



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KOKE- MUKSIA MUISTISAIRAAN ASIAKKAAN KOH- TAAMISESTA JA HOIDOSTA

Tiina Helle

Piia Kallio

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

HELLE TIINA & KALLIO PIIA:

Kotihoidon työntekijöiden kokemuksia muistisairaana asiakkaan kohtaamisesta ja hoidosta

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Marraskuu 2018

Opinnäytetyön tarkoituksena oli siirtää tietoa kokeneemilta kotihoidon työntekijöiltä heidän kokemuksiansa pohjalta muistisairaana asiakkaan kohtaamisesta ja hoidosta uusille työntekijöille. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten kokeneet kotihoidon työntekijät kokevat muistisairaana asiakkaan kohtaamisen ja hoitamisen kotihoidossa, millaisia kokemuksia esimerkiksi haasteita kotihoidon työntekijät ovat kohdanneet muistisairaita asiakkaita hoitaessaan sekä mitä neuvoja ja vinkkejä kokeneet kotihoidon työntekijät haluaisivat antaa uusille työntekijöille. Työn tavoitteena oli parantaa uusien työntekijöiden valmiuksia kohdata muistisairaita asiakkaita ja antaa heille erilaisia näkökulmia hoitotyön tueksi

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Tampereen kaupungin kotihoito ja se tehtiin laadullista menetelmää käyttäen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sähköpostikyselyä, jossa kyselylomakkeet lähetettiin kahden kotihoidon palvelualueen esimiehille ja he edelleen välittivät kyselylomakkeet noin viiden vuoden työkokemuksen omaaville työntekijöille. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Kotihoidon työntekijöiden kokemuksiksi muistisairaiden hoitamisessa nousi tulosten perusteella negatiivisia ja positiivisia tuntemuksia. Haastavia kokemuksia nousi esiin lääkehoidosta, muistisairauden etenemiseen liittyvät vaikeudet sekä yhteiskunnan luoma haasteellisuus hoitotyössä. Tulosten mukaan suurin osa työntekijöiden neuvoista liittyivät eettisyyteen kotihoidossa. Niissä korostui muistisairaana asiakkaan itsemääräämisoikeus sekä hoitomyöntyyvyys. Työntekijät pitivät tulosten mukaan tärkeänä myös tiimityöskentelyä ja työssä aktiivisesti kehittymistä.

Saatujen tulosten perusteella muistisairaiden hoitotyö muuttuu haastavammaksi, sillä asiakkaat asuvat tulevaisuudessa pidempään kotona, jolloin myös heidän terveydentilansa ja sen myötä edelleen heidän toimintakykynsä huononevat. Hoitotyön jatkuvuutta ja työssä jaksamista tukee tiimityö. Tiimityötä tulisi edelleen kehittää sujuvoittamalla yhteistyötä koko työyhteisön kesken, jotta vastuu saataisiin jakautumaan tasaisemmin työntekijöiden kesken. Lisäksi kotihoidon työntekijöiden lisäkoulutusta sekä käytännön harjoittelua muistisairaiden asiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen tulisi kehittää ja lisätä.

Asiasanat: muistisairas, kotihoito, kohtaaminen, ammattitaito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Bachelor of Nursing

HELLE TIINA & KALLIO PIIA:

Experiences of Home Care Workers on Encountering and Treating People with a Memory Disorder

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 6 pages
November 2018

The purpose was to examine what advice would more experienced home care workers would like to share with new co-workers who are encountering people with a memory disorder. The study focuses on home care workers' opinions and views to improve challenging environments around the care of patients with a memory disorder. The aim was to improve the information and readiness of new co-workers to meet memory disorder patients with supportive perspectives to handle encounters better in the home care community. The thesis was commissioned by a home care unit from the city of Tampere.

The thesis was carried out using a qualitative method. The material was collected using an electronic survey and results were analyzed through content analysis.

The experiences of home care workers in treating people with memory disorders resulted in negative and positive ways. The most challenging experiences were a patient's medical treatment and difficulties encountering evolving memory diseases. Home care workers also emphasized the importance of teamwork in the challenges of an evolving society.

Care of patients with a memory disorder will become challenging. Variables around home care are constantly changing. This creates new and different challenges when encountering people with memory disorders. Teamwork should be continued by improving collaboration in the work community. Distribution of responsibility and information among the workers should be developed. Practical training should also be increased with the focus on demands in the work communities.

