne näkyvät muistisairaana potilaan yksilöllisessä hoidossa (Heimonen 2010, 64).

Muistisairaille on kirjoitettu myös omat oikeudet, jotka on laadittu Yhdysvalloissa 1994, jossa Virginia Bell ja David Troxel ne esittivät. Alzheimer-järjestö julkaisi suosittelut Suomessa. Oikeudet (taulukko 2) kiinnittävät huomiota ammattitaitoiseen hoitoon, aikuisena kohtaamiseen, elämäntarinan tuntemiseen, toimintakyvyn tukemisen merkitykseen, toisen ihmisen läheisyyteen ja kosketukseen sekä osallisuuden kokemukseen. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 146-147.)

## TAULUKKO 2. Muistisairaana oikeudet.

1. saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementiaoireen,
2. saada asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sairauteensa,
3. säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista,
4. tulla kohdelluksi aikuisena,
5. tuntea, että hänet otetaan vakavasti,
6. olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista,
7. asua tutussa, turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa otetaan huomioon,
8. olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja tottumuksensa,
9. käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella,
10. saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minä-kuvaa tukevaan toimintaan joka päivä
11. kosketukseen: halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen,
12. hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen, dementoituneen ihmisen hoitoon perehtynyt henkilökunta.

Korkealaatuisen muistisairaana hoitotyön peruseriaatteena on yksilöllisyyden periaate, jokaisen muistisairaana elämän, ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen. Muistisairas nähdään ainutlaatuisena eheänä kokonaisuutena, jossa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen puoli yhdistyvät yksilöllisellä ainutlaatuisella tavalla. (Heimonen & Voutilainen 1997, 53-54.) Hoitotyössä muistisairaana potilaan kohtaaminen tasavertaisena aikuisena, arvokkaana ja ainutkertaisena ja hänen itsemääräämisensä kunnioittaminen ovat aitoa asiakaslähtöisyyttä (Heimonen 2007, 99).

Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on tärkeä osa muistisairaana yksilöllistä hoitotyötä. Tämä tarkoittaa, että muistisairaalla potilaalla on oikeus elää omaa elämäänsä ja osallistua hoidossa häntä koskeviin ratkaisuihin ja päätöksentekoihin. (Heimonen & Voutilainen 1997, 54.) Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan hoitajan tulisi kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja mahdollistaa potilaan osallistuminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012). Laissa on säädetty, että hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaiden kanssa ja että heillä on oikeus

ymmärrettävään tietoon ja oikeus kieltäytyä hoidosta. Itsemääräämisoikeutta ei kuitenkaan voi toteuttaa jos ihminen on sellaisessa tilassa, että hän ei pysty arvioimaan toimintansa seurauksia. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Muistisairaus heikentää muistisairaan arviointi- ja päätöksentekokykyä, joten muistisairaiden hoitotyössä eettiset ongelmat liittyvät itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen ja toisaalta turvallisuuden takaamiseen. Turvallisuuteen vedoten on itsemääräämisoikeuden rajoittaminen joskus perusteltua, kun henkilö ei ole päätöksentekokykyinen. Hoitotyössä päätöksiä tulee tehdä yhteisymmärryksessä muistisairaan ja hänen läheistensä kanssa heidän mielipiteitään kuunnellen. (Sarvimäki 2008, 33-36.) Paavolan (2009) tutkimuksen mukaan vain puolet vastaajista oli sitä mieltä, että muistisairas on voinut vaikuttaa hoitoonsa mielipitein ja toivomuksin ja neljännes oli sitä mieltä, että muistisairaan toiveita ei ollut kysytty. Muistisairaan ja läheisten toiveiden ja mielipiteiden kuuntelu ja kunnioittaminen on olennainen osa yhteisymmärryksessä tapahtuvaa hoitamista. (Paavola, P. 2009, 60-61.)

Alzheimer-keskusliitto kannustaa dementoivan sairauden varhaisvaiheessa olevia ihmisiä hoitotahdon tekemiseen. Tällä tavoin turvataan, sairauden myöhemmin edetessä, että dementoituneen tahtoa ja elämänarvoja kunnioitetaan hänen hoidossaan. (Dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas 2008.)

Itsemääräämisen säilymistä voidaan hoitotyössä edistää tukemalla muistisairaan itsetuntoa kunnioittamalla ihmisarvoa (Vallejo Medina 2006, 349). Ihmisarvon kunnioittaminen näkyy hoitotyössä siten, että muistisairasta arvostetaan, häntä kohdellaan kohteliaasti, hienotunteisesti sekä kunnioittavasti. (Sarvimäki 2008, 32-33.) Arvostuksesta kertoo myös muistisairaan kehon kunnioittaminen ja arvostava koskettaminen. Itsemääräämisen ylläpitämistä on myös muistisairaan intimiteetin ja yksityisyyden suojaaminen sekä yksilöllisyyden mahdollistaminen ja tukeminen. (Vallejo Medina 2006, 349-350.)

Muistisairaan kohtaamisessa hoitajan tulisi kyetä asettumaan muistisairaan potilaan asemaan, arvostaa potilaan yksilöllisyyttä, ymmärtää muistisairaan tarpeet, tunnistaa hänen tunteensa ja niiden merkitykset ja olla kokemuksellisesti läsnä potilaan todellisuudessa. (Laaksonen ym. 2004, 22-24; Heimonen 2007, 99.) Näin muistisairas potilas saa mahdollisuuden olla oma itsensä ja tulee kuulluksi yksilönä (Heimonen 2007, 99).

Muistisairaahan potilaan kohdalla asiakaslähtöisyys tarkoittaa olennaisena osana läheisten huomiointia ja arvostamista. Muistisairaahan kokonaisvaltaisesta arvostamisesta kertoo se, että arvostetaan muistisairaalle tärkeitä ihmisiä. Sairaanhoidtaja toimii yhdessä potilaiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012).

Muistisairaiden hoitotyössä aito asiakaslähtöisyys pohjautuu muistisairauden yksilöllisten vaikutusten ymmärtämiselle sekä tarpeiden ja jäljellä olevien voimavarojen ja muistisairauden aiheuttaman yksilöllisen haavoittuvuuden tunnistamiseen. Muistisairas ihminen on yksilö, jolla on oma elämäntarina, omat asenteet, arvot, tavat ja tottumukset, yksilölliset tarpeet ja toiveet. (Heimonen 2010, 80-81.) Laadukkaan muistisairaahan hoidon tavoitteena on muistisairaahan elämänlaadun ja autonomian turvaaminen, sosiaalisen arvokkuuden ja verkoston ylläpitäminen ja elämäntarinan vaaliminen (Muistisairaudet 2010).

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä saada selville ihmisen omia kuvauksia koetusta todellisuudesta, jotka ilmentävät niitä asioita, joita ihminen pitää merkityksellisinä ja tärkeinä (Vilka 2005, 97). Tässä pyritään kuvaamaan todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihin ja keskusteluun tutkittavan kanssa luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa, kuin mitattavissa olevaan tietoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161-164.) Menetelmän tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta, vaan tavoitteena on tehdä tulkintoja ihmisten kuvaamien kokemusten ja käsitysten avulla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161; Vilka 2005, 98).

Teemme opinnäytetyömme laadullisella tutkimusmenetelmällä, koska haluamme saada selville ihmisten yksilöllisiä kokemuksia ja mielipiteitä. Ennen menetelmän valintaa ja teemojen muodostamista perehdyimme tutkittavaan aiheeseen kirjallisuuden sekä aiheeseen liittyvien tutkimusten pohjalta (ks. Liite 1). Tutkimusaineisto on kerätty teema-haastattelujen (ks. Liite 2) avulla haastatteleamalla muistisairaiden potilaiden läheisiä.

Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on kuvata ilmiötä tai tapahtumaa ja ymmärtää ja tulkita tiettyä toimintaa kuitenkin sitä yleistämättä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruussa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulma ja ääni pääsevät esille, kuten teemahaastattelua (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164).

### 4.2 Aineiston keruu

Työelämäyhteistyötaho toivoi asiakaspalautetta muistisairaiden potilaiden hoidosta ja kotiutuksesta. Käytimme teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä. Haastattelimme kolmea muistisairaana potilaana läheistä ja toteutimme haastattelut yksilöhaastatteluna. Kun halutaan tietää, mitä ihminen ajattelee, on sitä järkevää kysyä häneltä (Tuomi &

Sarajärvi 2009, 72). Teemahaastattelu etenee keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien lisäkysymysten mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Teemahaastattelussa ei ole merkitystä, missä järjestyksessä teemat käsitellään, vaan tavoitteena on, että haastateltava antaa oman kuvauksensa kaikista teema-alueista (Vilka 2005, 101-102). Opinnäytetyöemme teemat nousivat kirjallisuudesta sekä työelämäyhteistyötahon toiveista. Teemat nousevat tutkimuksen teoreettisesta viitekehystä eli siitä, mitä jo tiedetään tukittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; Hirsjärvi & Hurme 2009, 66). Tutkittavana ilmiönä opinnäytetyössämme on muistisairaahan hoito ja kotiutus läheisen näkökulmasta ja se koostuu seuraavista teemoista: vuorovaikutus/kohtaaminen, perhehoitotyö, kotiutus ja yksilöllinen hoito.

