

Merja Moisanen

**” TOIVON, ETTÄ HÄN YMMÄRTÄÄ, ETTÄ TARKOITUS ON HÄNEN PAR-
HAAKSI ”**

**Kainuun maakunta – kuntayhtymän muistihoidajien merkityksellisiä tapahtumia
muistineuvolatoiminnassa**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2007



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyö
Tekijä(t) Merja Moisanen	
Työn nimi ” Toivon, että hän ymmärtää, että tarkoitus on hänen parhaaksi ” Kainuun maakunta – kuntayhtymän muistihoitajien merkityksellisiä tapahtumia muistineuvolatoiminnassa	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Pitkäaikaispotilaan hoitotyö	Ohjaaja(t) Pirjo Leskinen Toimeksiantaja Kainuun Dementiayhdistys ry:n Kunnan Savotta - kehittämishanke
Aika Kevät 2007	Sivumäärä ja liitteet 44 + 11
<p>Väestön ikärakenteen vanhetessa myös muistisairauksia sairastavien henkilöiden osuus väestössä kasvaa. Dementoitvien sairauksien ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen, syiden selvittäminen ja kokonaisvaltainen hoitaminen parantavat sairastuneen elämän laatua ja vähentävät palvelujärjestelmän kustannuksia. Opinnäytetyöni toimeksiantaja, Kainuun Dementiayhdistys ry:n Kunnan Savotta – hanke, on ollut luomassa Kainuun kuntien perusterveydenhuoltoon muistineuvoloita. Muistineuvola on uusi toimintamalli, jossa muistihoitajat tukevat muistihäiriöisten, muistisairaiden ja heidän omaistensa kotona selviytymistä.</p> <p>Opinnäytetyöni tarkoitus oli selvittää Kainuun maakunta - kuntayhtymän muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatoiminnasta. Opinnäytetyöni tavoitteena oli tuottaa Kunnan Savotta - kehittämishankkeelle tietoa, jota se voi hyödyntää muistihoitajien koulutuksessa ja muistineuvolatyön kehittämisessä. Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineistoa tutkimukseeni keräsin merkityksellinen tapahtuma - tekniikan avulla. Tutkimusaineisto koostui kirjeistä, joissa Kainuun maakunta - kuntayhtymän perusterveydenhuollossa työskentelevät muistihoitajat toivat esille heille merkityksellisiä tapahtumia vastaanottotilanteista. Aineiston analysoin Colaizzin fenomenologista analyysimenetelmää soveltaen</p> <p>Keskeisiksi asioiksi muistihoitajien kuvailemista muistineuvolavastaanottotapahtumista tulivat muistihoitajan ammatillinen osaaminen, muistineuvolassa käytettävät auttamismenetelmät, muistineuvolan ajankäyttö- ja toimitteluressit sekä muistihäiriön ja dementian vaikutus muistineuvola-asiakkaan elämäntilanteeseen. Hoitajat kokivat edellä mainittujen asioiden vaikuttavan toiminnan onnistumiseen muistineuvola - asiakkaan parhaaksi.</p> <p>Jatkotutkimusaiheeksi esitän tutkimusta, jolla kartoitetaan Kainuun maakunta – kuntayhtymän vanhuspalvelun, kotona asumista tukevien palvelujen työntekijöiden kokemuksia alueemme muistineuvolatoiminnasta.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Muistihoitaja, muistineuvola, merkityksellinen tapahtuma
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing Care
Author(s) Moisanen Merja	
Title "I Hope He Understands We Consider What Is Best for Him" Meaningful incidents of memory nurses working at memory clinics of the Joint Authority of Kainuu Region	
Optional Professional Studies Long-term nursing	Instructor(s) Leskinen Pirjo
	Commissioned by Kainuu Dementia association's Kunnon Savotta project
Date Spring 2007	Total Number of Pages and Appendices 44 + 11
<p>As the age structure of the population grows older, the number of people suffering from memory diseases increases. Actions to prevent, to early recognise, find causes and give comprehensive treatment improve the lifestyle of the patient and decrease the costs of the service system. The employer of this thesis, The Kunnon Savotta project of the Kainuu Dementia association, has participated in founding memory clinics for the primary care of the municipalities in Kainuu region. A memory clinic is a new operations model, where memory nurses help people with memory dysfunctions and illnesses, as well as their families, manage at home.</p> <p>The purpose of this thesis was to find out what kinds of experiences the memory nurses of the Joint Authority of Kainuu Region have on the activities of memory clinics. The aim of this thesis was to provide the Kunnon Savotta development project information it can utilize in training memory nurses and developing memory clinic operations. The research was qualitative. The information for the research was collected the critical incidence – technique. Letters in which were used as in memory nurses working in the primary care of the Joint Authority of Kainuu Region discussed meaningful incidences in consultation situations. The material was analysed Colaizzi's phenomenological analysis method.</p> <p>The fundamental issues in memory clinic consultation situations described by memory nurses were the professional skills of the nurse, the interventions used in the memory clinic, the resources of time use and offices, as well as the influence memory dysfunction and dementia have on the memory clinic customer's life situation.</p> <p>For further study I would like to suggest a research on the experiences of memory clinic operations as seen by the employees in the senior citizen services of the Joint Authority of Kainuu Region supporting living at home.</p>	
Language of Thesis	
Keywords	Memory nurse, memory clinic, critical incidence
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

*”Auttaminen ei ole ensisijaisesti ammatti, vaan elämäntapa.
Se on vapaaehtoista asettautumista lähimmäisen käyttöön
sillä viisaudella ja lämmöllä, mikä ihmisellä luontaisesti on.
Auttaminen lähtee siitä yksinkertaisesta oivalluksesta,
että ihmiset ovat sielultaan toistensa kaltaisia.
He voivat ymmärtää toisiaan, olla toistensa tukena
ja oppia toisiltaan.
Elämässä itsessään on kaikki mitä tarvitaan.
Se on vain saatava käyttöön.”*

Martti Lindqvist

SISÄLLYS

1 MUISTISAIRAIDEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN KAINUUSSA	1
2 MUISTINEUVOLATYÖ MUISTIHÄIRIÖ- JA DEMENTIA-ASIAKKAAN TUKENA	4
2.1 Dementiaa sairastava muistineuvolan asiakas	4
2.2 Muistihoitajan toimenkuva maakuntamme muistineuvolassa	7
3 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄ	12
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	13
4.1 Aineiston keruu	14
4.2 Aineiston analyysi	16
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	22
5.1 Muistihoitajan ammatillinen osaaminen	22
5.2 Muistineuvolassa käytetyt auttamismenetelmät	24
5.3 Ajankäyttö- ja toimitilaresurssit muistineuvolatoiminnassa	25
5.4 Muistihäiriön vaikutus muistineuvola- asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteeseen	26
6 TULOKSIEN TARKASTELUA	29
6.1 Muistihoitajan ammatillinen osaaminen	29
6.2 Muistineuvolassa käytettävät auttamismenetelmät	31
6.3 Ajankäyttö- ja toimitilaresurssit muistineuvolatoiminnassa	34
6.4 Muistihäiriön vaikutus muistineuvola-asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteeseen	34
7 POHDINTA	36
7.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	36
7.2 Oman asiantuntijuuden kehittyminen	38
LÄHTEET	41
LIITTEET	

1 MUISTISAIRAIDEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN KAINUUSSA

Väestön ikärakenteen muuttuessa vanhuspainotteisemmaksi, myös muistihäiriöisten ja dementiaa sairastavien hoidon tarve lisääntyy. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen, Soininen 2002, 5).

Ikääntyvien ihmisten hoito on yhä enemmän avohoitopainotteista. Kainuun maakunta – kuntayhtymän hallintokokeilun vanhuspalvelujen kehittämisen työryhmän loppuraportin mukaan tavoitteena on, että vähintään 90 % 75 vuotta täyttäneistä asuisi omissa kodeissaan. Kainuun ikääntyneestä väestöstä vain 10 % asuisi pitkäaikaisessa laitoshoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa, jossa olisi ympärivuorokautinen hoito. Tavoite tulisi saavuttaa vuoteen 2010 mennessä. (www.kainuunosku.net).

Myös dementiaa sairastavien hoitoa kehitetään niin, että he voisivat asua mahdollisimman pitkään heille tutussa kotiympäristössään. Avohoidon määrän lisäksi on kehitettävä myös sen laatua. Muistihäiriö - ja dementiatyö Suomen kunnissa 2000 -raportin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa esitetään toimenpidesuosituksia, joissa nostetaan esiin dementoituvien erityistarpeina henkilöstön osaamisen parantaminen ja omaishoitotyön edellytysten ja omaisten jaksamisen tukeminen. Valtakunnallisista suosituksista huolimatta kunnat päättävät itsenäisesti palveluiden järjestämisestä. Sosiaalihuolto- ja kansanterveyslain mukaan kunnan tulee järjestää sosiaali- ja terveyspalveluita asukkailleen. Näin myös muistihäiriö- ja dementiapotilailla on oikeus varhaiseen taudinmääritykseen ja syynmukaiseen hoitoon. (Tervonen 2001, 13–14.)

Muistisairaiden ja heidän omaistensa erityistarpeiden tunnistaminen, neuvonnan ja ohjauksen kehittäminen sekä toteuttaminen ovat kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon tasojen haaste. Neuvonnan keskeinen tehtävä on hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Neuvonnan vakiinnuttamien kunnissa on ollut monivaiheinen prosessi, jossa projektitoiminnassa toteutetut mallit ovat siirtyneet erikoissairaanhoidon vakiintuneeksi kuntoutusohjaukseksi ja perusterveydenhuollon toimintaan. Tavoitteena on rakentaa uusia linkkejä neuvontaverkostoon esimerkiksi perustamalla muistineuvoita ja kuntien muistihoitajatoimintaa. (Heimonen & Tervonen 2004, 60 - 61.)

Kainuun Dementiayhdistys ry:n tarkoituksena on toimia dementiaa aiheuttavien sairauksien ja vaikeiden muistihäiriöiden haittavaikutusten vähentämiseksi maakunnassamme. Yhdistys valvoo jäsentensä, sekä näistä oireista kärsivien potilaiden ja heidän omaistensa yhteiskunnallisia etuja. Toimintaan kuuluu myös jakaa käytännön tietoa dementiaa aiheuttavista sairauksista. (Kainuun Dementiayhdistys ry. Säännöt 199.)

Kainuun Dementiayhdistys ry on usean vuoden ajan tehnyt projekteillaan työtä alueemme muistisairaiden ja heidän omaistensa hyväksi. Meneillään olevan Kunnon Savotta – hankkeen tarkoituksena on myös kehittää uusia toimintamalleja, sekä edistää varhaisdiagnostiikkaa. (Kainuun Dementiayhdistys ry:n hankesuunnitelma 2004-2006).

Kotihoitoa tukevia palveluja kehitetään myös luomalla muistineurolaverkostoja. Muistineuvola tukee dementoivien sairauksien ennaltaehkäisyä, varhaista tunnistamista, syiden asianmukaista selvittämistä Kunnon Savotta - hankkeen avulla jokaisessa Kainuun kunnassa, Vaalaa lukuun ottamatta, on käynnistetty muistineurolatoiminta. (Leskinen, hankkeen muistivastaava 2005,6.)

Kiinnostukseni muistisairaiden hoidon kehittämiseen perustuu kokemuksiini, joita olen saanut ikääntyvien kotona asumista tukevasta työstä. Olen toiminut kotipalveluyrittäjänä ja nykyään Kainuun maakunta – kuntayhtymän kotihoidon palveluksessa, ja havainnut puutteita muistisairauden varhaisessa tunnistamisessa sekä asiakkaan varhaisessa hoitoon pääsyn toteutumisessa. Kokemuksieni perusteella myös muistisairaahan asiakkaan kohtaamistapoihin hoitotilanteissa tulisi hoitohenkilöstön kiinnittää huomiota nykyistä enemmän.

Opiskeluuni liittyvän harjoittelun aikana vanhusten päivätoiminnassa sain tietää, että Kainuuseen ollaan perustamassa muistineuvoloita. Tiedusteltuani asiaa lehtori Pirjo Leskiseltä, joka toimii Kunnon Savotta – hankkeen ohjausryhmässä, sain luvan ottaa yhteyttä hankkeen muistivastaavaan Merja Leskiseen. Neuvottelussamme muistivastaavan kanssa, sai Kajaanin ammattikorkeakoulu toimeksiannon yhteensä kolmelle opinnäytetyölle. Aiheita olivat: opas muistisairaiden hoitopolusta Kainuussa, tutkimus muistineurolatoiminnan hyödyistä sen käyttäjille ja selvitys muistihoitajien kokemuksista muistineuvola työssä. Valitsin muistihoitajien kokemusten kartoittamisen, koska olen kiinnostunut erilaisista työtavoista ja mielestäni ammattilaisten toimintaa tutkiessani saan tietoa ja toimintamalleja sairaanhoitajana toimimiseen. Sovimme myös muistivastaavan kanssa, että pääsen tekemään suuntautumisopin-

toihini liittyvää harjoittelua Kainuun Dementiayhdistys ry:n Kunnon Savotta - kehittämishankkeeseen. Sain näin hyvän mahdollisuuden tutustua muistineuvolatoimintaan.

Kainuun Dementiayhdistys ry:n Kunnon Savotta – hankkeen toimeksiannosta siis ryhdyttiin selvittämään muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kehittämishankkeelle, joka opinnäytetyöllä saatujen tulosten pohjalta pyrkii kehittämään muistihoitajien työtä, koulutusta ja tätä kautta ammatillista kehittymistä. Aineistoa opinnäytetyön tutkimukseen on saatu muistihoitajien kirjoittamista kirjeistä. Kirjeissä he toivat esille vapaasti kokemuksia muistihoitajan työstä ja lisäksi jonkin merkittävän tapahtuman muistihoitajan työhön liittyen. Päädyimme tekemään aineistosta kaksi opinnäytetyötä. Tämä opinnäytetyö käsittelee muistihoitajien merkityksellisiä tapahtumia muistihoitajan työstä.

2 MUISTINEUVOLATYÖ MUISTIHÄIRIÖ- JA DEMENTIA-ASIAKKAAN TUKE- NA

Vuosittain Suomessa sairastuu noin 11 000 yli 65- vuotaiasta dementoiviin sairauksiin. (Heimonen & Tervonen 2004, 44). Terveysteen ja toimintakykyyn panostaminen on varautumista tulevaisuuteen. Vuonna 2010 arvioidaan Suomessa olevan yli 130 000 dementiapotilasta. Keskeinen ongelma muistihäiriöiden, hoidossa on se, että tutkimuksiin ja hoitoon haudutaan liian myöhään Varhainen taudin määrittäminen on tällöin avainasemassa, sillä ajoissa hoitoon hakeutuneita potilaita voidaan nykyisin hoitaa. Varhaisen taudinmäärittäminen perusteita ovat myös muistihäiriön etenemisen estäminen, etenemisen hidastaminen. Dementoivan muistisairauden lievemmän vaiheen keston pidentämisellä voidaan lykätä laitoshoidon joutumista. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 12 .)

Sairauden kanssa elämiseen tarvitaan oikein ajoitettua tukea ja tietoa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Ennaltaehkäisyn mahdollisuudet merkitsevät yleisen tiedon lisäämisen tarvetta ja uudenlaisten tukimuotojen kehittämistä sairastuneen ja hänen omaisensa tukemiseksi. Muistihäiriö- ja dementiatyössä ennakoivan ohjauksen rooli tulee korostumaan: miten ihmisiä ohjataan tutkimuksiin ja miten he pääsevät tutkimuksiin. (Heimonen & Tervonen 2004, 60.)

