

Maire Forsten

MUISTIHÄIRIÖIDEN VARHAISEN TUNNISTAMISEN
KEHITTÄMINEN

YAMK
HYVINVOINTITEKNOLOGIAN koulutusohjelma
2013

SISÄLLYS

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	5
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIIITEKEHYS	7
	2.1 Muistioire, lievä kognitiivinen heikentyminen, muistisairaus, dementia	
	2.2 Parannettavista muistihäiriöistä	
	2.3 Muistihäiriöiden, tunnistamisen ja hoitamisen vaikeus	8
	2.4 Aikaisemmat tutkimukset muistihäiriöiden tunnistamisesta	9
	2.5 Kotihoito muistihäiriöiden tunnistajana	11
3	TUTKIMUSONGELMAT JA METODOLOGISET RATKAISUT	13
	3.1 Aineiston keruu ja analyysi	
	3.2 Tutkimuksen eettisyys, validius ja reliabiliteetti	17
4	TUTKIMUSTULOKSET	19
	4.1 Kotihoidon hoitajien valmiudet tunnistaa muistihäiriöitä	
	4.1.1 Oman persoonan ammatillinen käyttö ja havainnointitaidot	
	4.1.2 Monipuoliset vuorovaikutustaidot ja osallistaminen	
	4.1.3 Moniammatillinen yhteistyö	
	4.1.4 Erityisosaaminen	
	4.1.5 Eettinen osaaminen	
	4.2 Hoitoon pääsyn esteet ja viivästyks	22
	4.2.1 Tehtäväkeskeinen toiminta ja yksipuoliset vuorovaikutustaidot	
	4.2.2 Puutteellinen havainnointikyky ja asenne	
	4.2.3 Tiedon puute	
	4.3 Muistihäiriöiden varhaisen tunnistamisen kehittämistarpeet kotihoidossa	23
	4.3.1 Varhaisen taudinmäärityksen edellytykset ja tärkeys	
	4.3.2 Tiedolliset kehittämistarpeet	
	4.3.3 Ennakointitaidot	
	4.3.4 Palvelujen käytön tehostaminen ja kustannusvaikuttavuus	
	4.3.5 Laitoshiitoon varautuminen	
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISHAASTEET	
6	POHDINTA	28
	LÄHTEET	31
	LIITTEET (6)	

MUISTIHÄIRIÖIDEN VARHAISEN TUNNISTAMISEN KEHITTÄMINEN

Forsten, Maire

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma

MARRASKUU 2013

Ohjaaja: Sirkka, Andrew

Sivumäärä: 31

Liitteitä: 6

Asiasanat: palvelu, kehittäminen, muistihäiriö, muistisairas, varhainen tunnistaminen

TIIVISTELMÄ

Muistihäiriöiden ja dementiaan johtavien muistisairauksien varhainen tunnistaminen on sekä kansantaloudellisesti että kansanterveydellisesti vaikuttavaa. Kotihoidolla on suuri mahdollisuus tunnistaa iäkkäiden muistihäiriöitä ja ohjata heitä tarkempiin tutkimuksiin.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää muistihäiriöiden varhaista tunnistamista erään keskikokoisen eteläsuomalaisen kaupungin kotihoidossa kuvaamalla hoitajien toimintatapoja sekä etsimällä niitä tekijöitä, jotka estivät tai viivästyttivät muistihäiriöistä kärsivien asiakkaiden hoitoon pääsyä. Tavoitteena oli kuvata muistisairaahan hoitoon pääsyn viivästymiset ja esteet sekä luoda malli toimintatarpeista. Kyseessä oleva kotihoito sisälsi kotihoidon ja kotisairaanhoidon.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena kesällä 2013 ja siihen osallistui kaksikymmentä hoitajaa. Aineisto kerättiin passiivista eläytymismenetelmää käyttämällä ja täydentämällä yhdellä avoimella kysymyksellä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimuksen lopputuloksena muotoutui toimintatarvemalli.

Jotta kotihoito voisi toteuttaa strategiassa määriteltyä toimintaa, että iäkkäiden, myös muistihäiriöisten, kotona asumista tuetaan mahdollisimman pitkään, on kotihoitajien ammatillisiin tarpeisiin vastattava. Tarpeiksi tuloksissa nousi: kotihoidon hoitajat tarvitsevat tietoa muistihäiriöistä, muistisairauksista ja muista sairauksista ja lääkähoidosta sekä lääkkeettömistä hoidoista ja kuntoutuksen tärkeydestä. Koulutusta voitaneen järjestää osittain sisäisenä koulutuksena, sillä tutkimustuloksissa hoitajien tiedot olivat vaihtelevia. Myös vuorovaikutusta ja asenteita ja arvoja voitaisiin kehittää esimerkiksi työparina toimien. Työn kuormittavuuteen tulisi kiinnittää huomiota esimerkiksi palkkaamalla kuormittavaan tilanteeseen lisää henkilökuntaa. Tuloksista ilmeni, että paikkakunnalla oli asiantuntijoita, kuten muistihoitaja, sosiaalihoitaja ja geriatri, joiden keskinäistä yhteistyötä tulisi enenevässä määrin lisätä.

DEVELOPMENT NEEDS IN EARLY IDENTIFICATION OF MEMORY DISORDERS

Maire Forsten

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Welfare Technology

November 2013

Supervisor: Sirkka, Andrew

Number of pages: 31

Appendices: 6

Keywords: service, development, memory loss, memory disease, home care, early identification

ABSTRACT

The early identification of memory impairments causing memory disorders and dementia is significant as to national economy as well as public health. Home care has a great potential to identify the memory impairments of the old adults and to instruct them for further examinations.

The purpose of this study was to develop an early identification model for memory impairment in home care situated in a medium-size city in southern Finland by describing the practices of nursing staff and searching for the factors that either prevented or delayed the access to care for customers' with memory impairment. The objective was to identify delays and obstacles in access to care of patients with memory impairments, and to create a model of the operational needs. In this study, home care included both home care and district nursing.

The study was implemented as a qualitative study in summer 2013. The data was collected by using a passive experience method and supplementing it with one open-ended question. The data was analyzed by using an inductive content analysis method. The study involved twenty (N=20) nurses.

The result of the study was a model for operational needs. In order to carry out the home care strategy, which is to provide the ability for older people and also people with memory impairments to live at home for as long as possible, it is important to respond to the professional needs of home care staff. These professional needs that came up in this study were following: the staff working in home care needs information about memory impairments, memory diseases and other diseases, medical treatments, non-medical treatments, and the importance of the rehabilitation. Training could be organized partly as an internal training because according to the results of this study the information given from home care staff was varying. Also interaction, attitudes and values could be developed, for example working together with another member of staff. Work-related stress should be taken into consideration for example hiring more staff when there is a stressful situation. The results showed that there were professionals available in local areas. Co-operation between those professionals, like memory nurse, social worker and geriatrician, should be increased.

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Muistihäiriöistä ja dementiaan johtavista etenevistä muistisairauksista on muodostunut kansantaloudellinen ja – terveydellinen haaste maailmanlaajuisesti. Dementiaoireyhtymästä kärsii noin 35 prosenttia Aasian ja 28 prosenttia Euroopan väestöstä. On arvioitu, että vuonna 2030 maailmassa olisi 65,7 miljoonaa henkilöä, joilla on eri syistä johtuva dementia. Esimerkiksi Alzheimerintaudin välittömät (lääketieteelliset ja sosiaaliset) hoitokustannukset vuonna 2010 Euroopassa olivat yli 100 miljardia euroa. Euroopan Unionilla ei ole tarkkoja lukuja eri maiden dementiaoireisista, koska yhteiset indikaattorit maiden välillä puuttuvat. Asiantuntijoiden mukaan muistihäiriöiden varhainen diagnosoiminen auttaisi hallitsemaan terveydenhuollon kustannuksia kaikkialla Euroopassa. (Euroopan parlamentti 2011.)

Euroopan Unionin osittain rahoittamassa hankkeessa (1.4.2011 – 31.3.2013) oli mukana 19 Euroopan unionin jäsenmaata. Sen tavoitteena oli muistisairaiden hyvinvoinnin edistäminen. Yhtenä avainkysymyksenä hankkeessa esitettiin: kuinka parannettaisiin muistisairaiden varhaista diagnosoimista? Hankkeen lopputuloksena Alcove-Alzheimer Cooperative Valuation- suositus ohjeistaa eri jäsenmaiden terveydenhuollon päätöksentekoa, kun kysymyksessä on muistisairauksien ennalta ehkäisy, muistisairaiden hoiva, itsemääräämisoikeus ja arvokas kohtaaminen. (Alcove- project. eu.)

Muistisairauksien tutkimuksen ja hoidon ydinasiat ovat muistisairauksien ehkäisy, varhainen diagnosoiminen, kokonaisvaltainen kuntoutus ja ehjä hoitopolku (Käypähoito 2010). Muistiongelmia esiintyy kaikenikäisillä. Ikääntymisen myötä niiden yleisyys kasvaa. Yli 64- vuotiaista sairastuu vuosittain 13 500 etenevään muistisairauteen Suomessa. Joka kolmas yli 65-vuotias suomalainen kärsii muistioireista. Sadalla viidelläkymmenellä tuhannella henkilöllä on lievää muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymää. 85 000 henkilöllä on keskivaikea ja 35 000:lla lievä dementiaoireisto. 10000 työikäisellä on etenevä muistisairaus. Muistisairauksien hoito, mukaan lukien omaishoidon kustannukset, Suomessa ovat noin 2,5 miljardia euroa vuodessa. Muistisairauksien hoidon kustannuksia lasketaan monesta näkökulmasta. Ne jakautuvat myös eri tavalla sairauden eri vaiheissa potilaan, omaisten ja yhteiskunnan maksettaviksi. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän resurssit ovat perinteisesti kohdentuneet syntyneiden ongelmien hoitoon. Esimerkiksi työikäisten muisti-

sairauksien hoito ja kuntoutus on pitkälti perustunut heidän omaan aktiivisuuteen, koska hoito on kehitetty ikääntyneille. Myös muistisairauden tunnistaminen on estynyt tai viivästynyt. (Härmä & Granö 2010, 154; 384.) Pitkäaikaisten tulosten (aivoterveys, kustannustehokkuus) aikaan saamiseksi palvelut tulisi kohdentaa muistihäiriöiden ennaltaehkäisyyn, muistihäiriöistä kärsivien oikea aikaan hoitoon ja tukeen. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 28; 37 – 47; Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg & Tilvis.2013; Uusitalo 2013, 117).