Key words: memory disorder, home care, encounter, professional skill

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 Kotihoito	7
	3.2 Kotihoidon työntekijöiden ammattitaito	9
	3.3 Muistisairaahan asiakkaan hoito.....	12
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	14
	4.1 Laadullinen menetelmä.....	14
	4.2 Aineiston keruu.....	14
	4.3 Analyysimenetelmä.....	15
5	TULOKSET	19
	5.1 Työntekijöiden kokemukset.....	19
	5.2 Haasteet lääkeshoidossa	20
	5.3 Muistisairaahan etenemisen tuomat haasteet hoitotyössä.....	21
	5.4 Työntekijöiden kokemat haasteet kotihoidossa	22
	5.5 Eettisyys kotihoidossa.....	22
	5.6 Tiimityöskentely ja työssä aktiivisesti kehittyminen	23
6	POHDINTA.....	25
	6.1 Tulosten tarkastelu.....	25
	6.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	30
	6.3 Opinnäytetyön luotettavuus	30
	6.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	33
	LÄHTEET.....	34
	LIITTEET	38
	Liite 1. Kyselylomake	38
	Liite 2. Saatekirje.....	39
	Liite 3. Taulukko sisällönanalyysistä	40

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ennakkotiedon (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018) mukaan vuonna 2017 pelkästään Tampereella kotihoidon asiakkaista noin 11,7 % oli yli 75 -vuotiaita. Suomessa myös sairastuu yli 13 000 ihmistä joka vuosi johonkin muistisairauteen, joista suurin osa tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 2). Kotihoidon asiakkaista suurin osa sairastaa muistisairautta, joka asettaa paljon erilaisia vaatimuksia ja haasteita työntekijöille asiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Muistisairas asiakas on usein täysin riippuvainen kotihoidosta varsinkin, jos asiakas asuu yksin eikä läheisiä tai omaisia ole lähellä, koska ei pysty omatoimisesti selviytymään esimerkiksi syömisestä, peseytymisestä tai lääkkeiden ottamisesta. Lisäksi lähes jokaisella muistisairautta sairastavalla esiintyy muutoksia käyttäytymisessä ja tunne-elämässä, joista tyypillisimpiä muutoksia ovat masennus, alakuloisuus, levottomuus, ahdistuneisuus sekä näkö- ja kuuloharhat. (Koski 2014.) Etenkin muistisairaiden asiakkaiden hoidossa avainasemassa on yksilökeskeinen hoito, joka tarkoittaa asiakkaan toiveiden, mieltymysten, toimintakyvyn sekä tarpeiden huomioonottamista. Vuorovaikutustaidot sekä ammattieettiset taidot ovat avainasemassa. (Ikonen 2015, 174.)

Kotihoidon työntekijöiden ammatillinen tietotaito muodostuu sekä teoreettisista eli näyttöön perustuvasta tutkitusta tiedosta, että käytäntöön liittyvistä kokemuksista, joihin liittyy yhteisiä ilmaisun ja ajattelun käsitteitä. (Kurtti 2012, 35 – 36). Tiimityöskentely pohjautuu kokemusten ja tietojen jakamiseen sekä asenteisiin, jotka mahdollistavat myös itsenäisen työskentelyn. Tiimityöskentelyssä korostuu muiden työntekijöiden tuki sekä hiljaisen tiedon siirtäminen kokeneemmilta työntekijöiltä eteenpäin, joka lisää mahdollisuuksia käyttää toisten kokemuksia ja vahvuuksia hyväksi oman työn kehittämisessä. (Salas, Frush, Baker, Battles, King ja Wears 2013, 4-5.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli saada kokeneemmilta kotihoidon työntekijöiltä siirrettyä tietoa heidän kokemuksiansa pohjalta muistisairaahan asiakkaan kohtaamisesta ja hoidosta uusille työntekijöille. Kokemus ja ammattitaito tukevat uudempia kotihoidon työntekijöitä muistisairaiden asiakkaiden hoitamisessa ja kohtaamisessa sekä mahdollisesti pienentävät kynnystä hakeutua haastavaan kotihoidon työhön.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli siirtää tietoa kokeneemmilta kotihoidon työntekijöiltä heidän kokemuksiansa pohjalta muistisairaahan asiakkaan kohtaamisesta ja hoidosta uusille työntekijöille.

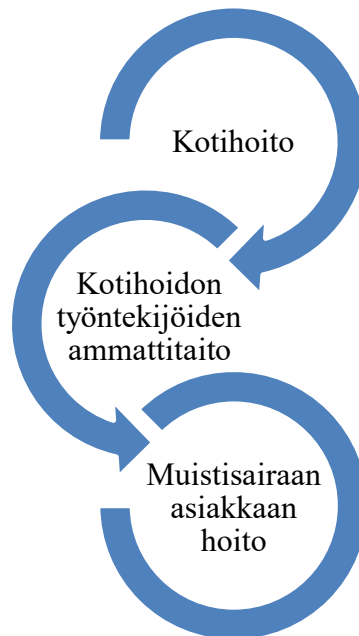
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten kokeneet kotihoidon työntekijät kokevat muistisairaahan asiakkaan kohtaamisen ja hoitamisen kotihoidossa?
2. Millaisia kokemuksia, esimerkiksi haasteita, kotihoidon työntekijät ovat kohdanneet muistisairaita asiakkaita hoitaessaan?
3. Mitä neuvoja ja vinkkejä kokeneet kotihoidon työntekijät haluavat antaa uusille työntekijöille?

