

Sinikka Laatikainen

"SITÄ TEHDÄÄN SYDÄMELLÄ JA HERKÄLLÄ KORVALLA"

Muistihoitajien kokemuksia muistineuvolasta Kainuussa

– mahdollisuus ammatilliselle kehitymiselle

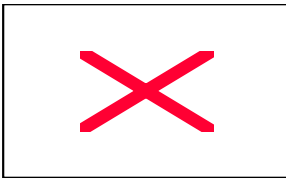
Opinnäytetyö

Kajaanin ammattikorkeakoulu

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Hoitotyön koulutusohjelma

Syksy 2006



OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

| | |
|---|---|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma |
| Tekijä(t) Sinikka Laatikainen | |
| Työn nimi ”SITÄ TEHDÄÄN SYDÄMELLÄ JA HERKÄLLÄ KORVALLA” Muistihoitajien kokemuksia muistineuvolasta Kainuussa – mahdollisuus ammatilliselle kehitymiselle | |
| Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Kirurginen hoitotyö | Ohjaaja(t) Pirjo Leskinen & Rauni Leinonen Toimeksiantaja Kainuun Dementiayhdistys ry |
| Aika Syksy 2006 | Sivumäärä ja liitteet 55 +17 |
| <p>Keväällä 2004 käynnistyi Kainuun Dementiayhdistyksen Kunnan savotta – hanke, jonka tavoitteena oli tukea muistisairaana kotona selviytymistä ja kehittää dementiaa sairastavien hoitoa. Hankkeen yhtenä tehtävänä oli muistineuvolatoiminnan kehittäminen ja muistihoitajien toimintavalmiuksien parantaminen. Muistineuvolatoiminta Kainuun Dementiayhdistys ry:n projektityöntekijän ja kuntien muistihoitajien kanssa aloitettiin Kainuussa vuoden 2004 syksyllä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä Kunnan savotta – hankkeen aikana. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa Kainuun dementia-työn kehittämiseen.</p> <p>Muistihoitaja on perusterveydenhuollossa Kainuun maakunta-kuntayhtymän palveluksessa työskentelevä terveyden- tai sairaanhoitaja, joka muun työnsä ohella toimii neuvolassa. Muistineuvolassa muistihoitaja tutkii muistia testien avulla, ohjaa ja tukee muistisairaita ja heidän omaisiaan. Neuvolatoimintaan sisältyvät myös kotikäynnit asiakkaan luona, puhelinohjaus ja konsultaatioapu muulle ammattihenkilöstölle.</p> <p>Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kirjettä, jossa muistihoitajat kertoivat työstään muistineuvolassa. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen. Tulosten mukaan muistineuvolatoiminta koettiin tarpeelliseksi. Muistineuvolatyö on sekä tavoitteellista että vastuullista ja se nähdään tärkeänä osana muistisairaana hoitoketjua nyt ja tulevaisuudessa. Vaativa työ muistihoitajana ja uuden oppiminen ovat vahvistaneet hoitajien ammattitaitoa. Moni hoitaja onkin voinut hyödyntää muistihoitajakoulutusta ja – kokemusta päätoimisessa työssään.</p> <p>Kainuun Dementiayhdistys ry ja Kainuun maakunta-kuntayhtymä voivat hyödyntää saatuja tuloksia muistineuvolatoiminnan kehittämiseen ja muistihoitajien koulutukseen. Saatu tieto tukee nykyistä toimintaa ja sen tärkeyttä.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena voitaisiin selvittää muistihäiriötä sairastavan henkilön omaisen kokemuksia muistineuvolasta saadusta tuesta ja sen merkitystä perheen selviytymiseen.</p> | |
| Kieli | suomi |
| Asiasanat | muistineuvola, muistihäiriö, muistihoitaja, ammatillinen kehittyminen |
| Säilytyspaikka | <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto |

| | |
|---|--|
| School School of Health and Sports | Degree Programme Nursing care |
| Author(s) Sinikka Laatikainen | |
| Title "IT'S DONE WITH HEART AND SENSITIVE EARS" Memory nurse's experiences of work in the memory clinic in primary health care | |
| Optional Professional Studies Surgical nursing | Instructor(s) Pirjo Leskinen & Rauni Leinonen |
| | Commissioned by Dementia Association of Kainuu |
| Date Autumn 2006 | Total Number of Pages and Appendices 55 +17 |
| <p>This Bachelor's thesis is connected with the Kunnon savotta –project organised by the Dementia Association of Kainuu. The purpose of the project is to support persons who are going through a memory illness and to develop the nursing of demented people. One mission of the project is also to develop the work in the memory clinic and improve of the work in the memory clinic and improve memory nurse's skills too. A memory clinic in primary health care was introduced in Kainuu in the autumn 2004.</p> <p>The purpose of the thesis was to describe the memory nurse's experiences of work in the memory clinic. The objective was to produce information and knowledge for the nursing of demented people in Kainuu.</p> <p>Memory nurses work full-time as a nurse or a public health nurse in the primary health care of The Joint of Authority of Kainuu Region. In the memory clinic they examine, give guidance and support to the persons with a memory illness and their relatives. The research material was collected with letters answered by them. The material was analysed with inductive content analysis. The thesis was qualitative.</p> <p>The results of this Bachelor's thesis showed that the memory clinic is a good and necessary working method. Information about the thesis supports the present activities. Professional confidence of the nurses had been increased by working in the memory clinic too.</p> <p>A further research could focus on the relative's experiences of the memory clinic and the importance for managing of the family.</p> | |
| Language of Thesis | Finnish |
| Keywords | memory clinic, memory illness, memory nurse, professional development |
| Deposited at | <input type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences |

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 LÄHTÖKOHTIA MUISTIHÄIRIÖTYÖLLE | 3 |
| 2.1 Yleistä muistihäiriöistä ja dementiaasta | 3 |
| 2.2 Dementoituvan oikeudet | 5 |
| 2.3 Muistihäiriö- ja dementia työ yhteiskunnan haasteena | 7 |
| 3 MUISTINEUVOLA MUISTIHÄIRIÖISEN TUKENA | 9 |
| 3.1 Muistihäiriöpotilaan hoitopolku | 10 |
| 3.2 Muistihoitajakoulutus | 14 |
| 3.3 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen | 14 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄ | 16 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN | 17 |
| 5.1 Opinnäytetyön lähtökohdat | 17 |
| 5.2 Aineiston hankinta | 18 |
| 5.3 Aineiston analyysi | 19 |
| 5.4 Kirjeiden analyysi | 20 |
| 6 MUISTIHOITAJIEN KOKEMUKSIA MUISTINEUVOLATYÖSTÄ | 22 |
| 6.1 Muistineuvolatoiminta on tarpeellinen toimintamuoto | 22 |
| 6.1.1 Vastaanottoaika on liian lyhyt | 23 |
| 6.1.2 Hoitajan antama tuki asiakkaille on tärkeä | 24 |
| 6.1.3 Omaisen mukanaolo vastaanotolla on tärkeää | 25 |
| 6.1.4 Asiakkaat ovat ainutlaatuisia | 26 |
| 6.1.5 Kotikäynti on hyvä työskentelymuoto | 27 |
| 6.1.6 Hoitajan tiedollinen ja taidollinen osaaminen on laaja-alaista | 28 |
| 6.1.7 Varhainen hoitoon pääsy ei toteudu | 29 |
| 6.1.8 Työnjako helpottaa yhteistyötä | 30 |
| 6.1.9 Muistihoitajien kehittämissuhteita muistineuvolatyöhön | 31 |
| 6.2 Hoitajan ammatillinen osaaminen on lisääntynyt | 33 |
| 6.2.1 Työtovereiden tuki ja koulutus on tärkeää | 33 |

| | |
|---|----|
| 6.2.2 Hoitajan rooli on tärkeä muistisaira an hoitotyössä | 35 |
| 6.2.3 Muistineuvolatyö on monipuolista ja kannustavaa | 35 |
| 7 JOHTOPÄÄTÖKSET | 38 |
| 8 POHDINTA | 44 |
| 8.1 Tulosten tarkastelua | 45 |
| 8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta | 46 |
| 8.3 Oman oppimisen pohdinta | 48 |
| LÄHTEET | 50 |
| LIITTEET(17) | |

1 JOHDANTO

”Muistipulmia voidaan ehkäistä, tutkia ja hoitaa. Edessä on hyviä muistoja.”

Nykyisin muistisairauksien perustutkimukset ja hoidon suunnittelu voidaan aloittaa perusterveydenhuollon muistineuvolassa. Muistineuvola on tarkoitettu kaikille, jotka epäilevät itsellään tai läheisellään muistisairautta. Muistineuvolassa toimiva muistihoitaja tekee yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa ja toimii muistihäiriöasiakkaan yhdyshenkilönä. Muistineuvolan tehtäviin kuuluu muistihäiriöisten tutkimuksiin hakeutumiskynnyksen madaltaminen, terveyskeskuslääkäreiden työn helpottaminen ja nopeuttaminen sekä diagnosoinnin jälkeen hoidon ja kuntouttavan toiminnan suunnittelu, ohjaus ja arviointi.

Muistineurolaverkoston luominen ja toiminnan kehittäminen on ajankohtainen asia väestön ikärakenteen muuttuessa vanhuspainotteisemmaksi. Muistisairauden toteaminen ja tuen antaminen varhaisessa vaiheessa parantavat asiakkaan voimavaroja ja selviytymisen mahdollisuuksia. (Koivisto 2004, 44–45.) Muistisairaahan hoito edellyttää asiantuntemusta ja perustuu sairauden oikeaan diagnosointiin. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien tulisi osata huomioida mahdollisimman varhain potilaasta alkavaan muistihäiriöön viittaavat merkit. (Huusko 2004, 102.) Perusterveydenhuollossa muistihäiriöpotilaan ensisijainen ammatillinen tukiverkosto koostuu lääkäristä, kotisairaanhoidon- ja kotipalvelun työntekijöistä. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2001, 488.)

Kainuun Dementiayhdistys ry:n Kunnan savotta – kehittämishanke käynnistyi keväällä 2004 ja se päättyi syksyllä 2006. Hankkeen yhden osa-alueen eli Kainuun kulkevan muistineuvolan avulla, oli tarkoitus muun muassa saada kokemuksia matalan kynnyksen muistineuvolan vastaanottotoiminnasta. Vastaanottotoiminta aloitettiin Kainuun Dementiayhdistys ry:n projektityöntekijän ja Kainuun maakunta-kuntayhtymän palveluksessa eri kunnissa työskentelevien muistihoitajien kanssa syksyllä 2004. Muistihoitajien on tarkoitus jatkaa toimintaa itsenäisesti vuoden 2006 alusta.

Kainuun Dementiayhdistys ry on järjestänyt koulutusta muistihoitajille muun muassa varhaisen dementoivan sairauden erityispiirteistä, CERAD – muistitestisarjan tekemisestä sekä muistisairaiden ravitsemuksesta. Muistihoitajat ovat tavanneet toisiaan näissä koulutuksissa ja ovat samalla saaneet jakaa kokemuksia työstä. Muistihoitajat tekevät muistineurolatyötä

oman pääasiallisen työnsä ohessa, mikä on esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastolla tai kotisairaanhoidossa. Muistineuvolavastaanottoa muistihoitaja pitää vähintään kerran kuukaudessa, joko yksin tai työparin kanssa.

Kainuun Dementiayhdistys ry on opinnäytetyön toimeksiantaja. Käsittelen työssäni muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä Kunnon savotta – hankkeen aikana. Viisi muistihoitajaa kirjoitti kokemuksistaan muistineuvolatyöstä ja saatu aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Kainuun Dementiayhdistys ry ja Kainuun maakunta-kuntayhtymä voi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia muistisairauksien hoitotyön ja koulutuksen kehittämisessä Kainuussa.

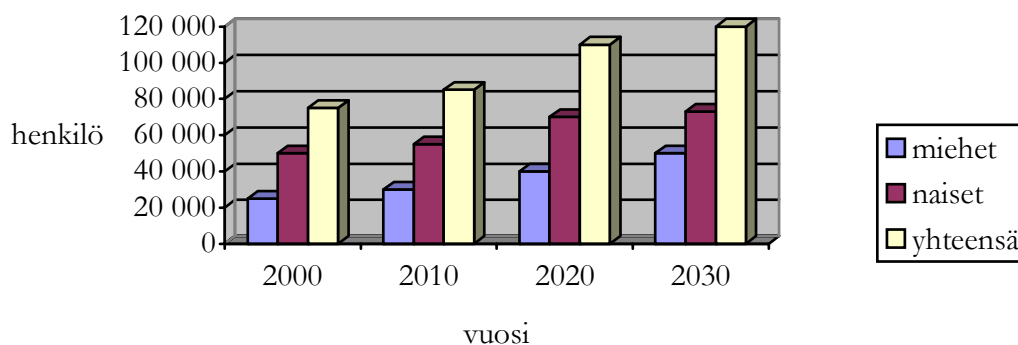
2 LÄHTÖKOHTIA MUISTIHÄIRIÖTYÖLLE

Dementoivien sairauksien esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Väestön ikärakenteen muuttuminen vanhuspainotteisemmaksi johtaa tilanteeseen, jossa myös muistihäiriöistä ja dementoivista sairauksista kärsivien henkilöiden osuus kasvaa. Dementoivien sairauksien ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen, syiden asianmukainen selvittäminen sekä kokonaisvaltaisen hoidon toteutus ovat todellinen haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle. (Koivisto 2004, 44–45; Lupsakko, Karppi, Rissanen & Sulkava 2005, 811.)

2.1 Yleistä muistihäiriöistä ja dementiasta

Muistihäiriöitä esiintyy yleisesti eri-ikäisillä ihmisillä, mutta kuitenkin kaikki muistioireet tai –häiriöt eivät liity dementoivaan sairauteen. Muistihäiriö voi olla seurausta jostakin yleissairaudesta, psyykkisestä - tai aineenvaihdunnan häiriöstä. Muistihäiriö on useimpien dementoivien sairauksien ensioire ja vuosittain johonkin etenevään muistisairauteen sairastuu noin 11 000 henkilöä. Vuonna 2000 Suomessa tehdyn väestötutkimuksen mukaan eriasteisia itse koettuja muistihäiriöitä raportoi kolmannes eli 450 000 yli 65-vuotiaista. On arvioitu, että vuonna 2030 maassamme on jo noin 128 000 vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavaa ihmistä. (Lupsakko ym. 2005, 811; Koivisto 2004, 44; Viramo & Sulkava 2001, 20–22.)

KUVIO 1. Dementiaa sairastavien määrä Suomessa väestötutkimusten ja väestöennusteiden mukaan vuosina 2000–2030. (Viramo & Sulkava 2001, 21.)



Muistihäiriöitä kuvaamaan on käytetty yleisesti käsitteitä: lievä kognitiivinen (älyllinen) heikentyminen (mild cognitive impairment, MCI), ikään liittyvä muistin heikkeneminen (age-associated memory impairment, AAMI) ja ikääntymiseen liittyvä kognitiivinen lasku (aging-associated cognitive decline, AACD). Lievää kognitiivista heikentymistä sairastavalla esiintyy jo selviä muistivaikeuksia, mutta heikentyminen ei vielä oleellisesti haittaa päivittäistä selviytymistä. Normaaliin ikääntymiseen liittyvä muistin heikkeneminen ei aiheuta merkittävää sosiaalista tai toiminnallista haittaa, vaikka lievää heikentymistä tapahtuukin muun muassa uuden oppimissa, älyllisen toiminnan nopeudessa, joustavuutta vaativassa päättelyssä ja muistin kuormituskyvyssä. (Huovinen 2004, 40–41,43; Koivisto 2004, 44; Soininen & Hänninen 2001,77–79; Viramo & Sulkava 2001, 22.)

Väestötutkimusten mukaan neuropsykologisilla testeillä varmennetun MCI-muistihäiriön osuus on vaihdellut 15- 30 prosentin välillä yli 60-vuotiailla ihmisillä, ja arkiselviytymistä rajoittavampaa vaikeampaa dementia-asteista muistin ja tiedon käsittelyn vaikeutta on noin kahdeksalla prosentilla väestöstä eli 80 000 suomalaisella. Vaikka dementia-asteelle johtavat muistisairaudet ovat enimmäkseen ikääntyvien ongelma, niin Suomessa on tällä hetkellä noin 7000 työikäistä eli alle 65-vuotiasta dementoivaa sairautta sairastavaa ihmistä.(Koivisto 2004, 44–45 ; Viramo & Sulkava 2001, 20–22.)Työikäisellä muistivaikeudet johtuvat useimmiten tehottomasta asioiden mieleen painamisesta, joka koetaan unohteluna. Tiedetään myös, että mielialaan negatiivisesti vaikuttavat tekijät esimerkiksi uupuminen tai masennus heikentää muistia. Siksi masennus saatetaan joskus tulkita väärin dementiaiksi. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 55–56.)

Dementia on oireyhtymä, ei erillinen sairaus, johon liittyy muistihäiriö sekä muiden korkeampien aivotointojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Potilaalla voi olla häiriöitä vähintään yhdessä tai kaikissa seuraavissa osa-alueissa: kielellisissä - , motorisissa - ja havaintotoiminnoissa sekä toiminnan ohjannassa ja suunnittelussa, jotta kyse on dementiasta. Myös persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset ovat yleisiä dementiaa sairastavalla. Oireet kehittyvät pikku hiljaa, vähintään useiden kuukausien kuluessa. Toimintojen heikentyminen rajoittaa potilaan itsenäistä, ammatillista ja sosiaalista selviytymistä Dementian yhteydessä on totuttu käyttämään ilmaisuja lievä, keskivaikea ja vaikea dementia oireyhtymän etenevän luonteen vuoksi.(Erkinjuntti 2001, 88 - 89; Erkinjuntti & Huovinen 2001, 54–55; Lupsakko, Joiniemi, Karhu & Remes 2005, 8; Viramo 1997, 13–14;Viramo & Sulkava 2001, 20; Whalley 1997,71.)

Muistihäiriöitä ja dementiaa aiheuttavien sairauksien kirjo on laaja. Yksittäisiä dementiaan johtavia sairauksia tunnetaan jo yli 100 erilaista ja sairauksien erityispiirteiden tunnistamista hyödynnetään aina potilaan hoidon suunnittelussa. Dementoivia sairauksia aiheuttavat syyt voidaan jakaa neljään pääasialliseen ryhmään: ohimeneviin, hoidettaviin ja eteneviin syihin sekä pysyviin jälkitiloihin. . (Erkinjuntti 2006, 93–94; Hokkanen 2004, 22–23; Koivisto 2004, 45–46; Lupsakko ym.2005, 8; Viramo 1997, 12–15.)

Ohimeneviä muistihäiriöiden syitä ovat esimerkiksi aivoverenkierron häiriöt, tietyt lääkkeet ja nautintoaineet sekä psyykkiset häiriöt ja sekavuustilat. Hoidettavissa olevia syitä ovat esimerkiksi tietyt aineenvaihduntasairaudet ja puutostilat. Pysyviä jälkitiloja muistihäiriön syynä ovat esimerkiksi aivovammojen ja aivokudostulehduksien jälkitilat. Etenevä muistihäiriö johtaa vähitellen siihen, että potilas ei enää selviä arjesta ilman toisten apua. Eteneviä muistihäiriöiden syitä ovat dementiaan johtavat rappeuttavat aivosairaudet kuten Alzheimerin tauti ja vaskulaarinen eli aivoverenkiertoperäinen dementia. (emt.)

Muistin ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentymisen taustalta on haettava aivojen toiminnan häiriötä tai rakenteellista sairautta. Sen vuoksi jokaisen muistihäiriöpotilaan oireiden syy tulisi selvittää. Keskeinen ongelma muistihäiriöiden hoidossa on se, että tutkimuksiin ja hoitoon hakeudutaan liian myöhään. Hoidettavissa olevien syiden varhainen löytäminen mahdollistaa parannettavien tilojen hoidon ja taudin eteneminen saadaan hidastumaan. Myös oikeanlainen ohjaus- ja neuvontatyö voidaan aloittaa ajoissa ja siten löytää parhaimmat sairastuneen itsemääräämistä ja kotona selviytymistä tukevat keinot ja näin lykätä mahdollista laitoshoidoa. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 12;Koivisto 2004, 45–46; Pirttilä 2004, 20;Viramo1997, 12–15.)

2.2 Dementoituvan oikeudet

Itsemääräämisoikeus on tärkeimpiä perus- ja ihmisoikeuksiin kuuluvia periaatteita ja se voidaan määritellä jokaisen toimintakykyisen yksilön yhdenvertaiseksi oikeudeksi päättää itseään koskevista asioista.. Itsemääräävä henkilö ymmärtää asian eri vaihtoehdot, osaa arvioida sen mahdolliset seuraukset ja kykenee päättämään tarvittavan ratkaisun. Dementoivissa sairauksissa kyky itsenäiseen päätöksentekoon heikkenee sairauden edetessä, siitä huolimatta dementoituneen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa sairauden kaikissa vaiheissa. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004,15–16.)

Sairauden havaitseminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on tärkeää myös dementoituvan ihmisen oikeusturvan kannalta. Varhainen diagnosointi antaisi sairastuneelle mahdollisuuden vaikuttaa omaa elämäänsä koskeviin ratkaisuihin. Halutessaan hän voisi järjestellä asioitaan esimerkiksi hakea itselleen valmiiksi edunvalvojan, tehdä testamentin tai hoitotahdon. Hoitotahdossa henkilö ilmaisee tahtonsa sellaisen tilanteen varalta, jossa hän ei ole itse enää kykenevä hoitotahdon antamiseen. Potilaan hoitoa koskevan suostumuksen antamisessa säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004,16–17, 19.)

Yhdysvaltalaiset Virginia Bell ja David Troxel esittivät vuonna 1994 dementoituneiden oikeudet. Kansainvälinen Alzheimer International – järjestö julkaisi myös nämä 12 oikeutta, jotka on tarkoitettu otettavaksi huomioon sekä jokaisen dementoituvan ja hänen läheisensä että ammattihenkilöstön toiminnassa. Oikeuksien tarkoituksena on edistää dementoituvan tasavertaista yhteiskunnallista asemaa ja laadukasta hoitoa.(Heimonen & Tervonen 2004,125.)

KUVIO 2. Dementoituvan oikeudet. (Heimonen & Tervonen 2004,125.)

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

2.3 Muistihäiriö- ja dementia työ yhteiskunnan haasteena

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa esitetään toimenpidesuosituksia, toteuttajia ja kehittämistavoitteita hallituksen nelivuotiskaudelle. Siinä on nostettu 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 dementia potilaille on oikeus varhaiseen taudinmääritykseen ja syymukaiseen hoitoon. (Tervonen 2001, 13–14, 20; Hietanen & Lyyra 2003, 17–18.)

1990 – luvulta lähtien on sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoamia tukimuotoja täydentämään kehitetty useita kolmannen sektorin tarjoamia palveluja. Niihin kuuluu mm. Alzheimer – keskusliitto ry:n Raha- automaattiyhdistyksen tuella rakentama koko maan kattava dementia-neuvojen verkosto sekä alueelliset dementia-yhdistykset, jotka järjestävät muun muassa sopeutumisvalmennuskursseja sekä organisoivat omaisten vertaisryhmätoimintaa. (Huhtamäki-Kuoppala & Koivisto 2001, 516.) Paikallisyhdistysten keskeinen tehtävä on dementia-neuvonta ja alueellinen vaikuttaminen. Paikallisyhdistykseen voi liittyä jäseneksi jokainen muistihäiriöistä ja dementiaasta kiinnostunut. Jäsenetuna tarjotaan muun muassa viisi kertaa vuodessa ilmestyvää Muisti -lehteä, tukea, tietoa ja koulutusta, virkistystä ja muita aktiviteetteja. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 197.)