Vuonna 2013 voimaan astunut Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) ja uudistunut ohjeistus ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevista laatusuosituksista velvoittavat kuntia kehittämään palveluja asiakaslähtöisiksi ja vaikuttaviksi (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013).

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää muistihäiriöiden varhaista tunnistamista erään keskikokoisen etelä – suomalaisen X- kaupungin kotihoidossa kuvaamalla hoitajien toimintatapoja sekä etsimällä niitä tekijöitä, jotka estävät tai viivästyttävät muistihäiriöistä kärsivien asiakkaiden hoitoon pääsyä. Tavoitteena on kuvata muistisairaahan hoitoon pääsyn viivästymiset ja esteet sekä luoda malli toimintatarpeista. Kyseessä oleva kotihoito sisältää kotihoidon ja kotisairaanhoidon.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Muistioire, lievä kognitiivinen heikentymä, muistisairaus ja dementia

Normaali ikääntyminen ei sinänsä aiheuta ihmisen muistitoiminnoissa merkittävää muutosta. Muistissa säilyttäminen, vihjeisiin perustuva, tunnistava palautus sekä oppimiskyky säilyvät ennallaan. Lievää muistin heikkenemistä on havaittavissa tiedonkäsittelyn nopeudessa, mieleen painamisessa ja palauttamisessa sekä vapaassa palautuksessa. Muisti on herkkä häiriöille esimerkiksi kuormitustilanteissa. Kun asiamuistin ja tapahtumamuistin toiminnoissa on vaikeuksia, on kysymyksessä muistioire. Otsa-ohimolohkon toiminnan muutokset vaikeuttavat mieleen painamista, muistissa säilyttämistä sekä mieleen palauttamista. Kun muistioiretta arvioidaan, huomioidaan myös tarkkaavuus, työmuisti ja toiminnanohjaus. (Erkinjuntti & Hallikainen 2013.) Kun henkilö kertoo itse muistioireestaan ja hänellä todetaan selkeä heikkeneminen tiedonkäsittelyn yhdellä tai monella osa-alueella, oirekokonaisuutta kutsutaan lieväksi kognitiiviseksi heikentymäksi. Tämä tila ei täytä muistisairauden diagnostisia kriteereitä. Henkilö pärjää suhteellisen hyvin kotona suoriutuen jokapäiväisistä toiminnoistaan. (Erkinjuntti & Hallikainen 2013).

Kun muistin sekä muiden tiedonkäsittelyalueet kuten kielelliset toiminnot, näönvarainen hahmottaminen ja toiminnan ohjaus heikkenee, henkilöllä on muistisairaus. Yleisimmistä muistisairauksista mainittakoon Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet (isojen suonten tauti, pienten suonten tauti, kognitiivisesti kriittiset infarktit), Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi. (Erkinjuntti & Hallikainen 2013.)

Dementia ei ole erillinen sairaus vaan oireyhtymä. Siihen liittyy sekä muistihäiriö että vähintään yksi seuraavista oireista: kielellinen häiriö, kätevyuden heikkeneminen, arkipäivän toimintojen heikkeneminen sekä ajan ja paikan tajun katoaminen. Myöhemmässä vaiheessa ilmaantuu käytöshäiriöitä. (Erkinjuntti ym. 2010, 18 – 19.)

2.2 Parannettavista muistihäiriöistä

Suomen muistiasiantuntijoiden mukaan vastaus muistiongelmien yhteiskunnalliseen haasteeseen on tilojen varhainen tunnistaminen ja syyn mukainen hoito. Parannettavissa olevien muistihäiriöiden ja muistisairauksien varhainen toteaminen on tärkeää, koska useimmat tilat voidaan parantaa jolloin häiriön eteneminen estyy. Muistihäiriön taustalla voi olla puutostilat, aineenvaihdunnan häiriöt (kilpirauhasen vajaatoiminta), kallonsisäiset syyt (hyvänlaatuiset kasvaimet, subduraalihakemooma, normaali-paineinen hydrokefalia), sairauden jälkitilat ja niin edelleen. (Erkinjuntti & Viramo 2010, 52 - 53.)

2.3 Muistisairauksien tunnistamisen ja hoitamisen vaikeus

Suomessa muistisairauksien toteaminen on hyvä verrattuna muihin maihin. Muistipotilaille on yhdenmukaiset mahdollisuudet päästä ensi vaiheen arviointiin sairauden alkuvaiheessa. Seulontamenetelmänä käytetään CERAD tehtäväsarjaa. Se on tarkoitettu 63 – 80 -vuotiaille. CERAD- testi ei aina osoita muistiongelmaa, esimerkiksi korkeasti koulutettu voi saada normaalin tuloksen, vaikka hänellä olisi alkava muistisairaus. Myös MMSE- testin luotettavuudessa on puutteita. MMSE- ja CERAD- testin kanssa on hyvä haastatella muistipotilaan läheisiä. Seulontamenetelmät eivät anna tietoa muistihäiriön asteesta, laadusta eikä etiologiasta. Diagnoosi perustuu kliinisen tilan ja käytettävissä olevien tutkimustietojen kokonaisarvioon mukaan lukien laajat neuropsykologiset tutkimukset. (Hänninen ym. 2010.)

Terveystieteiden muistihäiriöiden ja muistisairauksien hoidon ohjeistuksista (Suhonen ym. 2008; Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoitosuositus 2010; Voutilainen, Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä & Erkinjuntti 2011; Kansallinen Muistiohjelma 2012) huolimatta kielteiset asenteet ja eriarvoisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa estävät muistiongelmista kärsivän henkilön hakeutumista tutkimuksiin ja hoitoon (STAKES 2008; Pajukoski 2010, 95-96; Mäki-Petäjä, Leinonen 2010; Muistiliitto 2010; Pessi; Voutilainen 2012).

2.4 Aikaisemmat tutkimukset muistihäiriöiden tunnistamisesta

Qvick (2008) tutki hoitajien kokemuksia dementoituvien hoitotyön osaamisesta. Tavoitteena oli tutkimuksesta saadun tiedon hyödyntäminen dementoituneita asiakkaita hoitavien työyhteisöjen perehdytyksessä ja koulutuksen suunnittelussa. Aineisto kerättiin kolmen dementiakodin henkilökunnan ryhmähaastatteluista. Tutkimukseen osallistui kaksikymmentä hoitajaa. Tämä laadullinen tutkimus analysoitiin sisällön analyysillä. Tutkimuksen tuloksena kuvattiin kuusi kategoriaa, jotka muotoutuivat hoitajien kokemuksesta hoitaa dementoituvia henkilöitä. Ne olivat: dementiahoitotyön osaamisen kehittäminen, mielekkäämmän arjen ja juhlan tarjoaminen dementoituneille, perheen tukeminen, työyhteisön toimivuudesta huolehtiminen sekä tulevaisuuteen suuntautuminen. Tutkimustulosten mukaan dementoituvien hoitotyö nähtiin vaativaksi. Hoitajien tulee kehittää jatkuvasti omaa osaamistaan (tiedot, taidot, asenteet), jotta se vastaisi dementoituvien asiakkaiden ja heidän perheensä tarpeita.

Edellä olevassa tutkimuksessa ei määritelty dementoituvia sairauksia. Ainoastaan esimerkein oli kerrottu yleisistä dementoituvista eli etenevistä muistisairauksista pintapuolisesti. Haastateltavat hoitajat olivat ammattitaitoisia ja näkivät oman työnsä haasteet, jotka edellyttävät jatkuvaa osaamisen kehittämistä.

Patjaksen (2010) tutkielma käsitteli lievää muistisairautta sairastavan ja hänen omaisensa kokemuksia Muistiliiton järjestämältä sopeutumisvalmennuskurssilta. Aineisto koostui viiden muistisairaana ja viiden omaisen kuntoutuksen, vertaistuen, kuntouttavan työotteen, neuvonnan ja kurssin toteutumisen kokemuksista. Tutkimusmenetelmänä käytettiin temahaastattelua ja aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tutkimuksen tuloksena oli, että omaiset kokivat kuntoutuksen virkistävänä ja toimintakykyä ylläpitävänä. Vertaisryhmä koettiin tukea antavana, ja auttoi arjessa jaksamiseen. Myös tiedon saaminen tulevasta koettiin tärkeänä. Patjaksen mukaan sopeutumisvalmennus kuntoutusmuotona on tärkeä, koska se auttaa sekä muistisairasta että hänen omaistaan selviytymään arjessa.