Tavoitteena opinnäytetyöllä on parantaa uusien työntekijöiden valmiuksia kohdata muistisairaita asiakkaita ja antaa heille erilaisia näkökulmia hoitotyön tueksi.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisiksi lähtökohdiksi ja keskeisimmiksi käsitteiksi muodostuivat kotihoito, kotihoidon työntekijöiden ammattitaito sekä muistisairas asiakkaan hoito. Keskeisimmät käsitteet ovat näkyvissä alla olevassa kuviossa. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet

3.1 Kotihoito

Kotihoito on palveluiden kokonaisuus, jolla tarkoitetaan yksilön ja perheen kodissa tapahtuvaa henkilökohtaista tukea ja huolenpitoa. Palvelut vaihtelevat ennaltaehkäisevästä hoidosta kuntouttavaan toimintaan sisältäen myös saattohoidon (Hammar 2008, 22). Tukipalveluihin kuuluu mm. ateriapalvelu, kylvetykseen, vaatehuoltoon, siivoukseen, kuljetuksiin liittyviä tukitoimia sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Lisäksi kotona-asuva saa omaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kuuluvaa kotisairaanhoidoa, johon kuuluu moniammatillisessa yhteistyössä toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua esimerkiksi haavahoitoa ja lääkehoitoa. (Väyrynen & Kuronen 2013, 5.) Hoidon sisällön määrittää asiakkaan toiveet ja tarpeet. Kotihoidon tavoitteena on ylläpitää ja edis-

tää asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä sekä parantaa hänen elämänlaatua. Hoitoa tarvitaan fyysisen syyn tai jonkin muun toimintakykyyn heikentävästi vaikuttavan syyn vuoksi. (Huttunen 2017, 11.) Kotihoidon palveluita voivat saada ikäihmiset, vammaiset sekä sellaiset henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut tilapäisesti esimerkiksi jonkun sairauden vuoksi. Myös esimerkiksi lapsiperheiden on mahdollisuus saada apua kotihoidon palveluista, mikäli sillä turvataan lapsen hyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d.) Toimivan kotihoidon tulisi huomioida asiakkaiden tarpeiden lisäksi myös heitä auttavien esimerkiksi omaishoitajien tarpeet. (Finne-Soveri 2017, 31.)

Kotihoidossa työskentelee lähihoitajia, perushoitajia sekä sairaanhoitajia. Lisäksi terveydenhoitajia, kotiavustajia, hoiva-avustajia, sosiaaliohjaajia sekä kuntoutushenkilöstöä kuten esimerkiksi fysioterapeutteja. Useimpien toimintayksiköiden alueilla työskennellään erilaisissa moniammatillisissa tiimeissä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2015.) Kotihoidon työnjakomallit ovat yleensä paikallisia ja riippuvat usein työorganisaation toimintakulttuureista sekä omista neuvotelluista käytänteistä. Erilaisia työnjakomalleja yhdistellään sekä käytetään rinnakkain asiakkaista lähtevien tarpeiden mukaisesti. (Suominen & Henriksson 2008, 633.) Hoitohenkilöstö mahdollistaa arjen sujumisen kotona-asumisessa. Jotta kotihoito onnistuisi, tarvitaan henkilöstöltä huolellisuutta, havainnointikykyä sekä hienotunteisuutta. (Finne-Soveri 2017, 30.) Kotihoidossa työskentelevän työ koostuu asiakkaan hoidon suunnittelusta sekä toteuttamisesta, johon kuuluu isona osana kirjaaminen sekä puhelimesta työskentely. Työssä korostuu työntekijän kokonaisvaltainen ammattiosaaminen, johon liittyy asiakkaiden psyykinen, somaattinen sekä sosiaalinen ohjaaminen sekä hoitaminen. Lisäksi työssä korostuu moniammatillinen yhteistyö, yhteistyö omaisten kanssa sekä kuntouttava työote. (Huttunen 2017, 12.)

Työ kotihoidossa on yksilökeskeistä hoitoa, joka tarkoittaa asiakkaan toiveiden, mieltymysten, toimintakyvyn sekä tarpeiden huomioonottamista. Jokaiselle asiakkaalle laaditaan yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon tulisi kirjata asiakkaan omien tarpeiden lisäksi myös omat mieltymykset hoidon suhteen sekä lisäksi myös esimerkiksi harrastukset ja aktiviteetit, joista erityisesti pitää. Jokaista asiakasta tulisi kohdella yksilöllisesti ja heidän elämäänsä tulisi katsella heidän asemastaan käsin. Asiakkaiden tulisi antaa mahdollisuuksien mukaan myös tehdä kotona asioitaan heidän omilla tavoillaan, joihin he ovat aikaisemminkin tottuneet. Jokaista asiakasta tulisi kohdella ja hoitaa siten, että heille jäisi tunne heidän omasta arvokkuudestaan sekä tunne siitä, että heidät huomioidaan yksilöinä. (Nurse Aid/VIP 2017, 2.)