Työelämäyhteistyötahon hoitajat ohjeistettiin etsimään sopivia haastateltavaehdokkaita opinnäytetyöhöemme muistisairaiden potilaiden läheisistä. Hoitajat antoivat ehdokkaille saatekirjeen (ks. Liite 3) ja ilmoittivat meille läheisen yhteystiedot hänen luvallaan. Tämän jälkeen otimme ehdokkaisiin yhteyttä puhelimitse ja kysyimme halukkuudesta osallistua haastatteluun. Jos läheinen oli tähän suostuvainen, sovimme haastattelun ajankohdan ja paikan. Haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuutta korostettiin ja nimettömyys taattiin koko työn ajan. Olennaista teemahaastattelussa on, että haastateltavat tietävät mahdollisimman paljon haastattelun aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74).

Mielestämme muistisairaahan potilaan aktiivisesti hoidossa mukana olevat läheiset ovat ainoa luotettava keino saada asiakaspalautetta muistisairaahan hoidosta ja kotiutuksesta, koska muistisairailta itseltään sitä ei mielestämme voida kerätä luotettavasti ja eettisesti hyväksyttävästi. Tietolähteet tulee valita niin, että tutkimuksesta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa tutkittavalle ja tulee myös miettiä, voisiko saman tiedon saada vähemmän haavoittavalta ryhmältä (Leino-Kilpi 2009, 366). Tiedonantajien valinnan pitää olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa, ja tutkimuksen tekijät päättävät, mitä harkinnanvaraisuus ja sopivuus kussakin tapauksessa tarkoittavat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 86). Haastateltavat tulkitsevat asioita valitsemastaan näkökulmasta ja sillä ymmärryksellä, joka heillä on (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160). Työssämme mukana olevat haastateltavat läheiset ovat olleet aktiivisesti mukana muistisairaahan osastohoitojaksolla, joten mielestämme on perusteltua olettaa, että heillä on tarpeeksi tietoa teemoistamme koskien muistisairaahan potilaan hoitoa ja kotiutusta.

Haastateltavien etsiminen aloitettiin keväällä 2012. Haastattelut tehtiin loppukeväästä ja alkusyksystä. Haastattelut toteutettiin työelämäyhteistyötahon tiloissa. Ensimmäisessä haastattelussa haastattelihoita oli kaksi, seuraavissa haastattelihoita oli yksi olosuhteiden pakosta. Haastattelut kestivät 30-45 minuuttia. Haastatteluiden tunnelma oli rento. Haastatteluiden alussa vaihdettiin yleisiä kuulumisia ja haastatteliho kertoi työn tarkoituksesta, tavoitteesta ja käytiin läpi tulevan haastattelun sisältöä. Lisäksi keskusteltiin vapaamuotoisesti haastateltavien muistisairaista läheisistä ja heidän voinnistaan. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja nauhat tuhottiin raportin valmistuttua. Litteroitua aineistoa kertyi 28 sivua.

### 4.3 Sisällönanalyysi

Tutkimuksen keskeisin asia on aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko, johon tähdätään jo tutkimuksen alussa. Analyysivaiheessa saadaan vastauksia tutkimustehtäviin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221.) Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen metodi, jolla pyritään etsimään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia, jotka eivät ole esitettävissä numeerisina tuloksina vaan sanallisina tulkintoina. (Vilka 2005, 139-140). Tutkimustulokset käsitellään sisällönanalyysillä, jossa kuvataan tutkimusaineisto sanallisesti, ja jolla saadaan aineisto järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. Tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä muodossa kadottamatta olennaista informaatiota. Sisällönanalyysissä haastattelu kirjoitetaan auki sana sanalta eli aineisto litteroidaan. Tämän jälkeen aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja luodaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 106, 108-109.) Litteroimme aineiston, eli kirjoitimme nauhoitetut haastattelut sanasta sanaan auki tekstimuotoon. Tämän jälkeen pelkistimme haastateltavien ilmauksia ja ryhmittelimme niitä käsitteiksi, joista muodostimme kuvaavia otsikoita.

## 5 TULOKSET

Seuraavassa esitämme aineiston analyysin vaiheet sisällönanalyysia käyttäen (taulukko 4). Pelkistetyistä ilmaisuista muodostimme alaluokkia, joista muodostui pääluokat. Näistä muodostuu kokonaisuutena muistisairaahan yksilöllinen hoito.

TAULUKKO 4. Aineiston analyysi.

PELKISTETYT ILMAISUT	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
- hymyileväisyys - ystävällisyys - lämmin sävy - iloinen suhtautuminen - välittäminen - arvostus	Hoitajan inhimillisyys	Muistisairaahan kohtaaminen	Muistisairaahan yksilöllinen hoito
- juttelee - selvittää kaiken mitä tekee - taputetaan - mielipiteen kysyminen ja huomioiminen - huumori - tausta / elämäntarina - tarpeet	Muistisairaahan tarpeisiin vastaaminen		
- kuntoutettu - kannustettu liikkeelle - omatoimisuuteen luottaminen / kannustaminen	Muistisairaahan voimavarojen ylläpitäminen ja tukeminen		
- henkilökuntaa lisää ja sitä kautta aikaa	Osaston resurssit		
- ajan tasalla pitäminen hoidosta - kerrottiin mitä tehdään - mistä tietoa saatiin - kuinka tietoa saatiin - kenelle tietoa annettiin - milloin tietoa saatiin - epätietoisuus	Läheisten tiedonsaanti	Läheisten huomiointi hoidossa ja kotiutuksessa	Muistisairaahan yksilöllinen hoito
- ystävällinen ja avulias suhtautuminen läheisiin - läheisten mielipiteiden kysyminen ja huomiointi - potilashuoneisiin tulon välttäminen läheisen läsnä ollessa	Läheisten arvostaminen		
- kotiutusta ei kiirehditty - muistisairaahan huomiointi kotiutuksessa - muistisairaahan tyytyväisyys - kotiutuksen sujuvuus - jatkohoitopaikan informointi	Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä		



## 5.1 Muistisairaahan kohtaaminen

### 5.1.1 Hoitajan inhimillisyys

Muistisairaiden potilaiden läheisillä oli yhteneväisiä kokemuksia hoitajien ja muistisairaahan kohtaamistilanteista ja siinä tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Läheiset kokivat, että hoitajien suhtautuminen muistisairaaseen oli ymmärtäväistä, ystävällistä ja asiallista. Vuorovaikutustilanteissa hoitajat olivat rauhallisia ja hymyileviä, vaikka kohtasivatkin haasteellista käyttäytymistä. Vuorovaikutuksen ilmapiiri koettiin lämpimänä ja turvallisena. Läheisten mielestä välittäminen ja arvostus näkyivät hoitohenkilökunnan lämpimässä suhtautumisessa muistisairaaseen.

*”Ainaskin mitä mä oon oon ollu paikan päällä, nehän on kauheen hymyileviä ja ystävällisiä.”*

*”...lämmin sävy on kaikkien kohdalla ollut huomattavissa.”*

*”...vaikka mitä tapahtuu niin sillai ilosesti suhtaudutaan.”*

### 5.1.2 Muistisairaahan tarpeisiin vastaaminen

Läheiset olivat muistisairaahan yksilöllisyyden huomiointiin tyytyväisiä. Läheisten kokemusten mukaan muistisairaiden yksilölliset tarpeet huomioitiin ja he kokivat, että muistisairaasivat saivat mitä tarvitsivat.

*”Hän on oikeastaan sitä juuri saanut mitä hän on tarvinnutkin.”*

Hoitajat huomioivat muistisairaahan potilaan ja selittivät hänelle, mitä tehdään ja selvensivät hänelle asiallisesti ja rauhallisesti asioita huolimatta siitä, että muistisairas ei välttämättä ymmärtänyt. Hoitotilanteissa käytettiin kosketusta, esimerkiksi taputtelua, kiinnittämään potilaan huomio ja kosketuksen avulla luotiin hoitajan ja muistisairaahan välille turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri.

*”...Juttelee ja selvittää kaiken mitä he tekee...vaikkei mieheni varmaankaan ymmärtänyt mitä hänelle puhuttiin.”*

*”...Sitten taputetaan ja sillai, että kokee että on tosi hyväksyty.”*

Muistisairas otettiin hoitoon mukaan kysymällä mielipidettä ja huomioimalla se hoidossa. Toisaalta tuli myös esiin, että muistisairauden edettyä loppuvaiheeseen muistisairas ei enää voinut vaikuttaa hoitoonsa puhumattomuuden ja passiivisuuden vuoksi.

*”...kyllähän hän on saanut sanoa mitä hän haluaa...”*

*”Otettiin miehenne mielipidettä huomioon? –Ei...kun ei hän puhu ja on vähän semmonen passiivinen.”*

Huumoria oli läsnä kokonaisvaltaisesti vuorovaikutustilanteissa. Sen avulla laukaistiin jännittyneitä tilanteita ja saatiin haasteellisetkin hoitotilanteet sujumaan. Huumori oli hoitajille keino kohdata muistisairaita.