2.1 Dementiaa sairastava muistineuvolan asiakas

Dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen verrattuna henkilön aiempaan tasoon. Dementia voi olla ohi menevä, etenevä tai pysyvä tila. Dementiaoireyhtymän aiheuttajana voi olla useita etiologioita ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. Amerikan psykiatriyhdistys (American Psychiatric Association) määritelmän mukaan potilaalla on dementia silloin, kun hänellä on muistihäiriö, jossa uuden oppiminen on vaikeutunut ja on vaikeus palauttaa mieleen aiemmin opittua. Lisäksi hänellä on ainakin yksi seuraavista: afasia (kielellinen häiriö), apraksia (liikesarjojen suorittamisen vaikeus, vaikka motoriikka kunnossa), agnosia (nähdyn tunnistamisen ja käsittämisen vaikeus), toiminnan ohjaamisen häiriö (suunnitelmallisuus, kokonaisuuden jäsentäminen, järjestelmällisyys, abstrakti ajattelu). Varhainen muistihäiriö, laaja-alainen kognitiivinen häiriö ja huomattavat rajoitukset päivittäistoiminnoissa ovat dia-

agnostisia määritelmiä, jotka perustuvat myös Alzheimerin taudin kliinisiin ominaispiirteisiin. (Erkinjuntti ym. 2002, 88-91.)

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Yli puolet kaikista dementiapotilaista sairastaa Alzheimerin tautia.. Tähän sairauteen liittyvät muistin ja muiden kognitiivisten toimintojen häiriöt, toimintakyvyn heikentyminen ja käytösoireet. Alzheimerin tauti alkaa vähitellen, ja siksi sen alkamisen tarkkaa ajankohtaa on vaikea määrittellä. Oireet voidaan alussa liittää depression, ahdistuneisuuden tai jopa normaaliin ikääntymiseen. Asiakkaalla voi ilmetä masentuneisuutta, ärtyisyyttä, tunne-elämän latistuneisuutta ja apatiaa. Tyypillistä sairaudelle on sen eteneminen vaiheittain, joihin kuuluvat alussa muistihäiriöt ja taudin edetessä muiden kognitiivisten toimintojen häiriintyminen. Taudin kehittyminen ja sen eteneminen on yksilöllistä. Ennustamattomuus sairauden etenemisestä vaikeuttaa sairastuneen ja hänen läheisensä selviytymistä. (Heimonen 2005,13.)

Muistineuvolan palveluja käyttävät asiakkaat ovat myös enimmäkseen Alzheimerin tautia sairastavia henkilöitä Ensimmäisellä muistineuvolavastaanotolla muistihoitaja pyrkii selvittämään, mikä aiheuttaa muistiongelmia ja niihin liittyvät oireet. Oppimis- ja muistihäiriöt ovat varhaisimmat ja yleisimmät oireet, joiden vuoksi asiakas hakeutuu muistineuvolaan tutkimuksiin. Kognitiivisen suoriutumisen heikentymistä, sekä sairauden etenemistä arvioidaan vastaanotolla Mini - Mental State Examination- mittarilla (MMSE). Tällä testillä arvioidaan orientaatiota, keskittymiskykyä, tarkkaavaisuutta, muistia ja kielellisiä toimintoja. Näin saadaan yleisarvio suoriutumisen heikentymisestä. Sairauden varhaiseen havaitsemiseen käytetään kognition eri osa-alueiden arvioimiseen tarkoitettua CERAD - testiä. Testin nimen kirjainyhdistelmä muodostuu englanninkielisestä nimestä: The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. CERAD-tehtäväsarjalla arvioidaan seuraavia kognitiivisia toimintoja: sanojen mielempainaminen (testinä sanalistan oppiminen), sanojen muistissa säilyttäminen (sanalistan viivästetty palauttaminen, sanojen tunnistaminen), visuaalisen materiaalin muistissa säilyttäminen (kuvien viivästetty palauttaminen), kielelliset toiminnot (nimeäminen, kielellinen sujuvuus), hahmottaminen (kuvien kopiointi, kellotaulun piirtäminen), toiminnan suunnitelmallisuus ja joustavuus (kellotaulun piirtäminen, kielellinen sujuvuus) Tehtävät ovat tutkimuksissa osoittautuneet luotettaviksi sekä eri tutkijoiden välisessä vertailussa että saman tutkijan toistamina. Muistitehtävä, kielelliset osiot ja piirrostehtävä selittävät kolme neljäsosaa koko tehtäväsarjassa ilmenevästä vaihtelusta (Hänninen, Pulliainen, Salo, Hokkanen, Erkinjuntti, Koivisto, Viramo, Soininen, 1999, Suomen Lääkärilehti,54,(15).)

Alzheimerin tautia sairastavalla asiakkaalla on havaittavissa myös tiedon käsittelyn hidastumista, toimintojen organisoinnin, sujuvuuden ja aloitekyvyn heikentymistä. Omaaloitteisuuden ja suunnittelukyvyn heikentyminen koetaan häiritseväksi päivittäisissä tehtävissä. Nämä seikat ovat usein nähtävissä myös vastaanotolla haastattelu- ja testaustilanteissa, sekä suunniteltaessa asiakkaan jatkohoitoa. (Heimonen 2005, 14.)

Asiakas voi tuntea myös kiihtymystä tai levottomuutta, jotka voivat olla seurausta turhautumisesta ja epäonnistumisen tunteesta tehtäväsarjoja tehtäessä. Lisäksi voi esiintyä liikkeiden hidastumista ja epävarmuutta, sekä vaikeuksia vaativissa ja uusissa tehtävissä. Lisäksi varhaisessa vaiheessa asiakkaasta näkyy stressioireita uupumusta ja alavireisyyttä. Alzheimerin tautiin liittyy myös kielellisten toimintojen heikentyminen. Omainen voi kertoa tutkimuksiin saapuneen asiakkaan puhumisen vuolauden heikentyneen ja puheen sisällön köyhtyneen. Taudin varhaisessa vaiheessa vaativampi kirjallinen ilmaisu, käsitteiden käyttö ja sanojen löytäminen alkavat heikentyä. Puheen, kirjoituksen ja lukemisen perustaidot voivat olla normaallit. Muisti on kuitenkin koko sairauden ajan vaikeimmin häiriintynyt älyllisen toiminnan osa-alue. (Heimonen 2005,15,16.)

Alzheimerin taudin edetessä voi sairastuneella ilmetä erilaisia vaikeita käytösoireita. Asiakkaan kohtaamistilanteissa hoitajan tulee suhtautua niihin asiaankuuluvalla tavalla. Käytösoireen aiheuttaessa häiritsee hoito- tai tutkimustilanteissa on pyrittävä rauhallisesti ymmärtämään syytä kyseiselle käytökselle. Aluksi selvitetään, että mikä aiheuttaa esimerkiksi aggressiiviseen käyttäytymiseen. Sen jälkeen hoitajan on helpompi tilanteeseen sopivalla luovalla tavalla keskeyttää sopimaton käyttäytyminen ja suunnata asiakkaan huomio uuteen asiaan. (Hellen 1998, 195 – 226.)

Kysymyksessä on parantumaton sairaus, jossa voidaan lääkityksellä kuitenkin vähentää kognitiivisia oireita, lievittää käytösoireita ja tukea toimintakykyä. (Alhainen 2002, 451.)

Vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin dementian muoto. Kliinisesti taudinkuva voi olla monimuotoinen. Vaskulaarista dementiaa sairastavalla henkilöllä voidaan todeta infarktien sijainnista riippuen toispuolihalvaus, kävelyn häiriö tai näkökenttäpuutos. Yhteistä vaskulaarisille dementia-tilanteille on taudin portaittainen eteneminen. Muistihäiriö on usein lievempi kuin Alzheimerin tautia sairastavilla. (Lupsakko, Joiniemi, Karhu, Remes 2005,11.)

Lewyn kappale – tautia sairastavan oireisiin kuuluvat kognitiivisten toimintojen, tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. Hänellä on myös selväpiirteisiä ja yksityiskohtaisia visuaalisia hallusinaatioita Potilaalla esiintyy lisäksi parkinsonismia, kuten kävelyvaikeuksia ja hidaslärkeisyyttä. (Lupsakko ym 2005,11.)

Frontotemporaalinen degeneraatio on yleisnimitys ryhmälle oireyhtymiä, joissa aivojen otsalohkon toiminta heikkenee. Sairastuneella oireina ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset, sekä kielelliset häiriöt. Henkilön muisti on alkuvaiheessa paremmin säilynyt. Oireisto alkaa yleensä nuorella iällä, 45 - 65 vuotiaana, joten työikäisistä dementiapotilaista 10-15 % sairastaa otsalohkodementiaa. (Lupsakko ym. 2005,11.)

Muita dementoivia sairauksia ovat **Parkinsonin tautiin liittyvä dementia, alkoholin aiheuttama dementia ja hydrokefalukseen liittyvä dementia.** (Lupsakko 2005,11.)

2.2 Muistihoitajan toimenkuva maakuntamme muistineuvolassa

Taina Lupsakon ym. (2005, 12) mukaan muistipoliklinikka on tarkoitettu kaikille, jotka epäilevät itsellään tai läheisellään dementoivaa sairautta. Tutkimuksiin hakeutumisen kynnyks tulisi pitää mahdollisimman matalana, esimerkiksi siten, että asiakas voi itse varata ajan muistipoliklinikalta ilman erillistä lähetettä.

Kainuussa on ryhdytty parantamaan muistisairaiden hoitoa ja varhaista hoitoon pääsyä perustamalla perusterveydenhuoltoon muistineuvoloita vuonna 2004. Perusterveydenhuollon muistipoliklinikasta käytetään maakunnassamme nimitystä muistineuvola, koska poliklinikka – nimike mielletään usein erikoissairaanhoidon hoitoyksiköksi. Vuonna 2004 Kainuun Dementiayhdistys ry:n Kunnon Savotta hankeen voimin alettiin jokaiseen kuntaan kouluttamaan muistihoitajia. Muistineuvolassa toimiva muistihoitaja on perusterveydenhuollon työsuhteessa oleva terveyden- tai sairaanhoitaja, joka on saanut täydennyskoulutuksen tehtävänsä oman ammattitutkintonsa lisäksi. Muistihoitajat on nimetty tehtävään oman halukkuutensa perusteella. Kainuussa muistineuvolavastaanottoa pidetään vain yhtenä päivänä kuukaudessa, joten hoitajat tekevät päätyötään kotihoidossa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. (Leskinen 2005,14).

Koulutusvaiheessa toteutetaan vastaanottotoimintaa, jossa Kainuun kuntien muistihoitajat tekevät työtään yhdessä hankkeen muistivastaavan kanssa. Yhdessä tehden hankkeen ja kuntayhtymän toimijat ovat saaneet tietoa toiminnan onnistumisesta, toimintatavoista ja muista muistisairaiden hoidon laadun kehittämiseen liittyvistä asioista. Suurin osa Kainuun muistihoitajista on entisiä dementiayhdyshenkilöitä. Dementiayhdyshenkilönä toimiessaan he saivat perustietoa dementoivista sairauksista ja osallistuivat yhteisiin tapaamisiin, joissa koulutusaiheet vaihtelivat. Haasteeksi muistihoitajaksi kasvamisessa on koettu valtava muistihäiriö- ja dementiatiedon määrä. Tiedosta on osattava poimia ohjauksessa tarvittava olennainen tieto yksilöllisesti kunkin asiakasperheen tarpeiden mukaan. (Leskinen 2005,14).

Perusterveydenhuollon muistineuvolassa tehdään alkukartoitukset ja tarvittaessa järjestetään jatkotutkimukset tai ohjataan asiakas erikoissairaanhoidon. Muistineuvolassa muistihoitaja tekee muistitestejä asiakkaille. Hän antaa ohjausta ja neuvontaa sairastuneelle ja hänen omaisilleen vastaanotolla tai puhelimitse. (Siltala 2005, Alzheimer-keskusliitto ry, [www. Alzheimer.fi/doc/muistihoitajat](http://www.Alzheimer.fi/doc/muistihoitajat).)

Maakuntamme muistineuvolassa tehdään myös ensimmäisen vastaanottokäynnin yhteydessä anamneesi, eli selvitetään asiakkaan esitiedot. Dementiapotilaalta itseltään on anamneesin saaminen usein vaikeaa, joten omaisen apu on tarpeellinen. Asiakkaalta ja usein mukana olevalta omaiselta tiedustellaan syitä, miksi he ovat kyseisessä tapauksessa huolissaan muistiasioista. Kartoitetaan mahdolliset sairaudet, lääkkeiden ja päihteiden käyttö, sekä pään kohdistuneet vammat. Keskustelun jälkeen tilannetta tarkennetaan omaiskyselyllä, jonka pohjana käytetään siihen tarvittavaa lomaketta. Asiakasta tutkitaan CERAD – tehtäväsarjan avulla, joka myös sisältää MMSE – testin. Depressioseula tehdään myös tarvittaessa. Muistihäiriöt voivat johtua pidempiaikaisesta masennuksesta, jota ikääntynyt pottee useinkin yksinäisyydestä ja sairauksistaan johtuen. Muistihoitaja laatii lähetteen laboratorio tutkimuksiin. Tärkeimmät verikokeista tehtävät tutkimukset ovat perusverenkuva, kalium, natrium, kalsium, verensokeri, kreatiniini, ALAT, TSH, B12-vitamiini. Verikokeiden avulla selvitetään asiakkaan hoitoa edellyttäviä tiloja. Lievä anemia ei aiheuta älyllisiä toimintahäiriöitä, mutta se saattaa viitata puutostilaan, krooniseen tulehdustautiin tai ravitsemuksellisiin tekijöihin, joilla on merkitystä oireiston kannalta. Elektrolyyttimuutoksista erityisesti kalsiumtasapainon häiriöt voivat pidempään jatkuvina aiheuttaa muistihäiriöitä. Sokeriaineenvaihdunnan muutoksiin liittyy älyllisen toimintakyvyn muutoksia. Toistuvat hypoglykemia (alhainen verensokeriarvo) tai jatkuva hyperglykemia (korkeat verensokeriarvot) saattavat johtaa pysyviin

kognitiivisiin häiriöihin. Hypotyreoosin (kilpirauhasen vajaatoiminnan) ja B12 - puutoksen varhainen toteaminen on tärkeää, koska ajoissa aloitettu hoito estää tilanteen pahenemisen ja pysyvien vaurioiden syntymisen. Pieni B12- vitamiiniarvo on tyypillinen laboratoriolöydös muistihäiriöpotilailla. B12-vitamiinin puutos voi aiheuttaa neurologisia oireita ilman veren-
kuvan muutosta. B 12-vitamiinin puutosta todetaan useammin Alzheimerin tautia sairastavilla, kuin väestöllä keskimäärin (Erkinjuntti ym. 2002, 343,344).

Muistihoidajalla on mahdollisuus vaikuttaa muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Muistihoidajan toimenkuva sivuaa kansanterveyshoitajan työtä. Muistihoidajuus voisi olla tulevaisuudessa lasten vähentyessä terveydenhoitajien työaluetta. Muistihoidaja tapaa asiakkaita, joilla on riski tulevaisuudessa sairastua muistisairauteen. Korkea kolesteroli, korkea verenpaine ja hoitamaton aikuistyyppiin diabetes ovat Alzheimerin taudin riskitekijöitä.(Erkinjuntti 2002,123).

Siltalan (2005) mukaan muistihoidaja tekee tarvittaessa muistineuvolasta kotikäyntejä, jotka tukevat muistisairaana kotona selviytymistä. Maakunta – kuntayhtymän muistihoidajista osa toimii päätoimisesti kotisairaanhoidajana. Muistisairaana perhe tulee todennäköisesti tarvitsemaan sairauden edetessä kodin ulkopuolista apua. Kotisairaanhoidaja voi tarjota kotikäynneillään muistineuvolapalveluja tai muistineuvolavastaanotolla kotihoidon palveluja. Asiakkaan on helpompi tulla muistineuvolavastaanotolle, kun hoitaja on entuudestaan tuttu kotisairaanhoidaja. Samoin hoitajaa auttaa havaitsemaan muutokset asiakkaan muistin tilassa, jos asiakas on entuudestaan tuttu kotisairaanhoidon palvelujen kautta. Vuodeosaston hoitaja toimii myös Kainuussa muistihoidajana. Näin hän saa päivitettyä tietoa muistisairaiden hoidosta, ja pystyy hyödyntämään osaamistaan vuodeosastolla tapahtuvaan hoitoon ja jakaa tietoa muulle osaston henkilökunnalle. (Leskinen 2005,15).