Työ kotihoidossa on haastavaa ja se vaatii työntekijältä asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaista tuntemusta ja hallintaa. Koti on työskentelyilmapiirinä hyvin erilainen kuin sairaalaympäristö. Toisen ihmisen kotia ei voi kontrolloida työympäristönä samalla tavalla kuin sairaalaympäristöä. (Tyyskänen 2014, 9.) Työntekijältä kotihoidossa vaaditaan monenlaista osaamista. Sekä itseään ja omia taitojaan että myös itse kotihoitotyötä tulee osata kehittää. Vuorovaikutustaidot sekä ammattieettiset taidot ovat avainasemassa. Edelleen osaamista tarvitaan myös tiedon, työprosessien, työtehtävien sekä työturvallisuuden hallinnassa. (Ikonen 2015, 174.)

3.2 Kotihoidon työntekijöiden ammattitaito

Yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ammattipätevyys koostuu osaamisalueista, joita ovat: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäisyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus. Osaamista sekä uuden osaamisen kehittämistä tulee jakaa yhteisöllisesti. Kokeneiden työntekijöiden asiantuntemuksen välittäminen sekä valtakunnallisesti yhtenäisten sairaanhoitajien osaamiskuvausten hyödyntäminen auttavat uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 7-8). Lähihoitajien ammattipätevyys koostuu osaamisalueista, joita ovat: asiakaspalvelu ja tiedonhallinta, lasten ja nuorten hoito ja kasvatusta, ensihoito, jalkojen hoito, kuntoutus, mielenterveys- ja päihdehoito, sairaanhoito ja huolenpito, suun terveydenhoito, vammaistyö sekä vanhustyö (Opetushallitus 2018.) Koulutus vaikuttaa jokaisen ammatti-identiteetin kehittymiseen, johon vaikuttavat myös työntekijän persoonallisuus sekä henkilökohtaiset ominaisuudet (Suominen & Henriksen 2008, 631-632.) Koulutuksessa rakennetaan pohja ammatilliselle osaamiselle, joka antaa valmiudet itsenäiseen työskentelyyn.

Varsinaisen ammattiosaamisen sekä ammattitaidon muokkaavat kuitenkin työkokemus, yhteiskunnan kehityksen muovaama muuttuva osaamisen kehittäminen sekä itsensä ja oman osaamisen reflektointi. (Eloranta & Virkki 2012, 4-5.) Lainsäädännöllä ohjataan ammattitaidon kehittämistä, joka velvoittaa työntekijän kehittämään jatkuvasti osaamistaan ja asioiden tuntemustaan. Myös työnantaja on velvoitettu järjestämään täydennys-

koulutusta työntekijöille. Täydennyskoulutukseen osallistuminen vaikuttaa myös työntekijöiden työhyvinvointiin. Lisäksi oman työn kehittäminen vahvistaa työmotivaatiota sekä sitouttaa työhön. (Ikonen 2015, 174.)

Ihmisillä on paljon osaamista, joka näkyy heidän toiminnassaan esim. erilaisina tapoina, tuntemuksina, käytäntöinä tai rutiineina, vaikka he eivät osaa varsinaisesti ilmaista sitä sanallisesti. Tällainen ei-sanallinen eli intuitiivinen tietämys karttuu paljolti kokemusten kautta ja perustuu tunteeseen tietämyksestä, mutta sitä ei voida sanallisesti määritellä kattavasti. Tällainen tieto on ns. hiljaista tietoa, joka on toiminnallista sekä henkilökohtaista siksi sitä on vaikeaa siirtää henkilöltä toiselle sanallisesti. (Nuutinen 2008.) Kokeneemilla hoitajilla tietotaito näkyy heidän osaamisena ja ammattitaitona, jotka perustuvat pitkäaikaiselle kokemukselle käytännön työssä. Tällainen tieto on sanatonta, mutta näkyy erityisesti heidän toiminnassaan ja tavoissaan tehdä työtä. Mitä enemmän hoitajalla on asiantuntemusta ja osaamista, sitä enemmän oman osaamisen kehittäminen tarkoittaa heillä oman ammattitaidon käyttämistä. Tällaista hiljaista kokemuksellista tietoa on vaikeaa dokumentoida ja sen vuoksi sitä ei kaikilta osin saada koskaan hyödynnetyksi työyhteisöissä. Hiljaisen tiedon hyödyntämistä voidaan kuitenkin edistää huomioimalla tiimityöskentely ja ryhmäytyminen, joissa keskeisessä asemassa ovat oma motivaatio, muiden tiimiläisten tuki sekä uusien työntekijöiden perehdytys ja hiljaisen tiedon siirtäminen kokeneemilta työntekijöiltä eteenpäin. (Kurtti 2012, 40-41, 214.)