*”Äitikin kun välillä on sillai jännittynyt niin se niin kun laukasee sitä tilannetta.”*

*”...tapahtuu mitä hyvänsä niin jaksetaan olla ja huumorilla suhtautua.”*

Läheisten mukaan muistisairaana elämäntarinan tai taustan huomioiminen ei tullut vahvasti esiin hoidossa. Läheisiltä ei kysytty mitään muistisairaana elämänhistoriaan liittyvistä asioista. Toisaalta tälle ei nähty tarvetta, kun muistisairaus oli edennyt pitkälle. Läheinen koki, että jollain lailla taustan huomioiminen tuli esiin hoitajan ja muistisairaana välisessä keskustelussa samaa murretta käytettäessä, mikä loi lämpimän tunnelman.

*”Onko elämäntarinaa huomioitu hoidossa? –No ei oikeastaan, mitä siellä on, niin papereista oikeastaan näkyy.”*

### 5.1.3 Muistisairaana voimavarojen ylläpitäminen ja tukeminen

Muistisairaana yksilöllisiä voimavaroja huomioitiin käyttämällä kuntouttavaa työtettä. Muistisairasta kuntoutettiin kävelyttämällä häntä osastolla ja liikkeelle lähtöön kannustettiin.

*”Kovasti siellä on hänen eteensä yritetty ja tehty... Kuntoutettu on kovasti ja kannustetaan että nyt lähetään liikkeelle ja tehdään lenkkiä.”*

Toisaalta tuli ilmi, että muistisairaudesta edettyä loppuvaiheeseen ja liikuntakyvyn menettänyt muistisairasta hoidettiin vuodepotilaana. Muistisairasta ei nostettu pyörätuoliin läheisen pyynnöstä huolimatta, tätä ei kuitenkaan läheiselle millään lailla perusteltu.

*”Mä olisin toivonut, että hänet olisi nostettu pyörätuoliin, mutta siihen ei suostuttu. Mutta se että minä en tiedä että olisiko se ollu hänelle itselleen niin...”*

Omatoimisuuteen kannustettiin omien voimavarojen mukaan. Toisaalta koettiin, että omatoimisuuteen luotettiin hieman liikaa, koska muistisairaudesta vuoksi asioiden hoitaminen vaatisi mahdollisesti perään katsomista.

*”Musta tuntuu, että ne vähän liikaakin luotti sen omatoimisuuteen.”*

### 5.1.4 Osaston resurssit

Läheiset kokivat, että hoitohenkilökuntaa oli liian vähän ja olisivat kaivanneet hoitajilta lisää aikaa muistisairaana kohtaamiseen. Henkilökuntamäärän huomioiden läheiset olivat kuitenkin tyytyväisiä hoitajilta liikenevään aikaan.

*”...Ainoa mitä ajattelee niin pystys parantaa, että olisi nimenomaan henkilökuntaa lisää ja sitä kautta tulis sitä aikaa sitten.”*

## 5.2 Läheisten huomiointi hoidossa ja kotiutuksessa

### 5.2.1 Läheisten tiedonsaanti

Läheiset kokivat, että heitä huomioitiin hoidossa. Hoitajien ja läheisten toistensa lähestyminen oli molemminpuolista. Pääsääntöisesti läheiset olivat kuitenkin lähestyneet hoitajia, mutta hoitajien kiire nähtiin esteenä lähestyä hoitohenkilökuntaa. Tulokset hoitajien ja läheisten välisestä tiedonkulusta olivat ristiriitaisia. Osa koki että hoitajat toivat itse asioita ilmi hoidosta esimerkiksi pitämällä läheisiä ajan tasalla tulevista tutkimuksista ja jatkotoimenpiteistä. Toisaalta koettiin että läheinen joutui itse kysymään muistisairaana hoidosta, muuten tietoa ei olisi tullut.

*”Kyllä mulle sanottiin aina, että nyt on näin ja seuraavaks otetaan näitä verikokeita, sitten mennään siihen ja siihen tutkimukseen ja mitä tehdään, että kyllä on ollut selvillä.”*

*”...Jos en mä olis itte menny kyseleen niin ei ne tullu sillai niin kun sanoon niin itte mä oon menny kysymään.”*

*”...en mee sinne kauheesti häirittee ja kyselee, kun tietää että on kamala kiire ihmisillä ja on paljon hommaa.”*

Läheiset olivat tyytyväisiä hoitohenkilökunnalta saatuun tietoon muistisairaana hoidosta. Tietoa tuli eri hoitajilta, mutta eniten tietoa koettiin saavan omahoitajalta tai potilaan vastaanottaneelta hoitajalta. Tietoa saatiin osastoilla vierailuiden aikana ja puhelimitse.

*”...ihmiset tuntu tietävän aina kun kysy että missä mennään, sen pään hoitajat.”*

*”...samalla kun ovat hoitaneet niin siinä on juteltu asioista.”*

*”...kato kun meillä on ollut sillai että tota ne on soittanut.”*

Läheisten tiedonsaanti kotiutuksesta oli yksilöllistä ja se toteutui eri tavoin seuraavasti. Kotiutuksesta oli puhetta koko osastojakson ajan ja siitä keskusteltiin läheisen kanssa vierailuiden yhteydessä. Läheiselle selvitettiin, että jatkohoitoon on siirryttävä heti kun paikka vapautuu, ja paikan vapauduttua hoitaja soitti ja kysyi läheisen suostumusta siirtoon. Läheiselle ilmoitettiin muutamaa päivää ennen jatkohoitopaikkaan siirtymisestä

osastolla vierailun yhteydessä. Läheinen kuuli kotiutumisesta edellisenä päivänä lääkärin kierrolla.

*”...meillä oli koko ajan tiedossa ja toivat sitä julki koko ajan.”*

*”...loppuviikosta kun sanottiin mulle että todennäköisesti maanantaina...”*

*”...siellä lääkärikierrolla ku sanottiin että huomenna siirtyy sitten...”*

Tietoa annettiin tietylle läheiselle ja läheiset keskenään jakoivat tiedon ja sopivat asioista. Tämän nähtiin säästävän hoitajien aikaa. Kävi ilmi, että läheisten keskinäiset välit vaikuttivat tiedon kulkuun.

*”...me sovitaan kuka mitäkin milloinkin kysyy...sitten me keskenään jutellaan asioista.”*

*”...sit mun sisaresta tuli sen verran erikoinen, et se ei enää informoinutkaan mua...tieto katkes siihen.”*

Erään muistisairaahan kohdalla kotiutus jäi läheiselle erittäin epäselväksi ja keskeneräiseksi. Läheinen olisi kaivannut lisää tietoa. Läheiselle kerrottiin kotiutuksesta vain ajan kohta. Hän ei tiennyt tarkkaa osastoa mihin muistisairas siirtyi tai siirtymistapaa.

*”No se (kotiutus) jäi mulle vähän niin kun semmoseks vaillinaiseks...”*

*”Mä en sitä tiä, että menikö ambulanssilla vai menikö sitten taksilla.”*

### 5.2.2 Läheisten arvostaminen

Osa läheisistä koki, että heidän mielipidettään hoidosta ei kysytty ja osa koki, että mielipidettä kysyttiin ja kuunneltiin. Läheiset toivoivat mielipiteensä huomioon ottamista kotiutuksessa. Läheisen toiveita kuunneltiin osittain hyvin, toisinaan toiveita ei otettu huomioon, mutta tätä ei läheiselle perusteltu.

*”He kysyi ihan, että mitä sinä haluat että me teemme...että mennään näitä asioita läpi.”*

*”Kysyttiinkö mielipidettänne hoitoon liittyvissä asioissa? –Ei, ei ainakaan mun.”*

Tuen ja ohjauksen saannissa oli myös kahdenlaisia kokemuksia. Tukea koettiin saavan hyvin ja toisaalta ei ollenkaan. Hoitohenkilökunnan koettiin välttävän potilashuoneisiin tuloa läheisen läsnä ollessa, kuitenkin hoitajien suhtautuminen läheisiin oli ystävällistä ja avuliasta.

*”...ja kysykin (hoitaja) sitten, että kuinka voisin auttaa.”*

### 5.3 Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Haastatteluista kävi ilmi, että kotiutus näyttäytyi osastoilla eri tavoin ja läheisten kokemukset kotiutuksen onnistumisesta olivat ristiriitaisia. Työssämme muistisairaat kotiutuivat kaikki jatkohoitopaikkaan.

Läheisiä rauhoitti ja herätti luottamusta, että kotiutumista ei kiirehditty. Läheisen mielestä kotiutuksen valmistelussa huomioitiin muistisairaus hyvin siten, että muistisairaalle ei etukäteen siirrosta puhuttu, koska olisi siitä mahdollisesti hämmentynyt ja alkanut jännittämään siirtoa. Läheinen koki kotiutumisen onnistuneen, koska muistisairas ei huomannut paikan vaihtumista ja oli oloonsa tyytyväinen. Tärkeänä pidettiin sitä, että muistisairaahan kannalta kotiutus sujui hienosti, sujuvasti, kivuttomasti ja lempeästi.

*”Kaikki meni oikein hyvin ja hän oli niin tyytyväinen.”*

*”Silloin kun se menee lempeesti niin kaikista paras on se, että ei edes oikeestaan hirveesti huomaa, että paikka edes vaihtuu.”*

Erään muistisairaahan läheinen oli mukana muistisairaahan siirtymisessä jatkohoitopaikkaan, koska koki sen tuovan turvaa muistisairaalle. Läheinen sai mukaansa epikriisin ja lääkkeet, joilla päästiin jatkohoitopaikkaan alkuun. Läheinen ei ollut tietoinen, oliko osastolta informoitu jatkohoitopaikkaa siirrosta.