Taina Lupsakon (2005,13) ohjeistuksen mukaan perusterveydenhuollon muistineuvola voisi toimia koulutus- ja konsultaatiotukena alueen dementiahoitoyksiköille, hoitohenkilökunnalle, omaisille ja omalääkäreille. Siltala (2005) tähdentää, että muistineuvolatoimintaan sisältyy myös erilaisten tukimuotojen kehittäminen yhteistyössä eri palveluntuottajien kanssa. Kunnan Savotta – hankkeen muistivastaava Merja Leskinen toteaa Muisti – lehden artikkelissaan (4/2005, 15), että olisi ihanteellista, jos Kainuun kunnissa toimisi kokopäiväinen muistihoidaja, joka vastaisi oman lähialueensa muistihäiriö- ja dementia-työn koordinoinnista.

Kainuussa muistineuvolassa tapahtuva hoitotyönkirjaaminen toteutetaan siten, että vastaanotoista dokumentoidaan yhteenveto yleisterveydenhuollon sivuille ATK – järjestelmään. Näin parannetaan tiedon kulkua asiakkaan kanssa tekemisissä olevalle koko hoitohenkilöstölle. Mikäli asiakas saa lähetteen jatkotutkimuksiin, testitulokset ja muut taustatiedot lähetetään asiakkaan suostumuksella postitse jatkotutkimuspaikkaan, kuten neurologille. (Leskinen, 2005, 16.)

Lupsakon ym.(2005,12) ohjeissa lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle korostetaan, että valtaosa dementiaepäilyistä voidaan tutkia ja hoitaa perusterveydenhuollossa, jos käytettävissä on neurologin tai geriatrin palvelut. Erikoislääkärin palvelut voivat olla joko omana toimintana tai ostopalveluina Kainuussa ei kuitenkaan ole perusterveydenhuollossa geriatria tai neurologia, joten muistihoitaja varaa ajan terveyskeskuslääkärille, joka laboratoriotutkimusten vastausten, muistihoitajan lausunnon ja omien havaintojensa jälkeen kirjoittaa lähetteen Kainuun keskussairaalan neurologian poliklinikalle. Siellä erikoissairaanhoidon neurologi lähettää potilaan aivotutkimuksiin. Muistineuvolaan keskitetään nimenomaan muistihäiriösairauksien perustutkimukset, hoidon suunnittelu ja jatkoseuranta.

Alzheimerin taudissa lääkkeiden avulla toteutettava hoito vaatii erityisperehtyneisyyttä, on suositeltavaa, että nämä potilaat kävisivät muistipoliklinikan seurannassa vähintään kerran vuodessa. Maakunnassamme toteutetaan käytäntöä, jossa kolmen kuukauden kuluttua Alzheimer- lääkityksen aloittamisesta asiakas käy muistineuvolassa kontrollikäynnillä. Mikäli lääkityksestä on seurannut haittavaikutuksia tai sillä ei ole päästy toivottuun tulokseen muistihoitaja ohjaa asiakkaan lääkäriin. Myös vaikeasti käytösoireisten dementiapotilaiden seuranta on syytä järjestää muistipoliklinikalla, kunnes käytösoireet saadaan hallintaan. Näin tuetaan omaisten jaksamista ja siirretään laitoshoitoon joutumista. Tarvittaessa dementiapotilas voidaan lähettää myöhemminkin konsultaatioon muistipoliklinikalle, jos potilasta hoidettaessa ilmenee erityisongelmia.. (Lupsakko ym, 2005, 13.)

Lupsakon ym. (2005, 14-15) ohjeissa todetaan, että toimiva muistipoliklinikka vaatii riittäviä henkilöstö-, tutkimus-, ja tilaresursseja. Kainuun maakunta – kuntayhtymässä on vain kaksi muistihoitajaa yhtä kuntaa kohden. Aikaa vastaanotto toimintaan on varattu yksi päivä kuukaudessa. Myöskään vakituisia tiloja ei ole osoitettu muistineuvolavastaanottoa varten, vaan terveyskeskuksen tiloista etsitään jokin vapaana oleva huone aina kulloinkin tähän tarkoitukseen. Ohjeiden resurssimääritelmään verraten voi todeta, että Kainuussa toteutetaan muisti-

sairaiden hoitamista minimiresursseilla. Toimintaan tarvittaisiin ohjeiden mukaan vähintään asiaan perehtynyt lääkäri ja muistihoitaja, sekä heidän käyttöönsä varatut työskentelytilat. Jos lääkäri on yleislääkäri, tarvittaisiin hoitotiimiin mukaan konsultoiva geriatrian tai neurologian erikoislääkäri. Tämä voitaisiin hankkia joko konsultaationa tai ostopalveluna. Tutkimusresursseihin kuuluvat laboratorio- ja kuvantamiskapasiteettia.. Yleensä tarpeelliset laboratoriotutkimukset tehdään omalla terveysasemalla, kuten maakunnassammekin Aivojen röntgenkuvaus hankitaan ostopalveluina erikoissairaanhoidosta tai yksityiseltä palveluiden tuottajalta. Kainuun keskussairaalan palveluja käytetään näihin melkein poikkeuksetta, joskus harvoin yksityisen lääkäritalon röntgen-laitteistoa.. Erityistapauksissa tarvitaan myös neuropsykologisia testauksia.

Päätavoitteena on asiakkaan varhaiseen diagnosointiin ohjaaminen. Sekä potentiaaliset asiakkaat, että ammattilaiset, on informoitava muistineuvolan käytännöistä. Tällöin potilaat ja heidän omaisensa osaavat ottaa yhteyttä oikeaan paikkaan. Näin myös ammattilaiset tietävät ohjata vähäisenkin epäilyn perusteella potilaat tarpeeksi ajoissa jatkotutkimuksiin. (Lupsakko ym, 2005, 14.)

Harjoitteluni aikana muistihoitajat kertoivat huolestuneisuutensa siitä, että diagnosointia hidastaa maakunnassamme vallitseva lääkäripula. Pienemmistä kunnista voi puuttua oma lääkäri kokonaan, joten palvelu toteutetaan ns. keikkalääkäriin avulla. Myös erikoissairaanhoidon neurologianpoliklinikalle on pitkät jonotusajat, mikä ei myöskään edistä varhaista hoidon aloittamista.

Muistisairauksista ja muistineuvolatoiminnasta tiedottaminen kuuluu myös muistihoitajien toimenkuvaan. Informaatiovälineinä voi käyttää esim. paikallislehteä ja – radiota sekä terveyskeskuksen kotisivuja internetissä. Kunnan Savotta – hanke tiedottaa muistineuvola toiminnasta myös yleisötapahtumissa ja eri järjestöjen tilaisuuksissa. Luentotilaisuudet yleisölle vaikkapa potilasyhdistyksissä ja eläkeläisjärjestöissä ovat hyvä informaatiokanava. Tiedotusopasteita kannattaa laittaa yleisötiloihin ja lähettää myös yhteistyökumppaneille. Vanhuspalveluhenkilöstöä voi informoida koulutustilaisuuksien tai sisäisten tiedotteiden välityksellä. (Lupsakko ym. 2005, 14.)

3 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Kainuun maakunta - kuntayhtymän muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatoiminnasta. Aineistoa tutkimukseen on kerätty merkityksellinen tapahtuma – tekniikan avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Kainuun Dementiayhdistyksen Kunnan Savotta – hankkeelle. Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella kehittämishanke saa tietoa, jota se voi hyödyntää muistihoitajien koulutuksessa ja muistineuvolatoiminnan kehittämisessä. Opinnäytetyön avulla voin syventää omaa ammatillista kehittymistäni toimiakseni sairaanhoitajana kotihoidossa, jossa tuetaan ikääntyvien muistisairaiden kotona asumista.

Tutkimustehtävänä on kuvata:

Muistihoitajien merkityksellisiä tapahtumia muistineuvolatyössä.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyössä on käytetty laadullista, eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tämä tutkimus soveltuu muistihoitajien kokemusten tutkimisen. Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen, jolloin tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvaamaan syvällisemmin ja mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen tarkoituksena on löytää ja paljastaa tosiasioita. Muistihoitajat ovat kuvaileet aitoja, mieleenpainuvia, heille merkityksellisiä tapahtumia työstään. (Hirsjärvi 2005, 152,155.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen suunnittelussa ovat jo periaatteena väljyys ja jousto, johon hyvin täsmällinen suunnittelu ei sovellu. Opinnäytetyön tekijänä en pysty ennakoimaan kaikkia tutkimusprosessin tapahtumia, koska kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston kokoaminen ja käsittely muodostavat niin monimuotoisen prosessin, että sitä ei voi täysin etukäteen suunnitella. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen, 1997, 45.)

Hirsjärven ym. (2005,155) ja Paunonen – Vehviläinen ym. (1997,155) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien kohdejoukko on yleensä pieni ja valittu tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotoksella. Tutkimukseen osallistuvien määrä voi vaihdella tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Tutkimuksen tarkoitus ja aineistonkeruutapa vaikuttavat siihen, paljonko tutkittavia henkilöitä tarvitaan, yleensä tutkittavien määrä jää pieneksi. Tässä opinnäytetyössä on tutkittu ainoastaan Kainuulaisten muistihoitajien kokemuksia, joten aineistoa ei ole kerätty muilta ilmiöön liittyviltä henkilöiltä, kuten asiakkailta tai omaisilta. Aineisto on koottu luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja muistihoitajat ovat olleet tiedonkeruun instrumenttina. Aineiston hankinnassa käytetty metodia, jossa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät hyvin esille, koska tutkittavilla on omia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Paunosen – Vehviläisen ym. mukaan ihmisten omiin kokemuksiin ja niiden kuvauksiin perustuvan tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan käyttää hoitotyön kehittämiseen.

Hirsjärven ym. (2005, 171) teoksesta ilmenee, että aineistosta ei ole tarkoitus tehdä tilastollisia päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Päätelmiä ohjaa aristoteelinen ajatus, että yksityisessä toistuu yleinen. Näin ollen tutkimalla yksityistä tapausta riittävän tarkkaan saadaan näkyviin se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla .

Paunosen - Vehviläinen ym. (1997,152) kirjassa todetaan, että kvalitatiivisen tutkimusperinteen sisällä on lukuisia erilaisia lähestymistapoja ja metodeja. Fenomenologiseen filosofiaan pohjautuva fenomenologinen menetelmä soveltuu sellaiseen tutkimukseen, jonka tavoitteena on ihmisten kokemusten kuvaaminen. Ollaan siis kiinnostuneita siitä, miten ihminen kokee ilmiön, johon hän on suhteessa. Tässä opinnäytetyössä ilmiö on muistineuvolatyö, johon muistihoitaja on suhteessa.

Ihmisen tietyistä ilmiöistä tekemät havainnot ja hänen ilmiötä koskeva ajattelunsa ovat fenomenologisen tutkimuksen mukaan intentionaalisia. Se tarkoittaa sitä, että havainnot suuntautuvat tarkoituksellisesti johonkin ja että havaintojen kohteelle annetaan ajattelun avulla merkityksiä. Merkitys on aina lähtöisin jostakin havaittavasta. Fenomenologisen ajattelun mukaan ihminen voi vapaasti antaa havaitsemalleen merkityksiä. Eri ihmiset kokevat saman havaittavan asian eri tavoin, ja antavat siis havaitsemalleen ilmiölle erilaisia merkityksiä. Fenomenologista metodia käyttävä tutkija on kiinnostunut juuri niistä merkityksistä, joita ihmiset ilmiölle antavat. (Paunonen ym. 1997, 154) .

Juha Perttulan (2005, 11-117) mukaan fenomenologinen erityistiede pitää kokemusta suhteena. Kokemus sisältää tajuavan subjektin ja tajunnallisen toiminnan, sekä kohteen, johon tuo toiminta suuntautuu. Perttulan mielestä on luontevaa kutsua kokemusta merkityssuhteeksi, joka liittyy subjektin ja objektin yhdeksi kokonaisuudeksi. Hän siteeraa kirjassaan Lauri Rauhala, joka kuvaa elämäntilannetta, eli situaatiota todellisuutena, johon ihminen on suhteessa. Kokemusta tutkittaessa on ajateltava, että millaisista todellisuuksista elämäntilanteet voivat koostua. Perttula kuvaa, että elämäntilanne merkityksellistyy, jonka tajunnallinen toiminta ymmärtää.

4.1 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen yleistymisen myötä ovat yleistyneet myös persoonallisiin dokumentteihin perustuvat tutkimukset, joissa pyritään ymmärtämään toimijoita heidän itsensä tuottamien kertomusten kautta. Tiedonkeruumenetelmänä voidaan käyttää muun muassa kirjeitä. (Hirsjärvi ym. 2005, 206; Tuomi & Sarajärvi 2002, 73).

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä on käytetty muistihoitajien kirjeitä. Kirjeet toimivat näin persoonallisina dokumentteina aineistolle ja tutkittavien näkökulma pääsee niissä hyvin esille. Koska laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistykseen, on tärkeää valita tutki-

muksen tiedonantajiksi henkilöt, joilta oletetaan saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88.)

Aineiston koko määräytyi opinnäytetyötutkimuksessa sen mukaan, kuinka monta muistihoitajaa on Kainuun maakunta – kuntayhtymän palveluksessa. Tiedonantajien valinta oli siis tarkoituksenmukaista ja harkittua. Muistihoitajat ovat parhaita tiedonantajia, koska he ovat muistineuvolatyön ytimessä, ja omaavat siten kokemuksia ja tietoa toiminnasta.

Kainuun maakunta – kuntayhtymän 17 muistihoitajaa saivat kirjeen, josta ilmeni tiedot opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta. Kirjeessä kannustettiin heitä vastaamaan perusteellalla, että tavoitteena on saada nimenomaan heidän omakohtaisia kokemuksia alkuvaiheessa olevasta työnkuvasta. Vastauksien saamisen tärkeyttä korostettiin sillä, että tavoitteena on kehittää Kainuun muistineuvolatoimintaa. Kyselyyn pyydettiin vastaamaan kaksivaiheisesti, ensin muistihoitajien tehtävänä oli kirjoittaa kokemuksistaan muistineuvolatyöstä vapaamuotoisesti. Toisessa vaiheessa heidän tuli tarkemmin kuvailla yksi heille merkityksellisen tapahtuma muistineuvolatyöstä. Vastauskirjeitä palautui viisi kappaletta, joissa oli muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä. Kahdessa vastauskirjeessä oli vastattu myös merkityksellinen tapahtuma – tekniikalla. Aineisto jakautui kahdeksi eri opinnäytetyöksi. Toinen opinnäytetyö käsittelee muistihoitajien vapaamuotoisia kokemuksia ja tämä opinnäytetyö muistihoitajien merkityksellisiä tapahtumia muistineuvolatyöstä.

Merkityksellise tapahtuma (critical incidens) – tekniikan kehittäjä on Flanagan (1954), joka käytti sitä tutkiessaan toisen maailmansodan lentäjien koulutusta. Menetelmää on käytetty hoitotyössä eri tavoin tutkimuksessa ja koulutuksessa. Merkitykselliset tapahtumat – tekniikkaa on käytetty hoitotyön fenomenologisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä, jolloin analyysi on suoritettu eri metodeilla, useimmiten kvalitatiivisesti. Merkityksellisten tapahtumien analyysi nähdään erityisen hyödyllisenä vuorovaikutustaitojen ja itsearvioinnin oppimisessa ja kehittämisessä. (Mikkonen 1999, 13 - 14.)

4.1 Aineiston analyysi

Fenomenologisessa tutkimuksessa tulokset syntyvät empiirisestä aineistosta tutkijan ajatus-työn tuotteenä. Myös opinnäytetyöntekijä järjestää ja erittelee tutkimuksella saatua aineistoaan, sekä suhteuttaa osia kokonaisuuksiin ja tekee tulkintoja. Analyysi on eräänlaista kvalitaatiivista sisällönerittelyä, jossa tutkimuksen tarkoitus ja aineisto ohjaavat analyysin kulkua. (Paunonen ym. 1997, 157.)