Alzheimer- ja dementia-yhdistysten aloitteesta on käynnistetty esimerkiksi muistineuvolatoiminnan kokeilut. Muistineuvolatoimintaa kehittävät kokeiluprojektien avulla muun muassa Etelä-Pohjanmaan Muistihäiriö- ja Dementia-yhdistys, Helsingin Alzheimer-yhdistys, Porvoon seudun Dementia-yhdistys, Päijät-Hämeen Dementia-yhdistys, Salon Alzheimer-yhdistys, Kainuun Dementia-yhdistys ja Tampereen Dementia-yhdistys. Muistineuvola rakennetaan kunkin kunnan omista lähtökohdista ja tarpeista. (Tamminen 2006.)

Alzheimer – keskusliitto on julkaissut useita raportteja muistihäiriö- ja dementia työ tilanteesta Suomessa. Se on vuodesta 2001 lähtien painottanut strategiassaan neljää kysymystä: tutkimuksiin ja hoitoon pääsyä, ohjauksen ja neuvonnan saantia, riittäviä kotihoidon tukipalveluja sekä toimintakykyä tukevaa pitkäaikaishoitoa. Näiden lisäksi tarvitaan myös asennevaikuttamista ja ennaltaehkäisytyötä, jotta ihmiset hakeutuisivat tutkimuksiin riittävän varhaisessa vaiheessa. Vuonna 2004 olleen Hyvän dementiahoidon kuvaus – projektin mukaan

muistihäiriö- ja dementia-työ on nähtävä laajana kansanterveystyökysymyksenä, jonka ratkaisemiseksi tarvitaan lisää tutkimustietoa, palveluiden käyttäjien kuulemista ja vahvistuvaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken. (Heimonen & Tervonen 2004, 118–120.)

3 MUISTINEUVOLA MUISTIHÄIRIÖISEN TUKENA

Muistisairaahan hoito edellyttää asiantuntemusta ja perustuu sairauden oikeaan diagnosointiin. On tärkeää tutkia kaikki muistihäiriöepäilyt mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien tulisi osata huomioida mahdollisimman varhain potilaasta seuraavia asioita: avuntarpeen lisääntyminen, sekavuus, käyttäytymisen muuttuminen, hoitomyöntyvyyden heikkeneminen tai terveystalvelujen lisääntynyt käyttäminen, ja osata ohjata hänet mahdollisimman pian tutkimuksiin. (Huusko 2004, 102.) Lupsakon ym. (2005, 815) tutkimuksen mukaan muistihäiriöiden diagnostiset selvittelyt voidaan hyvin aloittaa perusterveydenhuollon muistineuvolassa ja sinne tulisikin keskittää sekä 65- vuotta täytäneiden perustutkimukset että haasteellisten dementioiden hoito. Alle 65 - vuotiaiden hoito tulee keskittää edelleenkin erikoissairaanhoidon neurologian poliklinikalle.

Muistihäiriö- ja dementiapotilaan oikeuksiin kuuluu saada tietää mikä hänen oireensa aiheuttaa. Diagnoosissa tarvitaan yleensä erikoissairaanhoidon osaamista, mutta sen jälkeen päävastuu potilaan hoidosta on perusterveydenhuollossa. Dementoivien sairauksien hoito onnistuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä. Muistihäiriöpotilaan ensisijainen ammatillinen tukiverkosto perusterveydenhuollossa koostuu lääkäristä, kuntoutusohjaajasta, muistihoitajasta, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöistä sekä sosiaalityöntekijöistä. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2001, 488.)

Tukemisen lähtökohtana on varhainen – ja oikea diagnoosi, yksilöllisyys, asiakkaan ja perheen elämäntilanteen kartoitus sekä ennakoiva neuvonta ja ohjaus. Tukitoimet koostuvat tiedollisesta -, sosiaalista hyvinvointia edistävästä - ja kotona asumista turvaavasta tuesta sekä lakisääteisistä sosiaaliturvaetuksista. Työn tavoitteena on asiakkaan ja hänen perheensä elämänlaadun ylläpitäminen, parantaminen ja selviytymisen tukeminen (Huhtamäki- Kuoppala & Koivisto 2001, 517 .)

Muistineuvolan tehtäviin kuuluu muistihäiriöisten tutkimuksiin hakeutumiskynnyksen mataltaminen, terveyskeskuslääkäreiden työn helpottaminen ja nopeuttaminen sekä diagnosoinnin jälkeen systemaattinen hoidon ja kuntouttavan toiminnan suunnittelu, ohjaus ja arviointi. (Mynttinen 2006.)

3.1 Muistihäiriöpotilaan hoitopolku

Olen halunnut liittää tähän mallin muistinhäiriöpotilaan hoitopolusta (kts.13,KUVIO 3). Mallin tekstin olen muokannut Pohjois-Kymenlaakson Dementiayhdistys ry:n Muistihäiriö- ja dementiapotilaan kuntoutus- ja hoitokäytäntösuositus Pohjois-Kymenlaakson alueella” – projektin kokemuksiin sekä aiheesta tuotettuun kirjalliseen materiaaliin perustuen laaditun ”Muistihäiriö- ja dementiapotilaan kuntoutus- ja hoitokäytäntösuosituksen” mukaan, jonka Kymenlaakson sairaanhoitopiiri on koonnut. ”Dementia- tutkimus- ja hoitokäytäntösuositus” – ohjeisto sisältää ohjeita sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoitoon. Ohjeistoa voi jokainen kunta tai kuntayhtymä soveltaa omien resurssiensa pohjalta. Systemaattinen suunnitelma muistihäiriö- ja dementiavaiheessa sekä jäntevöittää hoitoa että ohjaa turvallisen hoitopolun rakentamista. Samalla se varmistaa hoidon saannin ja auttaa sairastunutta, hänen omaistaan sekä heidän parissaan työskenteleviä ammattihenkilöitä. (Mynttinen 2006.)

Muistihäiriövaiheessa hakeudutaan muistineuvolaan yleensä ennen lääkärin vastaanottoa. Tuolloin asiakasta haastatellaan ja hänelle tehdään tilannetta kartoittava kysely, jonka perusteella arvioidaan muun muassa muistin tutkimusten tarve. Asiakkaalle suositellaan, että omaisen läsnäolo vastaanotolla on suotavaa ensimmäisellä muistineuvolakäynnillä. Näin asiakkaan tilanteesta saadaan parempi kokonaiskuva ja tarkempi arvio mahdollisista toimintakyvyn muutoksista. Läheinen saa täytettäväkseen oman kyselylomakkeen.(emt.)

Asiakkaan haastattelun tarkoituksena on selvittää: miten muistihäiriö ilmenee arkipäivässä, mikä on sen haittaavuusaste, muutokset elämäntilanteessa ja milloin muistihäiriöt ovat alkaneet. Taustatietoihin selvitetään myös asiakkaan lääkitys ja muut sairaudet. Niistä kertominen viestittää hänen tilanteestaan paljon muistihoitajalle, sillä samalla haastattelija voi havainnoida haastateltavan sanattomia viestejä, kuten ulkoasua, ryhtiä, kasvojen ilmettä tai sitä vaikuttaako asiakas masentuneelta. Ensikäynnin ja haastattelujen perusteella arvioidaan tehtävät muistin - ja toimintakyvyn testaukset. Tehtävät testit ovat yleensä MMSE tai CERAD, tarvittaessa GDS – FAST ja ADCS-ADL – toimintakykyarvio.(emt.)

Suomessa laajasti käytetyimpiä perusterveydenhuollon ensivaiheen arviointimenetelminä tehtävät testit ovat MMSE (Mini-mental state examination) – asteikko ja CERAD (Consortium to establish a Registry for Alzheimer’s Disease) – tehtäväsarja. Näillä arviointimenetelmillä saadaan yleiskäsitys asiakkaan älyllisen toimintakyvyn mahdollisesta heikentymisestä ja niiden

avulla voidaan määrittää kenelle tarkemmat tutkimukset dementian toteamiseksi ovat tarpeen. (Hänninen & Pulliainen 2001, 333, 349–350.)

Hännisen & Pulliaisen (2001, 333) mukaan ADCS-ADL (Alzheimer's disease cooperative study – Activities of daily living inventory)- asteikkoa kannattaa käyttää silloin, kun halutaan kattaa yhdellä mittarilla sekä yksinkertaiset perustoiminnot että monimutkaisemmat välineelliset toiminnot. ADCS-ADL- asteikko on herkkä muutoksille ja se tuo esiin jo lievänkin toimintahäiriön dementoivan sairauden alkuvaiheessa. Alhaisen & Rosenvallin(2001,378–380) mukaan älyllisen toimintakyvyn kokonaishaittaa voidaan arvioida CDR (Clinical Dementia Rating) ja Alzheimerin taudin etenemistä ja vaikeusastetta GDS-FAST(Global deterioration scale- Functional assessment staging)- testein.

Mikäli testien tulos on normaali, asiakkaalle annetaan ohjausta ennaltaehkäisevissä toimenpiteissä. Jos asiakkaalla ilmenee normaalin tuloksen lisäksi haastattelun perusteella voimakkaita subjektiivisia tuntemuksia muistiongelmista, pyydetään hänet 6-12 kuukauden kuluttua tulemaan uudelleen vastaanotolle. Kun testituloksissa on poikkeavuutta, asiakkaalle varataan aika lääkärin vastaanotolle ja ennen sitä hän käy tarvittavissa laboratorio- ja röntgenkokeissa. Muistineuvolassa huolehditaan, että tutkimukset on tehty ja lääkärin käytettävissä ennen vastaanottoa. (Mynttinen 2006.)

Dementoivien sairauksien varhaistoteamisessa on terveyskeskuslääkäri avainasemassa. Ennen vastaanottoa muistineuvolassa on tehty tutkimukset kognitiivisesta, muusta psyykkisestä ja yleisestä toimintakyvystä sekä otettu mahdolliset laboratorio- ja röntgenkokeet. Näin lääkärillä on käytettävissä hyvät esitiedot, joiden perusteella hänen on helpompi arvioida muistihäiriöisen tilaa. Olisi suositeltavaa, että dementoituvaa hoitaisi lääkäri, joka pysyy samana mahdollisimman pitkään. Dementoivan sairauden edetessä lääkäri joutuu puuttumaan hoidon lisäksi myös oikeudellisiin asioihin, kuten antamaan arvioita edunvalvonnan tarpeesta, oikeustoimikelpoisuudesta sekä ajokortin voimassaolosta. Dementoivan sairauden diagnoosi voi selvitä jo perusterveyshuollossa tai potilas saa lähetteen erikoissairaanhoidon neurologian poliklinikalle. Ehdoton edellytys järjestelmän toimivuudelle on, että tiedonkulku on mutkatonta kaikkien tutkimuksiin ja hoitoon osallistuvien tahojen välillä. (emt.)

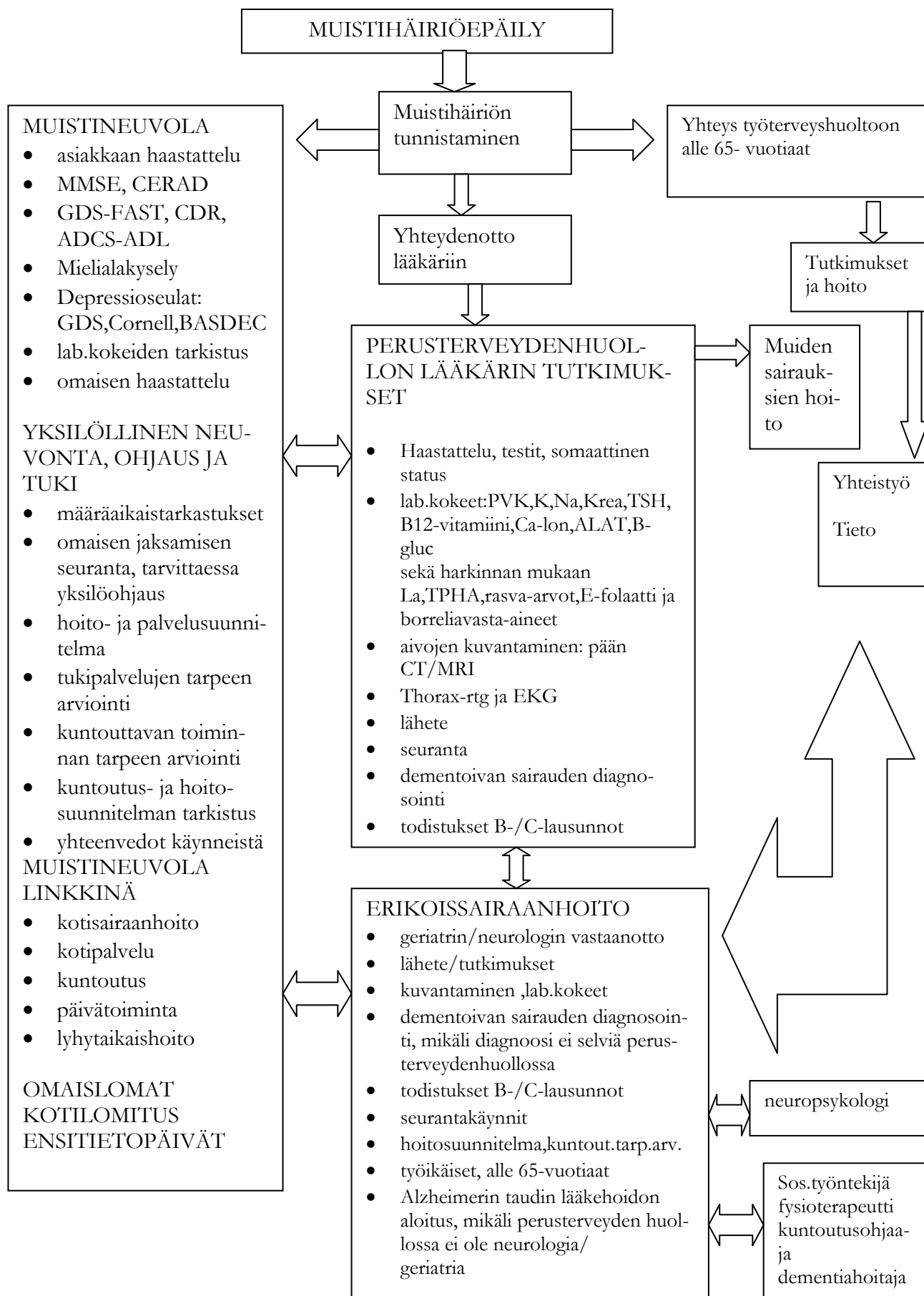
Asiakas tulee takaisin muistineuvolaan 1-3 viikkoa diagnosoinnin jälkeen. Tällä kertaa käydään sairastuneen ja hänen omaisensa kanssa läpi: mikä sairaus on kyseessä, mitä oireita se yleensä aiheuttaa ja mitä tunteja se voi herättää. Lisäksi selvitetään käytännön asioita, kuten mistä saa apua tarvittaessa, millaista kuntouttavaa toimintaa on tarjolla, millaista toimintaa

alueella on omaisille ja ensitietokurssin ajankohta. Ensimmäisellä käynnillä diagnoosin asettamisen jälkeen on tärkeää kuunnella sairastunutta ja hänen omaistaan, vastata kysymyksiin ja oikaista heidän mahdollisia harhakäsityksiään. Jatkokäynnit neuvolassa tapahtuvat seuraavasti; dementian lievässä vaiheessa vähintään 6 kuukauden välein, sairauden edetessä keskivaikeaan vaiheeseen 3 kuukauden välein tai ongelmien ilmetessä. Muistineuvolan jatkokäynneillä paneudutaan tilannekartoitukseen sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja päivittämiseen. Erityisesti huomioidaan hoitavan omaisen jaksamista, henkisen tuen ja kuntouttavan toiminnan tarvetta. Toimintakykyarvio tehdään säännöllisesti 6-12 kuukauden välein.(emt.)

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa huomioidaan erityisesti asiakkaan toimintakykyä edistävät tekijät, mutta siinä mainitaan myös toimintakykyä heikentävät tekijät. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma perustuu asiakkaan säilyneisiin voimavaroihin. Suunnitelmaan kirjataan mahdollinen palvelujen tarve, tarvittavat lausunnot ja oikeudelliset asiat, mikäli niitä on käynnillä käsitelty. Suunnitelmaan kirjataan selkeästi ylös myös seuraavan arvioinnin ajankohdan ja tarvittaessa varataan aika omalle lääkärille. Asiakas tulee seuraavan kerran muistineuvolaan noin 3 kuukautta diagnoosin asettamisen jälkeen, jolloin mahdollisen lääkityksen koeaika on ohi ja lausunnot kansaneläkelaitokselle on tehty. Nyt asiakas voi periaatteessa siirtyä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon vastuulle. (emt.)

Asiakkaan siirtyessä kotisairaanhoidon, kotipalvelun tai palvelukeskuksen asiakkaaksi, hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa arvioidaan ja toteutetaan heidän toimestaan. Asiakkaan muistineuvolassa käynnit päättyvät hoitoon osallistuvien työntekijöiden perehdytyksen jälkeen. Muistineuvola toimii jatkossa dementoituvan hoidon ja kuntoutuksen asiantuntijana ohjaamalla tarvittaessa muistisairaahan hoitoon osallistuvan hoitotiimin työntekijöitä ongelmatilanteissa. (emt.)

KUVIO 3. Muistineuvola ja muistihäiriöpotilaan hoitopolku. (Lupsakko ym 2005,16–21; Mynttinen 2006.)



3.2 Muistihoitajakoulutus

Muistineuvolassa toimiva muistihoitaja on terveyden- tai sairaanhoitaja, joka on saanut täydennyskoulutuksen tehtävänsä oman ammattitutkintonsa lisäksi. Muistihoitajakoulutus on ammatillista täydennyskoulutusta. Dementiayhdistysten lisäksi koulutusta voi saada esimerkiksi ammattikorkeakoulujen opintotarjontana.

Löysin Jyväskylän ammattikorkeakoulun internetsivuilta muistihoitajakoulutus- vaihtoehdon. Koulutusta oli tarjolla Jyväskylän ammattikorkeakoulun avoimessa ammattikorkeakoulussa. Koulutus järjestetään Jyväskylässä ja sen järjestäjäksi oli laitettu Mikkelin ammattikorkeakoulu. Muistihoitajakoulutuksen kesto on 8 opintoviikkoa ja se toteutetaan neljän lähiopetuspäivän, opiskelijan itsenäisen opiskelun ja verkko-opintojen kautta. Koulutuksen kohderyhmäksi oli laitettu sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät. (Taskinen-Hooper 2006.)

Muistihoitajakoulutuksen tavoitteena on syventää ja uudistaa hoitohenkilökunnan tietoutta dementoituvien ihmisten koti- ja laitoshoidosta. Koulutuksen avulla opiskelija syventää tietoaan dementoivista sairauksista, niihin liittyvistä käytösoireista sekä lääkkeettömästä että lääkehoidosta. Tavoitteena on myös, että opiskelija laajentaa osaamistaan dementoituvan ihmisen kohtaamisessa, toiminnallisissa ja kuntouttavissa hoitomenetelmissä. Opetuksessa käytetään seuraavia teemoja: dementoivat sairaudet, lääkehoito, muistelu, elämäankaari, validaatio, snoetzelin, hoitoympäristö, aivojumppa, mielikoulu sekä toimintakyvyn arviointi ja – testaus. (Taskinen-Hooper 2006.)

Muistihäiriö- ja dementiatyössä toimivat tarvitsevat perus- ja täydennyskoulutusta sekä ajanmukaista tietoa dementoivista sairauksista ja niiden hoidosta. Tulevaisuuden kannalta suuri kysymys on myös se, miten työvoiman saanti voidaan turvata vanhus- ja dementiatyössä. Nykyään nuoret eivät hakeudu vanhustyön ammatilliseen koulutukseen, minkä vuoksi olisi tärkeää markkinoida koulutusala nuorille myönteisessä sävyssä. (Koskinen 2004, 116.)

3.3 Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen voidaan määritellä sellaiseksi tietojen, taitojen sekä toimintojen hallinnaksi, mikä laajenee ja täsmentyy kokemuksen kautta. Ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja parantaminen on hoitajan omasta halusta ja motivaatiosta kehittyä.

Ammatillinen kasvu pitää sisällään kaikki kehittämistoimet, jotka kohdistuvat ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen. (Heikkilä & Miettinen 2003, 61–63; Suikkala, Miettinen, Holopainen, Montin & Laaksonen 2004, 14; Hilden 2002, 33.)

Ammatin tietoperustan pohjalta tehdään itsenäisiä päätöksiä ja se näkyy käytännön työssä toimintana, joka etenee päätöksenteon kautta ja näkyy hoitotyön taitoina. Kaiken hoitotyön toiminnan lähtökohtana tulisi olla näyttöön perustuva tieto. Hoitotyössä tehdyt päätökset vaikuttavat joko välittömästi tai tulevaisuudessa asiakkaan tai potilaan tilanteeseen. Hoitotyön toiminnot toteutuvat asiakkaan tai potilaan ohjaus- tai auttamistilanteissa ja niiden perustana ovat sairaanhoitajan tiedot ja taidot. (Lauri 2005, 14–15.) Asiakkaiden tarpeet ja ongelmat muuttuvat, niin myös toimintaympäristö ja työmenetelmät. Ne asettavat ammatissa toimiville yleisosaamisen lisäksi vaatimuksia erityisosaamisesta ja muuttavat hoitajan asiantuntijuutta. (Suikkala ym. 2004, 14.)

Sairaanhoitajan urakehityksen kannalta on keskeistä, että hänellä on monipuoliset mahdollisuudet kehittää ammatillista osaamistaan. Eteneminen riippuu yksilöstä itsestään, mutta kehittyäkseen jokainen tarvitsee työ- ja ammattiyhteisön tukea ja kykyä toimia työorganisaation toiminta- ja asiakasverkostoissa. (Heikkilä & Miettinen 2003, 64.) Tutkimusten mukaan sairaanhoitajilla on tarvetta pätevoitää oman alueensa asiantuntijasairaanhoitajaksi. Keskeistä urakehityksessä on hoitajan oma subjektiivinen kokemus omasta ammatillisesta asiantuntijuudesta. Se näkyy sekä korkealaatuisena hoitotyönä että työtyytyväisyytenä ja elämäntilanteena. (Heikkilä & Miettinen 2003, 73.)

Hopian & Heikkilän (2004, 187) tutkimuksen mukaan aikuisopiskelijan ammatillisen kasvun prosessi voi saada kaksi suuntaa, joko asiantuntijuudessa vahvistuminen tai ammatillisista unelmista luopuminen. Aikuisena, jo työkokemusta hankkineena opiskelu voi tarjota mielekkään kokemuksen asiantuntijaksi kasvamisessa. Kouluttajien ja esimiesten olisikin syytä olla huolissaan niistä ammattilaisista, jotka ovat luopuneet ammatillisista unelmistaan. On pohdittava myös sitä, millaisen mallin he tarjoavat opiskelijoille ja nuoremmille kollegoilleen. Kehittäessä osaamista sekä yksilön – että organisaation tasolla, tulevat sairaanhoitajien henkilökohtaiset ura- ja kehityssuunnitelmat sekä asiantuntijakoulutus tulevat olemaan tärkeässä asemassa tulevaisuudessa.