Euroopan unionin rahoittamassa ”Right Time Place Care” (2010-2013) suomalaisessa osahankkeessa Röberg tutki ikääntyneiden muistipotilaiden ja omaisten, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja päättäjien näkemyksiä ja arvioita hyvistä hoito

- ja palvelukäytänteistä; näkemyksiä myös siitä, miten hoitoa ja palvelua kehitettäisiin sektoreiden välisen tiedonkulun, vuorovaikutuksen sekä yhteistyön näkökulmasta. Aineisto kerättiin focus group ryhmähaastattelulla. Siihen osallistui kaksi eteläsuomalista kuntayhtymää yhdeksästä kunnasta. Ryhmiä oli kaksi kutakin ja ne koostuivat muistipotilaista ja heidän omaisista; sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjistä. Haastatteluaiheina oli hoidon ja palveluntarjoajien välinen vuorovaikutus, tiedonkulku ja yhteistyö. Aineisto analysoitiin abduktiivisesti sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tuloksena toimiva hoito- ja palvelukäytännöksi kuvattiin potilaan saatavilla olevaksi, toimintakykyä tukevaksi sekä potilasta ja omaista kunnioittavaksi kokonaisuudeksi. Moniammatillinen, asiantunteva henkilökunta toimii yhteistyössä ja tiedonkulku on katkeamaton.

Röbergin (2012) mukaan muistipotilaiden hoito- ja palvelukäytänteitä tukevan tiedonkulun, vuorovaikutuksen ja yhteistyön näkökulmasta palvelurakenteita tulee yhdistää, palvelun ja hoidon koordinoimista lisätä yhteistyöllä ammattitaitoisesti. Lopputuloksena Röberg esittää, että muistisairauden varhainen havaitseminen ja toimintakykyä tukeva hoito ja palvelu mahdollistavat muistipotilaan kotona asumisen mahdollisimman pitkään.

Jyrkkä (2013) tutki ikääntyneiden ihmisten selviytymistä välineellisissä päivittäistoiminnoissa; myös missä välineellisissä toiminnoissa koettu avun tarve auttaisi tunnistamaan alkavaa muistihäiriötä. Tutkimus pohjautui vuonna 2012 Life Space Mobility in Old Age (LISPE) hankkeen lähtötilanne haastatteluaineistoon. Se koostui 848, 75 – 90 -vuotiaasta henkilöstä, jotka asuivat kotona Muuramen ja Jyväskylän seudulla. Aineisto analysoitiin bionäärillä logistisella regressioanalyysillä. Tulokset osoittivat, missä välineellisissä toiminnoissa koettu avuntarve oli yhteydessä alentuneeseen kognitiiviseen tasoon. Tulosten johtopäätöksenä esitettiin, että tulokset ovat hyödyllisiä muistihäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa kotihoidossa kiinnittämällä erityistä huomiota siihen, miten iäkäs hoitaa raha-asioita ja miten hänen ruoka- ja lääkeasiansa hoito toteutuu.

Tutkimus antaa selkeitä viitteitä siihen, mistä asioista voidaan epäillä henkilön muistiongelmia. Tutkimustulokset helpottavat esimerkiksi läheisiä ja kotihoidon työntekijöitä ohjaamaan iäkästä tarkempiin tutkimuksiin muistihäiriöiden selvittämiseksi.

2.5 Kotihoito muistihäiriöiden tunnistajana

Iäkkäiden henkilöiden palvelujen kehittämiseksi Sosiaali- ja terveysministeriö on uudistanut ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013, 3). Myös heinäkuussa 2013 voimaan astunut ”Vanhuspalvelulaki” (980/2012) velvoittaa kuntia kehittämään palveluja. Kotihoidon palvelut ovat merkittävässä asemassa, jotta iäkkäiden kotona asuminen sujuisi mahdollisimman pitkään. ”Vanhuspalvelulaki” velvoittaa palvelurakenteen ja palvelujen kohdentumisen seuraamiseen erityisesti kun kysymyksessä on muistisairaat ja paljon päivittäistä apua tarvitsevat iäkkäät henkilöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013, 13; 38)

Kotihoidon henkilökunta arkityössään on avainasemassa muistihäiriöiden tunnistamisessa (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011). Kotihoidon toiminta ajatuksena on asiakkaan kotona selviytymisen tukeminen mahdollisimman pitkään. Kotihoidossa asiakkaan omatoimisuutta tuetaan itsehoidon periaatteita noudattaen. Kotihoitohenkilöstö auttaa niissä toiminnoissa ja tehtävissä, joista asiakas ei selviydy itsenäisesti sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. (X-kaupunki. Kotihoito 2013.)

X- kaupungin vanhuspoliittisen ohjelman keskeisenä tavoitteena on ikäihmisten kotona asuminen. Palvelut on määritelty asiakaslähtöisiksi ja kustannustehokkaiksi. Kotihoitoa pidetään vanhustenhuollon peruskivenä. Palvelustrategiassa otetaan kantaa dementoituneiden kasvavaan määrään ja kustannusten hillitsemiseksi keinoihin lykätä heidän joutumista laitoshoitoon myöhempään ajankohtaan. (X- kaupungin vanhuspalveluiden palvelustrategia v.2009- 2025.)

Koska parantavaa lääkehoitoa ei muistisairauksiin ole, lääkkeettömien hoito- ja kuntoutusmuotojen antaminen muistisairaille ja heidän omaisille kotona asumisen tukemiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi on ehdottoman tärkeää. (Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg & Tilvis 2013).

Muistipotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu oheissairauksien hoito, vaaratekijöiden eliminoiminen, mielialan ja käytösoireiden hoito, kokonaisvaltainen kuntou-

tus, ohjaus ja tukeminen, Hoidon onnistumisen edellytyksenä on saumattoman yksilöllisen hoitoketjun luominen, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen, jota arvioidaan säännöllisesti. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pirttilä, Erkinjuntti 2010, 536 - 538.)

Tutkimuksessa sovelletaan tutkimusavusteista kehittämisotetta, jonka mukaan tutkija ja työntekijät sitoutuvat yhteiseen tiedonmuodostusprosessiin. Tässä vuorovaikutteisessa oppimisprosessissa työntekijät ovat eräänlaisia kanssatutkijoita (Ramstad & Alasoini 2007, 5-6.)

3 TUTKIMUSONGELMAT JA METODOLOGISET RATKAISUT

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää muistihäiriöiden varhaista tunnistamista kuvaamalla kotihoidon hoitajien toimintatapoja sekä etsimällä niitä tekijöitä, jotka estävät tai viivästyttävät muistihäiriöistä kärsivien asiakkaiden hoitoon pääsyä. Tavoitteena on kuvata muistisairaahan hoitoon pääsyn viivästymiset ja esteet ja luoda malli toimintatarpeista.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten hoitohenkilöstön valmiudet tunnistaa asiakkaiden muistihäiriöitä ilmenee kehyskertomusanalyysin mukaan?
2. Miten hoitoon pääsyn esteet ja viivästymisen syyt käyvät ilmi kehyskertomusten analyysistä?
3. Miten kehyskertomusanalyysin pohjalta muistihäiriöiden varhaista tunnistamista voitaisiin kehittää X-kaupungin kotihoidossa?

3.1 Aineiston keruu ja analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa tiedonhankinnan strategioita on useita. Tässä strategiana on käytetty fenomenografiaa. Sillä tarkoitetaan ilmiön kuvaamista ja niistä kirjoittamista. Erityisesti fenomenografia tutkii ihmisten käsityksiä asioista eikä etsi tieteellistä totuutta. Käsitykset samasta asiasta voivat olla erilaisia. Ne ovat kuitenkin yhteydessä siihen asiayhteyteen tai ympäristöön, missä niitä tuotetaan. (Metsämuuronen 2003, 169, 174; Rissanen 2006; Koskinen 2011, 267 - 269.)

Ference Morton loi fenomenografisen tutkimuksellisen lähestymistavan 1970-luvulla. Kirjallisuudessa fenomenografiasta on käytetty erilaisia nimityksiä kuten fenomenografinen tutkimusote, lähestymistapa, tutkimusmenetelmä ja analyysimenetelmä. Uljensin (1989), Leskisen (1999), mukaan fenomenografia muodostaa kvalitatiivisen ja empiirisen kokonaisuuden eikä sitä voida sijoittaa tiettyyn alueeseen. Sandbergin (2000) mukaan aineiston tutkimuksellisuuden vuoksi fenomenografiasta voidaan käyttää nimitystä lähestymistapa. (Koskinen 2011, 267.)

Mortonin (1978) mukaan fenomenografia kuvailee, analysoi ja pyrkii ymmärtämään tutkittavien käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkija etsii laadullisia eroja siitä, miten tutkittavat käsittävät kyseisen ilmiön. Näin sisäistämällä ja ymmärtämällä lähestytään tutkimusongelmaa. Tutkimuksessa ei arvioida tutkittavien vastauksia, ovatko ne oikeita tai vääriä. Lähestymistavan käsitykset ovat merkityksenantoprosesseja. Ne ovat laajempia ja syvempiä käsityksiä kuin mielipiteet. Fenomenografia ei pyri objektiiviseen todellisuuteen vaan todellisuus rakentuu konstruktiiivisesti ja sosiaalisesti. (Koskinen 2011, 208.)

Morton ja Booth (1997) mukaan ilmiön käsittämisestä ja sisäistämisestä käytetään nimitystä ymmärtää, kokea tai havaita. Vaikka käsitykset eri ilmiöistä ovat yksilöllisiä, ovat ne vuorovaikutustilanteissa sosiaalisesti jaettuina. Vuorovaikutustilanteet, tieto ja käsitykset ovat dynaamisia ja muuttuvia. Vain käsitysten varassa ihminen jäsentää uutta asiaa. Käsitysten ymmärtäminen vaatii kontekstuaalista huomioimista (Koskinen 2011, 209 vrt. Metsämuuronen 2003, 176.)