Aineiston analyysimenetelmänä on tässä opinnäytetyössä käytetty soveltaen Colaizzin (1978) kehittämää fenomenologista menetelmää. Perustelen valintaani sillä, että Colaizzin mukaan hänen kuvaamaansa analyysiä ei tarvitse noudattaa orjallisesti. Tutkija voi soveltaa sitä tarkoituksen mukaisesti ja joustavasti riippuen tutkittavasta ilmiöstä ja lähestymistavasta. Colaizzin menetelmää on sovellettu hoitotieteessä ja sitä on pidetty tarkoituksenmukaisena tutkittaessa aineistoja, jotka sisältävät yksilöiden kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin tavoitteena on tuottaa eri vaiheiden kautta kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sen käyttö on perusteltua myös siksi, että sen avulla saadaan subjektiivista tietoa muistihoitajien kokemuksista. (Turunen, Perälä, Meriläinen 1994, 9 ; Åstedt – Kurki & Nieminen 1997,157 ; Mikkonen 1999, 19.)

Colaizzin mukaan analyysi etenee seuraavasti :

1. Luetaan kaikki vastaajien kuvaukset niiden sisällön ymmärtämiseksi. Pehdytään tutkittavien kuvauksiin kokonaiskäsityksen muodostamiseksi. Toteutin tämän vaiheen lukemalla kirjeissä olevat kuvaukset useaan kertaan, että sain kokonaiskuvan muistihoitajien kokemuksista. Kokosin ne muistihoitajien kokemusten alkuperäiskuvaukset, jotka liittyivät olennaisesti aiheeseen. (Liite 1)
2. Poimitaan kuvauksista ilmaisut, jotka ovat tärkeitä tutkittavan ilmiön kannalta. Tärkeät ilmaisut voidaan esittää käsitteellisesti yleisemmällä tasolla kuin mitä kukin yksittäinen vastaaja on ne kuvannut. (Liite 2)

Esimerkkejä :

”Koska olen muistihoidajana alkutaipaleella kaikki ylimääräinen...”/ aloitteleva työntekijä

”Jouduimme sovittelemaan kuka ketäkin ottaa ja miten edetään.” / työnjaosta sopiminen

”En tiedä onnistuinko...toivon, että hän ymmärtää, että tarkoitus on hänen parhaaksi.” / epävarmuuden tunne onnistumisesta.

3 Paljastetaan tutkittavien kuvauksissa implisiittisesti (epäsuorasti tai välillisesti ilmaiseva) olevat merkitykset. Verrataan muodostettuja merkityksiä alkuperäisiin kuvauksiin, jotta ei kadoteta yhteyttä niihin. Analyysin tämän vaiheen toteutin muotoilemalla ilmaisuista esiin tulevat tutkittavaan ilmiöön liittyvät olennaiset asiat, joita tuli 60 kappaletta. (Liite 3)

Esimerkkejä:

Vajaan kahden vuoden työkokemus

Epävarmuuden tunne onnistumisesta

Pohtiminen

Oman työn analysointi

Vähäinen työkokemus

Kuunteluoppilana oloa

Työaikojen noudattaminen

Työnjaosta sopiminen

Suunnitelmienmukaisesti eteneminen

Toimiva työnjako

Tilanteiden purkaminen sopimalla asioita

Tarkkuus työssä

Panostus päällekkäisyyksien vähentämiseksi

Poikkeavien tilanteiden hallinta

Ennakkojärjestelyt

Aloitteleva työntekijä

4. Ryhmitellään yhteenkuuluvat muodostetut merkitykset teemoihin, verrataan teemoja alkuperäisiin kuvauksiin, sekä pyritään tunnistamaan ristiriitoja teemojen välillä ja sisällä. Teemoja muodostui yhteensä kymmenen: 1. Työkokemus muistihoitajan työstä. 2. Muistihoitajan suunnitelmallisuus muistineuvolatyössä. 3. Muistihoitaja oman työnsä arvioijana. 4. Kommunikaatio muistineuvola-asiakkaan auttamismenetelmänä. 5. Muistineuvola-asiakkaan hoidon tarpeen arviointi. 6. Muistihäiriöisen hoitoprosessin vaiheet. 7. Muistineuvolavastaanottilanteeseen osallistujat. 8. Muistineuvolan toimintaympäristö. 9. Ajan puute muistineuvola työssä. 10. Muistihäiriön vaikutus asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteeseen. (Liite 4)

Esimerkki teemojen 1-3 muodostamisesta :

1. Työkokemus muistihoitajan työstä

Vajaan kahden vuoden työkokemus

Vähäinen työkokemus

Kuunteluoppilana oloa

Aloitteleva työntekijä

2. Muistihoitajan suunnitelmallisuus muistineuvolatyössä

Työaikojen noudattaminen

Työnjaosta sopiminen

Suunnitelmienmukaisesti eteneminen

Toimiva työnjako

Tilanteiden purkaminen sopimalla

Panostus päällekkäisyyksien vähentämiseksi

Ennakkojärjestelyt

Poikkeavien tilanteiden hallinta

Tarkkuus työssä

3. Muistihoitaja oman työnsä arvioijana

Oman työn analysointi

Pohtiminen

Epävarmuuden tunne onnistumisesta

5. Yhdistetään alustavat tulokset tutkittavaa ilmiötä kuvaaviksi kokonaisuuksiksi. Edellisessä vaiheessa muodostetuista teemoista muodostui yhdistämällä neljä kokonaisuutta: **1. Muistihoitajan ammatillinen osaaminen:** työkokemus muistihoitajan työstä, muistihoitajan suunnitelmallisuus muistineuvolatyössä ja muistihoitaja oman työnsä arvioijana **2. Muistineuvolassa käytettävät auttamismenetelmät:** kommunikaatio muistineuvola-asiakkaan auttamismenetelmänä, muistineuvola-asiakkaan hoidon tarpeen arviointi, muistihäiriöisen hoitoprosessin vaiheet ja muistineuvolavastaanottotilanteeseen osallistujat **3. Muistineuvolatoiminnan ajankäyttö- ja toimitilaresurssit:** ajanpuute muistineuvolatyössä ja muistineuvolan toimintaympäristö **4. Muistihäiriön ja dementian vaikutus muistineuvola-asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteeseen.** (Liite 5)

Esimerkki :

1. Muistihoitajan ammatillinen osaaminen

Työkokemus muistihoitajan työstä

Muistihoitajan suunnitelmallisuus muistineuvolatyössä

Muistihoitaja oman työnsä arvioijana

Jne.

6. Pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä yksiselitteinen yhteenveto, josta ilmenee tutkittavan ilmiön olennainen rakenne aineiston perusteella kuvattuna. Kuitenkaan en aineiston analyysin tässä vaiheessa pakottanut edellistä neljää ryhmää yhdeksi yhdistäväksi kategoriaksi. Tulosten tarkastelua - kappaleessa esitän muistineuvola vastaanoton onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, jotka tulevat aineistosta esille. Colaizzin analyysimenetelmässä annetaan tutkittavan arvioida yhteenvettoa suhteessa alkuperäisiin kokemuksiin. Tulosten validointi toteutetaan palauttamalla ja peilaamalla alkuperäisdataan. Opinnäytetyön tulokset esitän muistihoitajille, jotka voivat esitystilaisuudessa antaa halutessaan palautetta tuloksista. (Turunen, Perälä, Meriläinen 1994, 10; Åstedt – Kurki & Nieminen 1997,157; Mikkonen 1999, 19.)

4.3 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään, jotka ovat tiedon hankintaan liittyvät kysymykset ja tutkittavien suojaan liittyviin seikkoihin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jota tämän opinnäytetyön tutkimustapa edustaa, tärkeimmät eettiset periaatteet ovat siis tiedonantajan vapaaehtoisuus, vastaajien henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus. Tästä syystä pyrin liittämään tuloksissa esiintyvät alkuperäisilmaisut siinä muodossa, että ne eivät paljasta kuka hoitaja on ne antanut, tai että niistä paljastuisi hoidettavan asiakkaan henkilöllisyys. Tämä tulisi huomioida kun kuvataan jotakin pienen paikkakunnan yksittäistä erityistapausta, koska silloin opinnäyte työstä saattaisi ilmetä arkojakin asioita lukijalle. Muistihoitajien kirjeet hävitän heti polttamalla, kun saan valmiiksi opinnäytetyöni. Tutkijan ja tutkijaorganisaation välinen suhde on myös huomioitava, kun käsitellään tutkimustyön etiikkaa. Työskentelen itse Kainuun maakunta – kuntayhtymän palveluksessa ja olen ollut opiskeluun liittyvässä harjoittelussa kuntayhtymän muistineuvoloissa. Kaikkea kokemaani ja näkemääni en voi eri tilanteissa paljastaa, koska tulee noudattaa vaitiolovelvollisuutta ja eettisiä periaatteita.

Tärkeää on myös ettei opinnäytetyöni millään tavoin vahingoita tiedonantajiani. Tutkittavana olevat muistihoitajat eivät suoranaisesti hyödy tutkimuksestamme, mutta opinnäytetyöni voi parhaimmillaan lisätä heidän tietoisuuttaan ja olla apuna kehitettäessä Kainuun muistihoitajien koulutusta. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39.) Tutkijan on selvitettävä kunkin organisaation lupakäytäntö ja pyytää lupa sen mukaisesti oikealta henkilöltä tai eettiseltä toimikunnalta. Opinnäytetyöni tutkimus liittyy kuntayhtymän muistihoitajiin. Joten olen saanut luvan toteuttaa tutkimukseni Kainuun maakuntakuntayhtymän vanhuspalvelujohtajalta. Opinnäytetyön tekeminen edellyttää myös kirjallisen toimeksiantosopimuksen. Tätä opinnäytetyötä varten on allekirjoitettu yhdessä toimeksiantajan kanssa toimeksiantosopimus keväällä 2006. (Liite 6)

Tutkimusetiikasta puhuttaessa voidaan sanoa, että eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien ja –menetelmien oikea valinta. Lisäksi tutkijan on osattava hakea ohjausta ja neuvoa, jos ei tiedä itse, kuinka toimia. Eettisyyttä on myös oman alan jatkuva seuraaminen ja keskustelut työkavereiden kanssa, opinnäytetyössä muiden opiskelijoiden kanssa. On myös altistuttava kritiikille, koska sen voi nähdä myös kehittävänä. Tutkija, siis tässä tapauksessa opinnäytetyön tekijä on vastuussa aikataulussa pysymisestä. (Vehviläinen – Julkunen 1997, 26 - 32.)

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kainuun maakunta- kuntayhtymän kaksi muistihoitajaa kuvailivat kirjeissään heidän kokemiaan merkityksellisiä tapahtumia muistihoitajan työssä. Molemmat tapahtumat olivat muistineuvolavastaanottotilanteesta. **Muistihoitajat kokivat kyseiset vastaanottotilanteet heille merkityksellisinä, koska niihin liittyi yllättäviä tilanteita ja haasteita hoitotyön onnistumiselle.** Vastauskirjeistä analysoimani alustavat tulokset olen yhdistänyt neljäksi kokonaisuudeksi: **1. Muistihoitajan ammatillinen osaaminen. 2. Muistineuvolassa käytettävät auttamismenetelmät. 3. Muistineuvolatoiminnan ajankäyttö- ja toimitilaresurssit. 4. Muistihäiriön ja dementian vaikutus muistineuvola-asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteeseen.** Esitän tulokset liittäen niihin muistihoitajien kirjeistä poimittuja alkuperäisilmaisuja. Suorat lainaukset on kursivoituina tekstissä.

5.1 Muistihoitajan ammatillinen osaaminen

Muistihoitajien ammatillista osaamista ei kuvattu kirjeissä kaikilta osin. Vastauksissa tuli kuitenkin esille työkokemuksen pituuden vähyys, suunnittelutaidon tärkeys ja oman työn arviointi. Hoitajat kertoivat olevansa vasta-alkajia muistihoitajan työssään. Suunnitelmallisuuden tärkeys nousi kirjeistä esille tärkeäksi vastaanottotyössä. Kertomuksissa tuli esille myös pohdintaa hoitajan omasta toiminnasta kyseisissä tilanteissa.

Työkokemus muistihoitajantyöstä

Muistihoitajat korostivat vastauksissaan työkokemuksen vähyyttä. Jopa merkityksellisen tapahtuman kuvaileminen tuotti vaikeuksia vähäisen työkokemuksen vuoksi. Ylimääräinen häiriö ja sekaannus vaikeutti hoidontarpeen arviointia vasta-aloittaneella muistihoitajalla.

Se on (merkityksellinen tapahtuma) erittäin vaikea kysymys hoitajalle, jolla muistineuvola kokemusta erittäin vähän.

Aluksi täysin kuunteluoppilaana oloa

Koska olen muistihoitajana alkutaipaleella kaikki ylimääräinen sotkee ajatuksia ja suunnitelmia ja vie näin voimia.

Muistihoitajan suunnitelmallisuus muistineuvolatyössä

Vastauksissa korostui työn suunnittelu ja suunnitelmien mukaisesti eteneminen vastaanotto-tilanteen onnistumiseksi. Hoidon tarpeen arviointitilanteessa tehtiin työnjako siitä, kumpi hoitaja ottaa vastaan asiakkaan ja kumpi omaisen. Yllätyksellisissä tilanteita ja sekaannuksia olisi myös hoitajan mielestä pystynyt estämään tai vähentää hyvällä etukäteissuunnittelulla.

Jouduimme sovittamaan kuka ketäkin ottaa ja miten edetään...ettei tarvitse kenenkään muuttaa suunnitelmia hirveästi.

Päädyimme lopulta siihen, että Merja ja opiskelija ottivat omaisen kanssa olevan mummon vastaan...ja minä testaan Ceradilla asiakkaan...ja keskustelen alustavasti.

Soittaisimme edeltävänä päivänä asiakkaalle ja tarkistaisimme, että ajat täsmäävät.

Muistihoitaja oman työnsä arvioijana

Muistineuvolatoiminnan ollessa alkuvaiheessa, muistihoitajien omien työtapojen ja toiminnan pohtimisen vähyys selitettiin työkiireillä ja vähäisellä työkokemuksella. Asiaa sivuttiin kirjeissä suoraan hyvin vähän, mutta työn pohtimista osoittivat muutamat ongelmiin liittyvät ratkaisu- ehdotukset.

En tiedä onnistuinko...toivon, että hän ymmärtää, että tarkoitus on hänen parhaaksi.

Tällaista mietin työntouhun keskellä...en osaa nyt tarkemmin analysoida tekemisiäni.

Seuraavalla kerralla panostaisin siihen, ettei näitä päällekkäisyyksiä syntyisi.

5.2 Muistineuvolassa käytetyt auttamismenetelmät

Hoitajien kirjeistä tuli esille kommunikaatio, eli viestintä keskeisenä asiana asiakkaan auttamisessa. Hoidon tarpeen arviointi kartoittamalla mahdollista muistisairautta ja sairastuneen tukeminen hänen elämäntilanteessaan mainittiin osaksi muistihoitajan toimenkuvaa. Sillä mikä sairauden ja hoitoprosessin vaihe asiakkaalla on meneillään, on vaikutusta myös auttamismenetelmän valintaan. Kaikki vastaanottotilanteeseen osallistujat ovat mukana omalta osaltaan auttamismenetelmissä.

Kommunikaatio muistineuvola-asiakkaan auttamismenetelmänä

Kommunikointi on mukana muistihoitajien kirjeiden perusteella kaikissa tilanteissa. Viestintää oli käytetty esimerkiksi perusteltaessa asiakkaalle jotakin asiaa tai toimintaa. Sovittelutilanteissa asiakkaan ja omaisen välisissä ristiriitatilanteissa. Kommunikaation avulla annettiin tukea ja ohjeita. Muistihoitaja joutui myös ottamaan puheeksi vaikeita asioita, kuten hoitotahto. Viestintää käytettiin myös yhteydenpidossa muihin ammattiauttajiin, siis moniammatillisessa yhteistyössä.

Muistihoitajan tehtävänä oli kertoa asiakkaalle, ettei omainen ”ilkeyttä” ollut vienyt autolla ajamisasiaa eteenpäin.

Vaikea asia oli ottaa puheeksi eli kertoa asiakkaalle hoitotahto asioista, niin että kaikki ymmärtävät mistä siinä on kyse.

Tilanne poiki vielä yhteydenoton kunnan edunvalvojaan.