Asiantunteva perehdytys ja hiljaisen tiedon siirto kokeneemmalta työntekijältä herättää uudessa työntekijässä motivaatiota sekä luottamusta suoriutumaan uusista tehtävistään. Hiljaisen tiedon siirto on tärkeää koko työyhteisön kannalta, koska silloin koko yhteisön tietovaranto kasvaa. Myös uusi juuri kouluttautunut työntekijä voi antaa työyhteisölle omaa osaamistaan sekä innostuneisuuttaan. Tällöin yhteisössä jaettu tieto sisältää hyvien vanhojen käytänteiden sekä kokemuksiin perustuvan tiedon lisäksi myös innovatiivisuutta sekä uusimpien hoitosuosittelujen huomioimista käytännön työssä. (Eloranta & Virkki 2012, 78.)

Ammattitaito ei koostu pelkästään käytäntöön liittyvistä kokemuksista, vaan siihen liittyy myös yhteisiä ilmaisun ja ajattelun käsitteitä. Hoitoalan työntekijä tarvitsee työssään teoreettista eli näyttöön perustuvaa tutkimuksellista tietoa sekä käytännöllistä ja henkilökohtaista tietoa, johon liittyy myös oma eettisyys. Ammattiosaaminen perustuu siis kokonaisuuteen teknisistä taidoista, havainnointikyvystä, tilannetajasta, ihmistuntemuksesta,

vuorovaikutustaidoista sekä arviointikyvystä. (Kurtti 2012, 35-36.) Erityisesti kotihoidossa vuorovaikutuksen tulee olla rauhallista, osallistavaa sekä asiakasta tulee osata kuunnella. Kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen taidot korostuvat erityisesti silloin, kun asiakas on esimerkiksi kuulovammainen, muistisairas tai hänellä on vaikeuksia puheen ymmärtämisessä tai tuottamisessa, jolloin yhteinen kieli puuttuu. (Ikonen 2015, 175.) Vuorovaikutuksen osaamista edesauttaa tutustuminen erilaisiin ihmisiin ja erilaisiin elämäntilanteisiin, mutta ennen kaikkea myös itsensä tunteminen ja omien heikkouksien ja vahvuuksien tunnistaminen (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super 2018).

Työ kotihoidossa on kokonaisvaltaista ja erittäin monipuolista. Työntekijältä vaaditaan laajaa tietoperustaa myös sosiaali- ja terveysalan palveluiden tarjonnasta ja toimintavoista, jotta hän pystyy ohjaamaan asiakkaita ja heidän omaisiaan niiden käytössä. Työ kotihoidossa vaatii myös itsenäisten ratkaisujen teon taitoa, jolle perustana kaikelle on oman organisaation arvojen, strategian, tavoitteiden sekä erilaisten toimintaohjeiden hallitseminen, jonka lisäksi tarvitaan moniammatillisen yhteistyön hallintaa. Tietoa ja taitoa tarvitaan erilaisten laitteiden ja välineiden käyttämiseen sekä niiden käytön ohjaamiseen asiakkaille ja heidän omaisilleen. (Ikonen 2015, 176-177, 180.)

Osaamista tarvitaan paljon myös tietotekniikan sekä viestintätekniikan alueilta, joista esimerkkeinä sähköiset asiakastietojärjestelmät sekä erilaiset tiedonhaun menetelmät (Ikonen 2015, 176). Teknologian kehitys näkyy kotihoidossa edistävänä tekijänä ja sen avulla pyritään saamaan työntekijöille lisää aikaa itse asiakastyöhön (Tyyskänen 2014, 11). Tampereella kotihoidossa on käytössä apuvälineinä esimerkiksi lääkkeenjakoautomaatteja, joiden avulla asiakas saa oikeat lääkkeet oikeaan aikaan, sekä tabletteja, joiden avulla voidaan olla etäyhteydessä kuvapuhelun välityksellä asiakkaaseen. Kuvayhteyden avulla työntekijä voi esimerkiksi muistuttaa asiakasta ottamaan lääkkeensä tai varmistaa, että diabetespotilas on annostellut insuliinin oikein. Kuvapuhelun avulla myös asiakas pystyy osallistumaan etänä esimerkiksi kuntoutukseen tai palvelukeskuksen toimintaan. Lisäksi kuvapuhelut toimivat työntekijöiden välisenä kommunikaation välineenä ja helpottavat esimerkiksi neuvojen kysymistä lääkäriltä. (Haapala 2016.) Teknologia ei kuitenkaan koskaan kokonaan pysty korvaamaan työntekijöiden osaamista ja ammattitaitoa, vaan heidän työpanostaan tullaan aina tarvitsemaan (Tyyskänen 2014, 11).