4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatoiminnasta Kainuussa. Tavoitteena on tuottaa tietoa Kainuussa vuoden 2004 syksyllä käynnistyneen muistineuvolan muistihoitajien työstä ja kokemuksista Kainuun Dementiayhdistykselle, Kainuun maakunta-kuntayhtymälle, kuntien muistihoitajille, alan ammattilaisille ja opiskelijoille. Tutkimustehtävien avulla olen rajannut aiheen muistihoitajien kokemuksiin muistineuvolatyöstä ja miten muistihoitajuus uutena ammatillisena osaamisalueena on vaikuttanut hoitajaan. Toinen tutkimustehtävä nousi aineistosta.

Tutkimustehtävänä on kuvata:

1. Muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä
2. Miten muistihoitajuus uutena ammatillisena osaamisalueena on vaikuttanut hoitajaan?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin yhdessä toisen opiskelijan kanssa. Päädyimme yksimielisesti ensimmäisen aineiston analysointivaiheen jälkeen jatkamaan työtä kahdeksi erilliseksi opinnäytetyöksi. Opinnäytetyössä kuvaan muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä Kainuussa. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kohdejoukolta saatekirjeellä, jossa oli kaksi kysymystä. Työssäni kuvaan kirjeen ensimmäisen kysymyksen pohjalta analysoimaani aineistoa.

5.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista eli laadullista tutkimusotetta. Se soveltuu mielestäni työhön parhaiten, kun tutkitaan ihmisten kokemuksia. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen, jolloin tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään syvällisemmin ja mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksessa pyritään tulkitsemaan ihmisten kokemuksia ja heidän niille antamiaan merkityksiä. Kokemuksista ja niiden merkityksistä pyritään tekemään mahdollisimman aitoja havaintoja. (Hirsjärvi ym. 2005, 152, 155,170; Krause & Kiikkala 1997, 55–56, 78–80; Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien kohdejoukko on yleensä pieni ja valittu tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotoksella. Aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja suositaan ihmistä tiedonantajana. Aineiston hankinnassa suositaan metodia, jossa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät hyvin esille. (Hirsjärvi ym. 2005, 155; Krause & Kiikkala 1997, 104; Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88.) Opinnäytetyön kohdejoukkona on viisi muistihoitajaa Kainuusta.

Aineistosta ei ole tarkoitus tehdä tilastollisia päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen, vaan päätelmiä ohjaa aristoteelinen ajatus siitä, 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. (Hirsjärvi ym. 2005, 171; Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.) Koska laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistyksiin, on tärkeää valita tutkimuksen tiedonantajiksi henkilöt, joilta oletetaan saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88.) Aineiston koko määräytyi sen mu-

kaan kuinka monta muistihoitajaa on Kainuussa. Tiedonantajien valinta oli siis tarkoituksenmukaista ja harkittua.

5.2 Aineiston hankinta

Aineistonkeruumenetelmän tulee olla sellainen, että sen avulla saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, havainnointi, kysely ja erilaisiin dokumentteihin ja teksteihin perustuva tieto. Laadullisen tutkimuksen yleistymisen myötä ovat yleistyneet tiedonkeruumenetelmät, joissa pyritään ymmärtämään toimijoita heidän itsensä tuottamien kertomusten avulla. Tiedonkeruumenetelmänä voidaan käyttää muun muassa kirjettä, päiväkirjaa, muistelmaa tai omaelämäkertaa. (Hirsjärvi ym. 2005, 155, 206; Krause & Kiikkala 1997, 103; Tuomi & Sarajärvi 2002, 73.) Opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä muistihoitajien kirjoittamia kirjeitä. Kirjeet toimivat näin persoonallisina dokumentteina aineistolle ja tutkittavien näkökulma pääsee niissä hyvin esille.

Aineiston keruuseen tarvittiin kirjallinen lupa Kainuun maakunta-kuntayhtymän vanhuspalvelujohtajalta, joka on muistihoitajien esimies. Ensin kirjoitettiin anomus vanhuspalvelujohtajalle. Anomuksessa pyydettiin lupaa kirjalliseen aineiston keruuseen Kainuun maakunta-kuntayhtymän palveluksessa olevilta muistihoitajilta (LIITE 2). Sen jälkeen muistihoitajille kirjoitettiin saatekirje, jossa oli tietoa työn tarkoituksesta, selkeät vastausohjeet ja opiskelijoiden yhteystiedot.

Aineistonkeruuluvan saatuamme olimme yhteydessä toimeksiantajaan Kainuun Dementiayhdistykseen, jolla oli muistihoitajien yhteystiedot. Saatekirje lähetettiin dementiayhdistykseltä seitsemälletoista Kainuun maakunta – kuntayhtymän muistihoitajalle (LIITE 3). Kirjeessä pyysimme muistihoitajia kirjoittamaan kokemuksistaan muistineuvolatyöstä kahden kysymyksen avulla. Viisi muistihoitajaa vastasi. Kaikki hoitajat vastasivat ensimmäiseen kysymykseen, jossa pyydettiin kirjoittamaan vapaamuotoisesti omin sanoin muistihoitajan työstä muistineuvolassa Toiseen kysymykseen vastasi kaksi hoitajaa merkityksellinen tapahtuma – tekniikan avulla jostakin mielestään merkittävästä tapahtumasta muistineuvolatoiminnassa. En käytä tätä toisen kysymyksen aineistoa opinnäytetyössäni.

5.3 Aineiston analyysi

Kerätyn aineiston analyysi on aineiston tulkinnan ja johtopäätösten ohella tutkimuksen ydinasia. Aineistoa voidaan analysoida usealla eri menetelmällä, mutta tärkeää on valita sellainen analyysitapa, jolla parhaiten saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Hirsjärvi ym. 2005, 209, 212.) Käytin opinnäytetyön aineiston analysoinnissa induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysia, koska se mielestäni sopii siihen parhaiten. Sisällön analyysi sopii hyvin strukturoimattomaan aineistoon ja sitä voidaan käyttää hyvin kirjeissä olevan materiaalin analyysiin. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällön analyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä sanallinen kuvaus tiivistetyssä ja selkeässä muodossa kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella tavalla, joko lähtien aineistosta eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21, 23; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Se voi olla yksittäinen sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valinnassa ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan useita kertoja läpi. Lukemisen tulee olla aktiivista lukemista ja sen tarkoituksena on luoda pohja analyysille. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee kolmessa vaiheessa: aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi. Aineiston pelkistämässä aineistosta etsitään tutkimustehtävään kuuluvia olennaisia ilmaisuja ja karsitaan epäolennainen pois joko informaatiota tiivistäen tai osiin pilkkoen. Tällöin aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja vastauksena ovat alkuperäisistä ilmaisuista tehdyt pelkistetyt ilmaukset. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111; Vanhanen-Nuutinen 2003, 26, 28.)

Aineiston ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmauksista etsitään joko samankaltaisuuksia tai eroavuuksia kuvaavia ilmaisuja. Samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään ja yhdistetään samaksi luokaksi eli alaluokiksi ja nimetään se sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkö voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus. Tässä vaiheessa analyysi on jo aineiston käsitteellistämistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–114; Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29.)

Aineiston käsitteellistämisvaiheessa yhdistetään samansisältöisiä alaluokkia toisiinsa, jolloin muodostuu yläluokkia. Yläluokille annetaan taas puolestaan niiden sisältöä kuvaava nimi. Lopulta kaikki yläluokat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi luokaksi, joka nimetään yhdistäväksi luokaksi eli yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mahdollista ja saadaan vastaus tutkimustehtävään. Käsitteellistämisessä siis edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Johtopäätöksissä pyritään ymmärtämään tutkittavia, mitä asiat heille merkitsevät. (Kynäs & Vanhanen 1999, 5-7; Tuomi & Sarajärvi 2002, 113–115; Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29.)

5.4 Kirjeiden analyysi

Valitsin analyysiyksiköksi lausuman, koska mielestäni kokemuksia ei voi kuvata yhdellä sanalla. Lausumalla tarkoitetaan useammista sanoista koostuvaa ajatusta, jonka voi muodostaa myös virkettä laajempi useasta virkkeestä koostuva tekstikappale (Vanhanen-Nuutinen 2003, 26).

Aloitin aineiston analyysin lukemalla kirjeet moneen kertaan. Seuraavaksi kirjoitin kaikki viisi kirjettä tietokoneelle puhtaasti sanasanaisesti, siten kuin vastaaja oli ne kirjoittanut. Tarkistin vielä kertaalleen kirjoittamani tekstin ja kirjeiden sisällön, ja varmistin näin, että olin kirjoittanut asiat oikein. Kirjeistä kertyi seitsemän sivua analysoitavaa opinnäytetyön asetuksin kirjoitettuna. Luin kirjeet muutaman kerran läpi ja lukiessani pidin koko ajan mielessä tutkimustehtävän. Seuraavaksi alleviivasin aineistosta tutkimuskysymysten kannalta merkittäviä lausumia, jotka kirjoitin alkuperäisessä muodossa uudelle asiakirjalle. Alkuperäisiä lausumia sain yhteensä 73, minkä jälkeen pelkistin ja keräsin ne listaksi alkuperäisten ilmaisujen viereen. Näin varmistin, että kirjoittajan kokemus pysyy mahdollisimman alkuperäisenä.

Aineiston ryhmittelyä jatkoin etsimällä pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia ja eroja. Yhdistin samaa tarkoittavat ilmaisut omaksi luokaksi ja nimesin ne luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Sain pelkistetyistä ilmaisuista yhteensä 19 alaluokkaa. Jatkoin käsitteellistämistä nimeämällä samansisältöiset alaluokat yhdistävillä yläluokilla. Yläluokkia sain neljä: työhön liittyvät kokemukset, muistihoitajien kehittämisohdotukset, työtovereiden tuki ja koulutus ja hoitajaan liittyvät kokemukset. Yläluokat yhdistin edelleen kahdeksi pääluokaksi ja nimesin ne seuraavasti: muistineuvolatoiminta on tarpeellinen toimintamuoto ja hoitajan ammatillinen osaaminen on lisääntynyt. Lopuksi yhdistin pääluokat yhdeksi kaikkia kuvaavaksi luokaksi.

kaksi, jonka nimesin yhdistäväksi luokaksi eli muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä. Aineiston analysointi oli nyt mielestäni valmis tuloksien raportoimiseen ja johtopäätösten tekemiseen.

6 MUISTIHOITAJIEN KOKEMUKSIA MUISTINEUVOLATYÖSTÄ

Opinnäytetyöni tuloksia tarkastelen tutkimustehtävän avulla aineistosta muodostuneiden luokkien mukaan. Kirjoitelmien analyysin tuloksena muistihoitajien kokemuksista muistineuvolatyöstä muodostui yhteensä yhdeksäntoista alaluokkaa, neljä yläluokkaa, kaksi pääluokkaa ja yhdistävä luokka. Olen otsikoinut opinnäytetyön tulososuuden yhdistävän luokan mukaan ja käyn tulokset läpi ala-, ylä- ja pääluokkien sisältämien pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Varmistan aineiston luotettavuutta myös lisäämällä alkuperäisilmaisuja tuloksiin.

6.1 Muistineuvolatoiminta on tarpeellinen toimintamuoto

Yksi muistihoitaja kirjoitti näin: ”Työtä olisi tarpeeksi, vaikka toimisi päätoimisena muistihoitajana, silloin jäisi aikaa myös työn kehittämiseen.” Työn kehittämiseen ei tahdokaan enää jäädä aikaa, vaikka se olisi tärkeää toiminnan jatkuvuuden kannalta. Sen sijaan kehittämisedotuksia muistineuvolatyöhön tuli muutamassa vastauksessa. Niitä käsittelen myöhemmin tarkemmin. Muistihoitajat näkevät muistineuvolan tärkeänä ja tarpeellisena osana muistihäiriöisen hoitoketjua nyt ja tulevaisuudessa. Tähän mennessä saatujen kokemusten perusteella, he ovat vakuuttuneet siitä, että työtä muistihoitajille riittää.

”Muistiongelmat lisääntyvät väestön ikääntyessä ja työskarkaa olisi paljon. Kotihoidon piirissä on paljon muistisairaita, joille ei ole tehty mitään muistitutkimuksia.”

”Muistineuvola on osa laajempaa kokonaisuutta ja osa hoitoketjua nyt ja tulevaisuudessa.”

Virneksen (2004, 28–30) mukaan kuntien vanhuspoliittisissa strategioissa on yhtenä keskeisenä lähtökohtana väestön ikärakenne ja siihen liittyvät muutokset. Ikärakenteen muutos jatkuu tulevaisuudessa siten, että ikääntyneen väestön määrä kasvaa. Eliniän pidentyminen tuo lisää toimintakykyisiä vuosia ja palvelutarpeet keskittyvät vanhimpiin ikäluokkiin. Dementoituvat sairaudet ovat haaste kuntien palvelujärjestelmälle, koska ne aiheuttavat laajaa palvelujen tarvetta sekä sairastuneille että heidän omaisilleen. Kuntien vanhuspoliittinen strategia antaa raamit myös muistihäiriö- ja dementiatyölle.

Dementoivaa sairautta sairastavalle sekä hänen omaiselleen oikein kohdennettu ja oikea-aikainen neuvonta on tärkeä kuntoutuksen muoto, jonka tulee kuulua keskeisenä osana hänen hoitoketjuunsa. Neuvonnan vakiintuminen on ollut monivaiheinen prosessi, jossa projektitoiminnan tuottama malli on siirtynyt perusterveydenhuoltoon. Tulevaisuuden haasteena on neuvontaverkon tiivistäminen, jossa kuntatasolla rakennetaan uusia silmukoita neuvontaverkostoon. Tästä esimerkkeinä ovat muistineuvolatoiminta, muistihoitajat sekä kuntien dementiaatiimit. Muistihäiriö- ja dementiaipotilaiden sekä heidän omaistensa tukeminen koskettaa kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä. Neuvonnan ja ohjauksen kehittäminen on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon tasojen haaste. (Heimonen 2004, 56, 60–61.)

6.1.1 Vastaanottoaika on liian lyhyt

Muistihoitajien mielestä vastaanottoon varattu aika, yksi päivä kuukaudessa on riittämätön. Kysyntää olisi enemmän kuin aikoja pystytään antamaan ja asiakkaita on tulossa jatkuvasti lisää. On vaikea antaa asiakkaalle neuvola-aikaa kuukausien päähän. Koska asiakkaita on ollut niin paljon, kertoo yksi muistihoitaja tehneen työtä myös kotikäynteinä, että asiakas pääsisi jatkohoitoon ajoissa.

”Välillä on kuitenkin ollut asiakkaita niin paljon, että olen tehnyt testauksia ja omaisten kanssa keskusteluja kotikäynteinä, jotta asiakkaat eivät joudu odottamaan kuukausikanpalla testaukseen pääsyä.”

Muistineuvolakäynti ei ole pelkkää testaamista, vaan siellä asiakkaalle tehdään kattava elämäntilanteen, toimintakyvyn ja terveydentilan kartoitus. Myös Pirttilän (2001, 329) mukaan muistihäiriöpotilaan tutkiminen on haastavaa, ja siihen kannattaa etenkin ensimmäisellä kerralla varata riittävästi aikaa. Vasta huolellisen tutkimuksen perusteella voidaan tehdä suhteellisen luotettava yhteenveto muistihäiriöisen tilanteesta ja suunnitella asianmukaiset jatkotutkimukset ja hoitotoimenpiteet.

”Muistineuvolakäynti ei ole pelkkää testaamista. Muistineuvolakäynti on pitkä asiakkaan kannalta, mutta myös kattava, kun selvitetään historiaa, arjessa elämistä, kotiapua, omaisen näkökulmaa, mahdollisia tukia ja perussairauksia sekä lääkityksiä.”

Muistihoitajat kuvasivat vastaanottoon käytettävissä olevan ajan vaikuttavan monin tavoin työhön. Aina ei välttämättä edes ehdi tutustua kunnolla asiakkaan taustatietoihin ennen vas-

taanottoa. Vastaanottoajasta osa on käytettävä myös kirjaamiseen. Tämä kaikki rajaa kerralla vastaanotettavien asiakkaiden määrää, ja siksi aikoja on jouduttu antamaan myös muille päiville. Vastaanotolla menee aikaa paljon asiakasta kohden, koska asiakkailla on paljon puhuttavaa ja hätä tulevaisuudesta. Omaishoitajat ovat tiukoilla ja heiltä puuttuu tietoa sairaudesta. Eloniemi-Sulkavan ym.(2001, 489) mukaan potilaalla ja hänen omaisillaan on suuri tiedon tarve, joka ei tyydyty yksittäisillä vastaanottokäynneillä. Myös Pirttilä (2004, 18) toteaa, että dementoiva sairaus on haaste koko perheelle. Sairastuneen itsensä lisäksi myös läheiset tarvitsevat tietoa ja tukea. Sairauden edetessä muistisairaahan mahdollisuudet selviytyä ovat si-doksissa läheisten kykyyn tukea häntä.

6.1.2 Hoitajan antama tuki asiakkaille on tärkeä

Hoitajan antama tuki on asiakkaille tärkeää. Muistihoitajien kokemuksen mukaan muistisairas ja hänen omaisensa tarvitsevat yhtälailla tukea. Sairastuneen tilanne ei pysy vakaana. Sairauden edetessä uusia ongelmia tulee entisten ratkettua. Hoitajan pitää muistaa tarkistaa lääkitystä säännöllisesti ja tietää miten tukee toimintakykyä niin, ettei auta toimintakyvyttömäksi. Eloniemi-Sulkavan ym.(2001, 495) mukaan lääkehoidon tarkastaminen ja yksinkertaistaminen tulisikin tehdä heti, kun dementia todetaan, jolloin sairastunut voi vielä paremmin itse hyväksyä muutoksen. Dementia ei ole syy olla hoitamatta muita sairauksia, mutta se voi muuttaa joiltakin osin toimintatapoja ja – periaatteita niiden hoidossa. Muu lääkitys on sovitettava niin, että muistisairaahan toimintakyky säilyy.

”Muistisairas ja hänen hoitajansa tarvitsevat yhtälailla hoitajan tukea...”

”Omaiset tarvitsevat paljon tukea, lähinnä kuuntelua ja opastusta.”

Muistihoitajien mukaan omaiset tarvitsevatkin paljon tukea, joka on ollut lähinnä kuuntelua ja ohjausta. Muistihoitajat kokivat, että omaisten ohjaukseen ja huolien kuunteluun ei jää riittävästi aikaa. Siihen pitäisikin olla enemmän aikaa käytettävissä, sillä Pirttilän (2004, 18) mukaan ohjauksen ja neuvonnan vaikutuksia on tutkittu ja niillä on osoitettu olevan merkittävää vaikutusta kotona selviytymiseen. Vaikka muistisairaahan omaiset ovat asiantuntijoita läheistään koskevissa asioissa, sairauden edetessä ovat hekin oppijoita ja tarvitsevat sekä tietoa että välineellistä – ja henkistä tukea. Omaisen elämänlaatuun ja hyvinvointiin voidaan vaikuttaa, kun

näitä tukitoimia arvioidaan säännöllisesti, tarjotaan oikea-aikaisesti ja ennakoiden. (Heimonen & Tervonen 2004, 65-65.)

Heimosen (2004, 56) mukaan muistisairaalle ja hänen omaiselleen annetulla neuvonnalla on tärkeä merkitys erityisesti sairauden varhaisvaiheessa. Sairauden alkuvaiheessa myös sairastuneella on edellytyksiä jäsentää omaa tilannettaan ja suunnitella omaa tulevaisuuttaan. Tieto sairaudesta ja sen luonteesta auttaa ymmärtämään sairauteen liittyviä oireita. Neuvonta sisältää muun muassa ensitiedon, sopeutumisvalmennuksen, vertaistuen ja kirjallisen tiedon. Omaisen voimavarojen tukeminen on tärkeää, sillä hän joutuu selviytymään sekä omien, läheisensä sairauteen liittyvien tunteiden kanssa että sairauden aiheuttamien käytännön ongelmien ja muutosten kanssa.

Myös Pyykön, Bacmanin ja Hentisen (2001, 274) tutkimuksen mukaan omaisen saama tieto sairaudesta ja sen mukanaan tuomista muutoksista auttoi heitä ymmärtämään dementoituneen käyttäytymistä ja helpotti arjessa selviytymistä. Toiseksi tiedolla oli merkitystä ennakoimisessa, joka oli yksi omaisten käyttämä tärkeä selviytymiskeino. Tiedon avulla omaiset ennakoivat tulevaa sekä valmentautumalla henkisesti tulevaan että tekemällä sellaisia käytännön ratkaisuja, jotka helpottivat heitä tulevaisuudessa.

6.1.3 Omaisen mukanaolo vastaanotolla on tärkeää

Muistihoitajien mukaan omaiset ovat keskeinen voimavara suunniteltaessa muistisairaahan hoitoa, sillä muistisairaahan kyvyt kertoa tarpeistaan ovat rajalliset. Omaisen läsnäolo neuvolaikäynnillä lisäsi myös muistisairaahan turvallisuuden tunnetta. He olivat tärkeitä tiedonantajia asiakkaan elämäntilannetta ja taustatietoja selvitettäessä. Soinisen ja Hännisen (2001, 81) mukaan hyvin usein omaiset antavat asiakkaan kognitiivisista vaikeuksista luotettavampia kuvauksia, kuin hän itse. Etenkin itsenäisen selviytymisen ongelmat ja avun tarve on vaikeaa myöntää. Läheiset henkilöt huomaavat herkemmin sovittujen tekemisten unohtamisen, avun tarpeen ja samojen asioiden kertomisen yhä uudelleen ja uudelleen. Ammattihenkilö voi yhdistää teoretiedon ja omaisilta saadun käytännön tiedon, ja siten auttaa omaista näkemään tilanteessa uusia näkökulmia. (Heimonen & Tervonen 2004, 70.)

”Omaisen mukanaolo on erittäin tärkeää tai ainakin taustatietojen saaminen läheiskyselyn tmv.kautta.”

”Omaisien läsnäolo on useasti tärkeää sekä muistisairaana turvallisuuden tunteen, että myös hoitajan kannalta ja hekin saavat jakaa huolensa ammattihenkilökunnan kanssa. Tulee uusia oivalluksia mistä jokin asia voi johtua ja tieto helpottaa myös omaisia.”

Vaikka omaiselta saakin usein täsmällisempää tietoa sairastuneen toimintakyvystä, kykenee sairastunut ilmaisemaan ainakin mielipiteensä tilanteesta. Varsinkin lievästi dementoituneiden kohdalla on tärkeää kunnioittaa tutkittavien intymiteettiä ja haastatella asiakas ja omainen erikseen. Omaisten läsnäolo voi aiheuttaa suorituspainetta sairastuneelle. Epäonnistuminen voi olla entistä nöyryyttävämpää esimerkiksi testaustilanteessa, jossa sairastunut on muutenkin tietoinen toimintakykynsä puutoksista. Omaiselle on kuitenkin hyvä antaa mahdollisuus kertoa arjen ongelmista ilman dementoituneen läsnäoloa. Vaikeasti dementoituvien kohdalla tilanne on usein toisenlainen, jolloin omaisten läsnäolo haastattelutilanteessa rauhoittaa ja tukee sairastunutta. (Eloniemi-Sulkava ym.(2001, 489.)