Muistineuvola-asiakkaan hoidon tarpeen arviointi

Vastaaja teki hoidon tarpeen arviointia testien, tehtäväsarjojen, haastattelun, keskustelun, havainnoinnin ja vuorovaikutuksen avulla. Myös hoitotyön kirjaaminen kuului olennaisesti hoidon tarpeen arvioimistilanteeseen, koska kirjaamisen onnistumisen tärkeys tuli hoitajan kirjeessä esille juuri tässä tilanteessa.

Keskustelen alustavasti...testasin asiakkaan Cerad testillä... MMSE antoi poikkeavan tuloksen.

Oma roolini oli testata asiakas ja toimia haastattelijana.

Tulisi vuorovaikutus olla mutkatonta... joku olennainen juttu voi jäädä huomaamatta/ kirjaamatta.

Muistihäiriöisen hoitoprosessin vaiheet

Muistihoitajat painottivat kuvauksissaan sitä, monesko käyntikerta asiakkaalla oli kulloinkin vastaan otolla. Niitä kuvaamalla saatiin esille sairauden vaihe ja mitä hoitotoimenpiteitä käyntiin kuului.

Asiakkaani oli tulossa ensimmäiselle muistineuvola käynnille.

Jää mieleeni asiakas, joka oli kolmannella käynnillään muistineuvolassa.

Muistineuvolavastaanotolle osallistujat

Tapahtumakuvauksissa sivuttiin henkilöitä, jotka olivat mukana vastaanotolla. Asiakkaat olivat tulleet omaistensa avustamina muistineuvolaan. Muistihoitajan työparina oli ”Kunnon Savotta” – hankkeen muistivastaava, koska meneillään oli vielä muistihoitajan koulutusvaihe. Muistivastaavan kanssa vastaanotolle tuli myös sairaanhoitaja opiskelija.

Merja (muistivastaava) tuli opiskelijan kanssa.

Toinen asiakas omaisensa kanssa tulivat väärällä ajalla.

5.3 Ajankäyttö- ja toimitilaresurssit muistineuvolatoiminnassa

Vastajien mielestä vastaanottoaikoja on liian vähän suhteessa asiakasmäärään. Muistineuvolatyötä muistihoitajat tekevät siihen sillä hetkellä varatussa vastaanottotilassa tai kotikäynteinä asiakkaan luona.

Ajan puute muistineuvolatyössä

Kiire ja ajan vähyys tuli esille, kun kuvauksissa kerrottiin työnjaon suunnittelusta ja korostettiin suunnitelmien mukaisesti etenemisen tärkeydestä. Ajan puutteeseen vaikuttaa myös se,

että hoitajat eivät toimi päätoimisesti muistihoitajina, vaan muussa kuntayhtymän hoitotehtävässä.

Muidenkin työkiireiden vuoksi en muista tarkasti tapahtumia.

Koska ajat ovat tiukassa, kun on pitkät jonot, uusimiseen ei ole heti mahdollisuutta.

Muistineuvolan toimintaympäristö

Muistihoitaja oli kotikäynnillä tehnyt alustavan tutkimuksen muistihäiriöiden selvittämiseksi, jonka jälkeen asiakas saapui tarkempiin hoidontarpeen selvityksiin vastaanotolle. Vastauskirjeissä kuvatut tapahtumat sijoittuivat muistineuvolavastaanottotiloihin.

Kotitestauksissa MMSE antoi poikkeavan tuloksen.

Tilakin ratkesi... , joten tyhjiä huoneita oli poikkeuksellisen paljon.

5.3 Muistihäiriön vaikutus muistineuvola- asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteeseen

Muistihoitajat kohtasivat muistineuvolassa asiakkaita eri muistisairaudensairauden vaiheissa, ja näin ollen eri elämäntilanteissa suhteessa sairauteen. Tapahtumakuvauksissa asiakas oli tullut joko hoitotarpeen arviointiin, tai seurantakäynnille, jolloin asiakasta ja omaista tuetaan hänen elämäntilanteessaan.

Ensimmäisellä muistineuvolakäynnillä ollutta asiakasta haastateltiin ja tutkittiin testien avulla mahdollista muistisairautta. Asiakas jännitti vastaanotolle tuloa ja testin tulosta, sekä oli omaisensa kanssa häpeissään muistiongelmista johtuvista virheistään Muistihoitaja koki tilanteen herkäksi kaikille osapuolille.

Asiakas oli lähes tunnin etuajassa...joutui siis odottamaan...omainen näytti hivenen loukkaantuneelta, koska virhe oli sattunut heille...lähteminen oli ilmeisesti ollut vaikeaa.

Testaustilanne on herkkä tapahtuma kaikille osapuolille...hoitajien työtaakka lisää stressiä ja vaikuttaa samalla herkkiin asiakkaisiin.

Kolmannella muistineuvolakäynnillään olleella asiakkaalla ja hänen omaisellaan oli ristiriitoja, koska heidän oli vaikea myöntää alkuvaiheessa olevaa sairautta. Etenevä sairaus pakotti myös asiakasta pohtimaan tulevaisuutta ja sopeutumaan sairaudesta johtuviin luopumisiin.

Hänelle ja omaiselle oli alussa vaikea myöntää sairautensa... vaikeinta oli myös luopua autolla ajamisesta...sairauden edetessä ajamisesta oli luovuttava...aiheutui ristiriitoja myös omaisen kanssa...asiata käsiteltiin myös muistineuvolassa.

Hän voi ilmaista, miten jatkossa haluaa itseään hoidettavan.

Muistihoitajien kirjeistä ilmeni selkeästi heidän oma huoli siitä, onnistuivatko he auttamaan asiakasta ja hänen omaistaan. Vastaajat kokivat heille merkityksellisinä tapahtumina vastaanottotilanteet, joissa he joutuivat pohtimaan vasta-alkajina työssään onnistumista. Haasteita onnistumiselle toi vähäisen työkokemuksen lisäksi asiakkaan kielteinen suhtautuminen sairauteensa ja asiakkaan muistiongelmista johtuvat vastaanottoaikojen sekaannukset.

Toinen kuvaus sisälsi haasteellisen asiakkaan kohtaamistilanteen. Siinä hoitaja tuki koko perhettä, toimien sovittelijana asiakkaan ja omaisen välillä, koska asiakkaalle tärkeästä asiasta luopuminen oli aiheuttanut ristiriitoja. Hoitajan piti myös ottaa puheeksi vaikeita asioita, kuten hoitotahto. Hoitotahdosta puhuminen oli erityisen vaikeaa jo senkin vuoksi, että asiakas ja omainen vielä osittain kielsivät sairauden olemassa olon. Keskustelussa asiakkaan kanssa hoitaja huomioi myös omaisen, joka oli myös saatava ymmärtämään, että mistä hoitotahdossa on kysymys. Tulevaisuudessa tapahtuvan hoitomuodon suunnittelu muistutti asiakasta sairauden luonteesta, joka on ominaisuudeltaan etenevä.

Toisen muistihoitajan kuvauksessa hoitaja oli kokenut kaaoksen tunnetta, joka johtui vastaanottoaikojen sekaannuksesta. Häiriö vei tarkkuutta ja keskittymiskykyä hoidon arviointitilanteessa niin hoitajalta, kuin asiakkaaltakin. Hoitaja pohti kirjeessään, että estikö ylimääräinen häiriö häntä huomaamasta ja dokumentoimasta olennaisia asioita asiakkaan tilanteesta. Omaisen vaikutti loukkaantuneelta, koska hän koki, että heitä syytetään koko vastaanotto-päivän etenemisen hankaloittamisesta. Muistihoitajan mielestä yllätykselliset tilanteet saatta-

vat aiheuttaa asiakkaalle ja omaiselle ikävän kokemuksen ensimmäisestä muistineuvolakäynnistä, jonka tulisi päinvastoin olla asiakkaalle hänen elämäntilanteeseensa voimavaroja antava kokemus.

6 TULOKSIEN TARKASTELUA

Muistihoitajien kuvaamia merkityksellisiä tapahtumia tutkiessa keskeisiksi asioiksi nousivat ammatillinen taito toimia uudessa toimenkuvassa, muistineuvolassa toteutettavat auttamismenetelmät, käytössä olevat resurssit ajan ja tilojen osalta, sekä muistihäiriön ja dementian vaikutukset muistineuvola-asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteessa. Tarkastelen seuraavaksi edellä mainittujen asioiden merkitystä muistineuvolatyössä ja yleensä hoitotyön auttamistilanteissa.

6.1 Muistihoitajan ammatillinen osaaminen

Ammatillisen kasvun tavoitteena on parantaa suoritusta ja osaamista. Hoitotyössä on totuttu viime vuosien aikana muutoksiin. Toimintaympäristö, työelämä ja jopa ihmiset muuttuvat. Hoitotyön muuttuessa muuttuvat siinä myös osaamisen vaatimukset. Myönteinen suhtautuminen muutoksiin näkyy halukkuutena olla mukana kehittämistoiminnassa. Se näkyy myös sitoutumisena sovittuihin uusiin käytäntöihin ja kokeiluihin. Hoitajat etsivät uutta tietoa ja soveltavat sitä käytäntöön, pitäen itseään ammatillisesti ajan tasalla. (Hildén 2002,29)

Kainuun maakunta – kuntayhtymän 17 terveyden- ja sairaanhoitajaa ovat vapaaehtoisesti lähteneet mukaan muistineuvolatyöhön ja sen kehittämiseen. He ovat lyhyessä ajassa päätyönsä ohella kouluttautuneet muistihoitajiksi. Vastauskirjeissä kuvastui vähäisen työkokemuksen vuoksi hivenen epävarmuutta toimia itsenäisesti vastaanottotilanteissa. ”Työ teki jäänsä opettaa”, niin kuin sananlaskussa todetaan. Susanna Paloniemen (2004,26.) tutkimuksessa vahvistetaan, että työ on sekä tutkimusten, että kehittämis- ja hankekokemustenkin perusteella ammatillisen osaamisen kehittämisessä keskeinen asia. Työssä oppimisen mahdollistuminen on keskeisessä asemassa asiantuntemuksen kartuttamiseksi. Asiantuntijuutta tuo käytännön tuottama kokemus. Käytännön työkokemus lisää hiljaista tietoa, jota on kuvattu toimintavarmuutena, tuntumatietona, intuition, vaistona, näppituntumana ja kätevyysnä. Muistihoitajat pohtivat toimintaansa ja yhdessä kirjeessä oli refleктоiva asenne myös mukana.

Reflektio on kokemuksellisen oppimisen osa-alue, joka yhdistää käytännön kokemukset ja teoreettisen kuvausmallin. Reflektiota pidetään oppimisprosessin keskeisenä vaiheena, jossa kokemuksia tarkastellaan ja arvioidaan tietoisella tasolla ja päädytään tältä pohjalta uudenlaiseen ajatteluun ja toimintaan. (Eklund, 2000, 6.)

Sinikka Ojasen (2000, 71,79) mielestä reflektion avulla ihminen oppii toteuttamaan itseensä kohdistuvaa ajattelua. Reflektion perusedellytys on, että ihminen on avoin sille, mitä löytää itsessään. Sen tavoitteena on itsetiedostus, joka on Ojasen mukaan henkisen kehittymisen ydin. Reflektioimalla selvitetään omakohtaisia kokemuksia, joten se on tutkiskelevaa vuoropuhelua itsen ja ympäröivän todellisuuden kanssa.

Muistihoitajat refleктоivat vastauskirjeissään siten, että he palasivat mielessään vastaanottotilanteeseen pohtien, että mitä silloin tapahtui. He analysoivat tilanteeseen liittyviä tuntemuksiaan ja arvioivat niitä liittäen muihin vastaavanlaisiin kokemuksiin. Parhaimmillaan reflektio on tuottanut uusia näkökulmia muistihoitajan työhön, sekä tarvittaessa tuonut parantavia muutoksia toimintatapoihin vastaanotolla.

Asiantuntijuuden kehittymistä voidaan esittää Dreyfus & Dreyfusin (1986) kuvailun avulla asteittaisena kehittymisenä. **Aloittelijan** toimintaa luonnehtii sääntöjen noudattaminen kaavamaisesti riippumatta tilanteen vaatimuksista. **Kehittyneellä aloittelijalla** on kokemusta suuremmasta tilanteiden joukosta, joten hänen toimintaansa ohjaavat kehittyneemmät säännöt tai periaatteet. Hän alkaa tunnistaa yhdenmukaisuutta vaihtelevissa tilanteissa. **Pätevällä henkilöllä** on paljon kokemuksia erilaisista, joita hän asettaa tärkeysjärjestykseen. Hän kykenee tietojen ja kokemusten hallintaan päätöksenteossa. Hänelle on tyypillistä kasvava vastuuntunto ja emotionaalinen sitoutuminen toimintaan. **Taitajan** ongelman ratkaisu on nopeaa ja joustavaa. Toiminta perustuu uuden tilanteen ja aikaisempien kokemusten yhdenmukaisuuden holistiseen analyysiin. Hänelle on tyypillistä välitön intuitiivinen oivallus. **Asiantuntija** löytää oikeat ratkaisut vaistomaisesti ilman erityisiä ponnisteluja. (Helakorpi & Olkinuora 1997, 74.)

Hildén'in (2002,55) mukaan hoitotyöntekijältä odotetaan myös taitoa suunnitelmalliseen hoitamiseen ja suunnitelmalliseen toimintaan. Tämä pitää sisällään potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun, oman työn suunnittelun, hoitotyön suunnittelun ja koko työyhteisön hoitotyön suunnittelun.

Muistihoitajan on erityisen tärkeää suunnitella vastaanottopäivän kulku etukäteen, koska muistineuvolapäiviä on vain yksi kuukaudessa. Asiakkaan jatkohoitojen suunnittelu ja järjestäminen vievät myös oman aikansa vastaanottoajasta. Muistihäiriöisten asiakkaiden kanssa voi tulla yllättäviä tilanteita, joihin tulee hoitajan suunnitella ratkaisu mahdollisimman joustavasti.

6.2 Muistineuvolassa käytettävät auttamismenetelmät

Muistineuvolatyön ydin on hoitajan ja asiakkaan kohtaamisessa. Ammatillinen vuorovaikutukseen liittyy työn tavoitteiden, menetelmien ja kohteen välisten suhteiden tarkoituksenmukaista pohdintaa. Ammatillisessa suhteessa asiakkaalla, tässä tapauksessa muistihäiriöisellä on itsemääräämisoikeus, jota on kunnioitettava. Muistihoitajan aktiivisen kuuntelun taito, jossa välitetään hyväksyntää ja välittämistä, vapauttaa asiakkaan voimavarat omien ongelmien hyväksyntään, tai jopa ratkaisuun. (Ahonen 1997, 50).

Hoitotyössä kommunikaation keinoin autetaan ja tuetaan asiakkaita. Stewartin mukaan kommunikaatio on psykofyysinen tapahtuma, jonka tehtävänä on tarkoitetun merkityksen esiin tuominen. Toiset teoreetikot korostavat enemmän kommunikaation sosiaalisia tai vuorovaikutukseen liittyviä puolia kuin sen viestin välittämistehtävää. (Sundeen, Stuart; Rankinen, Cohen 1987, 87.)

Hoitotyön tekijä vaikuttaa potilaisiin kaikkien kanavien kautta. Lauri Rauhala (2005, 152-156.) siteeraten voi todeta, että hoitaja on itse hyvin tärkeä komponentti potilaansa situatiossa, eli elämäntilanteessa. Muistihoitaja pyrkii myös toiminnallaan koko ajan vaikuttamaan aktiivisesti potilaan tilaan siten, että siitä tulisi positiivista voimavaraa asiakkaan elämään. Muistihoitaja vaikuttaa potilaaseen muistihoitajana tajunnan välityksellä. Hoitajan tulee toimia siten, että potilaan kokemus voisi muodostua niin tyytyväiseksi, luottamus- ja turvallisuuspotoiseksi kuin se asiakkaan tila huomioon ottaen on mahdollista.