Tutkittavat tavataan heidän luonnollisessa ympäristössään. Tutkittavien joukko on harkinnanvarainen. Tutkimusaineistonkeruu tapoja on monia esimerkiksi haastattelu, kysely, elämänkerrat ja niin edelleen. Tässä tutkimuksessa kertomukset on kerätty eläytymismenetelmän avulla. Laadullisen tutkimuksen mukaisesti eläytymismenetelmällä tuotetuista kertomuksista saadaan tutkittavien ääni ja näkökulma esiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 164.)

Tiedonkeruumenetelmänä eläytymismenetelmä voidaan toteuttaa joko aktiivisen roolileikin tapaan tai passiivisesti. Tutkittaville luodaan kehyskertomuksen kautta orientaatio, johon he eläytyvät ja kirjoittavat tarinan tutkijan ohjeistuksen mukaan. Samasta peruskehyskertomuksesta tehdään useita variaatioita, jotka poikkeavat toisistaan yhden keskeisen asian vuoksi. Olennaista on tutkia, mikä vastauksissa muuttuu. Jokainen tutkittava tai ryhmä saa yhden kehyskertomuksen ja vastausaikaa noin 20 minuuttia. (Eskola 2010, 72 -73.)

Kehyskertomusten (Liite1) ei tarvitse olla todellisia, kuitenkin sellaisia, että ne mahdollisesti voisivat tapahtua. Tässä tutkimuksessa käytetään passiivista eläytymismenetelmää. Kehyskertomukset ovat fiktiivisiä, kuitenkin tapahtumat ovat elävästä

elämästä. Tutkittavilta kerätään taustatietona ainoastaan ammatti, sillä voi olla selittäviä tekijöitä aineistoa analysoitaessa. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2013.) Aineistonkeruuta täydennetään yhdellä avoimella kysymyksellä (Liite2), johon tutkittavat vastaavat eläytymismenetelmätehtävän jälkeen kirjallisesti (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006).

Vaikka eläytymismenetelmä on nopea ja vaivaton, tutkimuksen eettisiä kysymyksiä huomioiva tiedonkeruumenetelmä, on sillä omat haasteensa. Mahdollisten stereotyyppisten ja pintapuolisten vastausten vähentämiseksi, jolloin myös aineiston analyysi jää heikoksi, kehyskertomusten tulisi olla sellaisia, että niillä saataisiin taustalla olevaan tutkimusongelmaan monipuolisia kertomuksia. (Saaranen - Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuksessa sovelletaan tutkimusavusteista kehittämisotetta yhdistettynä ongelmaperustaiseen oppimiseen. Aineistoa kerätessä kotihoidon hoitohenkilökunta koontuu yhteen. Heidät ohjataan tutkimaan kehyskertomusta tutkivalla ja reflektiivisellä työtavalla. Ongelmaperustaisella oppimisella on vaikutusta ongelmanratkaisutaitojen kehittymiseen (Ramstad & Alasoini 2007, 62.) Pienryhmät laativat yhdessä kertomuksen ja kirjoittavat sen paperille. Sen jälkeen he vastaavat yhteen väittämään kirjallisesti. Vaihtoehtoisesti tutkimukseen voi vastata myös yksin. Näistä kertomuksista koostuu aineisto. Aikaa tutkimuksen tekemiseen tulee varata yhteensä noin puolituntia.

Eläytymismenetelmällä tutkittavien tiedot välittyvät ja rakentuvat kertomusten kautta. Narratiivisuus tulee latinan kielestä narratio = tarina, kertomus. Narrare on verbi ja tarkoittaa kertoa, tarinoida. Narratiivisuus on henkilön tapa kertoa todellisuudesta ja elämisestä. Narratiivisuus voi merkitä monia asioita kuten tietoprosessia, tutkimusaineiston tietoprosessia, tutkimusaineiston luonnetta, aineiston analyysitapaa, kertomuksen käytännöllistä merkitystä. (Aaltola & Valli 2001, 116, 118.)

Narratiiviset aineistot koostuvat julkisista tai henkilökohtaisista narratiiveista. Narratiiveja on erilaisia. On juonellisia narratiiveja. Niissä on alkuosa, keskiosa ja loppuosa. Narratiivit voivat olla myös hyvin vapaamuotoisia. niitä täytyy kuitenkin pystyä analysoimaan. (Saaranen – Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuksen ydinasiat muodostuvat aineiston analyysistä, tulkinnasta ja johtopäätöksistä. Ennen varsinaista analyysia on hyvä tarkistaa tietoja ja lukea huolellisesti aineisto läpi useaan kertaan ennen litterointia. Tutkimukseen valitaan parhaiten tutkimusongelmiin vastaava analyysitapa. Laadullisen aineiston analyysitapoja on esimerkiksi tyypittely, sisällönanalyysi, diskurssi- ja keskusteluanalyysi, ja teemoittelu. Sisällön analyysillä tarkoitetaan sanallista tekstin sisällön kuvailua. Teksti voi olla esimerkiksi päiväkirjoja, haastatteluja, runoja ja niin edelleen. Sisällön analyysin avulla muodostetaan tiivistetty kuvaus aineistosta. Aineiston ja teorian kanssa käydään vuoropuhelua. Tuloksista laaditaan synteesejä. Näistä vedetään johtopäätöksiä. (Hirsjärvi ym. 2010, 218- 230.)

Tässä fenomenografisessa tutkimuksessa Mortonin (1996), Morton & Boothin (1997) mukaan tutkija etsii tutkimuksen kohteena olevan ilmiön merkitystä ymmärtäen, miten tutkittavat käsittävät kyseisen ilmiön. Siksi analyysivaiheessa erilaiset käsitykset tulee tunnistaa ja kuvata kategorioilla. Keskeistä on aineistosta esiin nousevien käsitysten vaihtelu. Tutkimusaineiston analyysi on kuvailevaa ja tulkitsevaa. Tarkasteltavana on tapahtumaketju, jossa edetään tulkinnasta valitsemalla ja yhä uudelleen järjestämällä aineistoa ja konstruoimalla käsitteellisen kuvauksen tutkittavaa ilmiötä koskevista käsityksistä. Analyysiprosessi on aineistolähtöinen ja kategorioiden muodostuminen on induktiivista. Tutkija hyödyntää teoreettista esitietämystään ja merkityskategorioista muodostetaan kuvauskategoriat. (Koskinen 2011, 271.)

3.2 Tutkimuksen eettisyys, validius ja reliabiliteetti

Tutkimuksen teossa eettisiin kysymyksiin on otettava kantaa. Aineiston keruu aloitetaan vasta sitten kun ko. kaupunki on hyväksynyt tutkimusluvan. On perehdyttävä yleisesti hyväksytyihin tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyviin tutkimusperiaatteisiin. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on eettisesti hyvän tutkimuksen mittari. Koko tutkimusprosessin ajan on oltava rehellinen, huolellinen, tarkka ja kriittinen sekä toista kunnioittava. Tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti. (Hirsjärvi ym. 2010, 23 – 27; Saaranen - Kauppinen & Puusniekka 2006, 20.)

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä. Sitä voidaan tarkastella monesta näkökulmasta (Hirsjärvi ym. 2010, 231 – 232). Looginen validius tarkoittaa koko tutkimuksen tarkastelua kokonaisuudessaan kriittisesti. Se on henkilökohtainen käsitys suorituksen oikeudellisuudesta. Sisäistä validiteettia tarkasteltaessa kiinnitetään huomio tutkimusstrategiaan; onko se valittu tutkittavan kohteen mukaisesti. Silloin huomioidaan muun muassa ajan käyttöä, tutkimukseen osallistujien määrää, mittaus-tapahtumaa ja niin edelleen. Aineiston sisältövaliditeettia arvioitaessa mietitään, kuinka hyvin aineiston analysointimenetelmä vastaa tutkimusaineistoa. Tutkimusprosessi tulee kirjoittaa niin, että ulkopuolinen arvioija voi seurata mihin päättelyt analyysissä perustuvat. Tutkijana tulen selvästi kuvaamaan aineiston, tulkinnat sekä ratkaisueettä tulkintatavat. (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006, 25 ; Koskinen 2011, 277.)

Reliabiliteetillä tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Kirk ja Miller (1986) mukaan Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliutta arvioitaessa on otettava huomioon metodin arviointi olosuhteisiin nähden. Aineellisella reliabiliudella tarkoitetaan mittausten ja havaintojen pysyvyyttä kun aika muuttuu. Tuloksissa tulee olla johdonmukainen. Analyysikuvauksia sekä alkuperäisiä ilmauksia on hyvä käyttää analyysiprosessin kuvaamisessa. Se lisää tutkimuksen uskottavuutta. Kriittistä suhtautumista tietolähteisiin ja oman toiminnan kriittistä analysoimista tulee toteuttaa koko tutkimuksen ajan. (Saaranen - Kauppinen & Puusniekka 2006, 25 – 26.)

Tutkijana olen aineistokeruussa käyttämäni kehyskertomukset sekä väittämän esitettävät. Esitestaajana on ollut muistihoitaja. Hänen mukaansa eläytymismenetelmän kehyskertomukset ja erillinen kysymys sopivat hyvin mittaamaan hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa muistihäiriöitä. (Uusimäki. 14.2.2013).

4 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui yhteensä kaksikymmentä (N= 20) hoitajaa. Heistä kuusitoista oli lähihoitajaa (n=16) ja neljä (n=4) sairaanhoitajaa. Muita taustatietoja heistä ei kysytty. Kotihoidon henkilökunta koostui kolmestakymmenestä kolmesta lähihoitajasta. Heistä kolme oli koulutukseltaan kodinhoitajia, ja loput lähi- sekä perushoitajia; kaksi kotihoidon ohjaajaa ja viisi sairaanhoitajaa.