Eloniemi-Sulkava ym.(2001, 491) mukaan keskustelijan on muistettava, että omaisille annettavaa tietoa säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Se voi johtaa vaikeaan tilanteeseen esimerkiksi silloin, kun potilas ei haluaisi jakaa kaikkea tietoa omaisensa kanssa. Näistä tilanteista selviää usein puhumalla. Mäki-Petäjä- Leinonen (2004, 17, 19) kirjoittaa, että potilaslain säännökset ovat olleet sisällöltään tulkinnanvaraisia ja käytännössä ne eivät aina ole turvanneet potilaan tahdon toteutumista. Jotta potilas voisi käyttää lain tarkoittamaa itsemääräämisoikeuttaan, hänelle on annettava tietoa siten, että hän riittävästi ymmärtää sen sisällön. Routasalo (2004, 90) toteaa, että potilaslaki korostaa omaisten merkitystä silloin, kun potilaan kyky ymmärtää omaa terveydentilaansa ja hoitoaan käsitteleviä päätöksiä on heikentynyt. Jos sairastunut ei pysty käsittelemään saamaansa tietoa, se on annettava omaiselle.

6.1.4 Asiakkaat ovat ainutlaatuisia

Kahta samanlaista tapausta eivät muistihoitajat olleet työssään kohdanneet. Asiakkaiden sairaudet ja elämäntilanteet ovat olleet yksilöllisiä ja tapauskohtaisia. Myös Pirttilä (2004, 12) toteaa dementoivista sairauksista seuraavaa: ”Dementoivat sairaudet ja niiden aiheuttamat toimintakyvyn muutokset ovat erilaisia riippuen sairastuneen ominaisuuksista ja elämäntilanteesta, sairaustyypistä ja oirekuvasta sekä sairauden vaikeusasteesta.” Niin kuin kenellä tahansa meistä, dementoituneellakin on oma persoonallisuus, tavat, kiinnostukset ja elämäntilanne. (Goldsmith 1997,112–113.)

”Kahta samanlaista tapaus/ asiakasta ei ole.”

Dementiaa aiheuttavat sairaudet ovat erilaisia siinä suhteessa, mitkä hermoston alueet ovat vaurioituneet ja varsinkin sairauden alkuvaiheessa eri sairauksien oirekuva eroaa selvästi toisistaan. (Pirttilä 2004, 13.) Muistihoitajat kuvasivat ennestään tutun asiakkaan kanssa työskentelyn helpommaksi. Keskustelu lähtee tutun asiakkaan kanssa paremmin sujumaan ja hänestä saa keskustelun aikana myös enemmän tietoa kuin asiakkaasta jonka tapaa ensimmäistä kertaa.

”Tutun kanssa jutustelu lähtee luontevammin liikkeelle ja yleensä asiakkaasta saa myös enemmän irti.”

Asiakkaista kirjoitti yksi hoitaja kokemuksensa näin: ”Asiakkaat ovat ihania, aitoja Kainuulaisia ihmisiä, jotka testitilanteessa ovat yhtä jännittyneitä kuin mekin testaajat ja sitten kun testi on tehty, ovat helpottuneita ja onnellisia saavutuksestaan.” Mielestäni kirjoittajan tekstistä välittyy se, miten hän pitää tästä työstä ja se into on lähtöisin juuri asiakkaista. Hoitaja on kiinnostunut asiakkaasta aidosti, ei vain hoidon kohteena. Eloniemi- Sulkavan ym.(2001, 489) mukaan dementiaa sairastavan kanssa on kuitenkin aina muistettava, että kyseessä on aikuinen ihminen, jolla on takanaan oma arvokas elämänsä. Kanssakäyminen ja kohtaaminen tuleekin sovittaa sairastuneen sen hetkisten henkisten kykyjen mukaisesti.

6.1.5 Kotikäynti on hyvä työskentelymuoto

Muistihoitajat kokivat, että kotikäynti on hyvä työskentelymuoto. Se on hyvä ratkaisu erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on kulkemiongelmia. Yksi hoitaja kirjoitti, että kotikäynnillä asiakkaaseen saa paremman kontaktin kuin toimistossa. Kun asiakasta voi havainnoida hänen omassa elinympäristössään, saa hänen toimintakyvystään ja avun tarpeestaan paremman kuvan. Kotikäyntiin pitää varata kuitenkin enemmän aikaa, jota ei ole riittävästi muutenkaan.

”Monilla vanhuksilla on kulkemiongelmia, joten kotikäynti on heidän kannaltaan hyvä ratkaisu.”

”Kotikäynnillä saa myös hyvää havainnointi tietoa toimintakyvystä.”

Rautsialan (2004, 96–97) mukaan hoitajan tekemät havainnot asiakkaasta ovat toimintakyvyn arvioimisessa tärkeitä. Hoitajan tulee tehdä työtä kuntouttavalla työotteella. Kuntouttavan hoidon tavoitteena on tukea mahdollisimman normaalia elämää sairaudesta huolimatta. Se merkitsee toimintakyvyn jäljellä olevien vahvojen alueiden tunnistamista ja hoidon rakentamista niiden varaan. Dementoituvien hoidossa on tärkeää yksilöllisesti suunniteltu ja virikkeellinen, aikuisen minäkuvaa tukeva toiminta. Dementoituneen ja hänen omaistaan haastatteleamalla saadaan tietoa asiakkaan elämänculusta. Näitä tietoja hyödyntämällä voidaan löytää toimintakykyä ylläpitävää mielenkiintoista ja mielekästä tekemistä Kotona tämä voi olla esimerkiksi sellaisten arkiaskareiden tekeminen, joihin dementoitunut on elämänsä aikana totunut osallistumaan, joista hän suoriutuu ja jotka tuottavat hänelle iloa ja mielihyvää.

6.1.6 Hoitajan tiedollinen ja taidollinen osaaminen on laaja-alaista

Kuntouttavan hoidon lähtökohtana on dementoituvan henkilön tilanteen ja toimintakyvyn kokonaisvaltainen arvioiminen. Se sisältää tietoa hänen fyysisestä, kognitiivisesta, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Toimintakykyä arvioitaessa käytetään havainnoinnin ja haastattelun lisäksi erilaisia mittareita. Esimerkiksi muistitoimintojen ja älyllisen toimintakyvyn arvioinnin apuna käytetään MMSE-mittaria tai CERAD -tehtäväsarjaa. Edellä olevien lisäksi hoitajalla on käytössään ADCS-ADL – asteikko, joka on käyttökelpoinen päivittäistoimintojen yleismittari. Sen avulla voidaan kerätä tietoa omaiselta dementoituneen toimintakyvyn ja avun tarpeen arviointia varten. Mittarin valintaan vaikuttaa se, mitä osa-alueita dementoituneen toimintakyvyssä halutaan arvioida. Hoitajan tuleekin tuntea mittareiden ja arviointimenetelmien sisältö, jotta hän voi hyödyntää niitä työssään. (Käyhty & Valvanne 2004, 52–53.) Muistihoitajat kokivat, että tehtäväsarjojen tulkitseminen ei ole aivan yksinkertaista.

”Alussa oli ja on vähän vieläkin bakusessa kokonaisuus muistihoitajan työstä esim. cerad-testauksen läpivieminen jos MMSE: on alhaiset pisteet l. missä tilanteessa ei ole välttämätöntä?...”

Mittareiden käytön hallinnan lisäksi Heimosen & Tervosen (2004, 66) mukaan kotona asuvien dementoituvien ihmisten tuen ja palvelujen toteuttaminen edellyttää ammattihenkilöstöltä muun muassa tietoa dementoivista sairauksista ja niiden hoidosta ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Muistineuvolatyö koettiin vaativaksi ja väliin raskaaksikin. Hoitajan pitää muistaa paljon asioita, mikä kuormittaa. Yksi hoitaja tiivistä työpäivästään seuraavasti: “Vaikka muistineuvo-

lapäivän jälkeen on väsynyt olo ja tuntuu, että kaikkensa on antanut, innokkaana odottaa jo seuraavaa kertaa sekä uusia asiakkaita että haasteita.” Motivoitunutta asennetta tässä vaativassa hoitotyössä todella tarvitaan, sillä työn koki vaativaksi moni vastaaja. Työhön motivoivia tekijöitä ovat työn itsenäisyys, mahdollisuus suunnitella työtään ja -omien kykyjen ja taitojen hyödyntämiseen. (Winblad & Heimonen 2004, 83.) Muistineuvolatyöstä näitä kaikkia osa-alueita löytyy hyvin, ainakin muistihoitajien kokemuksen mukaan.

6.1.7 Varhainen hoitoon pääsy ei toteudu

Muistihoitajien mukaan dementoituneen hyvän hoidon tavoitteena oleva varhainen hoitoon pääsy ei toteudu kaikkien asiakkaiden kohdalla. Muistihoitajat kokivat esimerkiksi lääkäripuolan vaikuttavan työhönsä siten, että heidän tekemänsä muistitestit jäävät odottamaan lääkärin lausuntoa pitkäksi ajaksi. Varhainen hoitoon pääsy ei toteudu, kun muistisairaat eivät pääse jatkotutkimuksiin, vaikka olisivat niiden tarpeessa. Asia oli ratkaistu joidenkin asiakkaiden kohdalla siten, että hoitaja oli tehnyt lähetteen jatkotutkimuksiin oman työnsä perusteella.

”Ei varmasti ole kenenkään etu, että muistisairaat eivät pääse jatkotutkimuksiin. Puhutaan varhaisesta hoitoon pääsystä, mutta näin se ei toteudu.”

Huuskon (2004, 102,106) mukaan kaiken toiminnan tulee lähteä asiakkaan tarpeista. Kotona asuvat muistihäiriöpotilaat kannattaa tutkia asianmukaisesti mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Dementoivien sairauksienhoito edellyttää asiantuntemusta ja moniammatillista yhteistyötä. Routasalo (2004,91) toteaa, että yhteistyön ja tiedonkulun tulee olla sujuvaa ja saumatonta kaikkien dementoituvaa hoitavien tahojen kanssa. Kukin ammattiryhmä tukee sairastunutta omalla osaamisellaan ja hoitajilla on siinä sekä vastuullinen että keskeinen rooli. Hoitajalla on tilaisuus ottaa aktiivinen rooli moniammatillisessa työryhmässä ja tuoda näkyviin oma osaamisensa silloin, kun sairastuneen hoito on pitkälti hoitajan osaamisen varassa

Mahdollisuus parantaa dementoivaa sairautta kärsivän potilaan toimintakykyä ja selviytymistä lisääntyvät jatkuvasti. Mitä aikaisemmin hoito päästään aloittamaan, sitä suurempi hyöty sillä saavutetaan niin yksilö- kuin yhteiskunnallisella tasolla. Varhaisen hoitoon pääsyn avulla saavutetaan runsaasti kustannussäästöjä laitoshoidon siirtymisen tarpeen kautta. On todennäköistä, että kaikki toimet joilla kotona asumista voidaan tukea, ovat kustannustehokkaita.

Esimerkiksi vuonna 1995 dementiapotilaiden laitoshoidon kustannuksiksi arvioitiin 555 miljoonaa euroa.(Pirttilä 2004, 20–21.)

Myös Parjanne (2004,106) kirjoittaa tutkimuksien osoittavan selvästi, kuinka nykyistä suurempi turvautuminen laitoshoitoon kasvattaisi hoitomenoja enemmän kuin kotihoidon lisääminen. Sosiaali- ja terveyspalveluja järjestettäessä tulisikin kiinnittää huomiota yhä enemmän sairauksien aiheuttamiin kokonaiskustannuksiin ja hoidon tuloksellisuuteen. Sellainen toiminta joka näyttää halvimmalta ei kokonaisuuden kannalta ole aina edullisinta.

6.1.8 Työnjako helpottaa yhteistyötä

Yksi hoitaja kirjoitti, että hän on ryhtynyt rajaamaan tehtäviään. Hänen osuutensa asiakkaan hoitosuunnitelmasta on silloin valmis, kun hän on tehnyt asiakkaalle tarvittavat testit ja kerhoittanut taustatiedot. Tämän jälkeen lääkärin tehtävä on jatkaa hoitosuunnitelmaa. Mielestäni hoitaja tiedostaa rajansa hyvin, mutta toivottavasti yhteistyö lääkärin kanssa on tiivistä ja toistaan tukevaa. Yksi hoitaja koki ongelmallisena yhteistyön lääkärin kanssa silloin, kun lääkäri ei ota todesta hoitajan tekemän muistitestin tulosta, jos vastaanottotilanteessa asiakas ei vaikuta muistihäiriöiseltä.

”Aikaisemmin lääkärit olivat kovasti sitä mieltä, että muistamattomuus on normaalia vanhuutta ja selväkään MMSE-pisteiden laskuun ei puututtu. Edelleenkin on sellaista ongelmaa, että lääkäri ei ota Gerard- testiä todesta, kun vastaanotto tilanteessa asiakas on niin ”skarppi”, eikä vaikuta lääkärin mielestä muistihäiriöiseltä.”

Myös Tapion (2004,77) väitöskirjan aineistossa oli eroteltavissa dementian diagnosointikäytännöissä eroja lääkärin kesken. Terveyskeskuslääkärit eivät aina tunnistanee potilaan muistioireita dementian oireiksi tai he pitivät oireita normaaliin ikääntymiseen kuuluvina, eivätkä ottaneet niitä vakavasti. Hoidon onnistumisen kannalta ratkaisevaa on oikean diagnoosin saaminen mahdollisimman varhain. Asiaan perehtyneet lääkärit lähettivät potilaan jatkotutkimuksiin jo ensikäynnin yhteydessä.

Mahdollisuus työn jakamiseen koettiin työtä helpottavaksi tekijäksi. Työparin kanssa muistineuvolatyötä tekevät kokivat hyvänä sen, että he voivat yhdessä sopia etukäteen työskentely- ja toimintatavoista. Esimerkiksi ennen vastaanottoa he voivat sopia siitä, kumpi keskustelee omaisen ja kumpi muistisairaahan kanssa.

”Ennen vastottoa sovimme, kumpi keskustelee omaisen ja kumpi muistisairaahan kanssa.”

Koskisen (2004, 115–116) mukaan dementia-työtä tekevien eri työntekijäryhmien ammatillisiin valmiuksiin tuleekin tulevaisuudessa kiinnittää erityistä huomiota. Kyky kommunikoida ja ymmärtää dementoituvan tarpeita ja viestejä vaatii kokemusta dementoituvien hoidosta ja moniammatillista yhteistyötä. Silloin asiakkaan hoito on tiimityötä, johon jokainen asiantuntija tuo mukaan oman osaamisensa.

6.1.9 Muistihoitajien kehittämisehdotuksia muistineuvolatyöhön

Muistihoitajien kokemuksen mukaan pitkäjänteisellä työllä, ammattitaitoisilla ja työhön sitoutuneilla hoitajilla saadaan säästöjä aikaan muistisairauksien hoidossa. Monissa tutkimuksissa on osoitettu, että henkilöstön hyvä ammattitaito, hyvinvointi ja sitoutuminen työhön vaikuttavat hoidon laatuun myönteisesti. Osaamisen kehittämisessä tulee painottaa sisältöjä, joilla voidaan vastata hoidettavien asiakkaiden keskeisiin tarpeisiin ja toisaalta työmenetelmien kehittämistarpeisiin. Menestyvä yritys panostaa henkilöstöön ja kehittämiseen. Niihin tulisi panostaa myös ikääntyviä hoitavien organisaatioiden. (Vaarama, Luomahaara, Peiponen & Voutilainen 2001, 32–33.) Tervosen (2001, 52) selvityksen mukaan Muistihäiriö- ja dementiahoidon kehittyminen on niin nopeata, että alan koulutukseen täytyy jatkuvasti panostaa. Ammattihenkilöstö tarvitsee lisää tietoa dementoivien sairauksien hoidosta ja muistihäiriöiden tunnistamisesta.

”Säästöjä syntyy kun muistineuvolatyö on pitkäjänteistä ja tekijät ovat ammattitaitoisia sekä työhönsä sitoutuneita hoitajia...”

Muistihäiriö- ja dementia-työssä on koettu monia positiivisia piirteitä ja kuvaa dementoivista sairauksista ovat kirkastaneet hoidon ja kuntoutuksen tuomat uudet mahdollisuudet, jotka ovat myös tulevaisuuden mahdollisuuksia. (Winblad & Heimonen 2004, 84.) Myös Vaaraman ym. (2001, 32–33) mukaan vanhustyön tietoperusta kasvaa jatkuvasti. Hoidon ja palvelujen

kehittämiseksi on paljon käytettävissä näyttöön perustuvaa tietoa, jolla voidaan lisätä ikääntyneiden hyvinvointia. Uusien menetelmien käyttöönotolla voidaan säästää myös kustannuksissa ja helpottaa ammattihenkilöstön työmäärää.

Muistihoitajien mukaan muistineuvolatoiminnan kehittämiseen tarvitaan myös motivoituneita hoitajia ja lääkäreitä. Yksi muistihoitaja toivoi lisäksi, että muistineuvolatoimintaa kehitettäisiin laatimalla selkeämpi toimintamalli työskentelyyn ja eri ammattiryhmien tehtäviin. Vaaraman ym. mukaan (2001, 32–33) työyhteisön johdon tulisi olla ammattitaitoista ja innostavaa. Tavoitteellisella ja kannustavalla johtamisella sekä työn organisoinnilla ja turvallisella ilmapiirillä voidaan lisätä työviihtyvyyttä ja päästä työntekijöiden organisaatioon sitoutumiseen. Työjärjestelyillä voidaan vähentää myös työn kiireisyyttä ja fyysistä kuormittavuutta sekä rutiinimaisuutta. Hyvällä johtamisella voidaan siis suunnata ja ohjata työyhteisön toimintaa monin eri keinoin.

”Motivoituneet hoitajat ja lääkärit olisivat avainasemassa kehittämään muistineuvolatoimintaa eteenpäin.”

”Olellainen asia mielestäni olisi muistineuvolatoiminnan kehittämässä tällä hetkellä selkeiden yhteisten toimintamallien sopiminen; yhteinen käytäntö. Miten toimitaan? Onko seurantakäyntejä ja mihin asti? Mitä muistisair. kertovia lehtisiä annetaan ja missä vaiheessa? Lääkärin rooli-hoitajan tehtävät? Työ-aika?”

Muistihoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että ennaltaehkäisyllä ja varhaisella hoitoon pääsyllä saadaan tuloksia aikaan. Yksi muistihoitaja ehdotti ratkaisua asiakkaiden, joiden muistitesti joutuvat kauan odottamaan lääkärinlausuntoa seuraavaa: varhainen hoitoon pääsy toteutuisi esimerkiksi siten, että neurologian poliklinikan kanssa järjestettäisiin sellainen yhteistyömalli, jotta hoitaja voisi tehdä lähetteen. Ratkaisuna tilapäisesti luultavasti hyvä, mutta kaikki eivät varmaan ole samaa mieltä hänen kanssaan, sillä se lisäisi muistihoitajien työmäärä entisestään.

”Ennalta ehkäisemällä ja varhaisella hoitoon pääsyllä voisimme, saada niitä säästöjä, joita kipeästi kaivataan.”

Lupsakko ym.(2005, 12–13, 25) mukaan on tärkeää tutkia muistihäiriöepäilyt mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Muistineuvolaan tulisi keskittää dementoivien sairauksien perustutkimukset ja hoidon suunnittelu, sillä perusterveydenhuollon muistineuvola on asiakkaita lähellä ja kokonaiskustannukset huomioiden taloudellista toimintaa.

6.2 Hoitajan ammatillinen osaaminen on lisääntynyt

Muistihoitajien ammattitaito muistisairaahan hoitotyössä oli kehittynyt muistineuvolatoiminnan aikana. Alussa oli mietityttänyt, miten muistaa kaikki uudet asiat. Työtä tehdessä asiat olivat vähitellen selkiytyneet. Vastaajien koulutustausta, muistihoitajana saatu lisäkoulutus ja kokemukset muistisairaahan hoitotyöstä vaihtelivat. Hoitajat kokivat työnsä haasteellisuudesta huolimatta mielenkiintoiseksi ja olivat motivoituneita myös kehittämään työtään. Dementiayhdistyksen järjestämä koulutus, jota työnantajakin tuki koettiin tarpeellisena.

”Pidän muistihoitajan työtä hyvin haasteellisena sekä mielenkiintoisena.”

”Työnantaja on hyvin ymmärtänyt koulutuksen merkityksen ja näyttää mielellään käyttävän Dementiayhdistyksen järjestämää koulutusta.”

Hildenin (1999, 194–196) tutkimuksen mukaan ne sairaanhoitajat, jotka olivat kiinnostuneita oman ammattitaitonsa kehittämistä myös työajan ulkopuolella, motivoituivat muita paremmin ylläpitämään ja kehittämään omaa ammatillista pätevyyttään. Motivaatio ja halu kehittyä heijastuvat myönteisesti myös hänen antamaan työpanokseen työyhteisössä. Sairaanhoitajat sitoutuvat oman ammatillisen kehittymisensä ylläpitämiseen ja kehittämiseen paremmin niissä työyhteisöissä, joissa tuetaan hoitajan kehittymistä, ollaan yhteisvastuussa toiminnasta ja sitoudutaan yhteiseen päämäärään kuin toistensa persoonalliseen kasvuun.

6.2.1 Työtovereiden tuki ja koulutus on tärkeää

Muistihoitajien yhteiset tapaamiset ja työparin tuki koettiin tarpeellisiksi. Tapaamisissa oli mahdollisuus keskustella yhteisistä työlinjoista ja jakaa kokemuksia muistineuvolatyöstä. Eri-tyisesti ne hoitajat, jotka työskentelivät ilman työparia, kokivat saavansa paljon tukea näistä yhteisistä keskusteluista. Varsinkin aloitusvaiheessa kokenut työpari koettiin tarpeellisena, sillä silloin on tukena henkilö, jolta saa ohjeita ja neuvoja tarvittaessa. Työparin kanssa työskennelleet kokivat toisensa konsultoinnin helppona ja välittömänä. Työpari ymmärsi paremmin ja häneltä sai oikeanlaista tukea. Halutessaan heillä oli myös mahdollisuus työtehtävien jakamiseen.

”Aloitus vaiheessa olen kokenut erittäin hyvänä, että on ollut kokenut työpari, joka on opastanut ja jolta on voinut kysyä neuvoa”

”Muistihoitajat ovat kokoontuneet melko säännöllisesti yhteisiin tapaamisiin, joissa on voitu keskustella yhteisistä työlinjoista ja saada vinkkejä toisten kokemuksista. Näitä tapaamisia on tarkoitus jatkaa ja ne ovat hyviä.”

Hyvin toimiva työryhmä tarjoaa työohjausta, tietoa ja oppimista osallistujilleen. Hoitajilla on vastuullinen rooli tiedon välittäjinä ja eri toimijoiden yhteistyön koordinoijina. Heillä on parhaat tiedot dementoituvan toimintakyvyn tukemisessa tarvittavasta moniammatillisesta osaamisesta. He pystyvät myös tukemaan ja auttamaan toisiaan konsultoimalla eli kysymällä neuvoa joko omassa tai muussa organisaatiossa toimivalta kollegaltaan. (Routasalo 2004, 91.)