3.3 Muistisairaahan asiakkaan hoito

Muisti itsessään perustuu hermoverkkojen yhteistoimintaan aivoissa. Muistioireille on monenlaisia erilaisia selittäviä tekijöitä, joista yleisimpiä ovat ohimenevät syyt, pysyvät jälkitilat, hoidolla parannettavissa olevat syyt sekä etenevät muistisairaudet. Muistisairaudella tarkoitetaan muistia ja muita tiedonkäsittelyn eli kognition alueita heikentävää sairautta. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017.) Muistisairauksien tunnetuimpia vaaratekijöitä ovat korkea verenpaine, korkea kolesteroli, vähäinen liikunta, tupakointi, ylipaino, diabetes sekä runsas alkoholinkäyttö. (Tarnanen, Rosenvall & Tuunainen, 2017). Muistisairauksia esiintyy yleisimmin iäkkäillä ihmisillä. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset muistisairaudet, Lewyn kappaletauti sekä otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Nämä sairaudet rappeuttavat aivoja, jolloin muisti ja tiedonkäsittelykyky heikkenevät ja samalla ihmisen toiminnanohjaus alenee huomattavasti. (Muistiliitto 2017.)

Lisäksi muistisairaudet voivat aiheuttaa erilaisia käytöshäiriöitä, jotka vaihtelevat sairauden eri vaiheissa (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus 2017). Lähes jokaisella muistisairautta sairastavalla esiintyy muutoksia käyttäytymisessä ja tunne-elämässä. Tavallisesti muutoksia esiintyy muistisairailla useampia yhtä aikaa. Tyypillisimpiä muutoksia ovat masennus, alakuloisuus, levottomuus, ahdistuneisuus sekä näkö- ja kuuloharhat. (Koski 2014.) Suomessa sairastuu yli 13 000 ihmistä joka vuosi johonkin muistisairautteen, joista suurin osa tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 2). Yleensä muistisairas selviytyy parhaiten tuttujen rutiinien ympäröimänä ja tutussa ympäristössään eli kotona.

Toistaiseksi parantavaa hoitoa eteneviin muistisairauksiin ei ole olemassa, mutta varhaisessa vaiheessa aloitettu hoito on keskeisessä roolissa tuomaan muistisairaalalle oikeanlaista kuntoutusta, ohjausta ja tukea. (Koski 2014.) Omannäköisen elämän eläminen, kuulluksi tuleminen ja omista asioista päättäminen ovat muistisairautta sairastavan ihmisen hyvinvoinnin lähtökohtia. On tärkeää, että muistisairautta sairastava on itse osallisena omassa hoidossaan ja sen suunnittelussa. (Erhola, Alastalo & Kehusmaa 2017.)

Muistisairauteen sopeutuminen ja hyväksyminen voivat viedä aikaa. Muistisairaus on usein järkytys sekä sairastuneelle että omaisille ja sairaus tuo mukanaan usein surua, huolta ja pelkoa. Sairaus on usein koko perheen yhteinen kriisi. Arkea tulisi kuitenkin

jatkaa yhdessä omaisten kanssa ja oppia hyväksymään muutokset osaksi elämää. Useimmilla muistisairaudesta kärsivillä potilailla on käytössään lääkehoito, joka aloitetaan yleensä, kun etenevä muistisairaus on todettu. Lääkitys auttaa tilan vakiintumisessa sekä hidastaa oireiden etenemistä, helpottaa käytösoireita sekä auttaa arkielämän sujumisessa ja omatoimisuudessa. Kokonaisvaltaisen hoidon kannalta tulee hoidossa ottaa huomioon lääkehoidon lisäksi myös mahdollisten muiden sairauksien ja vaaratekijöiden hoito, käytösoireiden sekä mielialan kartoittaminen ja potilaan kuntoutus, tuki ja ohjaus. (Tarnanen ym. 2017.) Toimintakyvyn ylläpitäminen, oireiden etenemisen hidastuminen, sairastuneen sekä hänen perheensä hyvinvointi ja mielekäs elämä ovat muistisairauden hoidon esisijaisina tavoitteina. Kuntouttavassa lähestymistavassa tuetaan sairastuneen omia voimavaroja ja kuntoutukseen otetaan ammattihenkilöiden lisäksi sairastuneen läheiset. Yhdessä tekemällä ja toimimalla ylläpidetään sairastuneen toimintakykyä sekä löydetään uusia mahdollisuuksia ja saadaan sairastuneelle onnistumisen kokemuksia. (Koski, 2014.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen menetelmä

Käytimme opinnäytetyössämme laadullista menetelmää. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa menetelmässä korostuu havaintojen tulkitseminen ja kokemukset. Sitä käytetään silloin, kun tarkasteltavaa ilmiötä ei tunneta etukäteen. Ilmiötä ja tiettyä toimintaa pyritään myös menetelmän avulla todentamaan sekä ymmärtämään. Laadulliset tulokset pätevät vain kohdetapauksissa eivätkä anna mahdollisuutta yleistämiseen. (Kananen 2014, 16-18.)