Olin sopinut kotihoidon ohjaajan kanssa puhelimitse ajankohdan, jolloin eläytymismenetelmällä tutkittavat osallistuisivat tutkimukseen. Läsä oli yksitoista hoitajaa, jotka tulivat yksitellen tilaisuuteen. Hoitajat saivat joko yksin tai yhdessä keskustellen paneutua kehyskertomukseen ja yhteen avoimeen kysymykseen.. Kehyskertomuksia oli viisi, joissa yksi asia muuttui. Jokaiselle jaettiin omat paperit. Mikäli hoitaja vastasi yhdessä jonkun kanssa, merkittiin parityö. Koska kesäloman ja eri työvuorojen ja työn luonteen vuoksi oli hankala järjestää toista tutkimustilaisuutta, jätin mahdollisuuden palauttaa kehyskertomuksen ja väittämän vastaukset kotihoidon toimiston laatikkoon. Laatikkoon tuli vastauksia yhdeksän.

4.1 Kotihoidon hoitajien valmiudet tunnistaa muistihäiriöitä (Liite 3.)

4.1.1 Oman persoonan ammatillinen käyttö ja havainnointitaidot

Mennessään kotikäynnille hoitaja käytti ammatillisesti omaa persoonaa kohdatessaan asiakkaan.

”Esittelen itseni, kuka olen ja mistä tulen.”

Havainnoimalla ympäristöä, ulkoisia merkkejä, asiakkaan ulkomuotoa, käytöstä ja puhetta hoitaja päätteli asiakkaalla olevan muistipulmia.

”Tarkistan tiskin, onko puuro lautasella.” ”Haastattelen ja kyselen eri asioita selventääkseni, onko Tiina kuitenkin ajan tasalla.”

4.1.2 Vuorovaikutustaidot ja osallistaminen

Hoitajalla oli monipuoliset vuorovaikutustaidot. Keskustelua käytiin sekä kasvotusten että puhelimitse. Epäilyksensä asiakkaan muistipulmista hoitaja varmisti asiaa omaisilta, ystäviltä, yhdyshenkilöltä.

”Puhutaan norm. asioista, miehen kuolemasta. Tutustutaan puolin ja toisin.”

”Kuinka kauan tätä on jatkunut, ovatko muut huomanneet?”

Hoitaja osallisti asiakkaan tekemällä tämän kanssa yhdessä arkipäivän asioita.

4.1.3 Moniammatillinen yhteistyö

Epäillessään asiakkaan muistipulmia hoitaja otti yhteyttä lääkäriin, geriatriin tai muistihoitajaan. Yhteyttä otettiin myös sosiaalihoitajaan tutkimusjakson järjestämiseksi asiakkaalle.

”Otan yhteyttä omalääkäriin (muistiverikokeet); omalääkärin vastaanotolle, geriatriin vastaanotolle, muistihoitajan vastaanotolle.”

”Soittaisin sosiaalihoitajalle, ett hän järjestäisi lyhytaikaispaikan esimerkiksi perusterveydenhuollon hoitoyksiköstä missä kartoitettaisiin Tiinan tilanne ja tutkimusten jälkeen siellä järjestettäisiin hoitokokous missä sovitaan ja suunnitellaan kotiutumista ja kotiapua.”

”Palaveriin haluaisin myös omaisen paikalle, jotta heilläkin tiedossa mahdolliset käynnit/avut.”

4.1.4 Erityisosaaminen

Hoitajilla oli erityisiä valmiuksia tunnistaa muistihäiriöitä. Toiminta oli asiakasläh- töistä. Myös omaiset otettiin alusta alkaen mukaan.

”Kysytään Tiinalta, minkälaista apua hän tarvitsee. Jutellaan avuntarpeesta.”

”Selvittäisin Tiinan mahdollisuudet saada henkilökohtainen avustaja, apuväli-

neet. ”Lisätään kotikäyntejä; vähennetään tarpeen mukaan.”

Hoitaja kiinnitti kodin turvallisuuteen huomiota vaaratekijöitä eliminoimalla.

”Katson ensin, onko kahvinkeitin pois päältä+ hellanlevyt.”

Akuutissa tilanteessa hoitaja järjesti asiakkaalle ensiavun. Asiakkaan avuntarvetta kartoitettiin aluksi, asiakkaan tilaa seurattiin ja valvottiin. Myöhemmässä vaiheessa tuli esiin palveluasumisen järjestäminen. Hoitaja käytti muistin arvioimiseksi mittareita. Myös toimintakykyä arvioitiin mittarilla. Muistihäiriön tunnistamiseksi hoitaja arvioi, oliko kysymyksessä tilapäinen muistihäiriö. Hän otti verikokeita.

”Otetaan muistiverikokeet.”

Muistin tukemiseksi käytettiin muistiharjoitteita, lääkkeitä. Myös muistin apuväline, kalenteri otettiin asiakkaan käyttöön. Kun hoitaja piti ilmeisenä, ettei asiakas muistanut sovittuja kotikäyntejä, hän otti avaimen.

4.1.5 Eettinen osaaminen

Hoitajan eettinen osaaminen näkyi kiinnostuksena asiakkaan hyvinvoinnista, myös huolesta omaishoitajan jaksamisesta. Hoitaja osoitti myötätuntoa, läsnäoloa ja turvallisuutta. Ongelmatilanteissa hoitaja pyysi apua ja ohjausta viranomaisilta.

”Ymmärtääkö Tiina huonontuneen muistinsa, myöntääkö?”

”Mitä Tuomo ajattelee Tiinan jatkuvista tavaroiden etsimisistä: vielä ehkä jaksaa mutta kuinka kauan.”

”Huolestun, onko Tiina tehnyt itselleen jotain?”

4.2 Hoitoon pääsyn esteet ja viivästykset kotihoidossa (Liite 4.)

4.2.1 Tehtäväkeskeinen toiminta ja yksipuoliset vuorovaikutustaidot

Hoitajalla ei ollut valmiuksia tunnistaa asiakkaan muistihäiriötä tehtäväkeskeisen toiminnan vuoksi. Hän oli saanut tehtäväkseen hoitaa omaishoitajan jalan haavan. Vaikka omaishoitaja yritti viestittää hoitajalle puolisonsa muistiongelmaista ikään kuin huumorin varjolla, hoitaja ei siihen vastannut.

”juttelen niitä näitä, hoidan jalan.”

Hoitaja on huomannut jotain, koska tilaa muistihoitajan kontrollin ja tarvittaessa MMSE testin ja muistilääkityksen kahdella kysymysmerkillä, hoitaja ei tuo esille, kenen muistia hän epäilee. Vuorovaikutus on yksipuolista.

4.2.2 Puutteellinen havainnointikyky ja asenne

Hoitajalla oli puutteita havainnoida ympäristöä. Se ilmeni reagoimattomuutena asiakkaan avuntarpeelle. Myös vahva ennakoasenne muodosti esteen muistihäiriön tunnistamiselle.

”Mielestäni edellä oleva esimerkki ei liity mitenkään muistisairauteen”.

Hoitajan asenne näkövammaisuutta kohtaan tuli myös esille.

”Ei Tiina näkövammaisena ole tarvinnut välttämättä valoja”.

”Mitä ihmettä näkövammainen tekee postillaan, jollei joku sitä hänelle lue”.

”Koska Tiina on näkövammainen, ja puoliso hoitanut asiat, ei kertynyt posti ja palannut lamppu ole merkki muistisairaudesta. Tiinan ei ole tarvinnut säätää lämpöpattereita.”

4.2.3 Tiedon puute

Hoitajilla ilmeni tietämättömyyttä muistihäiriöiden arvioinnin ajankohdasta. Hän tarjosi muistitestiä tilanteeseen, jolloin aviopuoliso/omaishoitaja on kuollut hiljattain. Hän ei kertonut, kuinka hän toimi kyseisessä tilanteessa. Hoitaja kertoi myös lääkityksestä ja muistilääkityksestä.

”Muistitesti lienee paras työkalu tässä kohtaa.”

”Lääkitys”

Hoitajien tiedollisissa valmiuksissa ilmeni laajemmin lääkitykseen liittyen puutteita. Lääkityksen katsottiin tukevan itsenäisen elämän jatkumista pitempään ja se nähtiin muita hoitomuotoja halvemmassi vaihtoehdoksi. Lääkityksen katsottiin estävän muistisairauksien etenemistä tehokkaasti sekä helpottavan omaisten osuutta hoidossa. Kysymykseen muistihäiriöiden varhaisen tunnistamisen tärkeydestä jätettiin myös kokonaan vastaamatta."

”Lääkitys pitää yllä fyysistä toimintakykyä vaikka muisti heikkenee.”

4.3 Muistihäiriöiden varhaisen tunnistamisen kehittämistarpeet kotihoidossa (Liite5.)

4.3.1 Varhaisen taudin määrittämisen edellytykset ja tärkeys

Kysymykseen muistihäiriöiden ja muistisairauksien varhaisen tunnistamisen tärkeydestä yhdeksäntoista hoitajaa vastasi myöntävästi.

4.3.2 Tiedolliset kehittämistarpeet

Hoitajien mielestä tieto asiakkaan muistisairaudesta on tärkeä. Tietoa muistisairaudesta tulee jakaa sekä asiakkaalle että omaisille. Näin heidät sopeutetaan tilanteeseen. Tieto muistisairaudesta lisää ymmärrystä asiakkaasta.

”Ymmärretään potilaassa tapahtuvia muutoksia.”