Muistihoitajat kokivat, että Dementiayhdistyksen järjestämä koulutus on tärkeää ja siihen ollaan oltu tyytyväisiä. Muistihoitajien mukaan myös työnantaja on ymmärtänyt koulutuksen merkityksen ja käyttää sitä mielellään, vaikka ei itse ole ollutkaan aktiivinen kehittämisen muistihoitajien koulutusta. Muistihoitajien mukaan koulutukseen pitää edelleenkin panostaa, sillä muistisairaat tulevat lisääntymään ja Kainuussa ei lääkäripulaan ole varmaan tulossa pikaista ratkaisua. Yksi muistihoitaja totesi, että hän olisi tarvinnut vielä enemmän ohjausta ja koulutusta muistineuvolatyöhön, ennen vastaanottojen aloittamista.

”Dementiayhdistys on järjestänyt mielestäni kiitettävästi koulutusta ja se on ollut säännöllistä.”

Palveluiden saatavuuden parantaminen edellyttää sekä kaikkien hoitotyössä toimivien osaamisen saamista nykyistä paremmin käyttöön että hoitajien tehtäväkuvien laajentamista. Hoitotyön johtajien tehtävä on luoda edellytykset tehtäväkuvien laajentamiselle. Hoitajien osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttävät terveysalan koulutuksen työelämävastavuuden parantamista ja jatkuvan täydennyskoulutuksen järjestämistä. Suunnitelmallisella ja pitkäjänteisellä täydennyskoulutuksella tuetaan myös hoitotyössä toimivien uralla etenemistä ja työssä jaksamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 37–38.)

Mäkisalonen & Kontron (2004,40) mukaan dementiayhdistyksellä on merkittävä rooli uusimman muistihäiriö- ja dementia tiedon, hyvien hoito- ja tukimallien, palvelujen käyttäjien äänen esiin tuomisessa sekä kouluttajana. Kunnan rooli palvelujen tuottajana on keskeinen, sen vuoksi palvelujen kehittäminen liittyy aina kuntien olemassa oleviin rakenteisiin. Yhdistyksen

haasteena on vaikuttaa palvelujen kehittämiseen ja vakiinnuttamiseen perusterveydenhuollossa, koska muistisairaahan hoitoprosessi käynnistyy usein siellä.

6.2.2 Hoitajan rooli on tärkeä muistisairaahan hoitotyössä

Muistihoitajien kirjeistä välittyi selkeästi, millaisia ominaisuuksia hoitajalta vaaditaan muistineuvolatyössä. Hoitotyötä tehdään kokonaisvaltaisella työotteella ja se vaatii hoitajalta oivaltamista. Sen lisäksi hoitajan tulee olla laajasydäminen, avarakatseinen ja omistautunut työlle. Hoitajalla pitää olla myös rohkeutta tarttua haasteisiin, uskallusta puuttua asioihin ja puhua muistisairaahan oikeuksista.

Winbladin & Heimosen (2004, 82–83) mukaan dementoituvia hoitavalta vaaditaan paljon. Hoitotyössä toimivalta ammattihenkilöltä vaaditaan kunnioittavaa asennoitumista ikäihmisiin ja kykyä arvostaa dementoituvaa ihmistä. Näiden lisäksi hoitajalla täytyy olla taitoa löytää dementoituneesta hänen voimavaransa ja vahvuutensa. Kuntouttavan työotteen käyttäminen omassa työssä vaatii hoitajalta kokeilemista, rohkeutta, uteliaisuutta sekä oivaltamista. Muistisairaahan hoitotyö vaatii vahvaa osaamista, jota on tavoitteellisesti kehitettävä. Routasalo (2004,92) toteaa, että ammattitaitoinen hoitaja ei toimihoitajakeskeisesti. Hän pyrkii kaikessa tukemaan ja ylläpitämään sairastuneen omaa toimintakykyä. Tämä edellyttää empaattisuutta, aitoa välittämistä sairastuneesta ja tiivistä yhteistyötä omaisten kanssa.

”Muistihoitajana työskenteleminen vaatii laajan sydämen, avarakatseisuutta, asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista, oivaltamista sekä omistautumista.”

”Hoitajana on rohkeasti tartuttava haasteisiin ja uskaltauduttava puuttua asiaan ja puhua muistisairaahan oikeuksista niin omaisille kuin päättäjille.”

6.2.3 Muistineuvolatyö on monipuolista ja kannustavaa

Muistihoitajat kokivat työn antoisana ja palkitsevana, vaikka muistihoitajilla on paljon muistettavaa. Positiiviset kokemukset työssä koettiin kannustavina ja eteenpäin vievinä. Muistihoitajien työmotivaatio oli lähtöisin asiakkaista ja asiakaslähtöinen ote työhön välittyikin selkeästi heidän kirjeistään. Hoitajat osasivat arvostaa sekä työtään että työssään kohtaamiaan

asiakkaita. Yksi hoitaja toivoi, että myös päättäjät ymmärtäisivät muistineuvolassa tehdyn työn arvon.

”Vanhuksen, jonka arkea on saatu helpommaksi ja tautia hidastettua, että kotona asumisen vuosia on saatu lisää edes muutama, on tämän kaiken arvoista.”

”Toivoisinkin päättäjien ymmärtävän muistineuvolassa tehdyn työn arvon.”

Hoidon laatu toteutuu ammattihenkilöstön ja asiakkaiden sekä heidän omaistensa kohtaamisissa. Hyvän hoidon eettisiä perusteita voidaan arvioida Alzheimerliiton vuonna 1996 julkaisemien dementoituneiden oikeuksien pohjalta. (kts.6) Käytännön hoitotyössä asiakkaan hoidon laadun tunnusmerkkejä ovat muun muassa asiakkaan arvostaminen ja hänestä välittäminen. (Winblad & Heimonen 2004,74,77.) Laadukas hoitotyö vaatii myös rakenteellisia edellytyksiä, jotka muodostuvat osaavasta johtamisesta ja riittävästä resursseista. Johtamisen keinoin voidaan tuoda asiakkaiden tarpeita esiin käytännössä, kehittämisen tasolla ja päätöksenteon pohjaksi.

Muistihoitajien mukaan muistineuvolatyö on haasteellista ja mielenkiintoista. Sitä tehdään sydämellä ja herkällä korvalla. Muistihoitajat kokivat, että muistineuvolatyötä tehdessä moni muistihoitajan työtehtäviin kuuluva asia on selkeytynyt, vaikka alussa oli pelottanut, hallitseeko kaikkea uutta tietoa. Tuen antamisen taito asiakkaille kehittyi työkokemuksen myötä. Muistineuvolatyö oli tukenut pääasiallista tointa. Työssään he olivat oppineet etsimään apua asiakkaiden muistiongelmiin ja vastaamaan paremmin omaisten esittämiin kysymyksiin. Yksi muistihoitaja kuvaili haravoivansa muun työnsä ohessa muistitutkimusten tarpeessa olevia asiakkaita muistineuvolaan.

”Muistihoitajana toimiminen on tukenut myös kotisairaanhoidajana toimimista. Osaan ohjata omia asiakkaita paremmin etsimään apua muistiongelmiinsa, osaan vastata omaisten kysymyksiin paremmin...”

”...osaan kulkea asiakkaiden luona haravoiden mahdollisia asiakkaita muistineuvolaan. Tavoitteenahan olisi löytää ne alkavat alzheimerikot, jotka hyötyisivät varhaisesta lääkehoidosta ja saisivat myös tarvittavat palvelut oikeaan aikaan.”

Hyvä dementoituvan hoito on kokonaisvaltaista ja kattavaa. Se käsittää dementoivan sairauden ja muiden sairauksien hyvän hoidon, asiakkaan elämäntarinan hyödyntämisen hoidossa, kuntouttavan työotteen käytön hoitotyössä, asiakkaan toimintakyvyn säännöllisen arvioinnin sekä hoitosuunnitelman ja kirjaamisen tavoitteellisen käyttämisen. Hoidon tavoitteena on sekä asiakkaan toimintakyvyn tukeminen ja mielekkään elämän saavuttaminen että omaisen tukeminen. (Winblad & Heimonen 2004,78.)

Heimosen (2004, 59) mukaan diagnoosin saamisen yhteydessä voi sairastuneen tai hänen läheisensä vastaanottokyky olla rajoittunut, minkä vuoksi voi olla perusteltua antaa tietoa vain rajoitetusti sekä sopia uusi tapaaminen. Neuvonnan sisältö vaihtelee sairauden vaiheen mukaan ja tilanteessa, jossa muistihäiriön syytä ei vielä tiedetä, tiedon tarve on erilainen kuin sairauden keskivaiheessa. Neuvonnassa hoitajan aitous ja avoimuus ovat tärkeitä tukemisen kulmakiviä, sillä yksi kotihoidon päättymisenriskitekijöistä on omaisen uupuminen. Omaisen tavoitteellisella tukemisella ja ohjauksella voidaan vaikuttaa omaishoitajan kuormittumiseen, mielialaan ja hyvinvointiin sekä viivästyttää hoidettavan läheisen laitoshoitoon siirtymistä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Muistineuvolassa asiakas hoidetaan moniammatillisena yhteistyönä. Lääkäri ja hoitajat tekevät yhteistyötä asiakkaan hoidossa. Yhteistyön tulisi olla tiivistä ja toistaan tukevaa siten, että varhainen hoitoon pääsy toteutuisi mahdollisimman monen asiakkaan kohdalla. Hoitajan arviointi potilaan terveydentilasta ja toimintakyvystä on oleellinen osa tätä yhteistyötä. Hoitaja käyttää työssään muistin ja toimintakyvyn arvioimiseen havainnointia, haastattelua, omaiskyselyä sekä erilaisia tehtäväsarjoja, joiden tulkitseminen vaatii ammattitaitoa. Hoitajat kokivat, että tehtäväsarjojen tulkitseminen ei ole aivan yksinkertaista. Valitettavasti lääkäripula heijastuu myös hoitajien työhön ja varhainen hoitoon pääsy ei aina toteudu käytännössä. Kunnassa jossa ei ole vakituista lääkäreitä tehty muistitestit saattavat odottavat pitkäänkin lääkärin lausuntoa. Asia on ratkaistu joskus siten, että lähete jatkotutkimuksiin on pyydetty hoitajan tutkimuksen perusteella.

Muistihoitajat ovat kokeneet dementia-yhdistyksen antaman koulutuksen tärkeäksi. Koulutusta tarvitaan ja siihen ollaan oltu hyvin tyytyväisiä. Myös työnantaja on ymmärtänyt koulutuksen merkityksen ja käyttää tarjottua koulutusta mielellään. Työnantaja ei itse kuitenkaan ole ollut aktiivinen muistihoitajien koulutuksen kehittämisessä. Myös muistihoitajien yhteiset tapaamiset on koettu tarpeellisiksi. Niissä pystytään sopimaan yhteisistä toimintalinjoista ja voidaan jakaa kokemuksia. Erityisesti aloitusvaiheessa yhteisistä toimintalinjoista sopiminen ja kokeneen hoitajan tuki on koettu hyväksi. Toisen muistihoitajan tuki onkin tärkeää, erityisesti niille jotka työskentelevät yksin. Työparin kanssa työskentelyn etuna on konsultoinnin helppous ja välittömyys sekä työtehtävien sujuva jakaminen.

Hoitotyötä tekevien keskinäinen ja moniammatillinen yhteistyö edellyttävät kollegiaalisuutta ja toisten työn tuntemista. Jokaisen hoitotyössä toimivan tehtävänä on tuoda asiantuntemuksensa moniammatillisen tiimin päätöksentekoon. Hyvä yhteistyö edellyttää osapuolilta tavoitteista sopimista, vastuunottoa, selkeää näkemystä omasta tehtävästä sekä toisten asiantuntemuksen tuntemista ja kunnioittamista. Hoitohenkilöstön yhteistyöllä parannetaan hoidon laatua ja jatkuvuutta, löydetään ratkaisu monipuolista asiantuntijuutta edellyttäviin ongelmiin sekä nopeutetaan palvelun saamista asiakkaalle. Henkilöstön näkökulmasta yhteistyön tavoitteena on sekä yhdistää eri asiantuntijoiden tietotaito että parantaa osapuolten keskinäistä tiedonkulkua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 38.)

Työn ja toimintaympäristön muutokset luovat jatkuvasti uusia haasteita hoitotyön kehittämiselle ja henkilöstön osaamiselle. Hoitotyön johtajien tehtävä on edistää hoitotyössä toimivien ammatillista osaamista ja hyvinvointia. Ajantasainen ammatillinen osaaminen lisää sekä henkilöstön hyvinvointia ja jaksamista että parantaa eri ammattiryhmien yhteistyötä ja palveluiden laatua. On tärkeää, että työntekijöillä on mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä sekä sen uudistamiseen. Hoitotyössä toimivien voimaantumiseen vaikuttaa muun muassa osallistuminen täydennyskoulutukseen, kiinnostus uralla kehittymiseen, ja oman työn kokeminen arvokkaaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 77–78.)

Muistineuvolassa asiakkaalle tehdään kattava elämäntilanteen, toimintakyvyn ja terveydentilan kartoitus. Samalla selvitetään muistisairaana tuen ja palvelujen tarve. Myös omaiset tarvitsevat paljon tukea, lähinnä kuuntelua ja ohjausta sekä tietoa muistisairauksista. Asiakkaiden tilanteet ovat ainutlaatuisia ja sairauden eteneminen vaikuttaa siten, ettei heidän tilansa pysy vakaana vaan toimintakyky vaihtelee ja uusia ongelmia tulee entisten selvittyä. Hoitajat ovat hakeneet näihin ongelmiin ratkaisuja yhdessä omaisten kanssa. Omaisen ottaminen mukaan asiakkaan hoitotyöhön on koettu tärkeäksi, sillä he ovat hyviä tiedonantajia muistisairaana elämänsä elämäntilanteesta ja vastaanotolla he lisäävät muistisairaana turvallisuuden tunnetta.

Asiakkaita on paljon ja kysyntää muistineuvolatyölle olisikin huomattavasti enemmän kuin aikoja pystytään antamaan. Vastaanotoilla kuluu aikaa paljon asiakasta kohden, koska asiakkailla on paljon puhuttavaa ja hätä tulevaisuudesta. Hoitajat ovat muuttaneet työmenetelmää lähtemällä vastaanotolta tekemään testauksia ja omaisten kanssa keskusteluita kotikäynteinä, jotta asiakkaat eivät joudu odottamaan pitkään muistitestaukseen pääsyä. Monet hoitajat kokivatkin kotikäynnin hyväksi työmenetelmäksi. Kotikäynnillä asiakkaasta saa hyvää havainnointitietoa hänen todellisessa ympäristössään ja vuorovaikutus puolin ja toisin on helpompaa. Myös asiakkaan tuttuus esimerkiksi kotisairaanhoidosta vaikutti myönteisesti vuorovaikutuksen onnistumiseen.

Hildenin (2002, 60–61, 63) mukaan yleisesti ottaen hoitajilla on monipuoliset auttamistaidot, joita he hyödyntävät työssään hyvin ja asiakaslähtöisesti. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, miten rohkeasti he käyttävät erilaisia vuorovaikutustapoja tukiessaan ja ohjatesaan sekä potilasta että hänen omaisiaan. Koska sairaanhoitajien osaamistarpeet vaihtelevat erikoisaloittain ja työyksiköittäin, tulisi kunkin työyksikön välillä pysähtyä pohtimaan sitä, millaista osaamista tarvitaan nyt ja millaista osaamisen tulee olla tulevaisuudessa. Vaikka sairaanhoitajat hallitsevatkin työssään tarvittavan osaamisen hyvin, niin se ei riitä. Hoitotyö muuttuu jatkuvasti

edellyttäen uutta osaamista. Tämä merkitsee hoitajalle sitä, että ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen on jatkuva ja koko työuran kestävä prosessi.

Muistisairaahan hoitotyö on luonteeltaan pitkäjänteistä. Siinä käytetään monipuolisia ja kokonaisvaltaisia asiakkaan parhaaseen tähtääviä auttamismenetelmiä Muistihoitajana työskentely vaatii hoitajalta vankan ammattitaidon lisäksi motivaatiota ja aitoa sitoutumista. Hoitajalla pitää myös olla rohkeutta ottaa kantaa, uskallusta puuttua asioihin ja puhua muistisairaahan oikeuksista niin omaisille kuin päättäjille. Työn nähdään arvokkaana ja sitä tulee jatkossa kehittää asiakaslähtöisesti. Muistihoitajat toivovat myös, että päättäjätkin ymmärtäisivät tehdyn työn arvon. Vaikka hoitajien tehtävänkuva oli laajentunut, olivat he oppineet suunnittelemaan paremmin työtään ja tunnistivat siinä omat rajansa. He pystyivät työskentelemään itsenäisesti ja samalla tietäen, mistä voivat hakea tukea ja mistä sitä saa tarvittaessa.

Hildenin (2002, 59) mukaan sairaanhoitajat arvostavat omaa ammattiaan ja omaa työtään. Se näkyy positiivisena suhtautumisena työhön, korkeana työmoraalina sekä hyvänä työmotivaationa. Itsenäisen työskentelyn taito on hyvä ja se näkyy siinä, miten sairaanhoitajat suoriutuvat itsenäisesti erilaisista tehtävistä ja toimenpiteistä. Itsenäisyys kasvaakin kokemuksen myötä ja vasta työnsä aloittanut hoitaja varmistaa usein asian kollegaltaan ennen kuin uskaltaa tehdä oman ratkaisunsa.

Dementoituneen hoitotyössä hoitaja joutuu käyttämään omaa persoonallisuuttaan työvälineenään, ja hänellä tulee olla osaamisen lisäksi hyvät vuorovaikutustaidot. Muistihoitajien vastauksien mukaan hoitajan ominaisuudet vaikuttavat paljon siihen, miten hän kokee työnsä. Hoitajalta vaaditaan paljon osaamista, mutta sen lisäksi hänen täytyy aidosti pitää asiakastyöstä ja sitoutua siihen. Koulutukseen ja itsensä kehittämiseen heistä löytyi halukkuutta ja intoa. Yksi kirjoitti myös vapaa-ajallaan lukevansa kaikkea löytämäänsä muistisairauksien hoitoon liittyvää materiaalia. Kokemuksiensa pohjalta hoitajat ovat valmiita myös kehittämään työtään ja laajentamaan tehtävänkuvaansa

Hildenin (2002,114) mukaan työskentelyn tulee olla itsenäistä, vastuullista, monipuolista ja sopivan vaativaa, jotta hoitaja pystyy käyttämään kykyjään ja taitojaan melkein ääri rajoilleen. Tämän on todettu sekä lisäävän motivaatiota ja tyytyväisyyttä työhön että vähentävän työntekijöiden vaihtuvuutta. Henkilökohtainen ammatillinen kehittyminen tarkoittaa myös jokaisen omaa selvää paikkaa eli roolia työyhteisössään. Selkeä työrooli onkin tärkeä edellytys sille, että hoitaja voi toimia yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Epävarmuus työn tavoitteista on yksi vakavimmista stressitekijöistä työelämässä ja voi johtaa työntekijän uupumiseen.

Työhön käytettävissä oleva aika rajaa vastaanotettavien määrää ja yksi päivä kuukaudessa on liian vähän. Aikaa omaisten tukemiseen ja ohjaukseen pitäisikin olla nykyistä enemmän. Vastaanottoajasta pitäisi varata osa myös asiakkaan taustatietoihin perehtymiseen ja kirjaamiseen. Muistihoitajat kokivat, että työtä olisi vaikka toimisi päätoimisena muistihoitajana. Ongelmana on ajoittain myös kiire, jolloin neuvola-aikoja on vaikea antaa kuukausien päähän. Muistineuvolatyö on koettu haastavuudestaan huolimatta mielenkiintoiseksi. Raskaan työpäivän jälkeen hoitajaa on väsyttänyt, mutta mukavat asiakkaat ja heidän kanssaan jaetut positiiviset kokemukset ovat kannustaneet työssä eteenpäin.

Viime vuosina on alettu korostaa ammatillisen osaamisen merkitystä työhön ja työssä jaksamiseen. Työkykyä ylläpitävä toiminta on työnantajan, yhteistyöorganisaatioiden ja työntekijöiden yhteistyötä ja se kohdistuu muun muassa henkilöstön terveyteen, toimintakykyyn, motivaatioon ja ammattitaitoon sekä työn kehittämiseen. Nykyinen ja etenkin tulevaisuuden työelämä edellyttää monipuolisia valmiuksia, kuten muutosvalmius, tiimityö, verkostotyöskentely ja moniammatillisuus. Nämä edellyttävät hoitajalta laajaa osaamista, oppimistaitoa ja halua sekä valmiutta elinikäiseen oppimiseen. (Hilden 2002,85–86.)

Hyvässä työyhteisössä henkilöstölle pystytään tarjoamaan monipuoliset mahdollisuudet ammatilliselle kehitymiselle. Yksi tärkeimmistä ammatillisen kehittymisen edellytyksistä on esimiehen johtamistyyli. Hänen tehtävänsä on luoda mahdollisimman hyvät edellytykset työn tekemiseen jokaiselle työyhteisön jäsenelle. Ryhmän tuki on toinen tärkeä edellytys ammatilliselle kehitymiselle ja se toteutuu parhaiten sellaisessa työyhteisössä, jossa on siirrytty yhteistoiminnallisiin tiimeihin. Tiimin kaikki jäsenet ovat sitoutuneet yhteisesti asetettuihin tavoitteisiin, kuitenkin kaikilla hoitajilla tulisi olla rajoittamattomat mahdollisuudet henkilökohtaiseen kehittämiseen. (Hilden 2002,113–114.)

KUVIO 4. Työympäristö oppivana ympäristönä. (Hilden 2002,113.)



Hoitohenkilöstön ammattitaito on yksi terveydenhuollon toimintayksiköiden tärkeimmistä menestystekijöistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työ muuttuu jatkuvasti teknologisen kehityksen sekä taloudellisen ja sosiaalisen toimintaympäristön muutosten myötä. Ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen tulisi olla jatkuva yksilöllinen oppimisprosessi, jonka tavoitteena olisi sellaisten tietojen, taitojen ja kykyjen hankkiminen, jotka mahdollistavat asiakaslähtöisen, työn muuttuvien vaatimusten ennakoinnin sekä vaativimpiin tehtäviin kouluttautumisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003,77.)

Hoitotyössä tarvittavan osaamisen ylläpitämiseen ja vahvistamiseen tarvitaan koulutusta. Koulutuksen tulee kyetä ennakoimaan työelämän ja toimintaympäristöjen muuttuneet tarpeet, mikä edellyttää jokaiselta hoitotyössä toimivalta sekä kykyä kehittää omaa asiantuntijuuttaan että elinikäisen oppimisen periaatteen sisäistämistä. Hoitotyöntekijöitä veloitetaan tähän myös lainsäädännöllä. Esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilölaissa (599/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöitä veloitetaan ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Myös työnantajan on luotava edellytykset täydennyskoulutukseen osallistumiselle. Työterveyshuoltolailla (1383/2001) veloitetaan työterveyshuollon työnantajaa huolehtimaan siitä, että työterveyshuollon ammattihenkilö ja asiantuntija osallistuvat riittävästi, kuitenkin vähintään kolmen vuoden välein, ammattitaitoaan ylläpitävään täydennyskoulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 96.)

Terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutus toteutetaan yhteistyössä työelämän kanssa kunkin toimintayksikön tarpeiden pohjalta. Koulutusta annetaan sekä ammatillista osaamista ylläpitävänä - ja toiminnan kehittämiseen liittyvänä koulutuksena, että ammatillisen osaamisen kehittämiseen tähtävänä ja erikoistavana koulutuksena.. Hoitohenkilökunnan urakehitys tukee työssä kehittymistä ja korostaa asiantuntijuuden merkitystä hoitotyössä. Kun opetussuunnitelma perustuu työelämälähtöisten ja näyttöön perustuvien koulutustarpeiden ennakointiin työelämän, koulutuksen ja opiskelijoiden yhteistyönä, voidaan urakehitystä tukea jo sairaanhoitajan peruskoulutuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 96-97.)

Koulutuksen lähtökohtana tulee olla jokaisen työntekijän vastuu omasta tehtävästään ja potilaan hyvästä hoidosta. Hoitohenkilökunnan tehtäväkuvien laajentaminen edellyttää muun muassa kliiniseen hoitotyöhön, vastaanotto toimintaan, näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin ja oman työn kehittämiseen liittyvien valmiuksien vahvistamista. Perusterveydenhuollossa vaatimukset korostuvat yleisimpien kansantautien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon, kun erikoissairaanhoidossa korostuvat kliiniseen erityisosaamiseen liittyvät vaatimukset. Uudet toi-

mintatavat edellyttävät hoitajilta myös sähköiseen potilasohjaukseen ja -neuvontaan sekä konsultointiin liittyviä valmiuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 97.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Kainuussa vuoden 2004 syksyllä käynnistyneen muistineuvolan muistihoitajien työstä ja kokemuksista Kainuun Dementiayhdistykselle ja Kainuun maakunta-kuntayhtymälle. Tutkimustehtävien avulla rajasin aiheen muistihoitajien kokemuksiin ja siihen, miten muistihoitajuus uutena ammatillisena osaamisalueena on vaikuttanut hoitajaan. Hoitajien kokemukset muistineuvolatyöstä haluan tiivistää kahteen keskeiseen tutkimustulokseen:

1. Muistineuvolatoiminta on tarpeellinen toimintamuoto.
2. Hoitajan ammatillinen osaaminen on lisääntynyt.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistihoitajien kokemuksia muistineuvolassa työskentelystä. Muistineuvolaverkoston luominen ja toiminnan kehittäminen on ajankohtaista väestön ikärakenteen muuttuessa vanhuspainotteisemmaksi. Muistisairauden toteaminen ja tuen antaminen varhaisessa vaiheessa parantaa asiakkaan elämänlaatua, tukee toimintakykyä ja lisää kotona asumisen vuosia. Muistihoitajien vastauksista tuleekin selkeästi esille se, että muistineuvolatoiminta on koettu tarpeelliseksi.

Haasteellisesta työstä huolimatta vastaajat näkivät työssään kehittämistä vaativat asiat ja olivat valmiita kehittämään työtään. Muistihoitajien mukaan muistineuvolatyö on sekä tavoitteellista että vastuullista ja se nähdään tärkeänä osana muistisairaahan hoitoketjua nyt ja tulevaisuudessa. Muistihoitajat olivat saaneet muistineuvolatyöstä tukea ja lisävalmiuksia pääasialliseen työhönsä. Muistihoitajat tekevät tärkeää työtään muistineuvolassa asiakkaan parasta ajatellen sydämellä ja herkällä korvalla, ja työssään hoitajilla on mahdollisuus ammatilliselle kehitymiselle.

8 POHDINTA

Pidän muistisairaiden hoitamista ja auttamismenetelmien kehittämistä tärkeänä ja ajankohtaisena asiana. Muistisairaiden kohtaaminen ja heidän voimavarojensa tukeminen, ilmenee yhä suurempana osa-alueena tulevaisuuden hoitotyössä, tapahtuipa potilastyö missä tahansa hoitoyksikössä. Sairaaloissa ja hoitokodeissa henkilöstön tulisikin huomioida potilaan tai asiakkaan muistisairaus vuorovaikutustilanteissa, koska se edistäisi hoitotyötä ja autetuksi tulemistä.

Dementoivat sairaudet ovat pitkäaikaisia prosesseja. Keinoja tukea sairastuneen toimintakykyä ja selviytymistä on olemassa paljon. Mitä aikaisemmin hoito päästään aloittamaan, sitä suurempi hyöty sillä saavutetaan. Hoidon tavoitteena tulee olla toimintakyvyn parantaminen tai ylläpitäminen ja elämänlaadun parantaminen. Jos sairaus on todettu varhaisvaiheessa, on laadukkaita elinvuosia jäljellä vielä monia. (Pirttilä 2004, 18, 20.) 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 dementia-työssä ennakoivan ohjauksen rooli tulee korostumaan: miten ihmisiä ohjataan tutkimuksiin ja miten he pääsevät tutkimuksiin. (Heimonen 2004, 60.)

Yleisin kotihoidon jatkumista vaarantava tekijä on dementia. Kotona asuminen on useimmiten paras ratkaisu dementoituneiden ja heidän läheistensä kannalta. Se edellyttää kehittyntä avohoitoa, jossa kyetään tukemaan sekä itse sairastunutta että hänen läheisiään. Kansanterveyden ja väestön ikärakenteen muuttuessa väestön terveystarpeet ovat muuttuneet ja lisänneet tarvetta kehittää uusia työmenetelmiä hoitotyöhön. Yhteiskunnalliset muutokset ovat heijastuneet myös terveydenhuoltoon ja johtaneet siihen, että hoitotyön työtehtävien ja osaamisvaatimusten on myös muututtava jatkuvasti ja nopeammin. Terveydenhuoltoalan luonteeseen ovat vaikuttaneet vaatimukset tehokkuudesta ja tuloksellisuudesta, mutta myös kansainvälistyminen, tiedon nopea uusiutuminen. Työtehtävien ja muuttuvan tiedon hallinta edellyttää sairaanhoitajilta jatkuvaa ammattitaidon ylläpitämistä, kehittämistä ja uusiin ammattitaitovaatimuksiin vastaamista. (Heikkilä & Miettinen 2003, 61–64.)

8.1 Tulosten tarkastelua

Aineiston hankinnan tavoitteena oli saada mahdollisimman monta vastausta, jotta opinnäytetyön tulokset kuvaisivat mahdollisimman luotettavasti muistihoitajien kokemuksia. Saatekirje kysymyksineen lähetettiin 17 muistihoitajalle. Kirjeessä kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja annettiin selkeät toimintaohjeet vastaajalle. Vastaamista helpotettiin siten, että mukaan laitettiin palautuskuori postimerkillä varustettuna suoraan opinnäytetyön tekijän osoitteeseen. Vastaajille annettiin myös opiskelijan yhteystiedot, jotta hän voi kysyä lisätietoja tarvittaessa. Sain yhden puhelun, jossa soittaja ilmoitti, ettei hänellä ole aikaa vastata kysymyksiin työajalla. Hän otti ainakin yhteyttä ja ilmoitti, miksi ei voi vastata.

Vastauksia saatekirjeeseen palautettiin ainoastaan viisi, eli kolmannes kirjeen saaneista muistihoitajista vastasi. Vastausaikaa oli mielestäni riittävästi ja sitä vähän jatkettiin. Myös toimeksiantaja muistutti sähköpostitse vastaajia kirjoittamaan kokemuksiaan, joka johtikin vielä pariin vastaukseen. Vastauskirjeessään muistihoitajat saivat vapaamuotoisesti kirjoittaa kokemuksistaan muistineuvolatyöstä. Saatekirjeessä oli lisäksi maininta: vastauksesi on arvokas kehitettäessä Kainuun dementia-työtä.

Vaikka laadullisessa opinnäytetyössä yhdenkin tiedonantajan kokemus on merkitsevä, kertoo vastausten määrä jotain todellisesta tilanteesta käytännön kentällä. Johtuiko vastaamattomuus ajanpuutteesta vai jostain aivan muusta? Siihen osaavat vastata vain he, jotka jättivät vastaamatta. Muistihoitajalla oli mahdollisuus vastaamalla vaikuttaa työnsä kehittämiseen. Henkilökohtaisesti olin aluksi pettynyt vastausten vähäiseen määrään. Aineisto oli kuitenkin riittävä ja aloittaessani analysoinnin, huomasin sen olevan myös laadukas. Jos olisi ollut enemmän aikaa, olisin saadun aineiston perusteella muodostanut teemat, joiden perusteella olisin lähtenyt haastattelemaan muistihoitajia henkilökohtaisesti. Ja näin saanut syvennettyä aihetta.

Muistihoitajat kuvasivat kirjoituksissa työtään ja kokemuksiaan monin eri tavoin. Vastauksista nousi selkeästi heidän osaava ja motivoitunut työtapansa, jonka tavoitteena on mahdollisimman hyvä dementoituneen asiakkaan hoitotyö ja omaisen tukeminen. Työssään he käyttivät kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja asiakaslähtöistä otetta. He olivat valmiit kehittämään työtään ja kehittämisideoita heiltä tulikin useita. He pystyivät yhtä avoimesti kuvaamaan sekä vaikeiksi kokemiaan tilanteita että niitä, jotka koettiin palkitsevina. Vaativa työ muistihoitajana ja uuden oppiminen olivat vahvistaneet hoitajien ammattitaitoa. Moni hoitaja olikin voinut hyödyntää muistihoitajana saamaansa koulutusta ja kokemusta päätoimisessa työs-

sään. Muistihoitajien tieto ja työkokemus muistihäiriöisten hoidosta vaihteli. Osa muistihoitajista oli toiminut jo aikaisemmin dementia-yhdyshenkilönä, ja osa heistä oli vasta aloittanut työn muistihäiriöisten parissa. Tämä heijastui jonkin verran myös aineistoon. Se sekä monipuolisti hoitajien näkemyksiä, että kuvasi heidän tämänhetkistä osaamistaan. Kuitenkin aineistosta saatiin vastaukset tutkimustehtäviin: muistihoitajien ammatillinen osaaminen on lisääntynyt ja muistineuvolatoiminnan jatkumiselle tulevaisuudessa on olemassa selkeät perusteet.

Opinnäytetyön tulosten ja johtopäätösten perusteella Kainuun Dementia-yhdistys ry ja Kainuun maakunta-kuntayhtymä saavat tietoa hankkeensa edistymisestä ja voivat hyödyntää sitä muistihoitajien koulutuksessa ja muistineuvolatoiminnan kehittämisessä. Saatu tieto tukee nykyistä toimintaa ja sen tärkeyttä. Tuloksien perusteella toimeksiantaja saa käsityksen muistihoitajien ammatillisista valmiuksista ja käytännön haasteista. Muistineuvolatoiminnan kehittäminen on muistihoitajien ammattitaidon ja ammatti-identiteetin säilyttämisen ja kehittämisen väline. Muistineuvolatoimintaa yhdessä kehittämällä saadaan myös dementoituneiden hoito vanhalle pohjalle Kainuussa, mistä hyötyy sekä asiakas että organisaatio.

8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Laadullisen työn luotettavuuden arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin, sen eri vaiheisiin ja raportointiin. Luotettavuutta voidaan tarkastella opinnäytetyön tekijän, aineiston laadun, aineiston analyysin ja tulosten esittämisen näkökulmista. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvainen siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Tutkijan taidot korostuvat aineiston analysoinnissa ja se miten hän on pystynyt pelkistämään aineistonsa niin, että se mahdollisimman hyvin kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys tulosten ja aineiston välillä. Arvioitaessa luotettavuutta kvalitatiivisessa työssä tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36; Krause & Kiikkala 1996,130.)

Hirsjärven ym. (2005, 217) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta eli tutkimuksessa käytetyt menetelmät on kuvailtava ja selitettävä niin hyvin, että lukija pystyy arvioimaan menetelmien ja niiden avulla saatujen aineistojen asianmukaisuutta, edustavuutta ja tulosten luotettavuutta. Opinnäytetyössä olen kuvannut tutkimuksen kulun mahdollisimman tarkasti, ja pyrkinyt sillä osoittamaan yhteyden

tulosten ja aineiston välillä. Analysoidessani palasin vähän väliä alkuperäisiin ilmaisuihin ja muistihoitajien kirjeisiin ja varmistin näin, että alkuperäinen tieto pysyisi mahdollisimman totuudenmukaisena ja ettei minun oma tulkintani muuta tiedonantajan tarkoittamaa sisältöä. Olen laittanut opinnäytetyön liitteeksi esimerkkejä aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja käsitteellistämisestä (LIITTEET 4-7). Tuloksissa olen käyttänyt muistihoitajien alkuperäisilmaisuja, joilla osoitan tulosten yhteyden aineistoon.

Aineisto on analysoitu kahteen kertaan mikä myös lisää sen luotettavuutta. Ensimmäisen kerran aineisto analysoitiin viime keväänä yhdessä toisen opiskelijan kanssa. Tuossa analysoinnissa oli mukana myös muistihoitajille kirjoitetun saatekirjeen toisen kysymyksen aineisto. Toisen kerran analysoin aineiston tänä syksynä. Aloitin analyysin aivan alusta kirjeet lukemalla ja analyysiyksikön valinnalla. Analysointiin minulla oli aikaa käytettävissä huomattavasti aikaisempaa enemmän ja yksin pystyin analysoimaan aineistoa haluamani ajankohtana. Koen myös, että tehdessäni toista sisällönanalyysiä ymmärsin paremmin mitä koko analysointiprosessi pitää sisällään. Analyysin teko oli hidasta ja selkiytyi minulle sitä mukaa kun pääsin vaiheesta toiseen. Analyysiä tehdessäni pyrin olemaan mahdollisimman objektiivinen.

Olin keväällä sähköpostitse yhteydessä toimeksiantajaan ja lähetin opinnäytetyöstä välitulokset, jotka olivat opinnäytetyön tuossa vaiheessa lähinnä kokemusten kuvailua. Vaikka olin raportoinut välitulokset hieman eri käsitteillä, antoivat ne jo jonkinlaista suuntaa uudemmalle, nyt tehdylle analyysille. Toimeksiantaja yhtyi tuolloin esimerkiksi seuraaviin kokemuksiin muistineuvolatyöstä: neuvolavastaanottoon käytettävissä oleva aika ei riitä ja asiakkaita on paljon. Tähän johtopäätökseen he olivat tulleet muistihoitajien kanssa käymien keskustelujen ja käytännön työn kokemusten perusteella.

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeimmiksi eettisiksi periaatteiksi nousevat tiedonantajan vapaaehtoisuuden lisäksi, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tärkeää on myös, ettei millään tavoin vahingoiteta tiedonantajia. Tiedonantajat eivät hyödy tutkimuksesta välttämättä, mutta parhaimmillaan se voi edistää heidän tietoisuuttaan tutkittavasta asiasta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39.) Opinnäytetyötä tehtäessä olen huomioinut eettiset periaatteet. Tutkimuksen kohdistuessa ihmiseen on selvitetävä miten heidän suostumuksensa hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja sisältykö heidän osallistumiseensa riskejä. Tutkimuksen kohteena olevan ihmisen on oltava kypsä tekemään päätöksiä ja suostuminen tutkimukseen tulee olla vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2005, 26–27.)

Opinnäytetyön aineiston keruuta varten hankittiin tutkimuslupa Kainuun maakuntakuntayhtymän vanhuspalvelujohtajalta, joka on muistihoitajien esimies. Muistihoitajien osallistuminen oli vapaaehtoista. Saatekirjeen lisäksi muistihoitajat saivat tietoa opinnäytetyöstä dementiayhdistyksen kautta. Saatekirjeessä heille kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Saatekirjeessä kerrottiin osallistujille, että kirjeet käsitellään luottamuksellisesti ja saatu aineiston hävitetään, kun työ on valmis. Koska tiedonantajien määrä oli pieni, pyrin alkuperäisilmaisuja valitessani valitsemaan sellaisia lainauksia, joista tutkimukseen osallistujaa ei voida tunnistaa. Aineistoa säilytin siten, ettei kukaan ulkopuolinen päässyt niitä lukemaan.

Jatkotutkimusaiheena voitaisiin selvittää muistihäiriötä sairastavan omaisen kokemuksia muistineuvolasta saadusta tuesta ja sen merkityksestä perheen selviytymiseen. Muistihoitajien kokemuksia olisi mielenkiintoista tutkia myöhemmin uudelleen. Vastaanotto toiminta aloitettiin Kainuun Dementiayhdistys ry:n projektityöntekijän ja muistihoitajien kanssa. Kun muistihoitajat ovat tehneet työtä itsenäisesti hiukan pitemmän aikaa, on heillä siitä varmaan erilainen kokemus, kuin nyt raportoimissani tuloksissa. Jos nyt aloittaisin aineistonkeruun, haastattelisin hoitajia myös henkilökohtaisesti. Kirjeiden välityksellä ei pääse samanlaiseen vuorovaikutukseen kuin henkilökohtaisessa kontaktissa kasvotusten.

8.3 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen, työntäyteinen ja haastava. Vuoden aikana olen löytänyt itsessäni uusia puolia ja oppinut tuntemaan itseäni vieläkin paremmin. Työn tekeminen on kasvattanut ja opettanut minua monin tavoin. Olen saanut itsevarmuutta, rohkeutta ja uskallusta lisää, mutta kokenut pettymyksiäkin. Opinnäytetyön aikana olen saanut lisää valmiuksia tiedonhakuun ja kriittiseen ajatteluun. Olen voinut kehittää ihmissuhde- ja neuvottelutaitoja, luovuutta, päättelykykyä ja oppinut perheellisenä melkoiseksi organisoiduksi. Tekstinkäsittelytaitoni on hioutunut ja tietotekniikan käyttövalmiudet parantuneet entisestään. Olen voinut hyödyntää opinnoissa saatuja teoreettisia valmiuksia opinnäytetyöhön. Olen ollut yhteydessä myös työelämään toimeksiantajan kautta ja tutustunut uusiin ihmisiin.

Tiedän, että monille opinnäytetyö on kynnys opintojen aloittamiseen. Itsekin mietin jo opintojen alussa tulossa olevaa lopputyötä yhtenä pakollisena tehtävänä. Nyt ymmärrän, mikä tarkoitus työllä on työelämään valmentajana. Opinnäytetyön tekoon pitää vain varata riittävästi aikaa, sillä aiheen käsittelyyn täytyy tosissaan pystyä paneutumaan.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen. Mielestäni olen työn avulla hyvin voinut syventää osaamistani tulevana sairaanhoitajana, vaikka suuntaudun kirurgiseen hoitotyöhön. Olen hoi-
tanut monia muistisairaita potilaita opiskeluuni liittyvissä työharjoitteluissa kirurgisilla osas-
toilla. Työstä saadulla tiedolla olen voinut syventää osaamistani muistisairauksien hoitotyöstä
ja samalla saanut lisää valmiuksia työelämään. Muistisairaita asiakkaita ja potilaita tulen koh-
taamaan työssäni, meninpä mihin tahansa työyhteisöön töihin. Koko opiskeluni ajan olen
työskennellyt vanhainkodissa, jonka asukkaista suurin osa on dementoituneita. Opinnäyte-
työtä tehdessäni olen pystynyt konkretisoimaan ja yhdistämään muistihoidajien kokemuksia ja
hakemaani teoreettista tietoa myös omiin aikaisempiin kokemuksiini muistisairaiden vanhus-
ten hoitotyöstä

Parin kanssa tehdessä, opinnäytetyöhön voi sisällyttää kahden ihmisen näkökulman ja osaa-
misen. Hyvä parityö vaatii avoimuutta, yhteistyötä ja sekä tiedon että työn tasapuolista jaka-
mista. Aloin tekemään työtä toisen opiskelijan kanssa. Emme osanneet suunnitella yhdessä
työn tekemistä siten, että aika olisi sopinut molemmille. Ajan sovittamisen lisäksi emme
osanneet jakaa työtä. Pidän tätä hyvänä oppimiskokemuksena. Vaikka mielestäni kaikkien
ihmisten kanssa pitää tulla toimeen, täytyy myös osata luovuttaa silloin, kun edellytyksiä yh-
teistyölle ei ole. Ratkaisu voi löytyä joskus hyvinkin läheltä, mutta meidän kohdalla se vain
pitkittyi, ja sekä vaikutti hidastavasti koko opinnäytetyöprosessin etenemiseen että aiheutti
mielipahaa.. Onneksi tilanne saatiin ratkaistua molempia tyydyttävällä tavalla. Toisaalta eri
vaihtoehtoja pohtiessaan, muisti opinnäytetyön sidosteisuuden työelämään, ja oli siten myös
itsensä ja koulun lisäksi vastuussa ratkaisustaan myös toimeksiantajalle. Todellisessa työelä-
mässä ei pysty aina näin tekemään, mutta silti työ pitää tulla tehdyksi.

Jo opinnäytetyön aihetta valitessaan, kannattaa huolella miettiä tekeekö työn yksin vai yhdes-
sä toisen kanssa. Aiheen tulisi myös olla kumpaakin kiinnostava, mikä lisäisi motivaatiota
työn tekemiseen. Myös suuntautumisvaihtoehto olisi hyvä olla molemmilla sama, että pystyisi
tekemään työtä yhdessä myös kouluajan puitteissa. Kun alkaa tehdä parin kanssa opinnäyte-
työtä, niin kannattaa valita sellainen pari, jonka kanssa on ennenkin tehnyt tehtäviä. Silloin
molemmat tietävät etukäteen millainen pari on persoonana ja millaiset työskentelytavat toi-
sella on.