4.2 Aineiston keruu

Kun selvitetään ihmisen orientoivaa käytöstä eli millaisia aikomuksia on käyttäytyä jollain tietyllä tavalla, kysymiseen perustuva aineistonkeruumenetelmä on sopivin. Ihmiseltä kannattaa kysyä itseltään, jos tarkoituksena on saada tietää mitä hän ajattelee tai miksi hän toimii tietyllä tavalla. Kysymiseen perustuvia aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu ja kysely, joiden ero liittyy vastaajan toimintaan tiedonkeruuvaiheessa. Kyselyssä vastaajat itse täyttävät heille osoitetun kyselylomakkeen. He voivat täyttää lomakkeen valvotuissa olosuhteissa ryhmänä tai kotona yksin. Haastattelu on aina henkilökohtainen, jossa haastattelija esittää kysymykset suullisesti ja merkitsee vastaajan vastaukset muistiin tai äänittää haastattelun. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83-85.)

Haastattelun heikkous verrattuna kyselyyn on se, että se on yleensä hyvin aikaa vievää ja myös kustannukset saattavat kasvaa. Kysely on aineistonkeruussa vaihtoehtona edullisempi sekä yleensä myös aikaa säästävämpi kuin haastattelu. Kyselyn voi tehdä myös sähköisenä menetelmänä sähköpostin välityksellä. Erilaisia kyselyissä käytettäviä kysymystyyppejä ovat suljetut kysymykset sekä avoimet kysymykset. Suljetut kysymykset ovat muodoltaan sellaisia, joihin voi vastata vain muutamalla sanalla. Tällä keinolla vastaajaa voidaan ohjata vastaamaan tietyllä tavalla. Avoimilla kysymyksillä kysytään vastaajalta tutkittavasta asiasta yleisellä tasolla, jolloin vastaajan on mahdollista kertoa aiheesta niin paljon kuin tietää tai haluaa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-90.)

Keräsimme opinnäytetyön aineiston menetelmällä, jossa lähetimme kyselylomakkeet sähköpostilla. Ennen lomakkeiden lähetystä valitsimme kaksi Tampereen kotihoidon palvelualueita, joiden esimiehille lähetimme kyselylomakkeet. Toivoimme esimiehien välittävän kyselylomakkeet työntekijöille, joilla olisi noin viiden vuoden työkokemus kotihoidosta. Kyselylomake lähetettiin sähköpostin liitteenä Word-tiedostona ja kyselyyn oli mahdollista vastata myös itse sähköpostiin vastaamalla. Kyselyssä kaikki vastaajat saivat samanlaisen lomakkeen. Kyselyn lähettäjänä oletimme, että tiedonantajat pystyisivät vastaamaan kyselyyn eikä heillä ollut vastaamiseen liittyviä esteitä. Esimerkiksi he pystyivät ja halusivat ilmaista itseään kirjoittamalla ja heillä oli myös tarvittavat välineet vastaamista varten. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85). (Liite 1.) Laadimme kyselylomakkeelle myös saatekirjeen, jossa esittelimme opinnäytetyön aiheen, tavoitteen sekä aikataulun, johon mennessä vastaukset tuli palauttaa meille sähköpostilla. (Liite 2.) (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

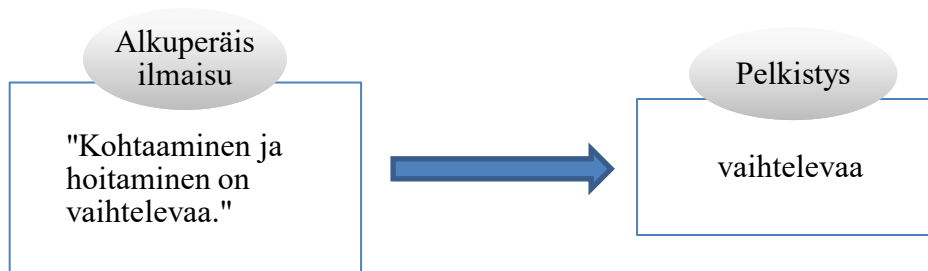
Sähköiseen kyselyyn liittyy usein riskejä kuten esimerkiksi se, että vastaukset palautuvat hitaasti, jolloin myös vastausten analysointi viivästyy tai aineistoa ei saada riittävästi analysoitavaksi. Varauduimme riskeihin siten, että lähetimme kyselylomakkeet saaneille muistutuksen vastaamisesta viikon kuluttua ensimmäisestä yhteydenotosta. Kysymyslomakkeissa kysymykset olivat avoimia, koska tällä keinolla vastaamista rajattiin mahdollisimman vähän ja vastaajat saivat kertoa vastauksissaan niin paljon omia ajatuksiaan kuin halusivat. Kysymykset olivat muotoiltu siten, että ne ovat ymmärrettäviä ja työemme tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta tärkeitä. Lisäksi kysymykset oli laadittu siten, että vastaajat saadaan kertomaan merkitykselliset asiat eikä tieto katoa. (Kananen 2014, 16 – 18.) Huomioimme myös ajankohdan kyselylomakkeiden lähettämiseksi, ettei se osuisi työntekijöiden aktiivisimpaan loma-aikaan. (Vilka 2007, 28.) Saimme kyselyihin vastauksia kaikkiaan viideltä kotihoidon työntekijältä. Kaikki vastaajat toimivat lähiohittajina kotihoidossa. Työkokemusta vastaajilla oli noin 1-15 vuotta. (Liite 1.)