*”En osaa siihen sanoa, että olisiko sinne sitten soitettu.”*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

#### 6.1.1 Muistisairaahan kohtaaminen

Työn tulosten mukaan läheisten mielestä hoitajien suhtautuminen muistisairaaseen oli ymmärtävää. Saarnio ym. (2011) päätyivät tutkimuksessaan samaan tulokseen. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan yleisimmin käyttävä toimintatapa haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoidossa oli ymmärtävä toimintatapa. (Saarnio, Isola & Mustonen 2011, 53.) Tätä tukee myös Nakahiran ym. (2009, 807) ja Raidan tutkimustulokset (2002, 50).

Läheiset toivat haastatteluissamme ilmi, että he kokivat hoitajien persoonallisten ominaisuuksien, kuten rauhallisuuden, ystävällisyyden ja hymyileväisyyden tärkeänä muistisairaahan hoidossa. Tulos on samansuuntainen Isolan ym. (2005, 148) tutkimuksen mukaan, missä hoitajan persoonan käytön, johon kuuluu ihmisenä oleminen, aitous, avoimuus, herkkyys, myönteinen elämänasenne ja kiinnostus muistisairaisiin, todettiin olevan hoitotyön edistyksestä toimintaa muistisairaahan haasteelliseen kohtaamiseen. Myös Raidan (2002, 77) tutkimuksessa hoitajat korostivat muistisairaahan inhimillistä kohtaamista, myönteistä ja kunnioittavaa suhtautumista ihmisarvoisen ja mielekkään elämän turvaamisen lähtökohtana. Paavolan (2009, 33) tutkimuksessa läheisistä 90 % oli sitä mieltä, että heidän ikääntyntä läheistään hoidetaan ja kohdellaan hyvin laitoshoidossa.

Raidan (2002) tutkimuksen mukaan muistisairaahan inhimillisen kohtaamisen lähtökohta oli luottamuksen ja turvallisuudentunteen luominen sekä avoimen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen. Raidan (2002, 83) mukaan hoitajan kunnioittava, kiireetön ja ystävällinen läsnäolo sekä lämpö, läheisyys ja koskettaminen lisäävät muistisairaahan turvallisuuden tunnetta. Työssämme läheisten mukaan muistisairaita hoidettaessa hoitajat käyttivät kosketusta, esimerkiksi taputtelua, jonka avulla luotiin hoitajan ja muistisairaahan välille turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri. Haastateltavien läheisten mukaan tärkeänä osana muistisairaiden yksilöllisyyden huomiointia pidettiin hoitajien lämmintä suhtautumista muistisairaaseen, mikä ilmeni välittämisenä ja arvostamisena.

Tulosten mukaan läheiset kokivat huumorin olevan kokonaisvaltaisesti läsnä muistisairaahan hoitotilanteissa. Qvick (2008, 30) totesi tutkimuksessaan, että muistisairaiden hoitotyössä huumori on yhteydessä hoitajien työssä jaksamiseen. Tulosten mukaan muistisairaahan kohtaamisessa huumorin avulla laukaistiin jännittyneitä tilanteita ja saatiin haasteellisetkin tilanteet sujumaan. Vastaavaan tulokseen päätyi Isola ym. (2005, 148-149) tutkimuksessaan, jossa huumorin käytön koettiin laukaisevan tiukkoja tilanteita esimerkiksi aggressiivisuuskohauksia. Myös Qvick (2008, 30) päätyi samaan tulokseen tutkimuksessaan. Huumorin käytössä on tunnettava muistisairas, jotta huumoria käytetään hänen hyväksymällään tavalla (Heimonen & Voutilainen 1997, 103).

Haastateltavat läheiset toivat ilmi, että muistisairaahan elämäntarina ei ollut perehdytty hoitajaksolla. Myös Paavola (2009, 38) päätyi tutkimuksessaan samaan tulokseen. Tulos on ristiriitainen Eganin ym. (2007) ja Raidan (2002) tutkimustulosten kanssa. Egan ym. toivat tutkimuksessaan ilmi, että muistisairaahan elämänselämään perehtyminen vähentää hoitotyössä muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä, kuten aggressiivisuutta. Elämäntarinan tuntemisella hoitajat pystyivät suhtautumaan yksilöllisemmin muistisairaaseen. Lisäksi elämäntarina perehtyminen auttoi hoitohenkilökuntaa suhtautumaan empaattisemmin muistisairaaseen ja hoitosuhteesta tuli näin aidompi. (Egan ym. 2007, 24, 28-29.) Myös Raidan (2002) tutkimuksessa hoitajat pitivät tärkeänä muistisairaahan elämäntarinaan tutustumista. Elämäntarinan tunteminen auttoi hoitajaa ymmärtämään muistisairasta. Elämäntarinan tuntemisen todettiin helpottavan vuorovaikutusta muistisairaahan kanssa ja tilanteiden ennakoimista hoitajalle oli helpompaa. (Raita 2002, 50.) Paavolan (2009, 57) tutkimuksesta kävi ilmi, että laitoshoitopaikalla oli merkitystä siihen, kuinka läheisiltä kysyttiin potilaan elämäntavoista ja tottumuksista. Tutkimuksen mukaan vanhainkodissa olevien potilaiden läheisiltä kysyttiin eniten potilaan elämäntavoista ja tottumuksista (Paavola 2009, 57). Muistisairaahan elämäntarina perehtyminen vaatii hoitajalta aikaa ja asiaan paneutumista. Saattaa olla, että erikoissairaanhoidossa osastojen akuutista luonteesta johtuen hoitajat eivät ole kokeneet muistisairaahan elämäntarina perehtymistä tarpeelliseksi, koska hoitoaika osastoilla on useimmiten kohtalaisen lyhyt. Muistisairaahan elämäntarinan tuntemisesta pääpiirteittäin saattaisi kuitenkin olla hyötyä myös lyhyillä osastojaksoilla hoitosuhteen muodostamisessa ja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa.



Haastatteluista kävi ilmi, että läheisten mukaan muistisairaiden tarpeisiin vastattiin. Tulokset on ristiriitainen Moylen ym. (2010, 426) tutkimuksen mukaan, jossa muistisairautta sairastavien potilaiden yksilöllisiä tarpeita ei otettu huomioon akuutissa sairaalahoidossa ollessaan. Myös Cowdell (2010, 42) tuo tutkimuksessaan ilmi, että muistisairautta sairastavien potilaiden hoidossa akuuteilla osastoilla olisi parannettavaa. Cowdellin (2010, 42) tutkimuksesta käy ilmi, että muistisairaajat sekä hoitajat olivat tyytymättömiä muistisairaajan potilaan hoitoon akuutilla osastolla. Muistisairaajat kokivat hoidossa olon negatiivisena, heistä ei välitetty, heidät jätettiin huomiotta ja vallitsevana olotilana heillä oli epävarmuus. Hoitajat puolestaan kokivat, että eivät olleet täysin kykeneväisiä tarjoamaan yksilöllistä hoitoa muistisairaalle potilaalle yrityksestä huolimatta. (Cowdell ym. 2010, 45, 47.).

Läheisten mukaan muistisairaajat saivat vaikuttaa hoitoonsa muistisairauden vaihe huomioiden, hoitajat kertoivat heille mitä tehdään ja heidän mielipidettään kysyttiin. Paavolan (2009, 60-61) tutkimuksen mukaan vain yli puolet läheisistä oli sitä mieltä, että ikääntynyt oli voinut vaikuttaa hoitoonsa mielipitein ja toivomuksin ja neljännes vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajat eivät olleet tiedustelleet ikääntyneen mahdollisia toiveita hoitoon liittyen.

Haastateltavien läheisten mukaan muistisairaiden voimavaroja huomioitiin ja omatoimisuuteen kannustettiin kuntouttavaa työtettä hyödyntäen muistisairauden vaihe huomioiden. Myös Raidan (2002, 68) tutkimuksessa muistisairaajan omatoimisuutta tuettiin päivittäisissä toiminnoissa ohjaamalla, tukemalla, auttamalla ja rinnalla kulkemalla tilanteen mukaan.

Tulosten mukaan läheiset toivoivat hoitajilta enemmän aikaa muistisairaajan kohtaamiseen. Nolan (2007, 422) tuo myös tutkimuksessaan ilmi, että hoitajat yrittävät tehdä parhaansa akuuteilla osastoilla, jossa resurssit ovat rajallisia ja aikaa on tarjota muistisairaille potilaille liian vähän osaston luonteesta johtuen. Myös Raidan (2002, 76) tutkimuksessa hoitajat toivat esille ajanpuutteen muistisairaajan yksilöllisen hoidon toteuttamisen ja ihmisarvoisen ja mielekkään elämän turvaamisen esteenä. Raidan (2002, 76) tutkimuksessa hoitajat pitivät tärkeänä, että heillä olisi riittävästi aikaa muistisairaiden potilaiden kohtaamiseen. Osaston päiväjärjestys ja rutiinit ohjaavat päivän tapahtumia ja muistisairaiden kohtaamiseen ei ole riittävästi aikaa (Raita, L. 2002, 76).