Kuntoutusta tulisi antaa ennaltaehkäisevästi ja suunnitelmallisesti. Kuntoutusta tulisi edelleen järjestää muistisairaille, myös muistiharjoitteet tulisi ottaa käyttöön.

”Ennaltaehkäisevän kuntoutuksen alkaminen tärkeää.”

Hoitajat pitivät varhaisen lääkityksen aloittamisen tarpeellisena, koska se hidastaisi taudin etenemistä. Hoitajat tiesivät, ettei muistisairauteen ole parantavaa lääkettä.

4.3.3 Ennakointitaidot

Hoitajat pitivät muutosten tunnistamista tärkeänä, koska se vaikutti myös hoitopalvelujen määrään tulevaisuudessa.

”Voitaisiin ennakoida hoitopalvelujen määrän tarve tulevaisuudessa.”

4.3.4 Palvelujen käytön tehostaminen ja kustannusvaikuttavuus

Muistisairauden määrittämisen jälkeen hoitajien mielestä hoito- ja tukipalvelujen käyttöä tuli tehostaa. Kotia pidettiin halvempänä vaihtoehtona kuin laitoshoidon. Näin säästyisi myös yhteiskunnan varat.

”Tarvittavat avut kotiin muistisairaalle tukemiseksi.”

4.3.5 Laitoshoidon varautuminen

Hoitajien mielestä muistisairauden etenemistä tuli tarkkailla ja varautua laitoshoidon.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISHAASTEET

Tutkimusaineiston pohjalta voitaneen sanoa, että kotihoidossa muistihäiriöitä potevan hoito- ja palvelujärjestelmä ei ollut aukoton. Vastauksista ilmeni, että muistisairauksiin perehtyneitä asiantuntijoita oli saatavilla kyseisessä perusterveydenhuollossa. Röbergin (2012) mukaan hoito- ja palvelujärjestelmä on toimiva kun asiantuntijoita on saatavilla ja vuorovaikutus ja yhteistyö toimii. Myös tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli asiantuntijuutta muistihäiriöistä ja muistisairauksista ja niiden hoidosta. Jotta X-kaupungin vanhuspalveluiden palvelustrategian (2009 - 2025) tavoite: ikäihmisten kotona asuminen, toteutuisi, se edellyttää muistisairauksien varhaisista toteamista ja toimintakykyä ylläpitävää hoitoa (Röberg 2012).

Kehyskertomusanalyysin pohjalta nousi seuraavia kehittämisen tarpeita. Asenteisiin tulisi kiinnittää huomiota. Esimerkiksi kysymällä itseltä: estyykö tai viivästykö asiakkaan hoito, koska pystyn siihen vaikuttamaan omalla mielipiteelläni? Ovatko mielipiteeni oikeita? Vastauksista ilmeni, että kotihoidon yksi periaate: asiakaslähtöisyys ei aina toteudu. Asiakas oli toiminnan kohde. Härkäpään (2006) mukaan hoitajan ajattelu- ja työskentelytapa voi joko edistää tai estää asiakkaan kuntoutumista ohittamalla tämän tarpeet ja kannustamisen. Vajavuuskeskeisen toimintamallin toteuttaminen asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa johtaa avuntarpeen lisääntymiseen tulevaisuudessa. Sen sijaan resurssikeskeinen toimintamalli lisää asiakkaan elämäntähtäilyä, koska ongelmien ratkaisukeinot lisääntyvät ja asiantuntijoiden apu vähenee. (Suvikas, Laurell & Nordman 2011, 122- 124.)

Oheissairauksien hoito muistisairauksien kokonaisvaltaisessa hoidossa on keskeistä. Asiakkaan aistitoimintojen vajavuuksien huomioimatta jättäminen on eriarvoista kohtelua ja syrjintää. Vaikka kehyskertomuksessa ei määritelty näkövammaa tarkemmin, voidaan päätellä Tiinan olleen sokea, koska hänen miehensä oli omaishoitaja. Sokeat yleensä selviytyvät liikkumisessa tutussa ympäristössä. Syy siihen, miksi Tiinalla oli silmälasit, ei kehyskertomuksessa paljastu. Etsikö Tiina vanhasta muistista silmälasejaan, jolloin näkökyky oli vielä tallella? Silloin olisi herännyt epäily muistiongelmasta. Vai etsikö Tiina silmälasejaan siksi, että häntä häikäisi, silloin hoitajan olisi kuulunut etsiä silmälasit, eikä todeta, ettei hän tutussa ympäristössä nii-

tä tarvitse. Hoitajien on syytä selvittää, millaisesta vajeesta (asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma) on kysymys ja seurata myös tilannetta jatkossa ja raportoida eteenpäin.

Vaaratekijöiden eliminoiminen on tärkeää asiakkaiden turvallisuuden takaamiseksi. Mitä hoitaja ajatteli, kun tarjosi ”esteet liikkumisväylällä” vastaukseksi siihen, miksi näkövammaisen Tiinan kotioven avaaminen kestää pitkään? Myös akuuttiin tilanteeseen reagoimattomuus on heitteille jättöä. Kun hoitaja meni näkövammaisen kotiin, jonka omaishoitaja, aviopuoliso oli hiljattain kuollut, toteaa, ettei näkövammaisen välttämättä valoa tarvitse. Kylmyyteen hoitaja reagoi toteamalla, ettei Tiinan ole tarvinnut säätää pattereita. Kehyskertomuksessa kysyttiin hoitajan toimintaa. Postin kasaantumista ihmeteltiin, mitä ihmettä näkövammaisen postilla tekee, ellei joku sitä hänelle lue. Akuuteista tilanteista tulisi viipymättä raportoida, pitäisi ennakkoon olla ohjeistus kuinka toimia ja kirjalliset ohjeet kaikkien saatavilla.

Useat hoitajat tiesivät muistitestin muistin arvioimiseksi. Muistitestin ajankohdan tekemiseen tulisi kiinnittää huomiota. Kun potilaalla on jokin akuuttitilanne päällä, muistitestin tekemistä voi siirtää. Tiina ei avannut ovea, kun hoitaja meni kotikäynnille; hoitaja piti tärkeänä, että ovi on saatava auki ja totesi: heti kun ovi saadaan auki, tehdään muistitesti. Kun Tuomo oli kuollut, hoitaja tarjoo ratkaisuksi Tiinan tilanteeseen muistitestiä. Hoitaja voi epäillä muistipulmia, kun hän kotikäynnillä seuraavaksi esimerkiksi asiakkaan ruoan laittoa tai lääkkeiden ottoa (Jyrkkä 2013).

Muistisairauksien kokonaisvaltaisesta ohjauksesta, tuesta ja kuntoutuksesta tulisi enemmän saada opetusta. Muistisairauksien hoidossa hoitajat antoivat suuren merkityksen lääkitykselle. Lääkkeistä on hyötyä vain silloin, kun se on yhtenä osana muistisairauksien hoidon laajaa kokonaisuutta. (Muistisairaudet 2010).

Lääkkeettömien hoito ja kuntoutusmuotojen korostaminen kotihoidolle on aiheellista, koska parantavaa lääkettä muistisairauksiin ei ole saatavilla. (Pitkälä ym.2013).

Omaisilta saatu tieto kotihoidon asiakkaan toimista on arvokasta epäiltäessä muistipulmia. Myös muistisairauden toteamisen jälkeen omaisten jaksamiseen tulee entistä enemmän kiinnittää huomiota. Vertaistuki ja sopeutumisvalmennuskursseille ohjaa-

minen antavat omaisille voimia sopeutua tilanteeseen ja auttavat arjessa jaksamiseen (Patjas 2010).

Kuntapäätöksen teossa tulisi kotihoidolle antaa riittävät resurssit toteuttaa strategian mukaista työtä. Riittäviä resursseja on esimerkiksi hoitajien tietojen ja taitojen tukeminen koulutusta lisäämällä. Koulutusta tulisi järjestää sekä sisäisenä että ulkoisena. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajilla oli tiedollisia valmiuksia tunnistaa muistihäiriötä, mutta valmiudet jakautuivat hoitajien kesken. Esimerkiksi työn vaativuuden mukaan työparina toimiminen lisäisi ammatillista kehittymistä muistihäiriöiden tunnistamiseksi. Työntekijöitä tulisi palkata työn kuormituksen mukaan.

6 POHDINTA

Saatuani tutkimusluvan (Liite 6) aloitin tutkimusaineiston keräämisen keväällä 2013. Kesällä työntekijöiden lomat ehkä hieman vaikuttivat vastausten määrään. Pidin aineiston määrää riittävänä, koska laadullisesta tutkimuksesta on kysymys. Tutkimuksen tekeminen oli haasteellista. Ensinnäkin lähdeaineistoa tuli tarkoin miettiä, koska muistisairauden, muistihäiriön ja dementia käsitteiden käytössä oli kirjavuutta. Toisena haasteena oli eläytymismenetelmän käyttö tutkimusmenetelmänä. Siksi esitetasin kehyskertomukset ja niitä täydentävän avoimen kysymyksen. Muistihoitaja piti kehyskertomuksia todenmukaisina ja niiden väljyyttä positiivisena asiana. Eläytymismenetelmää täydentävää avointa kysymystä hän kommentoi muistisairauksien hoidon merkityksen ydinasiaksi. Hänen mukaansa kotihoidon henkilöstön kuului tietää muistisairauksista ja muistihäiriöistä, jotta he osaisivat ohjata asiakkaita hoitoon ja tutkimuksiin sekä hoitaa ja tulkita heitä asianmukaisella tavalla.