LÄHTEET

- Alhainen, K. & Rosenvall, A. 2001. Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H.(toim.) 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Eloniemi- Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2001. Dementiapotilaan kotihoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H.(toim.) 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. 2006. Tulevaisuus ja etenevät muistisairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M.(toim.) Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. Juva: WS Bookwell Oy.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H.(toim.) 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Goldsmith, M. 1997. Hearing Their Voice. In Hunter, S. (Ed.) Dementia: Challenges and new Directions. London and Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.
- Heikkilä, J. & Miettinen, M. 2003. Urakehitys sairaanhoitajan työhyvinvoinnin edistämisessä. Teoksessa Peiponen, A., Koivisto, T., Muurinen, S. & Rajalahti, E.(toim.) 2003. Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Heimonen, S. 2004. Eteenpäin elävän mieli – neuvonta kuntoutuksen keskeisenä keinona. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

- Hietanen, A. & Lyyra T. (toim.) 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hilden, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Acta Universitas Tampereensis 706. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, ammattikasvatuksen tutkimuskeskus. Vammala:Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hokkanen, L. 2004. Kognitiivinen kuntoutus dementoivissa sairauksissa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Kustannusosakeyhtiö Tammi.Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hopia, H. & Heikkilä, J. 2005. Vahvistumista ja luopumista: aikuiskoulutuksessa opiskelevien sairaanhoidajien ammatillinen kasvu ja siihen yhteydessä olevat tekijät ammattikorkeakoulutuksen aikana. Hoitotiede Vol 17, no 4.
- Huhtamäki-Kuoppala, M. & Koivisto,K. 2001. Potilaan ja omaisen tukeminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H.(toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Hunter, S. (Ed.) 1997. Dementia: Challenges and new Directions. London and Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.
- Huovinen, M. 2004. (toim.) Muistihäiriöt. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Huusko, T. 2004. Muistihäiriö- ja dementiapotilaan kuntoutus kannattaa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Kustannusosakeyhtiö Tammi.Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hänninen, T. & Pulliainen, V. 2001. Neuropsykologinen seulonta. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H.(toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

- Koivisto, K. 2004. Oikeaa hoitoa oikeaan aikaan -kohti toimivaa hoitoketjua. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koskinen, S. 2004. Muuttuvat asenteet ja kehittyvät rakenteet. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1.
- Käyhty, M. & Valvanne, P. 2004. Fysioterapia dementoituvan ihmisen kuntoutuksessa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Kustannusosakeyhtiö Tammi.Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen prosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WS Bookwell.
- Lauri, S. 2005. Hoitotyön kehittyminen ja kansainväliset interventiotutkimukset. Sairaanhoidajan ammatti – tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K.(toim.) Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005.Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint Oy.
- Lupsakko, T., Joiniemi, M., Karhu, K. & Remes, A. (toim.) 2005. Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa –opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy.
- Lupsakko, T., Karppi, P., Rissanen, A. & Sulkava, R. 2005. Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka – ketä varten, miten toimii ? Suomen Lääkärilehti 7, 811-815.
- Mäki- Petäjä-Leinonen, A. 2004. Hoitotahto dementoituvan ihmisen itsemääräämisoikeuden edistäjänä. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Mäkisalo, M. & Kontro, A. 2004. Dementiayhdistykset vaikuttajina. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Mynttinen, R.(toim.) 2006. Muistihäiriö- ja dementiapotilaan kuntoutus ja hoitokäytäntösuositus. Pohjois-Kymenlaakson Dementiayhdistys ry. <http://personal.inet.fi/koti/pk-dementiayhdistys/suositus4.htm> luettu 15.5.2006 ja 8.11.2006.
- Parjanne, M. 2004. Riittävätkö varat dementoituvien hoitoon. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Peiponen, A., Koivisto, T., Muurinen, S. & Rajalahti, E.(toim.) 2003. Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Pullianen, V., Kuikka, P. & Salo, J. 2001. Läheisten haastattelut ja muistikyselyt. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Pyykkö, R., Backman, K. & Hentinen, M. 2001. Dementoituneiden henkilöiden puoliso-omaishoitajien kokemuksia kotihoidon tilanteista ja niistä selviytymisestä. Hoitotiede Vol 13, no 5.
- Rautsiala, T. 2004. Tavoitteellinen kuntoutus osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2001. Muistihäiriöiden oirediagnoosiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H.(toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suikkala, A., Miettinen, M., Holopainen, A., Montin, L. & Laaksonen, K.(toim.) 2004. Sairaanhoidajan kliininen urakehitys. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Tamminen, A. 2006. Dementiayhdistykset aloitteellisia. Muistihoitajia kuntien perusterveydenhuoltoon. http://www.alzheimer.fi/doc/muistihoitajat_5_04.pdf luettu 8.11.2006.

Tapio, K. 2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita: tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. Acta Universitatis Tamperensis 1051. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Tampere: Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Taskinen-Hooper, T. 2006. Mikkelin ammattikorkeakoulun koulutussihteeri. Muistihoitajakoulutus, 8 op. <http://www.jamk.fi/avoim/koulutus/muistihoitaja.htm> luettu 8.11.2006.

Tervonen, S. 2001. Muistihäiriö- ja dementia työ Suomen kunnissa 2000. Sosiaali- ja terveysviranomaisten arvioita palveluiden saatavuudesta ja laadusta sekä Alzheimer- ja dementiayhdistysten toiminnan merkityksestä sekä muistihäiriö- ja dementia työön tulevaisuudesta. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto ry:n julkaisusarja 1/2001.

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

Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A. & Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Raportteja 259. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Viramo, P. 1997. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvaa hoitotyön asiakkaana. Tampere : Tammer-paino Oy.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2001. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H.(toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Virnes, E. 2004. Ratkaisuja strategioilla – muistihäiriö- ja dementia työ kuntien vanhustyön strategioissa. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementia työön palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Whalley, L. 1997. Early Onset Dementia. In Hunter, S. (Ed.) Dementia: Challenges and new Directions. London and Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.

Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatu laitoksesta – kuntouttavavn lyhytaikaishoidon haasteet. Teoksessa Muistihäiriö- ja dementia työön palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

**TOIMEKSIANTOSOPIMUS
OPINNÄYTETYÖT
MUUT OPPIMISPROJEKTIT**

Päiväys

1.6.2006

**TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ JA
MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA**

TOIMEKSIANTAJAN TIEDOT

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Toimeksiantaja | <u>Kainuun Dementiayhdistys r.y</u> |
| Osoite ja puhelinnumero | <u>Kauppakatu 36 A 4</u> |
| Työn ohjaaja toimeksiantajan puolelta | <u>Leskinen Merja</u> |

TOIMEKSIANNON KUVAUS

| | |
|---|--|
| Toimeksiannon kuvaus (mahdollinen liite, projekti kuvaus yms) | <u>Opinnäytetyö</u> |
| Aikataulu | <u>Kirjallinen raportti valmis syksyllä 2006</u> |
| Kustannusarvio ja kustannusvastuu | <u>opiskelijalla poikkeuksena postituskulut</u> |
| Lopputuotoksen muoto | <u>Kirjallinen raportti</u> |

TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

| | |
|---|---|
| Toimeksiannon tekijät ja yhteystiedot (opiskelijat) | <u>Laatikainen Sinikka p.</u> |
| Toimeksiannon ohjaaja Kajaanin amk:ssa | <u>Leskinen Pirjo</u> |
| Työstä tehdään | <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö <input type="checkbox"/> muu, mikä |

Sinikka Laatikainen
Tekijöiden allekirjoitukset

Merja Leskinen
Toimeksiantajan allekirjoitus

HYVINVOINTI
Sairaanhoidajakoulutus
Terveydenhoitajakoulutus
PL 52, (Ketunpolku 4)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9612
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Restonomikoulutus
PL 52, (Ketunpolku 3)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9610
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Tradenomikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9454
Faksi (08) 6189 9424

TEKNOLOGIA
Insinöörikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9611
Faksi (08) 6189 9620

KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU

TOIMEKSIANTOSOPIMUS
OPINNÄYTETYÖT
MUUT OPPIMISPROJEKTIT

TOIMEKSIANNON KUVAUS

| | | |
|--|--|--|
| Tavoitteet Toimeksiantajan kannalta | Saada tietoa muistihoitajien kokemuksista heidän toimiessaan muistineuvolan vastaanotolla ja yleensä muistihoitajina. | |
| Opiskelijoiden oppimisen kannalta | Jyvännän osaamista muisti-häiriö- ja dementia työstä. Harjaannumme asiakirjoittamiseen ja kriittiseen tiedonkeruuseen. | |
| Keskeiset tuotokset (raportit, suunnitelmat, tuotteet, esitteet, tietokoneohjelmat, tilaisuudet yms.) | Kirjallinen raportti. | |
| Sovitut kokoukset ja raportoinnit | Yhteydenotot tarvittaessa, sopimuksen mukaan. | |
| Projektin resurssit 1. Toimeksiantaja | Sisällön ohjaus ja postituskuluihin osallistuminen | |
| 2. Opiskelijat | Raportin suunnittelu, toteutus ja ohjaus. | |
| 3. Ammattikorkeakoulun ohjausresurssit | Sisällön ohjaus. | |
| Kustannusarvio ja kustannusvastuu Materiaalit Laittekustannukset Opiskelijoiden palkkiot Ohjaavan opettajan palkkiot Matkakustannukset Muut | Arvio postituskulut Kirjekuoret puhelinlukulut matkakulut Kopio paperit, muste | Vastuu Dementia yhdistys vastaa Dementia yhdistys vastaa opiskelijat vastaa opiskelijat vastaa opiskelijat vastaa |
| Muuta Luottamuksellisuus Tekijänoikeudet Laskutus | Noudatetaan opiskelijatyönä tehtävien toimeksiantojen ehtoja. Dementia yhdistyksen mahdollisuus kopiointiin. | |

Sopimuksessa noudatetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun vakioehtoja opiskelijatyönä tehtävistä toimeksiannoista.

HYVINVOINTI

Sairaanhoidajakoulutus
Terveydenhoitajakoulutus
PL 52, (Ketunpolku 4)
87101 Kajaani

PALVELUT

Restonomikoulutus
PL 52, (Ketunpolku 3)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9610

PALVELUT

Tradenomikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9454

TEKNOLOGIA

Insinööri koulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9611

Vanhuspalvelujohtaja

ANOMUS

Eija Tolonen

PL400 KAINUU

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUUTA VARTEN

Opiskelemme Kajaanin ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehtomme ovat kirurginen – ja pitkäaikaispotilaan hoitotyö. Valmistumme sairaanhoitajiksi joulukuussa 2006.

Opinnäytetyön tekeminen on osa koulutustamme. Tarkoituksenamme on kerätä muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä.

Anomme lupaa kirjalliseen aineistonkeruuseen. Aineistoa keräämme Kainuun maakunta – kuntayhtymän palveluksessa vanhuspalveluissa työskenteleviltä muistihoitajilta.

Muistihoitajien henkilöllisyys ei tule opinnäytetyössämme esille. Opinnäytetyöntekijöinä noudatamme voimassaolevia arkisto-, salassapito- ja tietosuojasäännöksiä. Valmis opinnäytetyömme on saatavilla Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastosta.

Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii lehtori Pirjo Leskinen.

Pirjo Leskinen

Opinnäytetyön tekijät

Sinikka Laatikainen

PÄÄTÖS

___/___ 2006

Hyväksytty/Hylätty -

Luvan antajan allekirjoitus

Sinikka Laatikainen

Hoitotyön koulutusohjelma

Kajaanin ammattikorkeakoulu

6.3.2006

Ketunpolku 4

87100

Hyvä Muistihoitaja

Opiskelemme Kajaanin ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa ja valmistumme sairaanhoitajiksi joulukuussa 2006. Opinnäytetyö on osa koulutustamme.

Opinnäytetyömme liittyy toimeksiantajamme Kainuun Dementiayhdistys ry:n ”Kunnon savotta” – hankkeeseen, jonka tavoitteena on tukea muistisairaana kotona selviytymistä ja kehittää dementiaa sairastavien hoitoa. Opinnäytetyössämme olemme kiinnostuneita muistihoitajien kokemuksista muistineuvolatyöstä. Aineistonkeruumenetelmänä käytämme kirjettä, johon toivomme Sinua vastaamaan alla olevan ohjeen mukaan kahdessa vaiheessa. Ensimmäiseen voit vastata vapaamuotoisesti ja toiseen merkityksellinen tapahtuma- tekniikan avulla.

1. Pyydämme Sinua kirjoittamaan omin sanoin muistihoitajan työstä muistineuvolassa. Voit kirjoittaa vapaamuotoisesti 1-2 sivua.

2. Pyydämme Sinua kuvaamaan yksityiskohtaisesti yhden merkityksellisen tapahtuman muistihoitajan työstä.

Kuvaile tapahtuman yksityiskohdat ja tapahtumaan liittyvät olosuhteet. Mitä? Milloin? Kuinka? Miksi? Missä?

Luettele ihmiset, jotka olivat osallisena tapahtumassa ja heidän suhteensa sinuun ja toisiinsa.

Kuvaile oma roolisi tilanteessa – mitä teit, kuinka toimit.

Analysoi tilanne. Kuinka hyvin tai huonosti ymmärsit tilanteen? Kuinka käsittelit sitä? Mitä tekisit toisin seuraavalla kerralla? Miksi?

Analysoi tämän tapahtuman vaikutus itseesi ja miksi koet sen merkittävänä.

Kirjeet käsittelemme luottamuksellisesti ja saadun aineiston hävitämme, kun saamme työn valmiiksi. Vastauksesi on arvokas kehitettäessä Kainuun dementia-työtä.

Toivomme, että palautat vastauksesi _____ mennessä.

Sinut kutsutaan opinnäytetyön esitystilaisuuteen Kainuun Dementiayhdistykselle opinnäytetyön valmistuttua. Halutessasi lisätietoa voit ottaa yhteyttä meihin joko puhelimitse tai sähköpostitse. Vastaamme mielellämme kysymyksiisi.

Sinikka Laatikainen

STH3SBSinikkaL@kajak.fi

KIITOS VASTAUKSESTASI!

Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKISTETTY ILMAISU |
|---|---|
| <p>”Aloitus vaiheessa olen kokenut erittäin hyvänä, että on ollut kokenut työpari, joka on opastanut ja jolta on voinut kysyä neuvoa”</p> <p>”Tehtäväsarjan tulkinta ei ole aivan yksinkertaista, joten on ollut hyvä, että on ollut neuvoja ja opastusta tarjolla.”</p> | <p>Aloitusvaiheessa on kokenut työpari tarpeellinen.</p> <p>Tehtäväsarjan tulkinta ei ole aivan yksinkertainen.</p> |
| <p>”Muistihoitajat ovat kokoontuneet melko säännöllisesti yhteisiin tapaamisiin, joissa on voitu keskustella yhteisistä työlinjoista ja saada vinkkejä toisten kokemuksista. Näitä tapaamisia on tarkoitus jatkaa ja ne ovat hyviä.”</p> | <p>Muistihoitajien yhteiset tapaamiset ovat hyviä, niissä saa vinkkejä toisten kokemuksesta ja voi keskustella yhteisistä työlinjoista.</p> |
| <p>”Dementiayhdistys on järjestänyt mielestäni kiitettävästi koulutusta ja se on ollut säännöllistä.”</p> | <p>Dementiayhdistys järjestänyt koulutusta hyvin</p> |
| <p>”Työnantaja on hyvin ymmärtänyt koulutuksen merkityksen ja näyttää mielellään käyttävän Dementiayhdistyksen järjestämää koulutusta.”</p> | <p>Työnantaja ymmärtää koulutuksen merkityksen ja näyttää mielellään käyttävän sitä.</p> |
| <p>”Maakunta ei ole itse ollut aktiivinen Muistihoitajien koulutuksen kehittämisessä.”</p> | <p>Työnantaja ei ole ollut aktiivinen kehittämään koulutusta</p> |
| <p>”... saan tukea ja keskustelufoorumia naapurikuntien muistihoitajilta.”</p> | <p>Saa tukea toisilta muistihoitajilta</p> |
| <p>”Tukena on toinen muistihoitaja ja konsultointi on helppoa ja välitöntä.”</p> | <p>Kun tukena on toinen muistihoitaja on konsultointi helppoa ja välitöntä.</p> |
| <p>”... teen tätä työtä muun työn ohessa kunnan toisen muistihoitajan kanssa... Ennen vastottoa sovimme, kumpi keskusteleo omaisen ja kumpi muistisairaana kanssa.”</p> | <p>Tekee työtä työparin kanssa. Ennen vastaanottoa tehdään työnjako.</p> |
| <p>”Onneksi minun parini on tukenut minua ja ymmärtänyt.”</p> | <p>Onneksi työpari on tukenut ja ymmärtänyt.</p> |
| <p>”...pelotti ryhtyä muistihoitajaksi, kun tuntui, etten ikinä voi hallita tuota kaikkea testien tekemisestä, oireista, lääkkeitä jne...kuitenkin on moni asia selkeytynyt ja olen selvinnyt jokaisesta päivästä, vaikkakin haasteellista se on ollut...”</p> | <p>Muistihoitajuudessa pelotti hallitseeko kaikkea uutta tietoa, asiat ovat selkeytyneet, vaikka haasteellista se on ollut.</p> |
| <p>”Muistineuvolakäynti ei ole pelkkää testaamista. Muistineuvolakäynti on pitkä asiakkaan kannalta, mutta myös kattava, kun selvitetään historiaa, arjessa elämistä, kotiapua, omaisen näkökulmaa, mahdollisia tukia ja perussairauksia sekä lääkityksiä. Milloin vanhus on näin kattavan tarkastuksen kohteena? ”</p> | <p>Muistineuvolakäynti ei ole pelkkää testaamista. Muistineuvolassa asiakkaalle tehdään kattava elämäntilanteen, toimintakyvyn ja terveydenkartoitus.</p> |

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKISTETTY ILMAISU |
|---|---|
| <p>”Aikaisemmin lääkärit olivat kovasti sitä mieltä, että muistamattomuus on normaalia vanhuutta ja selväänkään MMSE-pisteiden laskuun ei puututtu. Edelleenkin on sellaista ongelmaa, että lääkäri ei ota Gerard- testiä todesta, kun vastaanotto tilanteessa asiakas on niin ”skarppi”, eikä vaikuta lääkärin mieltä muistihäiriöiseltä.”</p> | <p>Lääkäri ei ota todesta hoitajan tekemän testin tulosta, jos vastaanottotilanteessa asiakas ei vaikuta muistihäiriöiseltä</p> |
| <p>”Muistihoitajan työn olen kokenut antoisaksi.”</p> | <p>Muistihoitajan työ on antoisaa-</p> |
| <p>”Pidän muistihoitajan työtä hyvin haasteellisena sekä mielenkiintoisena.”</p> | <p>Muistihoitajan työ on haasteellista ja mielenkiintoista.</p> |
| <p>”Muistihoitajan työ on haasteellista ja hyvin mielenkiintoista. Sitä tehdään sydämellä ja herkällä korvala.”</p> | <p>Muistihoitajan työ on haasteellista ja mielenkiintoista. Sitä tehdään sydämellä ja herkällä korvalla.</p> |
| <p>”Työ on erittäin haasteellista ja asiakkaita on tulossa ”pilivin pimmein.”</p> | <p>Muistineuvolatyö on haasteellista . Asiakkaita on tulossa ”pilivin pimmein”.</p> |
| <p>”Paljon on muistihoitajan harteilla asioita muistettava, mutta työ on myös palkitsevaa.”</p> | <p>Paljon on muistettavaa, mutta työ on palkitsevaa.</p> |
| <p>”Muutama positiivinen kokemuskin on saatu, joka on sitten kannustanut eteenpäin.”</p> | <p>Positiiviset kokemukset kannustavat työssä eteenpäin.</p> |
| <p>”Työ on erittäin vaativaa, väliin raskastakin.”</p> | <p>Työ on vaativaa, väliin raskastakin.</p> |
| <p>”Vaikka muistineurolapäivän jälkeen on väsynyt olo ja tuntuu, että kaikkensa on antanut, innokkaana odottaa jo seuraavaa kertaa sekä uusia asiakkaita että haasteita.”</p> | <p>Työpäivän jälkeen on väsynyt ja kaikkensa antanut, silti odottaa innokkaana seuraavaa työpäivää ja uusia haasteita.</p> |
| <p>”Hoitajana on rohkeasti tartuttava haasteisiin ja uskaltauduttava puuttua asiaan ja puhua muistisairaanoikeuksista niin omaisille kuin päättäjille.”</p> | <p>Hoitajalla pitää olla rohkeutta tarttua haasteisiin, uskallusta puuttua asioihin ja puhua muistisairaanoikeuksista.</p> |
| <p>”Säästöjä syntyy kun muistineurolatyö on pitkäjänteistä ja tekijät ovat ammattitaitoisia sekä työhönsä sitoutuneita hoitajia...”</p> | <p>Pitkäjänteisellä työllä, ammattitaitoisilla ja työhön sitoutuneilla hoitajilla saadaan säästöjä</p> |
| <p>”Ennalta ehkäisemällä ja varhaisella hoitoon pääsillä voisimme, saada niitä säästöjä, joita kipeästi kaivataan.”</p> | <p>Ennaltaehkäisemällä ja varhaisella hoitoon pääsillä saadaan säästöjä</p> |
| <p>”Kokoajan pitää muistaa tarkistaa lääkitystä ja miettiä miten toimintakykyä tuettaisiin mahdollisimman pitkään, ettei auteta toimintakyvyttömäksi. ”</p> | <p>Pitää tarkistaa lääkitys säännöllisesti ja tietää miten tukee toimintakykyä niin ettei auta toimintakyvyttömäksi</p> |
| <p>”Muistisairas ja hänen hoitajansa tarvitsevat yhtäläillä hoitajan tukea...”</p> | <p>Muistisairas ja hänen hoitajansa tarvitsevat yhtäläillä tukea.</p> |

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKISTETTY ILMAISU |
|--|---|
| <p>”Muistin tutkiminen ja hoitaminen on mennyt valtavasti eteenpäin siitä kun itse valmistuin. Silloin ei juurikaan puhuttu muusta kuin alzheimerin taudista eikä tuolloin tiedetty juuri läkehoidostakaan mitään.”</p> <p>”Muistihoitajana toimiminen on tukenut myös kotisairaanhoidajana toimimista. Osaan ohjata omia asiakkaita paremmin etsimään apua muistiongelmiansa, osaan vastata omaisten kysymyksiin paremmin...”</p> <p>”...osaan kulkea asiakkaiden luona haravoiden mahdollisia asiakkaita muistineuvolaan. Tavoitteenahan olisi löytää ne alkavat alzheimerikot, jotka hyötyisivät varhaisesta läkehoidosta ja saisivat myös tarvittavat palvelut oikeaan aikaan.”</p> <p>”Vanhuksen, jonka arkea on saatu helpommaksi ja tautia hidastettua, että kotona asumisen vuosia on saatu lisää edes muutama, on tämän kaiken arvoista.”</p> <p>”Toivoisinkin päättäjien ymmärtävän muistineuvolassa tehdyn työn arvon.”</p> <p>”Yksi päivä kuukaudessa tekee työn kuitenkin hyvin rajalliseksi. Eli asiakkaita voi ottaa mielestäni maksimissaan 3 hlöä/pv , varsinkin jos omainen mukana.”</p> <p>”Muistihoitajana työskenteleminen vaatii laajan sydämen, avarakatseisuutta, asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista, oivaltamista sekä omistautumista.”</p> <p>”Helpompaa on työskennellä, jos asiakas on tuttu esim. on jo kotisairaanhoidokontakti olemassa kuin se, että asiakkaasta ei tiedä mitään. ”</p> <p>”Tutun kanssa jutustelu lähtee luontevammin liikkeelle ja yleensä asiakkaasta saa myös enemmän irti.”</p> <p>”Asiakkaat ovat ihania, aitoja Kainuulaisia ihmisiä, jotka testitilanteessa ovat yhtä jännittyneitä kuin mekin testaajat ja sitten kun testi on tehty, ovat helpotuneita ja onnellisia saavutuksestaan.”</p> <p>”Asiakkaan asioihin pitäisi pystyä tutustumaan ennakoon. Mutta taas tulee vastaan aika?”</p> <p>”...Myös kirjaamiseen on varattava oma aikansa.”</p> | <p>Tietoa muistisairaahan hoitotyöstä on tullut valtavasti lisää siitä kun olen valmistunut</p> <p>Muistihoitajana toimiminen on tukenut kotisairaanhoidajan työtä.</p> <p>Työssäni osaan etsiä asiakkaiden joukosta muistitutkimuksien tarpeessa olevat.</p> <p>Työ on kaiken arvoista , jos vanhuksen elämänlaatua on saatu parannettua.</p> <p>Päättäjien tulisi myös arvostaa muistineuvolan työtä.</p> <p>Työhön käytössä oleva aika rajaa kerralla vastaanotettavien asiakkaiden määrää.</p> <p>Muistihoitajan tulee olla laajasydäminen, avarakatseinen ja omistautunut. Asiakkaan hoitotyö vaatii oivaltamista ja kokonaisvaltaista työotetta.</p> <p>Tutun asiakkaan kanssa työskentely on helpompaa.</p> <p>Tutun kanssa keskustelu on luontevampaa ja asiakkaasta saa enemmän irti.</p> <p>Asiakkaat ovat ihania ja aitoja. Testitilanteet jännittävät niin hoitajaa kuin asiakasta etukäteen, mutta testin jälkeen asiakkaat ovat helpotuneita ja onnellisia</p> <p>Asiakkaan taustatietoihin ei ajan rajallisuuden vuoksi ehdi kunnolla tutustua etukäteen.</p> <p>Kirjaaminen vie vastaanottoaikaa, joka aikaa on asiakkailta pois.</p> |