### 6.1.2 Läheisten huomiointi hoidossa ja kotiutuksessa

Haastatteluista kävi ilmi, että läheiset kokivat tulleen huomioiduksi hoitajien taholta muistisairaana hoitajakson aikana. Läheiset kokivat, että heitä huomioitiin siten, että heitä pidettiin ajan tasalla muistisairaana hoidosta. Samanlaisia tuloksia sai Lehtonen (2005, 38) tekemässään tutkimuksessa, jossa suurin osa läheisistä koki saaneensa tietoa potilaan hoidosta ja voinnista. Myös Aura (2008) on saanut samansuuntaisia tuloksia tutkiessaan aikuispotilaiden läheisten saamaa tukea hoitotyöntekijöiltä. Tutkimuksen mukaan läheiset olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä potilaan terveydentilasta saatuun tietoon. (Aura 2008, 7, 38.) Nuutisen & Raatikaisen (2005, 131) tekemän tutkimuksen mukaan sen sijaan vain kolmasosa läheisistä koki saaneensa hyvin tietoja potilaan hoidosta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitajat ovat kokeneet yhteistyön perheen kanssa tärkeänä osana hoitotyötä (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 173). Perhettä on pidetty merkittävänä voimavarana vanhusten hoidossa, joten läheisten ottaminen mukaan potilaan hoitoon on tärkeää (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 174; Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 107).

Tuloksista ilmeni, että läheiset kysyivät myös itse hoitajilta aktiivisesti muistisairaana hoidosta. Jopa niin, että läheinen koki, ettei tietoa hoidosta olisi saanut ilman omaa aloitetta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aikaisemmissa tutkimuksissa. Hoitajat eivät anna tietoa spontaanisti ja läheiset toivoivat hoitajilta oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta yhteistyössä (Lehtonen 2005, 70; Mäkinen 2002, 66). Läheisen aktiivinen toiminta on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan läheisten ja hoitajien yhteistyötä edistävä tekijä, sillä tutkimuksissa on havaittu aloitteen yhteistyölle tulevan useimmiten läheisiltä. Läheisen on kuitenkin vaikea luoda suhdetta hoitajiin, jos hoitajia saa etsiä osastolta. (Salin & Åstedt-Kurki 2010, 174.)

Osa haastatteluista läheisistä sai tukea hoitajilta ja toiset kokivat jääneensä sitä vaille. Aikaisemmista tutkimuksista käy ilmi, että suurin osa läheisistä ei saanut omaan hyvinvointiinsa tukea hoitajilta eivätkä hoitajat vaikuttaneet kiinnostuneilta läheisten tunteista, ja keskustelut keskittyivät useimmiten potilaan vointiin ja jatkohoitoon (Rantanen, Kaunonen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2004, 162, 164). Aura (2008, 41) sai tutkimuksessaan myös tulokseksi, että läheiset kaipaavat hoitajilta lisää tukea, kuuntelua ja huomi-

oimista. Samanlaisia tuloksia sai Rantanen (2009, 86) tutkimuksessaan. Tarkasteltaessa laadukasta hoitoyötä, todetaan läheisten tarpeiden huomioimisen olevan tärkeä osa hoitoa (Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 97-110).

Läheiset kokivat saaneensa tietoa eri hoitajilta, mutta eniten tietoa koettiin saavan omahoitajalta tai potilaan vastaanottaneelta hoitajalta Auran tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan kohtaaminen on läheisten mielestä parempaa, jos potilaalle on määrätty omahoitaja. Suurin osa tiesi oliko omahoitajaa vai ei (88%) ja noin kolmasosa kertoi potilaalla olevan omahoitaja. (Aura 2008, 29.) Myös Lehtonen (2005, 46, 72) sai samansuuntaisia tuloksia tutkimuksessaan, jossa 71% vastaajista kertoi, että omahoitaja oli esitelty ja 16% vastaajista omahoitajaa ei oltu esitelty.

### 6.1.3 Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Tulosten mukaan kotiutus näyttäytyi läheisille osastoilla eri tavoin. Kotiutuksesta kerrottiin läheisille etukäteen osastolla vierailuiden aikana hoitajan toimesta, lääkärin kierrolla ja puhelimitse hoitajakson eri vaiheissa. Osa sai tietoa koko osastojakson ajan ja osalle kotiutuksesta kerrottiin vasta edellisenä päivänä. Perälän & Hammarin (2003, 25) esittämässä PALKO-mallissa ohjataan kotiutuksen suunnittelun aloitettavan jo potilaan tullessa osastolle hoitoon sekä tiedottaa kotiutumisesta läheistä vähitellen hoitajakson aikana. Lisäksi kotiutusta suunnitellaan yhteistyössä potilaan läheisten kanssa, sen sijaan että vain tiedotetaan potilaan kotiutumisesta läheistä (Luhtasaari & Jämsen 2010, 456).

Tuloksista nousi esiin, että kotiutuksen onnistuessa se sujui hyvin ja lempeästi muistisairaana kannalta. Pöyryn (1999, 8-9) tutkimuksessa on todettu potilaan olevan sitä valmiimpi kotiutumiseen, mitä enemmän läheinenkin on ollut mukana kotiutuksessa ja sen suunnittelussa. Kuitenkin tutkimuksessaan Karppinen (1997, 40) sai tulokseksi, että läheisistä jopa lähes kolmasosa koki jääneensä kotiutuksen suunnittelun ulkopuolelle.

Tulosten mukaan kotiutuksen onnistuminen läheisen kannalta on tilannekohtaista. Keskeisimpänä asiana epäonnistuneessa kotiutuksessa tuli ilmi huono tiedonkulku hoitajien ja läheisten välillä. Myös Mäkisen (2002, 5) tutkimuksessa läheiset olivat kokeneet saa-

vansa liian vähän tietoa hoitajilta. Työssämme haastateltavilta läheisiltä saatu suppea tieto muistisairaana kotiutuksesta saattaa kertoa siitä, että kotiutuksessa läheisten huomiointi ei ole riittävää.

## 6.2 Eettiset kysymykset

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on osa tutkimuksen eettisyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132). Opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja kirjoittamaan raportti mahdollisimman objektiivisesti, käsittelemään tuloksia mahdollisimman avoimesti, tarkasti ja rehellisesti. Opinnäytetyön alussa tehtiin tutkimussuunnitelma vaatimusten mukaisesti ja tutkimuslupa saatiin työelämäyhteistyöorganisaatiolta.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Myös muiden tutkijoiden työn ja saavutusten kunnioittaminen on osa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003, 5-6.) Tieteellisen tiedon arvostaminen näkyy työssä siten, että lähteiden käytössä on oltu huolellisia ja asianmukaiseen merkitsemiseen on kiinnitetty huomiota. Tiedon hankinnassa tutkija osoittaa perehtyneensä oman alan tieteelliseen kirjallisuuteen (Vilka 2005, 30). Tietoa haettiin tietokannoista kuten Ebsco host, Medline, PubMed, Linda. Pro gradu -tutkielmia ja väitöskirjoja etsittiin yliopistojen kirjastoista. Ammattikirjallisuutta löytyi myös Tampereen ammattikorkeakoulun kirjastosta. Työssä käytettiin lähteitä monipuolisesti, muun muassa käyttämällä ammattikirjallisuutta, tieteellisiä artikkeleita, Pro Gradu -tutkielmia ja väitöskirjoja.

Aihevalinta on eettinen kysymys siinä mielessä että siinä tulee pohtia kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Asiakaspalautteen kerääminen läheisiltä muistisairaiden hoidosta ja kotiutuksesta on eettisesti perusteltua, jotta hoitohenkilökunta voi pohtia omaa toimintaa ja pyrkiä hoitamaan muistisairaita hyvin ja eettisesti korkealaatuisesti. Palautetta voidaan hyödyntää käytännössä hoitotyön arjessa.

Ihmisiin liittyvän tutkimuksen eettisen perustavat muodostavat ihmisoikeudet. Osallistujille tulee selvittää tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät ymmärrettävästi siten että osallistuja tietää mistä tutkimuksessa on kyse. Osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja siitä voidaan kieltäytyä tutkimuksen eri vaiheissa. Luotettavuus ja nimettömyys tulee taata. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131; Hirsjärvi & Hurme 2009, 20.) Osallistujille annettussa saatekirjeessä selvitettiin, mistä opinnäytetyössä on kyse ja korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta. Haastatteluiden alussa kerrottiin työn tarkoitus ja tavoitteet ja varmistettiin halukkuus osallistua haastatteluun. Haastateltavilta kysyttiin lupaa haastattelun nauhoitukseen ja kerrottiin, että nauhat tuhotaan raportin valmistuttua. Tuloksia on tarkasteltu niin että haastateltavia ja heidän muistisairaita läheisiään ei voida tunnistaa.

### 6.3 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus perustuu itse tutkijaan ja hänen rehellisyyteensä. Luotettavuuden arvioinnin kohteena on siis tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkimuksen toteuttaminen ja tutkimuksen luotettavuus kulkevat käsi kädessä. (Vilkkä 2005, 158-159.)