Mielestäni kehyskertomuksia oli pohdittu monipuolisesti. Vastauksissa näkyi, että tiedollinen valmius vaihteli hoitajien kesken. Koska sairaanhoitajia oli vähän lähihoitajiin verrattuna, en analysoinut erikseen hoitajien vastauksia. En myöskään tehnyt uutta analyysia eri kehyskertomuksista saadun informaation välillä. En katsonut sitä tarpeelliseksi tehdä. Kyseisen kotihoidon koulutus muistihäiriöistä ja muistisairauksista sekä kuntouttavasta työotteesta voitaisiin järjestää sisäisenä koulutuksena, jolloin kustannuksilta välttyttäisiin. Myös työn sisältöön voitaisiin paneutua esimerkiksi työparin kanssa. Töiden uudelleen järjestelyllä voitaisiin kuormitustilanteita tasata ja työntekijöitä siirtää sinne, missä kuormitusta on eniten. Kustannusvaikuttavuutta tulisi katsoa pitkällä aikavälillä.

Passiivisella eläytymismenetelmällä ja yhdellä avoimella kysymyksellä kerättyä aineistoa analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Luin aineiston useaan kertaan läpi ja etsin yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia käyden vuoropuhelua aineiston ja teorian kanssa. Kehyskertomuksia oli viisi joten tulokset muodostuivat monipuolisiksi. Analyysiprosessin ja sen kautta muotoutuneiden tutkimustulosten luotettavuutta perustelen seuraavasti: Aineiston pohjalta laadin tutkimusraportin. Analysoinnin tuloksia

havainnollistin alkuperäisilmauksilla. Myös lukija voi arvioida tulkintaa niiden perusteella. Analyysin tulos on esitetty taulukoissa tiivistetysti ja niukasti jaoteltuna eri kategorioihin. Narratiivisen tutkimuksen tapaan tutkimuksella ei haettu objektiivista tietoa. Tutkimustuloksista saatu tieto on paikallista, henkilökohtaista ja subjektiivista.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. PS-kustannus Oy

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. WS Bookwell Oy. Juva 2010. PS-kustannus. 3. uudistettu ja täydennetty painos

Erkinjuntti, T. & Hallikainen, M. 2013. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat- Duodecim. Luettu 30.9.2013. www.duodecim

Erkinjuntti, T & Viramo, P. 2010 teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. WS Bockwell Oy. Porvoo. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki

Eskola, J 2010. Eläytymismenetelmän autuus ja kurjuus Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. WS Bookwell Oy. Juva 2010. PS-kustannus. 3. uudistettu ja täydennetty painos

Hirsjärvi, S; Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna. 15-16 painos

Härmä, H; & Granö,S. 2010. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Muistiliitto ja WSOY /Pro Oy

Jyrkkä, P. 2013. MMSE – testin yhteys ikääntyneiden ihmisten välineellisiin päivittäistoimintoihin. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteenlaitos. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu tutkielma. Viitattu 30.9.2013. <https://jyx.jyu.fi/dspace/.../URN:NBN:fi:jyu-201306071921.pdf?...>

Koskinen, M 2011. Fenomenografia tutkimuslähestymistapana teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadulliseen tutkimuslähestymistavan valintaan. Hansaprint. Johtamistaidon opisto.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Viitattu 30.9.2013. www.finlex.fi

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummeruskirjapaino OY. Jyväskylä. 2. uudistettu painos.

Muistisairaudet.2010.Käypähoito.fi-suositukset.Viitattu30.09.2013
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

Patjas, H. 2010. Lievää muistisairautta sairastavan ja hänen omaisensa kokemuksia sopeutumisvalmennuskurssilta.Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. pro gradu-tutkielma.Viitattu 30.09.2013.

http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/opinnaytteet_pdf/patjas_lievaa_muistisairautta_sairastavan.pdf

Pitkälä, K.; Savikko, N.; Pöysti, M.; Laakkonen, M-L.; Kautiainen, H.; Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vertailututkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125, 2013. Viitattu 30.9.2013.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/39607/Tutkimuksia125.pdf?sequence=1>

Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) 2011. Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Hansaprint. Johtamistaidon opisto.

Ramstad, E. & Alasoini, T. (toim.) 2007. Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa: lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuudenhaasteita. Raportteja/Työministeriö. Tykes; 53. Helsinki. Työministeriö. Viitattu 31.01.2013.

<http://www.tekes.fi/julkaisut>

Rissanen, R. 2006. Fenomenografia. Luku 5.1. kokonaisuudesta Saaranen- Kauppinen, A. & Puusniekka. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere; Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). Viitattu 31.01.2003. ><http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus> >.

Röberg, E. 2012. Tiedonkulku, vuorovaikutus, yhteistyö ikääntyneen muistipotilaan hoidon ja palvelujen järjestämisessä – muistipotilaan ja omaisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ja päättäjän näkökulmat. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 30.09.2013. http://www.med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnauteytyot/prograduabstraktit/abstraktit_2012/Roberg.pdf

Saaranen- Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006 -2009. KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkkokirja. Tampereen yliopisto Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja. URN:fi-fe2012112210007. Viitattu 24.01.2013. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetuksen tietovaranto](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetuksen_tietovaranto)

Suvikas, A; Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. Tekijät ja Edita Publishing. 7. uudistettu painos.

Uusimäki, K. 2013. Muistihoitaja. Haastattelu 14.2.2013. Haastattelijana M. Forsten. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2007. Tutkimusetiikka ja lakipykälä. Tutkittavien informointi. 2007. Viitattu 24.01.2013. <http://www.fsd.uta.fi/laki>

Qvick, L. 2008. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 30.9.2013. http://www.tutkimat.uta.fi/pdf/gradu_03163.pdf

LIITE 1

Kehyskertomukset

Taustatiedot: ammatti

A.1.1

Menet Mattilaan kotikäynnille maanantaisin klo 8.30. Tuomo, isäntä on 75-vuotias ja on 75- vuotiaan aviovaimonsa Tiinan omaishoitaja. Tiinalla on näkövamma. Tuomo on hiljakkoin kaatunut ulkona ja loukannut vasemman polvensa, johon on tullut haava. Haava on alkanut erittämään, joten kotihoito käy päivittäin hoitamassa sen. Soitat ovikelloa, Tiina tulee tapansa mukaan avaamaan oven; Tuomo istuu keinutuolissa. Huoneessa tuoksuu keitetyn kahvin ja puuron tuoksu. ”Missä minun silmälasit ovat?” Tiina kysyy Tuomolta. Tuomo naurahtaa. ”Koska me syödään? Tiina kysyy ja katsoo epäluuloisena. Siihen Tuomo virkkaa: ”Se on tuo Tiina, joka aamu se etsii silmälasiaan nenältään ja syötyään on kohta nälkä; huumorinkukka on maailman kaunein kukka.”

A.1.2

Menet Mattilaan kotikäynnille. 75-vuotias Tiina on näkövammaisen. Hänen omaishoitajansa, 75-vuotias Tuomo on lähtenyt aamutoimien jälkeen taksilla terveystakesukseen kontrollikäynnille. Soitat ovikelloa, Tiina tulee tapansa mukaan avaamaan oven.. Huoneessa tuoksuu keitetyn kahvin ja puuron tuoksu. ”Missä minun silmälasit ovat? Koska me syödään? Tiina kysyy ja katsoo epäluuloisena.

A.1.3

Menet Mattilaan kotikäynnille. 75-vuotias Tiina on näkövammaisen. Hänen omaishoitajansa, 75-vuotias Tuomo on hiljattain kuollut. Olet soittanut etukäteen pari päivää aikaisemmin Tiinalle sopiaksesi käynnistä. Soitat ovikelloa. Pitkän tovin jälkeen Tiina avaa varmuuslukon ja oven. Eteisen lattialla on kirjeitä ja sanomalehtiä. Kuin hävetäkseen Tiina kuiskaa: ”Tuomo ei ole kotona,”

A.1.4

Menet Mattilaan kotikäynnille. 75-vuotias Tiina on näkövammaisen. Hänen omaishoitajansa, 75-vuotias Tuomo on hiljattain kuollut. Olet soittanut etukäteen pari päivää aikaisemmin Tiinalle sopiaksesi käynnistä. Soitat ovikelloa. Pitkän tovin jälkeen Tiina avaa varmuuslukon ja oven. Eteisen lattialla on kirjeitä ja sanomalehtiä. Laittaessasi takkia eteisen naulakkoon haet valokatkaisijaa, mutta lamppuun ei tule valo. On kylmä. Kuin hävetäkseen Tiina kertoo olleensa matkoilla.

A.1.5

Menet Mattilaan kotikäynnille. 75-vuotias Tiina on näkövammaisen. Hänen omaishoitajansa, 75-vuotias Tuomo on hiljattain kuollut. Olet soittanut etukäteen pari päivää aikaisemmin Tiinalle sopiaksesi käynnistä. Soitat ovikelloa, kukaan ei avaa ovea. Soitat Tiinan puhelimeen, mutta et saa yhteyttä.

LIITE 2

VÄITTÄMÄ

TEHTÄVÄ B:

Erkinjuntti, Viramo 2010 mukaan ”vastaus muistisairauksien kansanterveydelliseen ja kansantaloudelliseen haasteeseen on muistihäiriöiden ja muistisairauksien varhainen taudin määrittäminen” (Erkinjuntti ym. 50 – 55).

Jos olet eri mieltä väittämästä, kerro oma vastauksesi, perustele myös miksi.

Jos olet samaa mieltä väittämästä, kerro syitä, miksi muistihäiriöiden ja muistisairauksien varhainen taudinmäärittäminen on tärkeä.