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKISTETTY ILMAISU |
|--|---|
| <p>”Omaisen läsnäolo on useasti tärkeää sekä muistisaira- raan turvallisuuden tunteen, että myös hoitajan kannalta ja hekin saavat jakaa huolensa ammattihenkilökunnan kanssa. Tulee uusia oivalluksia mistä jokin asia voi johtua ja tieto helpottaa myös omaisia.”</p> | <p>Omaisen läsnäolo vastaanotolla on tärkeää sekä muistisaira- raan, omaisen että hoitajan kannalta. Omaiset saava tukea ammattihenkilöltä.</p> |
| <p>”Omaisen mukanaolo on erittäin tärkeää tai ainakin taustatietojen saaminen läheiskyselyn tmv.Kautta...”</p> | <p>Omaisen läsnäolo vastaanotolla on tärkeää. Heiltä saa taustatietoja asiakkaasta.</p> |
| <p>”Monilla vanhuksilla on kulkemiongelmia, joten kotikäynti on heidän kannaltaan hyvä ratkaisu.”</p> | <p>Kotikäynti on asiakkaan kannalta hyvä ratkaisu</p> |
| <p>”Kotikäynnillä saa myös hyvää havainnointi tietoa toimintakyvystä.”</p> | <p>Kotikäynnillä saa hyvin tietoa asiakkaasta</p> |
| <p>”... kotikäynneille ei taida enemmälti riittää aikaa, vaikka olen kokenut, että asiakkaaseen saa paremman kontaktin kotona kuin täällä toimistossa.”</p> | <p>Kotikäynnillä saa paremmin kontaktin asiakkaaseen</p> |
| <p>”Muistiongelmät lisääntyvät väestön ikääntyessä ja työskätkä olisi paljon. Kotihoidon piirissä on paljon muistisairaita, joille ei ole tehty mitään muistitutkimuksia.”</p> | <p>Kotihoidossa on paljon muistisairaita, joille ei ole tehty muistitutkimuksia.</p> |
| <p>”Ei varmasti ole kenenkään etu, että muistisairaat eivät pääse jatkotutkimuksiin. Puhutaan varhaisesta hoitoon pääsystä, mutta näin se ei toteudu.”</p> | <p>Varhainen hoitoonpääsy ei totudu, kun muistisairaat eivät pääse jatkotutkimuksiin.</p> |
| <p>”...ei ole vakituista lääkäriä ja välillä testit seisovat kuukausikaupalla odottamassa lääkärinlausuntoa jatkotutkimuksiin lähettämiseksi.”</p> | <p>Muistitestit seisovat odottamassa lääkärin lausuntoa, koska ei ole vakituista lääkäriä.</p> |
| <p>”Kahta samanlaista tapausta/ asiakasta ei ole.</p> | <p>Asiakkaiden sairaus ja elämäntilanteet ovat kaikki ainutlaatuisia.</p> |
| <p>”Jos minulla ei olekaan työparia omalla paikkakunnalla, saan tukea ja keskustelufoorumia naapurikuntien muistihoitajilta.”</p> | <p>Vaikka ei ole työparia, saan tukea toisilta muistihoitajilta.</p> |
| <p>”Kotisairaanhoidossa olin tehnyt MMSE –testejä.”</p> | <p>Oli kokemusta MMSE-testin tekemisestä</p> |
| <p>”Oman kiinnostuksen vuoksi olen lueskellut kaikkea löytämäni muistisairauksien hoitoon liittyvää materiaalia.”</p> | <p>On lukenut muistisairauksien hoitoon liittyvää materiaalia</p> |
| <p>”Lääkäripulan vuoksi jouduttu pyytämään lähetettä hoitajan tutkimusten perusteella lääkärin näkemättä potilasta.”</p> | <p>Lääkäripulan vuoksi lähete jatkotutkimuksiin pyydetty hoitajan tutkimuksen perusteella</p> |
| <p>”Välillä on kuitenkin ollut asiakkaita niin paljon, että olen tehnyt testauksia ja omaisten kanssa keskusteluja kotikäynteinä, jotta asiakkaat eivät joudu odottamaan kuukausikaupalla testaukseen pääsyä.”</p> | <p>Asiakkaita on ollut niin paljon, että olen tehnyt työtä myös kotikäynteinä, että asiakas pääsisi hoitoon ajoissa</p> |

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKISTETTY ILMAISU |
|--|--|
| <p>”Alussa oli ja on vähän vieläkin hakusessa kokonaisuus muistihoitajan työstä esim. cerad-testauksen läpivieminen jos MMSE: on alhaiset pisteet l. missä tilanteessa ei ole välttämätöntä ?...”</p> <p>”Mielestäni pitäisi järjestää Neurologian poliklinikan kanssa jonkinlainen yhteistyömalli, jotta hoitaja voisi tehdä lähetteen. Ei varmasti ole kenenkään etu, että muistisairaat eivät pääse jatkotutkimuksiin. Puhutaan varhaisesta hoitoon pääsystä, mutta näin se ei toteudu.”</p> <p>”Nykyisin olen ryhtynyt rajaamaan tehtäviäni. Kun asiakas tulee lääkärin vastaanoton kautta tai lääkärin kehoituksesta teen pääasiallisesti CERAD testistön. + kartoitan taustatietoja. Mielestäni lääkärin tehtävä on tällöin katsoa onko tarpeen laboratorio ym. Tutkimukset.”</p> <p>”Olenainen asia mielestäni olisi muistineuvolatoiminnan kehittämisessä tällä hetkellä selkeiden yhteisten toimintamallien sopiminen; yhteinen käytäntö. Miten toimitaan? Onko seurantakäyntejä ja mihin asti? Mitä muistisair. kertovia lehtisiä annetaan ja missä vaiheessa? Lääkärin rooli-hoitajan tehtävät? Työaika?”</p> <p>”Lääkäripulaan ei varmasti Maakunnassa tule pikaista parannusta. Nyt pitäisi panostaa muistihoitajien koulutukseen ja tehdä tarvittavat tehtävänsiirrot...”</p> <p>”Sairastuneen tilanne ei koskaan ole stabiili. Sairausten edetessä jokin ongelma voi helpottua, mutta uusia tulee tilalle.”</p> <p>”...olisi ollut hyvä jos ennen kuin muistihoitajuus tuli meidän vastuulle olisi ollut mahdollisuus yhdessä kaikkien muistihoitajien kanssa pohtia yhdessä yhteistä linjaa ja saada enemmän opastusta siitä koko kokonaisuudesta.”</p> <p>”Muistineuvola on osa laajempaa kokonaisuutta ja osa hoitoketjua nyt ja tulevaisuudessa.”</p> <p>”Työ on nähtävä arvokkaana ja sitä on syytä kehittää jatkuvasti asiakkaan parhaaksi.”</p> <p>”Muistisairaat tulevat lisääntymään lähivuosien aikana merkittävästi, siksi muistihoitajia tulee kouluttaa ja lisätä kuntiin vastaamaan tarvetta.””</p> | <p>Kokonaisuus muistihoitajan työstä hakusessa, esimerkiksi testien tulkinta on vaikeaa.</p> <p>Varhainen hoitoonpääsy toteutuisi esimerkiksi, jos Neurologian poliklinikan kanssa järjestettäisiin yhteistyömalli, jotta hoitaja voisi tehdä lähetteen.</p> <p>Olen ryhtynyt rajaamaan tehtäviäni. Taustatietojen ja testien tekemisen jälkeen on lääkärin tehtävä jatkaa asiakkaan hoitosuunnitelmaa.</p> <p>Muistineuvolatoimintaa pitäisi kehittää laatimalla selkeämpi toimintamalli työskentelyyn ja eri ammattiryhmien tehtäviin</p> <p>Koska lääkäripulaan ei ole nopeaa ratkaisua tulossa, pitäisi hoitajien koulutukseen panostaa.”</p> <p>Sairastuneen tilanne ei pysy vakaana. Sairausten edetessä uusia ongelmia tulee entisten ratkettua.</p> <p>Muistineuvolatyöhön olisi pitänyt saada alussa enemmän opastusta ja mahdollisuuksia yhteisen linjanpohtimiseen</p> <p>Muistineuvola on muistisairaahan hoitoketjun tärkeä osa nyt ja tulevaisuudessa.</p> <p>Työ on arvokasta ja sitä tulee kehittää asiakkaan parhaaksi.</p> <p>Muistisairaat lisääntyvät lähivuosina, siksi muistihoitajia tulee kouluttaa ja lisätä vastaamaan tarvetta.</p> |

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKISTETTY ILMAISU |
|--|---|
| Omaiset tarvitsevat paljon tukea, lähinnä kuuntelua ja opastusta.” | Omaiset tarvitsevat paljon tukea., lähinnä kuuntelua ja ohjausta. |
| ”Omaisten ohjaus on yksi sellainen työsarka, johon ei riittävästi ole aikaa.” | Omaisten ohjaukselle ei ole riittävästi aikaa |
| ”...omaishoitajat ovat todella tiukalla, ja usein heiltä puuttuu tietoa omaisensa sairaudesta.” | Omaishoitajat ovat tiukoilla ja heiltä puuttuu tietoa sairaudesta |
| ”Aikaa vain pitäisi olla enemmän, jotta voisi kunnolla kuunnella omaisen hoitohuolia.” | Omaisten huolien kuunteluun pitäisi olla enemmän aikaa |
| ”Monet pidemmälle edenneet muistisairaat ovat kotihoidon asiakkaita, ja sairaanhoitokäyntien yhteydessä voin olla keskustelemassa ja etsimässä apua arjen ongelmiin.” | Kotihoidon asiakkaille voin antaa apua arjen ongelmiin Sairaanhoitokäyntien yhteydessä |
| ”Vastaanotolla menee aikaa paljon/asiakas koska heillä tuntuu olevan paljon puhuttavaa ja hätä tulevaisuudesta- mihin ollaan menossa.” | Vastaanotoilla menee aikaa paljon asiakasta kohden, koska asiakkaila on paljon puhuttavaa ja hätä tulevaisuudesta |
| ”...on tullut jo selväksi, että yksi päivä kuukaudessa on liian vähän. Asiakkaita on tulossa jatkuvasti lisää ja ...” | Yksi päivä kuukaudessa on liian vähän. Asiakkaita on tulossa jatkuvasti lisää. |
| ”... on tullut mieleen , että työtä olisi todella tarpeeksi vaikka toimisi yksistään muistihoitajana. Siinä jäisi aikaa myös työn kehittämiseen. Nyt tuntuu välillä siltä että sitä vähän ”räpeltää sillä sun täällä.” | Työtä olisi tarpeeksi, vaikka toimisi päätoimisena muistihoitajana, silloin jäisi aikaa myös työn kehittämiseen. |
| ”Muistineuvolan vastaanottopäivä on n. kerran kuukaudessa, tosin joudumme antamaan aikoja muillekin päiville, sillä asiakkaista ei ole pulaa.” | Vastaanotto on kerran kuukaudessa. Aikoja joudutaan antamaan muillekin päiville, sillä asiakkaita on paljon. |
| ”Ongelmana on ajoittainen kiire, on vaikea antaa muistineuvola-aikaa kuukausien päähän.” | Ongelmana on ajoittainen kiire, jolloin on vaikea antaa neuvola-aikaa kuukausien päähän. |
| ”Nytkin kysyntää olisi huomattavasti enemmän kuin mitä aikoja pystytään antamaan:” | Kysyntää olisi enemmän kuin aikoja pystytään antamaan. |
| ”Motivoituneet hoitajat ja lääkärit olisivat avainasemassa kehittämään muistineuvolatoimintaa eteenpäin.” | Muistineuvolatoiminnan kehittämiseen tarvitaan motivoituneita hoitajia ja lääkäreitä. |

Esimerkkejä aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä

| PELKISTETTY ILMAUS | ALALUOKKA |
|---|---|
| <p>Aloitusvaiheessa on kokenut työpari tarpeellinen.</p> <p>Työpari on tukenut ja ymmärtänyt.</p> <p>Kun tukena on toinen muistihoitaja on konsultointi helppoa ja välitöntä</p> <p>Muistihoitajien yhteiset tapaamiset ovat hyviä, siellä saa vinkkejä toisten kokemuksesta ja voi keskustella yhteisistä työlinjoista.</p> <p>Vaikka ei ole työparia, saan tukea toisilta muistihoitajilta.</p> | <p>Työparin ja toisten muistihoitajien tuki tärkeä</p> |
| <p>Dementiayhdistys järjestänyt koulutusta hyvin</p> <p>Työnantaja ymmärtää koulutuksen merkityksen ja käyttää sitä mielellään.</p> <p>Työnantaja ei ole ollut aktiivinen kehittämään koulutusta</p> <p>Koska lääkäripulaan ei ole nopeaa ratkaisua tulossa, pitäisi hoitajien koulutukseen panostaa</p> <p>Muistisairaat lisääntyvät lähivuosina, siksi muistihoitajia tulee kouluttaa ja lisätä vastaamaan tarvetta</p> | <p>Koulutus on tärkeää ja siihen ollaan tyytyväisiä</p> |
| <p>Muistihoitajan työ on haasteellista ja mielenkiintoista.</p> <p>Muistihoitajan työ on haasteellista ja mielenkiintoista ja sitä tehdään sydämellä ja herkällä korvalla.</p> <p>Muistineuvolatyö on haasteellista.</p> | <p>Haastava ja mielenkiintoinen työ</p> |
| <p>Muistihoitajan työ on antoisaa.</p> <p>Paljon on muistettavaa, mutta työ on palkitsevaa.</p> <p>Positiiviset kokemukset kannustavat työssä eteenpäin.</p> | <p>Antoisa ja palkitseva työ</p> |
| <p>Työ on kaiken arvoista , jos vanhuksen elämänlaatua on saatu parannettua.</p> <p>Päättäjien tulisi myös arvostaa muistineuvolan työtä.</p> <p>Työ on arvokasta ja sitä tulee kehittää asiakkaan parhaaksi.</p> | <p>Työ on arvokasta.</p> |

| PELKISTETTY ILMAUS | ALALUOKKA |
|--|--|
| <p>Tutun asiakkaan kanssa työskentely on helpompaa. Tutun kanssa keskustelu on luontevampaa ja asiakkaasta saa enemmän irti. Asiakkaat ovat ihania ja aitoja. Testitulokset jännittävät niin hoitajaa kuin asiakasta etukäteen, mutta testin jälkeen asiakkaat ovat helpottuneita ja onnellisia Asiakkaiden sairaus ja elämäntilanteet ovat kaikki ainutlaatuisia.</p> | <p>Asiakkaaseen liittyvät ominaisuudet</p> |
| <p>Asiakkaan taustatietoihin ei ajan rajallisuuden vuoksi ehdi kunnolla tutustua etukäteen. Kirjaamiselle pitää myös varata oma aikansa. Työhön käytössä oleva lyhyt aika rajaa kerralla vastaanotettavien asiakkaiden määrää. Vastaanotoilla menee aikaa paljon asiakasta kohden, koska asiakkailla on paljon puhuttavaa ja hätä tulevaisuudesta Ongelmana on ajoittainen kiire, jolloin on vaikea antaa neuvola-aikaa kuukausien päähän Muistineuvolakäynti ei ole pelkkää testaamista. Muistineuvolassa asiakkaalle tehdään kattava elämäntilanteen, toimintakyvyn ja terveydentilan kartoitus.</p> | <p>Vastaanottoaika liian lyhyt</p> |
| <p>Vastaanotto on kerran kuukaudessa. Aikoja joudutaan antamaan muillekin päiville, sillä asiakkaita on paljon. Yksi päivä kuukaudessa on liian vähän. Asiakkaita on tulossa jatkuvasti lisää. Kysyntää olisi enemmän kuin aikoja pystytään antamaan. Asiakkaita on ollut niin paljon, että olen tehnyt työtä myös kotikäynteinä, että asiakas pääsisi hoitoon ajoissa Asiakkaita on tulossa ”pilivin pimmein”.</p> | <p>Asiakkaita on paljon</p> |
| <p>Kotikäynti on asiakkaan kannalta hyvä ratkaisu. Kotikäynnillä saa paremmin kontaktin asiakkaaseen. Kotikäynnillä saa hyvin tietoa asiakkaasta.</p> | <p>Kotikäynti on hyvä työskentelymuoto</p> |

| PELKISTETTY ILMAUS | ALALUOKKA |
|--|--|
| <p>Muistihoitajana toimiminen on tukenut kotisairaanhoidajan työtä.</p> <p>Kotihoidon asiakkaille voin antaa apua arjen ongelmiin Sairaanhoidokäyntien yhteydessä. Työssäni osaan etsiä asiakkaiden joukosta muistitutkimuksien tarpeessa olevat.</p> <p>Muistihoitajuudessa pelotti hallitseeko kaikkea uutta tietoa, asiat ovat selkeytyneet, vaikka haasteellista se on ollut.</p> | <p>Ammattitaito on vahvistunut</p> |
| <p>Työpäivän jälkeen on väsynyt ja kaikkensa antanut.</p> <p>Työ on vaativaa, väliin raskastakin</p> <p>Tehtäväsarjan tulkinta ei ole aivan yksinkertaista.</p> <p>Kokonaisuus muistihoitajan työstä hakusessa, esimerkiksi testien tulkinnassa.</p> <p>Muistineuvolatyöhön olisi pitänyt saada alussa enemmän opastusta ja mahdollisuuksia yhteisen linjan pohtimiseen</p> | <p>Työ kuormittaa hoitajaa</p> |
| <p>Muistihoitajan tulee olla laajasydäminen, avorakatseinen ja omistautunut työlle</p> <p>Odotan innokkaana seuraavaa työpäivää ja uusia haasteita.</p> <p>Hoitajalla pitää olla rohkeutta tarttua haasteisiin, uskallusta puuttua asioihin ja puhua muistisairaana oikeuksista.</p> <p>Asiakkaan hoitotyö vaatii oivaltamista ja kokonaisvaltaista työtettä.</p> | <p>Muistihoitajan ominaisuuksia</p> |
| <p>Muistisairas ja hänen hoitajansa tarvitsevat yhtälailla tukea.</p> <p>Omaisiet tarvitsevat paljon tukea., lähinnä kuuntelua ja ohjausta.</p> <p>Omaishoitajat ovat tiukoilla ja heiltä puuttuu tietoa sairaudesta.</p> <p>Pitää muistaa tarkistaa lääkitystä säännöllisesti ja tietää miten tukee toimintakykyä niin ettei auta toimintakyvyttömäksi</p> <p>Sairastuneen tilanne ei pysy vakaana. Sairauden edetessä uusia ongelmia tulee entisten ratkettua.</p> | <p>Hoitajan antama tuki asiakkaille tärkeä</p> |

| PELKISTETTY ILMAUS | ALALUOKKA |
|---|---|
| <p>Omaisten huolien kuunteluun pitäisi olla enemmän aikaa. Omaisten ohjaukselle ei ole riittävästi aikaa.</p> | <p>Aikaa ei ole riittävästi omaisten tukemiseen</p> |
| <p>Omaisien läsnäolo vastaanotolla on tärkeää sekä muistisairaana, omaisen että hoitajan kannalta. Omaiset saavat tukea ammattihenkilöltä. Omaisien läsnäolo vastaanotolla on tärkeää. Heiltä saa taustatietoja asiakkaasta.</p> | <p>Omaisien mukanaolo vastaanotolla tärkeää</p> |
| <p>Kotihoidossa on paljon muistisairaita, joille ei ole tehty muistitutkimuksia. Muistineuvola on muistisairaana hoitoketjun tärkeä osa nyt ja tulevaisuudessa. Työtä olisi tarpeeksi, vaikka toimisi päätoimisena muistihoitajana, silloin jäisi aikaa myös työn kehittämiseen</p> | <p>Muistineuvolatyö on tarpeellinen</p> |
| <p>Varhainen hoitoon pääsy ei toteudu, kun muistisairaavat eivät pääse jatkotutkimuksiin. Muistitestit seisovat odottamassa lääkärin lausuntoa, koska ei ole vakituista lääkäriä.</p> | <p>Varhainen hoitoon pääsy ei toteudu</p> |
| <p>Olen ryhtynyt rajaamaan tehtäviäni. Taustatietojen ja testien tekemisen jälkeen on lääkärin tehtävä jatkaa asiakkaan hoitosuunnitelmaa Teen työtä työparin kanssa. Ennen vastaanottoa tehdään työnjako. Lääkäri ei ota todesta hoitajan tekemän testin tulosta, jos vastaanottotilanteessa asiakas ei vaikuta muistihäiriöiseltä. Lääkäripulan vuoksi lähete jatkotutkimuksiin pyydetty hoitajan tutkimuksen perusteella</p> | <p>Työnjako</p> |
| <p>Pitkäjänteisellä työllä, ammattitaitoisilla ja työhön sitoutuneilla hoitajilla saadaan säästöjä. Ennaltaehkäisemällä ja varhaisella hoitoon pääsillä saadaan säästöjä. Muistineuvolatoimintaa pitäisi kehittää laatimalla selkeämpi toimintamalli työskentelyyn ja eri ammattiryhmien tehtäviin Muistineuvolatoiminnan kehittämiseen tarvitaan motivoituneita hoitajia ja lääkäreitä. Varhainen hoitoon pääsy toteutuisi esimerkiksi, jos Neurologian poliklinikan kanssa järjestettäisiin yhteistyömalli, jotta hoitaja voisi tehdä lähetteen</p> | <p>Muistineuvolatoiminnan kehittäminen</p> |

Esimerkkejä aineiston astrahoinnista eli käsittelistämisestä

| ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|--|---|--|
| <p>Työparin ja toisten muistihoitajien tuki tärkeä Koulutus on tärkeää ja siihen ollaan tyytyväisiä</p> <p>Muistihoitajan ominaisuuksia Haastava ja mielenkiintoinen työ Työ on antoisaa ja palkitsevaa Työ on arvokasta. Ammattitaito on vahvistunut</p> | <p>Työtovereiden tuki ja koulutus</p> <p>Hoitajaan liittyvät kokemukset</p> | <p>Hoitajan ammatillinen osaaminen on lisääntynyt</p> |
| <p>Muistineuvolatyö on tarpeellinen Asiakkaita on paljon Hoitajan antama tuki asiakkaille tärkeä Kotikäynti on hyvä työskentelymuoto Asiakkaaseen liittyvät kokemukset Omaisen mukanaolo vastaanotolla tärkeää Aikaa ei ole riittävästi omaisten tukemiseen Vastaanottoaika liian lyhyt Varhainen hoitoon pääsy ei toteudu Työ kuormittaa hoitajaa Työnjako</p> <p>Muistineuvolatoiminnan kehittäminen</p> | <p>Työhön liittyvät kokemukset</p> <p>Muistihoitajien kehittämissuositukset</p> | <p>Muistineuvolatoiminta on tarpeellinen toimintamuoto</p> |

Esimerkki aineiston abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä

| YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA | YHDISTÄVÄ LUOKKA |
|--|--|---|
| <p>Työhön liittyvät kokemukset</p> <p>Muistihoitajien kehittämisehdotukset</p> | <p>Muistineuvolatoiminta on tarpeellinen toimintamuoto</p> | <p>Muistihoitajien kokemuksia muistineuvolatyöstä</p> |
| <p>Hoitajaan liittyvät kokemukset</p> <p>Työtovereiden tuki ja koulutus</p> | <p>Hoitajan ammatillinen osaaminen on lisääntynyt</p> | |