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää kiinnittää huomiota, kuinka tiedonantajat on valittu, tiedonantajien määrään, siihen miten heihin otettiin yhteyttä ja nimettömyyteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Läheisiltä saatua tietoa muistisairaahan hoidosta ja kotiutuksesta voidaan pitää olosuhteisiin nähden luotettavana asiakaspalautteena. Luotettavin asiakaspalaute hoidosta tulisi tietenkin potilaalta itseltään, mutta muistisairaudesta johtuen tietoa ei olisi voitu tässä tapauksessa pitää täysin luotettavana. Hoitohenkilökunnan ammattitaito korostui sopivien haastateltavaehdokkaiden etsimisessä muistisairaiden potilaiden läheisistä.

Työssä haastateltiin kolmea muistisairaahan potilaan läheistä, joten haastateltavien määrä on pieni ja näin ollen aineisto suppea. Tämä on perusteltua sillä laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tarkoituksena on saada selville yksittäisen ihmisen näkökulma tutkittavaan asiaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Haastateltavien pieni määrä vaikuttaa heikentävästi työn luotetta-

vuuteen. Työn luotettavuutta lisää se, että haastateltavat olivat vapaaehtoisia ja pystyivät antamaan rehellisen mielipiteensä asioihin, koska nimettömyys taattiin.

Haastatteluiden luotettavuutta lisää se, että teoriaan perehdyttiin kattavasti käyttämällä lähteitä monipuolisesti. Ammattikirjallisuudesta ja tutkitusta tiedosta nousi työn keskeiset teemat. Tiedon pohjalta laadittiin teemahaastattelurunko apukysymyksineen, jota käytettiin kaikkien haastatteluiden pohjana. Haastatteluiden nauhoitus ja aineiston litterointi sanasta sanaan haastattelijan ja haastateltavan dialogisuus säilyttäen lisää luotettavuutta, koska aineistoon voi palata raportin teon eri vaiheissa. Litteroinnin tarkkuudella on vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen, joten haastateltavien puhetta ei saa litteroinnissa muuttaa tai muokata (Vilka 2005, 116).

Työn luotettavuutta saattaa heikentää se, että haastattelijoiden määrä vaihteli haastattelusta riippuen olosuhteiden johdosta ja esihaastattelun puute. Näin ollen osassa haastateluilta toinen ei ollut esittämässä mahdollisesti tarpeellisia selventäviä lisäkysymyksiä. Haastattelut toteutettiin rauhallisissa ympäristöissä työelämäyhteistyötahon tiloissa, joissa paikalla olivat vain asianosaiset. Haastattelutilat sijaitsivat yhteistyöosastojen ulkopuolella, joten näin ollen haastateltavan anonymiteetti säilyi.

Luotettavuutta lisää se, että työssä on kerrottu tarkasti tutkimusmenetelmästä, käytännön toteutuksesta ja aineiston analysoinnin vaiheista. Tutkimuksen teosta on annettava riittävästi tietoa lukijalle, jotta he voivat arvioida tutkimuksen tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Työssä on kerrottu tarkasti, kuinka tutkimus on tehty, joten tutkimus on tarvittaessa toistettavissa, vaikka tulokset ovatkin ainutkertaisia. Tutkimuksen tulisi olla käytännössä toistettava, jotta se on luotettava ja merkityksellinen omalla alallaan (Vilka 2005, 160).

Työ on pyritty toteuttamaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen. Objektivisuus ja rehellisyys tulosten esittämisessä parantavat luotettavuutta. Tulosten raportoinnissa haastateltavien lainaaminen on perusteltua luotettavuuden kannalta, koska lukija saa käsityksen, kuinka johtopäätöksiin on päädytty. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että lukija pääsee samaan tulokseen kuin tutkimuksen tekijä, eli tämä edellyttää esimerkiksi tulkinnan havainnollistamista aineistokatkelmin (Vilka 2005, 160).

#### 6.4 Johtopäätökset ja kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöstä on hyötyä hoitajille käytännön hoitotyöhön muistisairaita potilaita kohdatessaan hoitotyön eri sektoreilla. Teoriaosa antaa tietoa ja toimintatapoja, joita voidaan hyödyntää muistisairaahan kohtaamisessa, yksilöllisyyden huomioinnissa, läheisten huomioimisessa hoidossa ja kotiutuksessa. Asiakaspalautetta voidaan hyödyntää hoitajien toiminnan kehittämiseen edellä mainituissa osa-alueissa.

Tulosten mukaan muistisairaahan elämäntarinaa ei huomioitu hoidossa. Elämäntarinan huomioiminen muistisairaahan potilaan hoidossa olisi suotavaa, koska sen on todettu vähentävän muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä. Lisäksi tämä auttaa hoitajaa suhtautumaan empaattisemmin ja yksilöllisemmin muistisairaaseen. Tätä voitaisiin hyödyntää hoitajan ja muistisairaahan välisen hoitosuhteen muodostumisessa. Tuloksista kävi ilmi, että läheisillä oli ristiriitaisia kokemuksia muistisairaahan potilaan kotiutuksen onnistumisesta ja siihen liittyvästä tiedonkulusta. Kehittämishaasteena voisi miettiä nykyisen toimintamallin toimivuutta muistisairaahan potilaan kotiutuksessa. Tuloksista ilmeni myös, että läheiset kokivat pääosin jääneensä vaille tukea ja ohjausta hoitohenkilökunnan taholta. Kehittämishaasteena voisi pohtia kuinka hoitohenkilökunta voisi kehittyä muistisairaahan potilaan läheisten ohjaamisessa ja tukemisessa.

Työelämäyhteytemme toivoi asiakaspalautetta muistisairaiden potilaiden hoidosta. Keräsimme asiakaspalautetta haastattelemalla muistisairaiden potilaiden läheisiä. Näin ollen asiakaspalautte tuli toisen käden kautta, ei siis muistisairailta itseltään. Jatkossa asiaa voitaisiin tutkia havainnoimalla hoitajien ja muistisairaiden kohtaamistilanteita, läheisten huomiointia ja muistisairaiden kotiutusta, mutta tällöin kyse ei ole enää asiakaspalautteesta. Havainnoimalla tietoa saadaan eri näkökulmasta ja mahdollisesti laajemmin, koska hoidossa läsnä olevat läheiset näkevät hoitotilanteista vain pienen osan. Asiakaspalautteen saaminen muistisairaiden potilaiden hoidosta on haastavaa, koska muistisairaudesta johtuen potilaat eivät sitä itse pysty luotettavasti antamaan.

Jatkotutkimuksissa olisi laajemman kuvan saamiseksi perusteltua tutkia kotiutuksen toteutumista jatkohoitopaikan kannalta. Lisäksi muistisairaahan kohtaamista ja yksilöllistä hoitoa olisi mielenkiintoista tutkia hoitajien näkökulmasta haastattelemalla hoitajia.

Mielenkiintoista olisi myös tutkia kuinka muistisairaahan potilaan hoitoa käsitellään hoitoalan oppilaitosten koulutuksessa.

### 6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyömme aihe syntyi omasta ajatuksestamme, koska käytännössä hoitotyön eri sektoreilla olemme havainneet muistisairaahan potilaan hoidon haasteellisuuden ja havainneet, että hoitajien valmiudet muistisairaahan kohtaamiseen eivät välttämättä ole riittävät. Mielestämme aihe on erittäin ajankohtainen, koska väestö ikääntyy ja muistisairaita tullaan kohtaamaan yhä enemmän hoitotyön eri sektoreilla. Yhteistyössä työelämätahon kanssa muokkasimme aiheen heidän tarpeitaan vastaavaksi, jolloin päädyimme sisällyttämään työhömmme myös muistisairaahan kotiutuksen. Työn tuloksista oli hienoa huomata, että läheiset olivat pääosin tyytyväisiä muistisairaahan potilaan hoitoon erikoissairaanhoidossa ja läheisten huomiointiin hoidossa. Yllättävää oli huomata, että kotiutus näyttäytyi hyvin moninaisena eri osastoilla.

Yhteistyö työelämätahon kanssa on sujunut hyvin. Työelämäyhteistyötähoja olisimme voineet hyödyntää enemmän työn suunnittelussa. Lähetimme opinnäytetyön suunnitelman yhteistyötahon luettavaksi ja he olivat siihen tyytyväisiä. Olisimme voineet aktiivisemmin pyytää palautetta ja mielipiteitä työn edetessä. Tällä olisi saattanut olla vaikutusta teoreettisen viitekehysten muodostumisessa.

Haasteelliseksi osoittautui löytää muistisairaiden läheisistä haastatteluun sopivia ja haalukkaita, minkä vuoksi jouduimme laajentamaan opinnäytetyötämme kolmelle muulle osastolle. Tämän vuoksi haastatteluiden kerääminen venyi alkusyksyyn ja haastatteluiden määrä jäi pieneksi. Työn loppuun saattamisessa tuli näin ollen kiire, jotta työ saatiin aikataulussa valmiiksi.

Ohjauksessa olemme käyneet tarpeen mukaan. Ohjauksessa olemme saaneet hyödyllisiä neuvoja työn sisältöön ja olemme huomioineet ohjaajan näkemykset työtä tehdessämme. Mielestämme ohjaus on ollut tarpeellista opinnäytetyötä tehdessä. Olemme hakeet ja saaneet ohjauksessa vahvistusta omille ajatuksille/ratkaisuille työn etenemisessä.