Muistihoitajan tehtävä on pitää huolta muistisairaasta. Patricia Benner (1993, 174,175) kuvailee sairaanhoitajan työssä tapahtuvaa huolenpitoa parantavana voimana. Muistihoitajan toimenkuvaan Bennerin kuvaamasta hoitajan toimintatavoista voi poimia esimerkiksi integroivan huolenpidon ja puolesta puhumisen. Integroivassa huolenpidossa hoitajalla on mer-

kittävä rooli auttaessaan muistisairasta maksimoimaan kykynsä elää mielekästä elämää muistisairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Asiakasta autetaan elämään ilman eristyneisyyden ja merkityksettömyyden tunnetta.

Muistisairas ja hänen perheensä tarvitsevat usein muistihoitajaa puolustamaan oikeuksiaan. Hoitaja voi toimia tulkkina muistisairaana ja lääkärin välillä. Myös tukipalvelujen saanti asiakkaalle edellyttää usein muistihoitajan tukea ja avustusta. Benner (1993) kuvaa tätä puolesta puhumisen voimaksi, koska sillä on suuri merkitys hoidettavan elämäntilanteen kohenemiseksi.

Bennerin (1993) mielestä huolenpidossa on parantavaa voimaa. Hänen mukaansa sairaanhoitajat luovat parantavan suhteen ja ilmapiirin. Tämä muistihoitaja toteuttaa herättämällä toivon itsessään, muissa asiakasta auttavissa henkilöissä ja asiakkaassa. Selittämällä sairastuneelle tilanteen, kuten oireet, pelon tai muun stressiä aiheuttavan tunteen siten, että asiakas ymmärtää sen. Hoitaja auttaa myös asiakasta ottamaan vastaan sosiaalista, emotionaalista ja hengellistä tukea.

Muistisairaudet asettavat edetessään haasteita hyvälle vuorovaikutukselle sekä perheessä että muussa ympäröivässä maailmassa. Sanojen löytämisen ja ymmärtämisen vaikeutuminen karisivat perinteisen kanssakäymisen, joka enimmäkseen perustuu keskusteluun. Tilanteissa, jossa dementoituva tuntee, ettei pysty ilmaisemaan itseään, saattaa syntyä turhautumisreaktioita. Siinä tapauksessa on hyvä muistihoitajan vakuuttaa asiakkaalle eri tavoin, että hän on hankaluuksistaan huolimatta hyväksytty ja arvostettu aikuinen ihminen. Puheen lisäksi kommunikoinne eri tavoin keskenämme, vaikka emme sitä aina tiedosta. Äänenpainot, katseet ja kosketukset kertovat hyvin paljon. Ne korostuvat sitä mukaan, kun sanat menettävät merkitystään. Niinpä dementoituva ihminen osaa erittäin hyvin lukea kehon kieltä ja edellä mainittuja viestejä. Nämä seikat tulisi hoitajan omaisten lisäksi huomioida kommunikoidessaan dementoituvan kanssa. Tunneäly säilyy dementian edetessä kuitenkin sairastuneella melkein elämänsä loppuun saakka. Tilanteissa, jossa on paljon muita ihmisiä, kannattaa hakeutua rauhallisempaan kohtaan ja rajata tilanteiden kestoja sen mukaan, miten sairastunut näyttää jaksavan ja pysyvän rauhallisena. Muistineuvola vastaanotolla, kuten muistihoitaja kirjjeessään kertoikin, on hyvin tärkeää vuorovaikutuksen onnistumiseksi pyrkiä ympäristö ja tilanne tekemään rauhalliseksi. Muistin testaus tilanteissa ja asiakkaan kontrolli käynneillä hoitajan kiire voi näkyä ja häiritä asiakkaan suoriutumista kommunikaatiotilanteissa. (Alzheimerkeskusliitto, 2005, 11,12.)

Ihmisen elämä on ainutkertainen ja kaikilla erilainen. Edellä kuvattuja hoitoon ja tutkimuksiin liittyviä vuorovaikutustilanteita auttaa tieto asiakkaan koetusta elämästä. Hänelle merkityksellisistä tapahtumista, jotka vaikuttavat nykyisessä elämäntilanteessa. Erityisesti hänen tapansa tuntea ja reagoida asioihin. Puolisolta ja lapsilta saatu tieto sairastuneen toiveista ja tavoista toimia eri tilanteessa, edesauttavat hoidon tavoitteisiin pääsemisessä. (Miesen, 1999, 129 - 131.)

Muistihoitajien tehtävänä ennaltaehkäisy ja seurannan lisäksi on hoidon tarpeen arviointi ja jatkohoidon suunnittelu. Kainuun muistineuvoloissa hoidon tarpeen arviointi vie suurimman osa muistineuvolavastaanottoajasta.. Vastaanottoaikoja on vähän, joten ajat tahtovat kohdentua ensimmäistä kertaa kävijöille. Lääkärin diagnosoitua sairaus, potilaat käyvät seurannassa noin kolmen kuukauden kuluttua muistihoitajan luona. Hoidon tarpeen arviointia tehdään kognitiivisella tehtäväsarjalla (CERAD), muisti- testin (MMSE), toimintakykytestin (ADCS-ADL) ja haastattelujen avulla. Haastattelu vie aikaa, joten ensimmäiselle muistineuvola käynnille on varattava 1½ - 2 tuntia aikaa. Potilaan haastattelu tulee tehdä omaisen tai muun hänet hyvin tunnevan henkilön läsnäollessa, mikäli asiakas sen sallii. Tällöin omaisen voi arvioida potilaan antamaa tietoa ja antaa arvokasta lisätietoa oireista ja niiden kehittymisestä. Omaista haastatellaan myös erikseen, koska tällöin voi tulla esille ongelmia, joita hän ei ole halunnut kertoa asiakkaan kuullen. Omaisen haastattelussa käytetään yleensä tukena omaistieto- kaavaketta, mihin kirjattu tieto jää dokumentiksi myös lääkärille ja muulle hoitohenkilöstölle. Haastattelu edellyttää hienotunteisuutta. Muistihäiriöistä kärsivä tiedostaa yleensä ongelmansa , vaikkakin yrittää vähätellä tai peitellä sitä. Usein asiakas ei luota muistiinsa ja kääntää katseensa omaiseen päin saadakseen apua vastaukseen. Tätä kutsutaan ”päänkääntöoireeksi”. Haastattelussa selvitetään älyllisen toiminnan taso, josta antavat kuvan koulutus- ja työhistoria sekä harrastukset ja aktiviteetit. Mahdolliset päähän kohdistuneet vammat on myös syytä selvittää. Oireet ja niiden alkamistapa, mieliala ja sosiaalinen toimintakyky ovat myös haastattelun aiheena. Muistihoitaja ottaa selvää potilastiedoista asiakkaan käyttämistä lääkkeistä ja mahdollisista sairauksista. On myös syytä huomioida lääkkeiden viimeisin päivitysajankohta, koska ikääntyneillä on yleensä paljon lääkkeitä, joiden haittavaikutuksena voi ilmetä myös muistiongelmia.(Pirttilä 2002, 330-335.)

6.3 Ajankäyttö- ja toimitilaresurssit muistineuvolatoiminnassa

Kainuun maakunta – kuntayhtymän muistihoitajat toimivat muistineuvolavastaanottotyössä kerran kuukaudessa yhden päivän ajan. Muun ajan he työskentelevät omissa työsuhteissaan kotihoidossa tai sairaalassa osastolla. Vastauskirjeessä hoitaja koki kiireelliseksi myös päätyönsä. Asiakkaita olisi enemmän, kuin näissä aikapuitteissa ehditään hoitaa ja tutkia. Toimitiloja ei varsinaisesti ole varattu tähän tarkoitukseen. Yleisin käytäntö on, että terveyskeskuksesta etsitään tyhjillään oleva huone, jossa muistineuvola voi sen päivän ajan toimia. Kajaa- nissa huone etsitään Tervakartanon tiloista. Omaishaastattelut voidaan joissakin tapauksissa joutua tekemään levottomalla käytävällä tai ruokasalissa, koska toinen muistihoitaja tutkii asiakasta yhtä aikaa ainoassa tyhjillään olevassa hoituhuoneessa. Muistineuvolatoimintaan varattavat minimiresurssitkaan eivät aivan täyty näiltä osin.

6.4 Muistihäiriön vaikutus muistineuvola-asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteeseen

Muistisairaus on etenevä sairaus. Taudinkulkua hidastava lääkitys on kehitetty ainoastaan Alzheimerin taudin hoitoon. Lewyn kappale- taudin oireita voivat nämä lääkkeet myös helpottaa. (Alzheimer-keskusliitto 2005, 8). Psykkisten ja fyysisten muutosten lisäksi muistisairaus vaikuttaa ihmisen situationaalisuuteen, eli koko elämäntilanteeseen. Asenteet muistisairauksia kohtaan ovat usein kielteisiä. Sairautta peitellään tai jopa häpeillään. Tutkimuksiin lähteminen voi olla vaikeaa ja asiakas, sekä omaiset ovat hyvin herkässä tilassa vastaanotolle tullessaan, kuten muistihoitaja kirjoitti kirjeessään. Sairaus vaikuttaa koko perheeseen. Sirkkaliisa Heimosen (2005, 31.) väitöstutkimuksessa todetaan, että puolison sairastuminen esimerkiksi Alzheimerin tautiin, merkitsee parisuhteen muuttumista Tähän sairauden aiheuttamaan parisuhteen muutokseen ei aina kiinnitetä riittävästi huomiota. Suhteen muuttuminen on läsnä jo ennen diagnoosia. Tällöin puolisoitten on kuvattu tuntevan vihaa, hämmennystä ja turhautumista. Tilanne on voinut jatkua jo pitkään. Tilanteen edetessä kuormittuneisuus lisääntyy, ja toinen tai molemmat puoliset yrittävät löytää syytä muutoksille. Puolison kuormittuneisuuden liittyvien tunteiden ilmaiseminen saattaa olla estynyt sairauden alkuvaiheessa, ja todentuu vasta myöhemmin esimerkiksi kontrollin menettämisen tunteena.

Sairaus johtaa edetessään luopumisiin ja ristiriitoihin. Koska ajokortista luopuminen on yleensä ensimmäinen huomattava ja elämäntilanteeseen vaikuttava luopuminen, niin se aihe-

uttaa miespuolisissa asiakkaissa vastarintaa. Muistihoitajan tulee perustella ajokortin menetystä liikenneturvallisuuteen liittyvänä asiana.. Euroopan neuvoston direktiivin luku 13 kieltää ajokortin myöntämisen vakavien neurologisten sairauksien ja vanhenemiseen liittyvien käytöshäiriöiden vuoksi. Edellisen kaltaisissa tapauksissa voidaan poikkeus tehdä toimivaltaisen lääkintäviranomaisen puoltavan lausunnon ja tarvittaessa säännöllisten lääkärintarkastusten perusteella. Lääkärin on otettava huomioon sairauden aiheuttama lisääntynyt vaara. Epäiltäessä ajokyvyn huononemista voitaisiin iäkästä kuljettajaa pyytää käymään vapaaehtoisesti käytännön ajokokeissa, jotta hän itse varmistuisi, että ajokyky on tallessa. Lääkärillä on ilmoitus-oikeus poliisi viranomaisille, jos liikenneturvallisuus on vaarantunut sairauden vuoksi.(Partinen 2002, 543,547.)

Muistihoitajan tehtäviin kuuluu myös ottaa puheeksi hoitotahtoon liittyvät asiat, kuten hoitaja kirjeessä asian ilmaisi. Oikeudellisena perustana hoitotestamentille on potilaslaki, jonka 5. ja 6. pykälän mukaan itsemääräämisoikeuttaan käyttävällä potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä hänelle suunnitellusta ja jo aloitetusta hoidosta saatuaan sitä ennen informaation kieltäytymisen merkityksestä hänen terveydentilalleen. On tärkeää, että selvitys terveydentilasta tai muista hoitoon liittyvistä seikoista annetaan niin, että henkilö kykenee riittävästi ymmärtämään selvityksen sisällön ja merkityksen. Dementoituneen osalta tämä selvitys tulee antaa myös potilasta hoitavalle omaiselle tai muulle läheiselle. Hoitotestamentissa henkilö varautuu tilanteeseen, jossa hän ei enää itse kykene vakavan sairauden, onnettomuuden tai muun sellaisen syyn vuoksi ilmaisemaan omaa hoitoaan koskevaa tahtoaan hoitavalle lääkärille. Dementiaa sairastavakin voi käyttää itsemääräämisoikeuttaan jopa hoitotahdon tai hoitotestamentin tekemiseen asti, koska holhouslainsäädännön mukaisesti vajaavaltaiseksikin julistettu voi päättää itseään koskevista asiasta, mikäli hän kykenee ymmärtämään kyseisen asian merkityksen. Siten dementiasta aiheutuva sairaalahoidontarve ei luo perustetta rajoittaa hänen perusoikeuksiaan laitosaltaan vedoten. (Koponen, Saarela, Juva, Hietanen 2002, 537.)

7 POHDINTA

Opinnäytetyöni tarkoituksena on ollut selvittää Kainuun maakunta - kuntayhtymän muistihoitajien kokemia merkityksellisiä tapahtumia muistineuvolatoiminnan alkuvaiheista. Opinnäytetyön tavoitteena on ollut tuottaa Kainuun Dementiayhdistyksen Kunnan Savotta – hankkeelle luotettavaa tietoa, jotta tietoa voitaisiin käyttää jatkohankkeissa muistineuvolatoiminnan kehittämiseksi. Opinnäytetyön avulla olen voinut syventää omaa ammatillista kehittämistäni toimiakseni sairaanhoitajana ikääntyvien kotona asumista tukevissa palveluissa.

7.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä selkeitä kriteerejä, kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Validiteettiongelmia, epäily todenmukaisuudesta, saattaa syntyä siitä, että tutkittava aineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen, tai että aineiston keräämisessä on puutteita ja tutkimusaineisto ei ole edustava. Reliabiliteettiongelmia, luotettavuus ongelmat taas syntyvät aineiston analyysin aikana tehdyistä virheistä. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto ei pyrikään olemaan edustava otos perusjoukosta ja samassakin tutkimuksessa voidaan käyttää eri aineistoja (Nieminen 1997, 215.)

Laadullinen tutkimus on pätevää, kun sillä saadaan tietoa siitä ilmiöstä, josta halutaan saada kyseisellä tutkimuksella tietoa. Laadullisen tutkimuksen validiteetti on sisäistä. Tutkija uppoo ilmiön taustaan ja tutkittavien subjektiivisiin tiloihin. Täten hän pystyy varmistamaan, että tiedot ovat ilmiöstä edustavia. Fenomenologisen tutkimuksen validiteetti on yhteydessä tutkijan näkökulman selkeyteen ja tutkimuksen yhteyteen todellisuuden kanssa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus ilmenee tutkimusprosessin toteuttamisessa. Tutkimusprosessin eri vaiheiden kuvailu, analysointi ja arviointi kuuluu laadulliseen tutkimukseen. (Krause & Kiekala 1996, 72.)

Yhteyden tutkittavaan ilmiöön, eli muistineuvolatoimintaan ja muistihoitajiin sain toteuttamalla suuntautumisopintojeni harjoittelun Kainuun Dementiayhdistys ry:n Kunnan Savotta

– hankkeessa. Olin hankkeen muistivastaavan mukana useamman eri kunnan muistineuvolan vastaanotolla. Tarkastelin ilmiön taustaa keskustelemalla muistihoidtajien kanssa ja kuulin heidän mielipiteitään toiminnan käynnistymisestä. Sain mielestäni laajasti luotettavaa pohjatietoa opinnäytetyölleni harjoittelun aikana. Dementiayhdistyksestä ja Kunnan Savotta – hanketyöntekijöiltä saatu kirjallinen materiaali ja mukana olo heidän toteuttamissaan tapahtumissa lisäsivät myös tietouttani muistisairaiden hoitotyöstä. Pohjatyöni tutkimukselle harjoittelun avulla ja prosessiin uppoutuminen lähdekirjallisuuden kautta on lisännyt tietoa ilmiöstä.