LIITE 3 (a, b)

Taulukko 1. Hoitajien valmiudet tunnistaa muistihäiriöitä kehyskertomuksissa

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALA-KATEGORIA	YLÄ-KATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
<p><i>Esittelen itseni</i></p> <p><i>Tarkistan tiskin, onko puuro lautasella.</i></p> <p><i>Haastattelen ja kyselen eri asioita selventääkseni onko Tiina kuitenkin ajan tasalla</i></p>	<p>esitteleminen, tervehtiminen ympäristön merkit tiski, puuro syöty hoitaja kuuntelee, huutelee asiakasta nimeltä oven takaa, postiluukusta, onko elämisen merkkejä (postit esimerkiksi) Tiinan ulkomuoto muistaako Tiina puhelinkeskustelun</p>	<p>kohtaaminen ulkoiset merkit</p>	<p>oman persoonan ammatillinen käyttö ja havainnointi</p>	<p>hoitajat tunnistivat muistihäiriöitä</p>
<p><i>Puhutaan norm.asioista, miehen kuolemasta Tutustutaan puolin ja toisin</i></p>	<p>keskustelu Tiinan kanssa, puhelimitse: lasten, ystävien, yhdyshenkilön, omaishoitajan, omaisten kanssa yhdessä: postin ja kirjeiden lukeminen, pöydän ääressä kahvi ja puuronsyöntihetki, silmälasien etsiminen, odotellaan omaishoitajan kotiinpaluuta, jollei puhelimitse yht.</p>	<p>yhteistyö tutkimusjakso, hoitokokous avuntarpeesta</p>	<p>monipuolinen vuorovaikutus ja osallistaminen</p>	
	<p>lääkärin konsultointi, oman lääkärin/geriatriin vastaanotto, muisti- sosiaalihoitajaan yhteys</p>	<p>yhteistyö tutkimusjakso, hoitokokous avuntarpeesta</p>	<p>moniammatillinen yhteistyö</p>	

LIITE 3 (b)

Taulukko 1. Hoitajien valmiudet tunnistaa muistihäiriöitä kehyskertomuksissa

ALKUPERÄINN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALA- KATEGORIA	YLÄ- KATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
<p><i>Kysytään Tiinalta, minkälaista apua hän tarvitsee. Jutellaan avuntarpeesta, Lisätään kotikäyntejä.</i></p> <p><i>Katson ensin onko kahvinkeitin pois päältä+hellan levyt</i></p> <p><i>Selvittäisin Tiinan mahdollisuudet saada henk.koht.avustaja apuvälineet</i></p> <p><i>otetaan muistiverikokeet</i></p>	<p>Tiinan tarpeesta lähtevä apu, lupa ateriapalvelun järjestämiseen Lisätään kotikäyntjä/vähennetään kun parempaan suuntaan</p> <p>kahvinkeitin ja hellan levyt pois päältä apuvälineet henkilökohtainen avustaja omaisten kanssa sopiminen avuntarpeesta (doseetti, lääkkeet, ruokahuolto,puhtaus) jatkossa seuranta, otetaan avainmuistin heikkeneminen stressistä, jostakin lääkkeestä MMSE, CERAD, RAVA muistiverikokeet</p> <p>muistiharjoitteisiin keskittyminen Tiinan kanssa sopiminen uudesta kotikäynnistä, aika kalenteriin</p>	<p>asiakaslähtöisyys</p> <p>vaaratekijöiden eliminoiminen</p> <p>avuntarpeen kartoitus ensiapu, palveluasuminen seuranta, valvonta stressistä johtuva/lääkkeestä johtuva muistihäiriö Mittarit muistin ja toimintakyvyn arvioimiseksi laboratorioskokeet muistiharjoitteet muistin apuväline</p>	<p>erityisosaaminen</p>	<p>hoitajat tunnistivat muistihäiriöitä</p>
<p><i>Mitä Tuomo ajattelee Tiinan jatkuvista tavaroiden etsimisistä: vielä ehkä jaksaa mutta kuinka kauan ymmärtääkö Tiina huonontuneen muistinsa, myöntääkö Ovi on saatava auki</i></p>	<p>kiinnostus voinnista, tunteista, pärjäämisestä empatia, turvallinen, rauhallinen ilmapiiri huoli omaishoitajan jaksamisesta onko kuulijaa huoli Tiinasta yhteys isännöitsijään, sairaalaan 112:een</p>	<p>huoli Tuomosta myötätunto,</p> <p>länäolo turvallisuus omaishoitajan voimavarat huoli Tiinan hyvinvoinnista</p> <p>avun pyytäminen, hätäkeskuksesta ohjausta</p>	<p>eettinen osaaminen</p>	

LIITE 4 (a, b)

Taulukko 2. Hoitoon pääsyn esteet ja viivästykset kotihoidossa

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALA-KATEGORIA	YLÄ-KATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
Hoidan jalan. Juttelen niitä näitä. Missä minun silmälasit ovat? Koska me syödään?	jalan hoito jutella niitä näitä silmläsiens etsiminen syömisens jälkeens kysyy, koska syödään ollut matkoilla	haavan hoito yksipuolinen vuorovaikutus	tehtäväkeskeinen toiminta ja puutteelliset vuorovaikutustaidot	Hoitoon pääsyn esteet ja viivästykset
	palanut lamppu, kylmyys, kirjeet, sanomalehdet, näkövammaisen ei tarvitse silmälasia, valoja, postia ei liity mitenkään muistisairauteen	reagoimattomuus ympäristön merkeille, ennakkoasenne	Puutteellinen havainnointikyky ja asenne	
	omaishoitaja/puoliso hiljattain kuollut, MMSE testi muistilääkitys	muistitesti akuutissa tilanteessa muistilääkitys	tiedolliset kehittämistarpeet	

LIITE 4 (b)

Taulukko 2. Esteitä muistihäiriöiden varhaiselle tunnistamiselle

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALA KATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
<i>lääkitys pitää yllä fyysistä toimintakykyä vaikka muisti heikkenee</i>	Lääkitys: itsenäinen elämä jatkuu pitempään, yhteiskunnan jäsenenä, ei tarvitse kotiapua, laitoshoidoa, edunvalvojaa, omaisten apua, yhteiskunnan varoja säästyä, halvempi pitää yllä fyysistä toimintakykyä toimintakyky säilyy mahdollisimman pitkään, elämänlaatu paranee, muistisairauden eteneminen estyy, omaiset jaksavat paremmin, pystyy olemaan kauemmin kotona	lääkitys	Puutteita muistihäiriöiden ja muistisairauksien varhaisen taudinmäärityksen tiedollisissa valmiuksissa
	”ei vastausta”	”ei kannanottoa”	

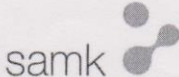
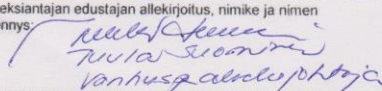
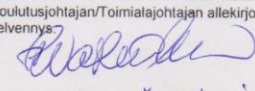

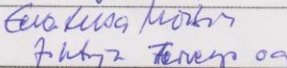
LIITE 5

Taulukko 3. Varhaisen taudinmäärityksen edellytykset ja tärkeys

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALA KATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
<i>voitaisiin ennakoida hoitopalvelujen määrän tarve tulevaisuudessa</i>	hoitopalvelujen määrän tarpeen ennakointi	muutosten tunnistaminen	Hoitajien tiedolliset valmiudet varhaisen taudinmäärityksen edellytyksistä ja tärkeydestä
<i>tarvittavat avut kotiin muistisairaana tukemiseksi</i>	kotiavun ja tukipalvelujen kartoitus ja tuki mahdollisen hoidon määrittäminen yhteiskunnan varoja säästyä, koti; halvempi kuin laitoshoido	Palvelujen käytön tehostaminen ja kustannusvaikuttavuus	
<i>ennaltaehkäisevän kuntoutuksen alkaminen tärkeää</i>	kuntoutuksen suunnittelu, ennaltaehkäisevä kuntoutus, kuntoutus muistisairaalle, muistiharjoitteet, tiedon jakaminen muistisairaudesta, potilas, omainen totutetaan tilanteeseen osataan/ymmärretään asiakasta paremmin varhainen lääkitys, taudin eteneminen hidastuu; lääkitys ei pidennä elinikää	kuntoutus tieto ymmärrys sopeuttaminen lääkitys	
<i>ymmärretään potilaassa tapahtuvia muutoksia</i>	ympäristön huomiointi, varaaminen	varautuminen laitoshoidoon	

Tutkimuslupa sopimus

LIITE 6

		SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	OP07A
SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä			
Opinnäytetyön tekijä: Maire Forsten	Opiskelijanumero: 1201792	Aloitusryhmä: YHY 12SP	
Koulutusohjelma: Hyvinvointiteknologia yamk			
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Andrew Sirkka, andrew.sirkka@samk.fi; puh. 044-7103862. Maamiehenkatu 10, 28500 Pori			
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Forssan kaupunki, Vanhuspalvelujohtaja Tuula Suominen, tuula.suominen@forssa.fi; puh. 0341415531, Saksankatu 34, 30100 Forssa			
Opinnäytetyön nimi: Muistihäiriöiden varhaisen tunnistamisen kehittäminen			
Työn etenemisaikataulu: aineiston keruu keväään kuluessa, valmistyö elokuu, ks. tutkimussuunnitelma			
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.			
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadusta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMK:n yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>			
Päiväys: 26. 4.2013			
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimeke ja nimen selvitys:  Tuula Suominen Vanhuspalvelujohtaja		Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys:  Eva-Liisa Mörön	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:  MAIRE FORSTEN		 Maire Forsten	
Sisältövastaava: Anne Sankari		Tarkistettu viimeksi: 22.11.2010	