Yhteistyömme on ollut antoisaa. Tulosten analysointia ja aineiston käsittelyä on helpottanut työskentely yhdessä, jolloin asioita on saanut pohtia ääneen toisen aiheeseen perehtyneen kanssa. Meillä on ollut samanlaiset näkemykset työstä alusta loppuun ja tulosten muodostamisessa olimme samoilla linjoilla. Opinnäytetyötä tehdessä olemme oppineet käyttämään tieteellistä tietoa, hyödyntämään hoitoalan tutkimustietoa ja soveltamaan sitä opinnäytetyötä tehdessämme. Opinnäytetyöprosessi on opettanut meille tieteellistä työskentelyä sekä tiimityöskentely- ja yhteistyötaitoja. Uskomme, että työstä on meille paljon käytännön hyötyä tulevaisuudessa, kun kohtaamme muistisairaita potilaita terveydenhuollon eri sektoreilla sairaanhoitajina työskennellessä.

## LÄHTEET

Ahonen, S., Käyhty, M. & Ahvo, L. 2002. Kotoa laitokseen ja takaisin – onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu –Opas laatuun. Stakes oppaita 49.

Aura, M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Cowdell, F. 2010. Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard* 24(23), 42-48.

Dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas 2008. Helsinki: Alzheimerkeskusliitto.

Egan, M.Y., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M., Fulford, N., Neilson, M., Daros, B. & Rodrigue, C. 2007. Caring for Residents with Dementia and Impact of Life History Knowledge. *Journal of Gerontological Nursing* 33(2), 24-30.

Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet: hoidon haaste. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 117-129.

Eloniemi-Sulkava, U., Sulkava, R. & Viramo, P. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Espoo: Janssen-Cilag Oy.

Erkinjuntti, T. 2006. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 93-97.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.

Heimonen, S. 2007. Kehitä yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojasi. Teoksessa Vuori, U. & Heimonen, S. (toim.) Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista -opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. 95-102.

Heimonen, S. 2010. Muistisairaiden ihmisten haavoittuvuus. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. 1. painos. Helsinki: Edita. 60-89.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 1997. Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hopia, H., Schildt, T. & Hovikoski, K. 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2007: hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17 (3), 145-154.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. ja Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. 10-17.

Jootun, D. & McGhee, G. 2011. Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard* 25 (25), 40-46.

Karppinen, P. 1997. Yli 65-vuotiaiden kotiutus akuuttisairaalaan heidän itsensä ja heidän omaistensa arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Kämäräinen, L. 2008. TunteVa-omaistenopas. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampereen kaupunkilähetys ry.

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2004. Ymmärrä-tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehtonen, T. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 360-377.

Luhtasaari, M. 31.8.2012. Vanhuksen kotiutus. Sairaanhoitajan käsikirja. Luettu 20.9.2012. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk02250&p\\_haku=luhtasaari](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02250&p_haku=luhtasaari)

Morin, D. & Leblanc, N. 2005. Less money less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *International Journal of Nursing Practice* 11, 214-220.

Muistisairaudet. 2010. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 11.01.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R. & Gracia, N. 2010. Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing* 20, 420–428.

Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa: omaisen, sairaanhoitajan ja lääkärin näkökulma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D. & Hitomi, H. 2009. Attitudes toward dementia-relates aggression among staff in Japanese ages care settings. *Journal of Clinical Nursing* 18 (6), 807-816.

Nolan, L. 2007. Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses views. *British Journal of Nursing* 16 (7), 419-422.

Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten hoitoon osallistuminen ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Hoitotiede* 17 (3), 131-144.

Paavola, P. 2009. Ikääntyneiden potilaiden oikeuksien toteutuminen laitoshoidossa-omaisten / läheisten näkökulma. Turun yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.

Palonen, K. 2005. Perhekeskeisyys ja sen toteutuminen hoitotyön käytännössä kättilöopiskelijoiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä : teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.

Perälä M-L. & Hammar, T. 2003. PALKO: palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. *Aiheita* 29/2003. Stakes.

Pöyry, P. 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Qvick, L. 2008. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos Pro Gradu -tutkielma.

Raita, L. 2002. Dementoituneen vanhuksen ihmisarvoisen ja mielekkään elämän turvaaminen. Oulun yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.

Rantanen, A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Rantanen, A., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, M-T. Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal of clinical nursing*. 13(2), 158-166.

Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin –puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta koti-hoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee - koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylän yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Saarnio, R., Isola, A. & Mustonen, U. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 23 (1), 46-56.

Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Perhehoitotyö gerontologisessa hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa -hoitajien kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Sarvimäki, A. 2008. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 27-40.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 81-116.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2012. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Luettu 11.8.2012. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_o\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_ty\\_o/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Terveystieteiden laitos 1326/2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. 6. uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 23-39.

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2010. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY, 12-26.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen R. & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

## LIITTEET

## Liite 1. Aiheeseen liittyvät keskeisimmät tutkimukset

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävä/ongelma ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Aura, M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Pro gradu - tutkielma.</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata aikuispotilaiden läheisten kokemuksia heidän saamastaan tuesta hoitotyöntekijöiltä. Tehtävät: Läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiden kohtaamisesta. Läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tiedosta. Läheisten kokemuksia hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta. Läheisten ehdotuksia hoitotyöntekijöiltä saadun tuen kehittämisestä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. n=218</p>	<p>Kohtaaminen hoitohenkilöstön kanssa koettiin myönteisenä, turvallisena sekä kunnioittavana. Asumismuodon ja asumisetäisyyden huomattiin vaikuttavan läheisten tiedonsaantiin siten, että samassa taloudessa asuvat kokivat saavansa paremmin tietoa kuin eri taloudessa asuvat läheiset. Kohtaaminen hoitajien kanssa koettiin parempana jos potilaalla oli omahoitaja.</p>
<p>Cowdell, F. 2010. Care of older people with dementia in an acute hospital setting. Nursing Standard 24 (23), 42-48.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden ja hoitajien näkemyksiä dementiaa sairastavan potilaan hoidosta akuuteilla osastoilla.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.</p>	<p>Dementiaa sairastavien potilaiden hoito akuuteilla osastoilla ei ole aina tyydyttävää. Dementiaa sairastavat potilaat kokevat hoidon ja sairaalassa olon epämiellyttävänä ja stressaavana. Hoitajat yrittävät tarjota heille parasta mahdollista hoitoa, mikä ei olosuhteista johtuen ole mahdollista. Koulutusta dementiaa sairastavan potilaan kohtaamiseen tarvitaan.</p>
<p>Egan, M.Y., Munroe, S., Hubert, C.,</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.</p>	<p>Elämänhistorian tuntemisen todettiin vä-</p>

<p>Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M., Fulford, N., Neilson, M., Daros, B. &amp; Rodrigue, C. 2007. Caring for Residents with Dementia and Impact of Life History Knowledge. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> 33(2), 24-30.</p>	<p>muistisairaana potilaan elämänselämän historian tuntemisen yhteyttä aggressiivisen käyttäytymisen esiintymiseen ja selvittää potilaan elämänselämän historian tuntemisen vaikutuksia hoitajien toimintaan.</p>	<p>telmä. n=14</p>	<p>hentävän muistisairaiden potilaiden aggressiivista käyttäytymistä. Muistisairaana elämänselämän historian tunteminen auttoi hoitajia suhtautumaan yksilöllisemmin ja empaattisemmin potilaaseen.</p>
<p>Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. &amp; Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykseen haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. <i>Hoitotiede</i> 17 (3), 145-154.</p>	<p>Tutkimus on osa dementoituvien potilaiden haasteellista käyttäytymistä ja fyysisten pakotteiden käyttöä koskevaa tutkimusprojektia. Tutkimuksen tarkoituksena on laadullisesti kuvailla hoitajien käyttämiä hoitotyön edistykseen toimintoja dementoituvia potilaita hoitaessaan. Tavoitteena on tuottaa tietoa haasteellista käyttäytymistä ehkäisevistä ja tilanteita lieventävistä hoitotyön toiminnoista.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä (avoin haastattelu). n=62</p>	<p>Tuloksena muodostettiin kolme hoitotyön edistykseen toiminnan pääluokkaa: persoonan käyttö, järkiperaistaminen ja intuitiivinen toiminta.</p>
<p>Koponen, L. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja.</p>	<p>Tarkoitus: Kehittää substantiivinen, käytännön toimintaa jäsentävä teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä potilaan, perheenjäsenten ja hoitajien yhteistyöstä potilaan siirtymässä kodin ja sairaalan välillä. Tehävät: Minkälaisista on iäkkään potilaan selviytyminen ja hänen perheenjäsenensä</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. n=24.</p>	<p>Selviytymistä vaativat muutokset koostuvat siirtymävaiheissa kohdattavista muutoksista ja niiden merkityksestä selviytymisessä. Siirtymävaiheen yhteistyötä kuvaavat selviytymisessä auttaminen, selviytymisen ja hoitotoiminnan yhteensovittaminen sekä avun saaminen ja avun puuttuminen selviytymisessä.</p>