Opinnäytetyöni alussa olin huolestunut aineistoni vähyydestä jopa niin paljon, että en uskaltanut lähteä aluksi luokittelemaan sitä. Aineistosta koostui kuitenkin tuloksia mielestäni aivan riittävästi. Niemisen (1997, 215) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat mukana hänen omat tunteensa ja intuitsensa. Tietämykseni Kainuun muistineuvolan toiminnasta auttoi minua kuvaamaan toimintaa. Kuitenkin tuloksia kirjoittaessani tuli pitää kiinni siitä, että kuvaan aineistosta nousevia asioita, enkä omia kokemuksiani. Olen käyttänyt tuloksien tarkastelussa omia näkemyksiäni, joten tulkinta ei ole siirrettävissä eikä toistettavissa toiseen kontekstiin. Nieminen (1997, 216) kirjoittaa, että luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Nieminen (1997, 217) tähdentää, että laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan tutkittavan oma näkemys asiasta, liian suppeat haastattelutemat saattavat vaikeuttaa tutkittavan oman näkemyksen esille tuloa. Muistihoidajat kuvasivat kirjeen muodossa merkityksellisiä tapahtumia, joten tarkat kysymykset eivät ole ohjanneet heitä.

Niemisen (1997, 218) mukaan tutkittavien luottamus on tutkijalle tärkeää. Tutkittavien on ymmärrettävä miksi tutkimusta tehdään ja että aineistoa ei käytetä heitä vastaan. Pohdin sitä, että jälkö vastauskirjeiden määrä vähäiseksi sen vuoksi, että kuntayhtymän hoitajat ajattelivat aineiston joutuvan yleisempään käsittelyyn.

Niemisen (1997, 219) mielestä analyysin luotettavuudessa on olennaista, että tutkijalla on kykyä abstraktiseen ajatteluun. Aineistoa ei tule pakottaa ennalta määrättyyn kehikkoon. Analyysin tueksi on esitettävä riittävä määrä alkuperäishavaintoja, joko suoria lainauksia tai dokumentoituja havaintojen autenttisia kuvauksia. Analyysin tuoreus, uusien puolien esiin nos-

taminen tutkittavasta ilmiöstä ja analyysin kuvaus mahdollisimman harvojen käsitteiden avulla ovat laadullisentutkimuksen luotettavuuden kriteerejä.

Onnistuakseen laadullisen tutkimuksen raportointi vaatii Niemisen (1997, 220) näkemysten mukaan tutkijaltaan kirjoittajan taitoja. Tutkimuksen raportoinnissa on kuitenkin pyrittävä selkeyteen. Lukijalla on oltava mahdollisuus seurata tutkijan päättelyä. Kirjoittajan on saatava lukija vakuuttuneeksi tekemiensä ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Oma kirjoitustyylini on rönsyilevää ja mielestäni minulla olisi ilmiöstä kerrottavaa paljonkin, mutta olen pyrkinyt pysyttelemään käsiteltävässä asiassa.

7.2 Oman asiantuntijuuden kehittyminen

Opinnäytetyöni aiheeksi valitsin muistihoitajien toimenkuvaan liittyvän tutkimuksen. Etsin aiheen ja toimeksiantajan opinnäytetyölleni omatoimisesti, koska aihe on ajankohtainen tarkastellen valtakunnallisesti, maakunnassamme ja työssäni sairaanhoitajana kotihoidossa. Väestössämme dementoivaa sairautta sairastavien määrä lisääntyy ja hoitoa kohdennetaan nykyisin avohoitoon, eikä laitoshoitopainotteisesti, kuten aikaisemmin on tehty. Opinnäytetyöni aihe on myös ajankohtainen omassa maakunnassamme. Erityisesti Kainuussa väestön ikärakenne on vanhuspainotteista. Kainuussa ollaan kehittämässä muistisairaiden hoidon laatua muistineuvolatoiminnalla. Sain mahdollisuuden kartuttaa tietämystäni opinnäytetyöni avulla. Dementoivien sairauksien asiantuntemuksen tärkeys korostuu ikääntyvien hoitotyössä. Ikääntyvien hoitotyötä tekevänä asiantuntemukseeni tulee sisältyä muistihäiriöiden varhainen tunnistaminen ja sairastuneen koko perheen tukeminen. Sain edellä mainituista asioista tietoa perehtymällä muistihoitajien kirjeistä saamaani aineistoon ja ollessani muistineuvola vastaanotolla harjoitteluni aikana. Näin mielestäni ammattitaitoni vahvistui perehtyessäni toisten ammattilaisten toimintaan muistisairaiden hoitotyössä. Sain kokemusta muistihäiriön hoidon tarpeen määrittelystä ja sairauden jatkoseurannasta, sekä uutta tietoa asiakkaan koko perheen kokonaisvaltaisesta tukemisesta. Lisäksi havaitsin oman työn reflektoinnin, itseohjautuvuuden ja suunnitelmallisen toiminnan tärkeäksi. Nämä seikat korostuvat, kun organisaatioon ollaan pystyttämässä uutta toimintamallia. Opinnäytetyöni ja harjoittelu vahvistivat valmiuksiani toimia kriittisesti arvioiden ja kehittämällä dementoituneen ihmisen auttamismenetelmiä hoitotyössä. Muistineuvolatoimijoiden tulisi tehostaa vuoropuhelua maakunta -

kuntayhtymän eri hallintoportaan edustajien kanssa resurssien riittävydestä. Näin taattaisiin toiminnan onnistuminen heti alkuvaiheessa.

Kainuussa dementoivaa sairastavien hoitotyön kehittäminen on siis vasta alkutaipaleella. Kajaanin väestöpohjaan nähden tarvittaisiin vähintään yksi kokoaikainen muistihoitaja, joka toteuttaisi vastaanottoa joka päivä. Samoin lääkärripula perusterveydenhoidossa ja erikoissairaanhoidossa hidastavat varhaista hoitoon pääsyä. Tiedottaminen muistineuvolatoiminnasta muulle ikääntyviä hoitavalle henkilökunnalle on puutteellista. Työnjakoa ei ole sovittu kotihoidon hoitajien ja muistihoitajien välillä. Kotihoidon henkilöstö ei kykene vielä hyödyntämään muistineuvolatoimintaa asiakkaidensa hoitoprosessissa.

Kirsi Launiksen artikkeli ”Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä” (1997) vahvisti omaa käsitystäni asiantuntijuudesta. Launiksen mielestä asiantuntijan erikoistuttua perusteellisesti yksityiskohtiin, hän menettää kykyä ymmärtää ihmisen arkielämää. Erikoistuvan asiantuntemuksen ongelmat on tiedetty ja niihin on etsitty ratkaisuja. Uudeksi ulottuvuudeksi on haettu kokonaisvaltaisuutta. Launiksen artikkelin mukaan terveydenhuollon asiantuntijuuden kehittämisessä kokonaisvaltaisuus muodostui kehittämissuunnitelmien iskulauseeksi. Nykyisin kokonaisvaltaisuuden sijaan on alettu pyrkiä moniammatillisuuteen ja monitieteisyyteen, joissa erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja asiantuntijuutta kehitetään toisiinsa yhdistettynä. Moniammatillisuus edellyttää asiantuntijuuden horisontaalisen, rajoja ylittävän näkökulman nostamista yhdeksi tärkeäksi kehittämisen perustaksi. Asiantuntijatyön rajoja ovat hoitajan ja asiakkaan väliset rajat, joita voidaan tarkastella myös opinnäytetyöni alussa olevassa Martti Lindqvistin ajattelman näkökulmasta. Hoitajan ei tule asettua hoidettavan yläpuolelle, vaan tukea häntä kannustavasti ja yhteistyössä. Myös Joyce Travelbeen (1994, 345) Ihminen ihmiselle – suhteen mallissa hoitotyön ihmisten väliseksi prosessiksi, jossa ammattitaitoinen sairaanhoitaja auttaa selviytymään sairauden ja kärsimysten kokemuksista, ja löytämään tarkoitusta näille kokemuksille. Ensitapaamisen tärkeys, luottamussuhde ja toivon antaminen sairastuneelle korostuvat hänen hoitotyön mallissaan.

Sisällöllisten reviirirajojen ylittäminen on mielestäni sitä, että hoitoalalla hakeuduttaisiin rohkeammin yhteistyöhön muiden toimialojen kanssa, moniammatillisuutta hyödyntäen. Sisällöllisen asiantuntemuksen reviirirajoja olen ryhtynyt henkilökohtaisessa asiantuntijuudessani laajentamaan sosiaalityön puolelle. Koen, että toimiessani avohoitoa tukevissa palveluissa, tietämys sosiaalityön sektorilta auttaa tukemaan asiakasta hänen erilaisissa elämäntilanteissaan. Opiskelen Kainuun kesäyliopistossa sosiaalityön perusteita. Organisaatioiden raja-

aitojen yli näkeminen ja yhteistyön arvostaminen osoittaa hyvää asiantuntijuutta, kirjoittaa Launis (1997) Näkemystä eri organisaatioiden toimintatavoista olen saanut yrittäjäkoulutuksesta ja toimimalla kotipalveluyrittäjänä seitsemän vuotta. Yritystoiminta oli opettavainen elämäkokemus ja lisää asiantuntijuutta myös nykyiseen työhöni. Osaan arvostaa julkisensektorin palveluksessa työskentelyn hyviä puolia ja ymmärrän ammatillisen yhteistyön yksityisten hoivapalvelun tuottajien kanssa positiivisena voimavarana vanhustyön parhaaksi.

Opinnäytetyöni kautta sain tehdä suuntautumisopintojeni käytännön harjoittelun yhdistyksen hallinnoimassa kehittämishankkeessa. Näin sain tietoa kolmannen sektorin hallinnollisista asioista ja kehittämishankkeessa toimimisesta. Sain seurata läheltä miten hanketoiminnan avulla luodaan uusi toimintamalli, muistineuvolat, Kainuun perusterveydenhuoltoon. Perheiden kolmannen sektorin hallintoon tekemällä Kainuun Dementiayhdistys ry:n kehittämishankkeen organisaatiosta ja hallinnosta esseetehtävän hoitotyön johtaminen ja laatutyö – opintojaksossa. Näen opinnäytetyöni kautta ja harjoittelun tuoman kokemuksen perusteella, että kolmannen sektorin, yritysten ja julkisten palveluiden rakentavaa yhteistyötä tulisi tehostaa. Näin voisimme parantaa maakuntamme hoitotyön laatua tehokkaammin.

Omaa oppimistani sairaanhoitajan työhön syvensin myös perehtymällä kirjallisuuteen ja tutkimuksiin muistisairauksista, dementoituneiden hoitotyöstä ja sen kehittämisestä. Tutkittua tietoa hyödyntäen voin toimia asiantuntijana toimiessani kotihoidossa ikääntyvien kotona asumista tukevilla palveluilla. Opinnäytetyön tekeminen opetti minulle tutkimusprosessin kulkua. Aiheanalyysistä, tutkimus suunnitelmasta, aineiston keruusta aina lopullisen raportin tekoon asti. Tiedon hankintaan ja asiakirjoittamiseen olen saanut myös vahvistusta

LÄHTEET

Ahonen, H. 1997. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Tammer-paino Oy. Tampere

Alhainen, K. 2002. Kohdennettu lääkehoito. Teoksessa Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Alhainen, K & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy

Alzheimer – Keskusliitto. 2005. Dementiapotilaan omainen ja hoitaja. J - Paino Oy.

Benner, P. 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. WSOY:n graafiset laitokset . Juva.

Eklund, A-L. 2000. Reflektiivinen oppiminen hoitotyön kliinisen harjoittelun ryhmätilanteissa. Opinnäytetutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY.

Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Alhainen, K & Soininen, H. 2002. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heimonen, S. 2005. Työkäisenä Alzheimerin tautiin sairastuneiden ja heidän puolisoitensa kokemukset sairauden alkuvaiheessa. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.

Helakorpi, S. & Olkinuora, A. 1997. Asiantuntijuutta oppimassa. WSOY – Kirjapainoyksikkö. Porvoo.

Hellen, Carly L. 1999. Alzheimer`s Disease: Activity-Focused Care. Boston: Butterworth-Heinemann. USA.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy Tampere.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Vantaa: TummavuorenkirjapainOy.

Hänninen, T. & Pulliainen, V. & Salo, J. & Hokkanen, L. & Erkinjuntti, T. & Koivisto, K. & Viramo, P. & Soininen, H. Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijaryhmä.1999. Kokemuksia CERAD- tehtäväsarjan käytöstä. Suomen Lääkärilehti. 54 (15) 1967-1975.

Janhonen, S. & Vanhanen – Nuutinen S. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kainuun Dementiayhdistys ry: säännöt. 1994

Kainuun Dementiayhdistys ry:n hankesuunnitelma 2004 – 2006.

Koponen, H. & Saarela, T. & Juva, K. & Hietanen, M. 2004. Oikeudellisen toimintakyvyn arviointi hoitavan lääkärin kannalta. Teoksessa Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Alhainen, K & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy s. 537

Krause, K. & Kiikkala I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy. Tammer – Paino Oy. Tampere.

Launis, K. 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, J. & Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliostopaino. Jyväskylä. 122 - 133

Leskinen, M. 2005. Koti-Kajaani, no 83.

Leskinen, M. 2005. Aloittelijasta asiantuntevaksi muistihoitajaksi. Muisti-lehti 4/2005.

Lupsakko, T. & Joiniemi, M. & Karhu, K. & Remes, A. 2005. Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa. Opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Novartis Finland Oy. Kuopion Liikekirjapaino Oy.

Miesen, Bére M.L. 1998, Dementia in close-up. Understanding and caring for people with dementia. London: Routledge.

- Mikkonen, I. 1999. Merkityksellisten tapahtumien analysointi opetus- ja oppimismenetelmänä sairaanhoitajakoulutuksessa. Kasvatustieteiden laudatur-tutkielma. Kasvatustieteiden tiedekunta. Joensuun yliopisto.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 215-221.
- Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Helsingin yliopiston Tutkimus – ja koulutuskeskus Palmenia. Saarijärven Offiset Oy. Saarijärvi.
- Paloniemi, S. 2004. Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä. Työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Partinen, M. 2002. Ajokyky. Teoksessa Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy . 543,547
- Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY s. 26-32
- Perttula, J. & Latomaa, T. 2005. Kokemuksen tutkimus. Guttenberg AS. Tartu
- Pirttilä, T. 2004. Kliininen tutkimus. Teoksessa Erkinjuntti, T. & Rinne, J. & Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy s. 330-335
- Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Tajunnan kautta vaikuttaminen hoitotyössä Yliopistopaino. Helsinki.
- Sundeen, S. & Stuart, G. & Rankin, E. & Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön. WSOY . Juva
- Tervonen, S. 2001. Muistihäiriö- ja dementia työ Suomen kunnissa 2000. Sosiaali- ja terveysviranomaisten arvioita palveluiden saatavuudesta ja laadusta sekä Alzheimer- ja dementia yhdistysten toiminnan merkityksestä sekä muistihäiriö- ja dementia työ tulevaisuudesta. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto ry.

Travelbee, J. 1994. Ihminen ihmiselle – suhteen malli. Teoksessa Marriner - Tomey A. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Vammalan Kirjapaino Oy. 343-352

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Turunen, H. & Perälä, M-L. & Meriläinen, P. 1994. Colaizzin fenomenologisen menetelmän sovellutus; esimerkkinä hyvän hoidon kuvaaminen. Hoitotiede 1, 8-15.

Vehviläinen – Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M.& Vehviläinen – Julkunen, K.(toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY s. 26-32

Åstedt – Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M.& Vehviläinen – Julkunen, K.(toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY 152-163

INTERNETLÄHTEET:

<http://www.kainuunosku.fi> luettu 15.5.2005

http://www.alzheimer.fi/doc/muistihoidajat_5_04.pdf. Siltala, L. luettu 27.12.2005

LIITEIDEN LUETTELO

Liitteiden otsikkoja varten on valmistettu LIITTEEN OTSIKKO.

Tähän osaan tulee liiteluettelo ja sen jälkeen liitteet. Jokaisella liitteellä on oma sivu numerointi, minkä yläotsikossa on liitteen numero ja sen sivunumero.

Liitteiden sivunumeron esimerkki: LIITE 1/5. (Fontti Garamond, koko 12 pt, oikeassa reunassa. Välistys kappaleen jälkeen 36 pt, riviväli 1.)