	<p>osuus selviytymisessä potilaan siirtyessä kodista sairaalaan ja sairaalasta kotiin? Miten siirtymävaiheessa selviytymistä edistetään potilaan, perheenjäsenten ja hoidonantajien yhteistyöllä? Mitkä ovat siirtymävaiheessa selviytymistä ja sitä edistävää yhteistyötä kuvaavien käsitteiden väliset suhteet? Minkälaisen substantiivisen teorian siirtymävaiheessa selviytymistä ja siihen liittyvää yhteistyötä kuvaavat käsitteet ja niiden väliset suhteet muodostavat?</p>		
<p>Paavola, P. 2009. Ikääntyneiden potilaiden oikeuksien toteutuminen laitoshoidossa-omaisten / läheisten näkökulma. Turun yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden potilaiden oikeuksien toteutumista laitoshoidossa läheisten näkökulmasta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. n=129</p>	<p>Ikääntyneen potilaan oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun toteutui oikeuksista parhaiten, missä huonoa oli se, että vastaajilta ei ollut kysytty potilaan elämäntavoista ja läheisiä ei rohkaistu osallistumaan potilaan hoitoon. Henkilökunta ei antanut tietoa potilaan hoidosta läheisille kovin omaaloitteisesti. Henkilökunta jaksoi vastata ikääntyneen kysymyksiin, mutta ikääntyneen itsemääräämisoikeuden toteutumisessa olisi parannettavaa.</p>
<p>Raita, L. 2002. Dementoituneen vanhuksen ihmisarvo-</p>	<p>Tarkoituksena kuvailla ja ymmärtää hoitajien dementoi-</p>	<p>Kvalitatiivinen (esseet). n=18</p>	<p>Hoitajat pitivät tärkeänä dementoituvan vanhuksen ihmisar-</p>

<p>sen ja mielekkään elämän turvaaminen. Oulun yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.</p>	<p>tuvan vanhuksen hoitamisessa tärkeänä pitämiä asioita sekä kuvailla dementoituvan vanhuksen hoitamisen arkea.</p>		<p>voisen ja mielekkään elämän turvaamista, joka käsitti inhimillisen kohtaamisen ja jäljellä olevien voimavarojen ylläpitämisen ja tukemisen.</p>
<p>Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin – puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu –tutkielma</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata ja analysoida potilaan kokemuksia kotiutumisesta hänen siirryttyään erikoissairaanhoidosta kotiin perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Millaiseksi potilaat arvioivat kotiin lähdön valmistelun siirryessään erikoissairaanhoidosta kotiin? Mitkä tekijät vaikuttavat kotiutumisen onnistumiseen tai epäonnistumiseen? Tavoitteena tuottaa tietoa, jonka perusteella voidaan löytää asiakkaan näkökulmasta kotiutumiseen liittyviä ongelmakohtia ja –tilanteita, joita parantamalla voidaan kehittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä.</p>	<p>Puhelinhaastattelu n=14</p>	<p>Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä kotiin lähdön valmisteluun sairaalassa. Kotiutushoitajan toimintaan oltiin erityisen tyytyväisiä. Tiedonsaantiin sairaalassa oltiin tyytyväisiä. Potilaat olivat tyytyväisiä sairaalahoitoon ja hoidon vaikutuksiin. Kotiutuminen onnistui suurimman osan mielestä hyvin tai melko hyvin. Kotiutuminen epäonnistuu, jos se tapahtuu kuntoon nähden liian aikaisin, jos kotiapua ei ole järjestetty, apuvälineitä ei ole saatavilla tai muutostyöt kotona ovat tekemättä.</p>
<p>Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa – hoitajien kuvaamana. Pro gradu –tutkielma.</p>	<p>Tarkoitus: kuvata vanhuspotilaan kotiuttamista perusterveydenhuollosta kotihoitoon sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kuvaamana. Kuvata miten hoitajat toimivat vanhuspotilaan kotiuttamistilanteessa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmentelmä. n=24</p>	<p>Tutkimustuloksena muodostettiin vanhuksen kotiuttamismalli perusterveydenhuollossa. Vanhuksen kotiuttaminen perusterveydenhuollossa ja yhteistyön luominen eri organisaatioiden välillä sisältää vanhuksen kotiuttamisen valmis-</p>

	<p>Kuvata hoitajien kokemuksia yhteistyöstä kotihoidon, kotisairaanhoidon ja terveyskeskuksen avohoito-osaston työntekijöiden välillä vanhuspotilaan kotiuttamisessa. Tavoitteena tuottaa tietoa hoitajien toiminnasta, miten he arvioivat vanhuspotilaan kotiuttamiskuntoa ja miten he kokevat yhteistyön toimivan eri organisaatioiden välillä kotiuttamistilanteessa.</p>		<p>telun ja kotikuntoutuksen arvioinnin sekä luottamuksellisen yhteistyön luominen ja hoitajien välinen yhteistyö.</p>
--	--	--	--

## Liite 2. Teemahaastattelurunko

### Kuinka yksilöllisyys on näkynyt muistisairaana potilaan hoidossa?

- Kuinka yksilöllisyys mielestänne näyttäytyi läheisenne hoidossa?
- Elämäntarinan huomioiminen? Kysyttiin teiltä muistisairaana läheisenne elämään liittyvistä asioista? Minkälaisia asioita?
- Onko läheisenne saanut vaikuttaa hoitoonsa tai onko hänen mielipidettään kysytty?
- Onko läheisenne hoito ollut mielestänne kunnioittavaa/arvostavaa?
- Yksilöllisten voimavarojen huomiointi?
- Mikä läheisenne yksilöllisyyden huomioinnissa oli mielestänne onnistunutta?
- Mitä kehitettävää yksilöllisyyden huomioinnissa mielestänne olisi?

### Miten läheiset on huomioitu hoidossa?

- Ketä potilaan läheisistä on ollut mukana hoidossa ja millä tavoin?
- Minkälaista vuorovaikutus on ollut henkilökunnan ja potilaan läheisten välillä?
- Miten potilaan läheisiä on tuettu tai ohjattu hoitohenkilökunnan osalta?
- Miten potilaan läheiset saivat tietoa hoidosta? Kuinka tieto kulki?
- Onko tietoa saanut tietystä hoitajalta?
- Mikä onnistui mielestänne hyvin potilaan läheisten huomioinnissa?
- Mitä kehitettävää mielestänne olisi potilaan läheisten huomioinnissa?

### Minkälaista vuorovaikutus on ollut henkilökunnan ja muistisairaana välillä?

- Millaista sanallinen viestintä on ollut?
- Kuinka sanaton viestintä on näkynyt vuorovaikutustilanteissa?
- Ovatko tunteet olleet esillä vuorovaikutustilanteissa?
- Mikä on mielestänne ollut hyvää vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan ja muistisairaana läheisenne välillä?
- Mitä kehitettävää vuorovaikutuksessa mielestänne olisi?

### Kuinka kotiutus on sujunut ja miten sitä on valmisteltu osastolla?

- Onko läheisenne kotiutunut kotiin, palveluasumisen piiriin vai jatkohoitoonpaikkaan?
- Miltä kotiutusprosessi on näyttänyt kokonaisuudessaan? Mitä kaikkea siihen on kuulunut?
- Kuinka kotiutukseen liittyvä tieto on kulkenut?
- Mikä onnistui mielestänne hyvin kotiutuksessa?
- Mitä kehitettävää kotiutuksessa mielestänne olisi?

### Liite 3. Saatekirje



Hyvä vastaanottaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta. Lopputyönämme teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kuvata muistisairaahan potilaan hoitoa ja kotiutusta läheisten kokemana täällä Hatanpään sairaalassa.

Muistisairaahan potilaat ovat kasvava joukko terveydenhuollossa, kuten sisätautiosastolla. Teidän arvokkaan palautteenne avulla voidaan parantaa muistisairaahan potilaan hoitoa ja kehittää hoitoa yksilöllisemmäksi.

Hoitotyön laadun kehittämiseksi on tärkeää saada asiakaspalautetta hoidosta muistisairaahan läheisen näkökulmasta. Näin ollen pyytäisimme Teitä osallistumaan haastatteluun. Tulisimme tapaamaan Teitä tarvittaessa kerran osastolle ja toisen kerran kotiutumisen jälkeen. Työn kannalta on tärkeää tavata teidät etenkin kotiutumisen jälkeen, koska haluamme kuvata työssämme myös kotiutumisen onnistumista. Haastattelu kotonanne tai muualla sovitussa paikassa vie noin puolituntia.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista eikä Teidän tai muistisairaahan läheisenne henkilöllisyys tule ilmi missään työn vaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan ja aineistoa käsittelevät ainoastaan opinnäytetyön tekijät. Nauhat tuhotaan aineiston käsittelyn jälkeen.

Kertokaa hoitohenkilökunnalle, jos olette halukas antamaan palautetta muistisairaahan läheisenne hoidosta.

Kiitos osallistumisestanne! Jokainen haastattelu on meille arvokas!

Jos teille jää jotain kysyttävää työstämme tai haastatteluista, voitte ottaa meihin yhteyttä joko puhelimitse tai sähköpostilla.

Elina Siltanen  
050 434 6765  
elina.paviala@piramk.fi

Katri Moilanen  
050 309 7001  
katri.moilanen@piramk.fi