Liitteiden loppuun pitäisi aina lisätä näkymätön osanvaihto merkki (Lisää -> Vaihto... -> Osanvaihto / Seuraava sivu.) Sitten saa liitteiden ylätunnisteita muokata erikseen.

Ylätunnisteen saat näkyviin Näytä -> Ylä- ja alatunniste. Tarkista, että on poistettu valikko Linkki edelliselle. Tarkista että uuden liitteen alkaessa Muotoile sivunumerot -> Sivunumerointi / Aloittava nro: olisi 1.

Liitteiden sisällä sivun vaihtamiseksi käytä tavallista sivunvaihtoa CTRL+ENTER tai Lisää -> Vaihto... -> Sivunvaihto.

VAIHE 1

Muistihoitajien vastauskirjeistä esille tulleet opinnäytetyön tutkimukselle tärkeät alkuperäisilmaisut:

1. "...kohta kaksi vuotta tätä työtä tehneenä..."
2. "... ja muidenkin työkiireiden vuoksi ei muista tarkasti tapahtumia... että voisin kuvata yksityiskohtia tarkasti ja omaa roolia tilanteessa..."
3. "...jäi mieleeni asiakas, joka oli kolmannella käynnillään muistineuvolassa..."
4. "...hänelle ja omaiselle oli alussa vaikea myöntää sairautensa..."
5. "...vaikeinta oli myös luopua autolla ajamisesta..."
6. "...sairauden edetessä ajamisesta oli luovuttava..."
7. "...ajokorttiasiaista ja autolla ajamisesta aiheutui ristiriitoja myös omaisen kanssa... asiata käsiteltiin myös muistineuvolassa ..."
8. "...muistihoitajan tehtävänä oli kertoa asiakkaalle, ettei omainen "ilkeyttään" ollut vienyt autolla ajamisasiaa eteenpäin..."
9. "...vaikea asia oli ottaa puheeksi eli kertoa asiakkaalle hoitotahto asioista, niin että kaikki ymmärtävät mistä siinä on kyse..."
10. "...en tiedä onnistuinko..."
11. "...toivon, että hän ymmärtää, että tarkoitus on hänen parhaaksi..."
12. "...hän voi ilmaista, miten jatkossa haluaa itseään hoidettavan..."
13. "...tälläistä mietin työntouhun keskellä..."
14. "...en osaa nyt tarkemmin analysoida tekemisiä..."
15. "...erittäin vaikea kysymys hoitajalle, jolla muistineuvola kokemusta erittäin vähän..."
16. "...aluksi täysin kuunteluoppilaana oloa..."
17. "...asiakas oli lähes tunnin etuajassa..."
18. "...joutui siis odottamaan..."
19. "...toinen asiakas omaisensa kanssa tulivat väärällä ajalla..."
20. "...Merja tuli opiskelijan kanssa...ja...häinkin hivenen myöhästyti."
21. "...jouduimme sovittelemaan kuka ketäkin ottaa ja miten edetään..."
22. "...ettei tarvitse kenenkään muuttaa suunnitelmia hirveästi..."
23. "...asiakkaani oli tulossa ensimmäiselle muistineuvolakäynnille..."

24. "...kotitesteissä MMSE antoi poikkeavan tuloksen..."
25. "...päädyimme lopulta siihen, että Merja ja opiskelija ottivat omaisen kanssa olevan mummon vastaan..."
26. "... ja minä testaan Ceradilla asiakkaan...ja keskustelen alustavasti. "
27. "...tapahtumassa olivat Merja, opiskelija, jonka nimeä en muista ja asiakas, sekä toinen asiakas tyttärensä kanssa, sekä minä "
28. "...oma roolini oli testata asiakas ja toimia haastattelijana..."
29. "... testasin asiakkaan Cerad testillä..."
30. "...tilanne poiki vielä yhteydenoton kunnan edunvalvojaan..."
31. "...tilanne oli aluksi kaaottinen, kun ajat olivat menneet sekaisin ..."
32. "...omainen näytti hivenen loukkaantuneelta, koska virhe oli sattunut heille..."
33. "...lähteminen oli ilmeisesti ollut vaikeaa..."
34. "...tilanne kuitenkin rauhoittui, kun Merja tuli..."
35. "...olinkin jo ehdottanut, että kumpikin asiakas hoidetaan heti..."
36. "...tilakin ratkesi..., joten tyhjiä työhuoneita oli poikkeuksellisen paljon..."
37. "...omaan mieleen jäi sellainen rauhattomuus kuitenkin..."
38. "...tilanne oli vähällä karata käsistä..."
39. "...seuraavalla kerralla panostaisin siihen, ettei näitä päällekkäisyyksiä syntyisi..."
40. "...soittaisimme edeltävänä päivänä asiakkaalle ja tarkistaisimme, että ajat täsmäisivät..."
41. "...lisää meidän hoitajien työtaakkaa, stressiä ja vaikuttaa samalla herkkiin asiakkaisiin..."
42. "...testaustilanne herkkä tapahtuma kaikille osapuolille..."
43. "...tulisi vuorovaikutus olla mutkatonta ja ilman häiriötä..."
44. "...koska olen muistihoitajana alkutaipaleella kaikki ylimääräinen sotkee ajatuksia ja suunnitelmia ja vie näin voimia..."
45. "...testitilanteessa hoitajan tulee olla tarkka ja täsmällinen..."
46. "...alkuhäiriö voi huonontaa hoitajan suoriutumista..."
47. "...joku olennainen juttu voi jäädä huomaamatta/kirjaamatta..."
48. "...alkuhämmennys voi pilata koko testitilanteen..."
49. "...koska ajat ovat tiukassa, kun on pitkät jonot, uusimiseen ei ole heti mahdollisuutta..."
50. "...asiakkaalle voi jäädä ikävä jälkimaku tilanteesta..."

VAIHE 2.**Opinnäytetyön tutkimukselle tärkeät ilmaisut merkityksellisistä tapahtumista esitetty käsitteellisesti yleisemmällä tasolla.**

1. Vajaan kahden vuoden työkokemus.
2. Koska työ ei ole päätoimista, on muista töistä johtuvat työkiireitä
3. Asiakaan oli kolmannella muistineuvolakäynnillä, joten muistisairaus oli jo diagnosoitu.
4. Asiakaan ja omaisen vaikeus myöntää muistisairaus diagnoosin saannin jälkeen.
5. Ajoluvan/ajokortin menettäminen.
6. Etenevä sairauden aiheuttama luopuminen.
7. Luopumisesta aiheutuvat ristiriidat asiakkaan ja omaisen välillä.
8. Muistihoitajan toiminta sovittelijana asiakkaan ja omaisen välisissä ristiriidoissa .
9. Vaikeiden asioiden, kuten hoitotahdon puheeksi ottaminen.
10. Epävarmuutta työtehtävissä onnistumisesta.
11. Saada asiakas ymmärtämään, että toimitaan hänen parhaaksi.
12. Muistisairas tiedostaa sairautensa etenemisen ja voi ilmaista hoitotahtonsa.
13. Muistihoitaja pohti hoitotilanteita työkiireiden keskellä.
14. Oman työn analysointi
15. Vähäinen työkokemus muistineuvolasta.
16. Työn alkuvaiheessa koki olevansa kuunteluoppilana .
17. Asiakaan erehtyminen vastaanottoajasta.
18. Pitkä odotusaika vastaanotolla.
19. Omaisen kanssa tulo vastaanotolle väärään aikaan
20. Sovittujen työaikojen noudattamattaminen : myöhästyminen vastaanoton pidosta.
21. Työnjaosta sopiminen.
22. Suunnitelmien mukaisesti eteneminen.
23. Ensimmäinen käynti muistineuvolassa.
24. Kotikäynnillä poikkeava tulos MMSE - testistä.
25. Työn jaon toteuttaminen vastaanotolla.

26. . Cerad - tehtäväsarjalla testaaminen ja alustava keskustelu.
- 27 . Vastaanottotilanteessa asiakkaat, omainen, hankkeen muistivastaava, opiskelija, muistihoitaja.
28. Asiakkaan testaaminen ja haastattelu.
- 29.Cerad – testin tekeminen.
- 30.Yhteyden otto kunnan edunvalvojaan.
31. Kaaottinen alkutilanne, koska ajat olivat menneet sekaisin.
- 32.Omaisensa loukkaantunut olemus, häpeä ajan sekoittamisesta.
- 33.Vastaanotolle lähdön vaikeus.
34. Tilanne rauhoittuminen hankkeen muistivastaavan tultua.
35. Tilanteen purkaminen sopimalla asioita..
- 36.Vastaanottotilojen järjestäminen.
- 37.Rauhattomuuden tunne vastaanottotilanteessa.
38. Yllättävien tilanteiden hallitsemattomuus.
- 39..Ennakoiviin järjestelyihin panostaminen.
- 40.. Vastaanottoajan varmennus asiakkaalle puhelimitse.
41. Häiriötekijät lisäävät työtaakkaa ja stressiä.
42. Herkkä tapahtuma kaikille osapuolille
43. Vuorovaikutuksen tulisi onnistua..
44. Ylimääräinen häiritsee aloittelevaa työntekijää.
45. Testitilanne vaatii tarkkuutta.
46. Alkuhäiriö voi pilata hoitajan suoriutumisen.
47. Asiakkaan tilassa oleellisen huomiointi ja kirjaaminen.
48. Alkuhäiriöt vaikuttavat koko vastaanottotilanteeseen.
49. Aikoja on vähän ja asiakkaita paljon. -> uuden ajan saannin vaikeus.
50. Asiakkaan mahdolliset ikävät muistot muistineuvolakäynnistä.

VAIHE 3.

Ilmaisusta esiin tulevien merkitysten muotoileminen. Suluissa edellisen vaiheen järjestysnumero.

- 1.Vajaan kahden vuoden työkokemus (1)
- 2.Työkiireet (2)
- 3.Asiakas (3)
- 4.Asiakas kolmannella käynnillään.(3)
- 5.Sairauden kieltäminen (4)
- 6.Omainen(4)
- 7.Ajoluvan menettäminen (5) .
- 8.Etenevä sairaus. (6)
- 9.Luopuminen (6)
- 10.Ristiriidat (7)
- 11.Muistihoitaja (8)
- 12.Sovittelijana toimiminen (8)
- 13.Vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen(9)
- 14.Epävarmuus työssä onnistumisesta(10)
- 15.Toimiminen asiakkaan parhaaksi (11)
- 16.Saada asiakas ymmärtämään (11)
- 17.Hoitotahto (12)
- 18.Hoitotilanteiden pohtiminen(13)
- 19.Oman työn analysointi (14)
- 20.Vähäinen työkokemus (15)
- 21.Kuunteluoppilaana (16)
- 22.Erehtyminen vastaanottoajasta (17)
- 23.Odottaminen vastaanotolla.(18)
- 24.Omaisien kanssa vastaanotolle (19)
- 25.Myöhästyminen työstä (20)
- 26.Työnjaosta sopiminen (21)
- 27.Suunnitelmien mukaisesti eteneminen (22)
- 28.Ensimmäinen käynti muistineuvolassa(23)
- 29.MMSE – testi -> normaalista poikkeava tulos (24)

- 30.Kotikäynnit (24)
- 31.Toimiva työnjako (25)
- 32.Alustava keskustelu (26)
- 33.Vastaanottotilanteeseen osallistujat (27)
- 34.Muistivastaava (27)
- 35.Opiskelija (27)
- 36.Testit (28)
- 37.Haastattelu (28)
- 38.CERAD-testi(29)
- 39.Yhteydenotto edunvalvojaan (30)
- 40.Kaaottinen alkutilanne (31)
- 41.Omaisien tunteet: loukkaantuminen, häpeä (32)
- 42.Vastaanotolle lähteminen vaikeaa (33)
- 43.Muistivastaavan tulo rauhoitti tilanteen (34)
44. Tilanteen purkaminen sopimalla asioita(35)
- 45.Vastaanottotilat (36)
- 46.Rauhattomuuden tunne (37)
47. Yllättävien tilanteiden hallinta (38)
- 48.Panostus päällekkäisyyksien vähentämiseksi. (39)
- 49.Ennakkojärjestelyt (40)
- 50.Lisääntynyt työtaakka.(41)
- 51.Stressi. (41)
- 52.Herkkä tapahtuma (42)
- 53.Vuorovaikutus (43)
- 54.Ylimääräinen häiriö. (44)
- 55.Aloitteleva työntekijä (44)
- 56.Tarkkuus työssä. (45)
- 57.Kirjaaminen (47)
- 58.Huomiointi (47)
- 59.Asiakkaiden runsaus (49)
- 60.Vastaanottoaikojen vähyys (49)

VAIHE 4.

Ilmauksien muotoileminen ja ryhmittely. Suluissa edellisen vaiheen järjestysnumero.

1.Työkokemus muistihoitajan työstä

Vajaan kahden vuoden työkokemus (1)

Vähäinen työkokemus (20)

Alkuvaiheessa kuunteluoppilaana (21)

Aloitteleva työntekijä (55)

2. Muistihoitajan suunnitelmallisuus muistineuvolatyössä

Työaikojen noudattaminen (25)

Työnjaosta sopiminen (26)

Suunnitelmien mukaisesti eteneminen (27)

Toimiva työnjako (31)

Tilanteiden purkaminen sopimalla asioita (44)

Panostus päällekkäisyyksien vähentämiseksi (48)

Ennakkojärjestelyt: Ajan varmistus asiakkaalle puhelimitse (49)

Poikkeavien tilanteiden hallinta (47)

Tarkkuus työssä. (45)

3.Muistihoitaja oman työnsä arvioijana

Oman työn analysointi (19)

Pohtiminen (18)

Epävarmuus tunne työssä onnistumisesta (14)

4.Kommunikaatio muistineuvola-asiakkaan auttamismenetelmänä

Sovittelijana toimiminen (12)

Vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen (9)

Yhteydenotto edunvalvojaan (39)

5.Muistineuvola-asiakkaan hoidon tarpeen arviointi

MMSE-testi, josta normaalista poikkeava tulos (29)

Alustava keskustelu (32)

Haastattelu (37)

Cerad – tehtäväsarja (38)

Vuorovaikutus (52)

Havainnointi (58)

Kirjaaminen (57)

6. Muistihäiriöisen hoitoprosessin vaiheet

Ensimmäinen käyntikerta muistineuvola vastaanotolla (28)

Kolmas käyntikerta muistineuvola vastaanotolla (4)

7. Muistineuvolavastaanottotilanteeseen osallistujat

Asiakas (3)

Omainen(6)

Muistihoitaja (11)

Hankkeen muistivastaava(34)

Opiskelija(35)

8. Muistineuvolan toimintaympäristö

Kotikäynnit (30)

Vastaanottotilat (45)

9. Ajan puute muistihoitajantyössä

Muista töistä johtuvat työkiireet (2)

Lisääntynyt työtaakka. (50)

Asiakkaiden runsaus (59)

Vastaanottoaikojen vähyys (60)

10. Muistihäiriön vaikutus asiakkaan ja hänen omaisensa elämäntilanteeseen

Sairauden kieltäminen (5)

Ajoluvan menettäminen (7)

Etenevä sairaus (8)

Luopuminen (9)

Ristiriidat omaisen kanssa (10)

Hoitotahto (12)

Erehtyminen vastaanottoajasta (22)

Pitkä odottaminen vastaanotolla (23)

Omaisen tunteet: loukkaantuminen, häpeä (41)

Lähtemisen vaikeus vastaanotolle (42)

Tilanteen herkkyyys (52)

VAIHE 5.

Tulosten yhdistäminen tutkittavaa ilmiötä kuvaaviksi kokonaisuuksiksi. Suluissa edellisen vaiheen järjestysnumero.

1. Muistihoitajan ammatillinen osaaminen(1,2,3,)

2. Muistihäiriötä ja dementiaa sairastavien hoitotyön auttamismenetelmät muistineuvolassa. (4,5,6,7)

3. Ajankäyttö- ja toimintatilaressurit muistineuvolatoiminnassa. (8,9)

**4. Muistihäiriön ja dementian vaikutus muistineuvola-asiakkaan elämäntilanteeseen.
(10)**