4.3 Analyysimenetelmä

Aineiston analysointiin käytimme menetelmänä aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jonka tavoitteena on luoda sanallinen sekä selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Kilcku 2018). Tällaisella analyysimenetelmällä saadaan käsitteitä yhdistelemällä aineisto tiivistettyä

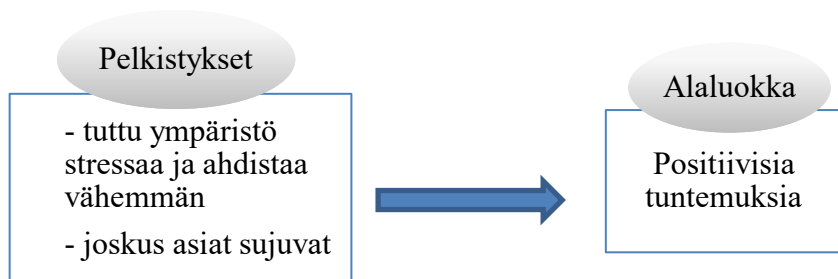
kokonaisuudeksi, joka vastaa opinnäytetyön tehtäviin ja tarkoitukseen. Analyysin jokaisessa vaiheessa pyritään ymmärtämään tiedonantajia heidän omista näkökulmistaan sekä mitä kysytyt asiat merkitsevät heille. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.)

Analysointi alkaa aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla, jossa analysoitavasta tiedosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla aineiston pilkkomista tai tiivistämistä osiin. Esimerkiksi aineistosta etsitään alkuperäisilmaisuja, jotka kuvaavat opinnäytetyön tehtäviä sekä niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Alla olevassa kuviossa näkyvissä esimerkki aineiston pelkistämisestä. (Kuvio 2.)



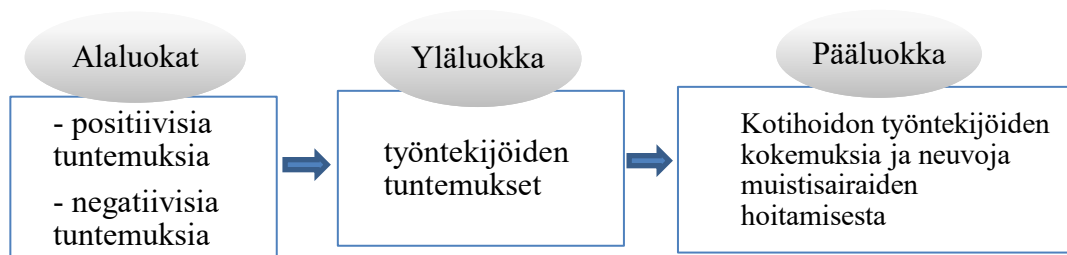
KUVIO 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Tämän jälkeen analysointi jatkuu ryhmittelyllä eli klusteroinnilla, joka tarkoittaa sitä, että etsitään alkuperäisilmaisuista samankaltaisuuksia ja niistä muodostetaan käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alaluokiksi, joille annetaan kokonaisuutta kuvaavat nimet. Tällaisessa luokittelussa aineisto tiivistyy, kun yksittäiset käsitteet sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Tällä menetelmällä luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle ja myös alustavia kuvauksia itse tutkittavasta ilmiöstä. Luokittelua jatketaan yhdistelemällä alaluokkia, joista muodostuu yläluokkia ja edelleen yläluokkia yhdistelemällä muodostuu pääluokkia, jotka nimetään aiheen mukaan, joka nousee esille aineistosta ja kuvaa tutkittavaa ilmiötä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-125.) Seuraavassa kuviossa esimerkki samaa tarkoittavien pelkistettyjen käsitteiden ryhmittelystä alaluokiksi. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Esimerkki pelkistettyjen käsitteiden ryhmittelystä alaluokiksi.

Ryhmittelyn jälkeen seuraava vaihe analysoinnissa on käsitteellistäminen eli abstrahointi. Tässä vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä tämän valikoidun tiedon perusteella. Eli edetään alkuperäisessä aineistossa käytetyistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja tätä kautta johtopäätöksiin. Luokittelua jatketaan niin kauan, kun se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125.) Alla olevassa kuviossa esimerkki aineiston ryhmittelystä alaluokiksi, niiden ryhmittelystä yläluokaksi ja edelleen niitä yhdistäväksi luokaksi eli pääluokaksi. (Kuvio 4.)



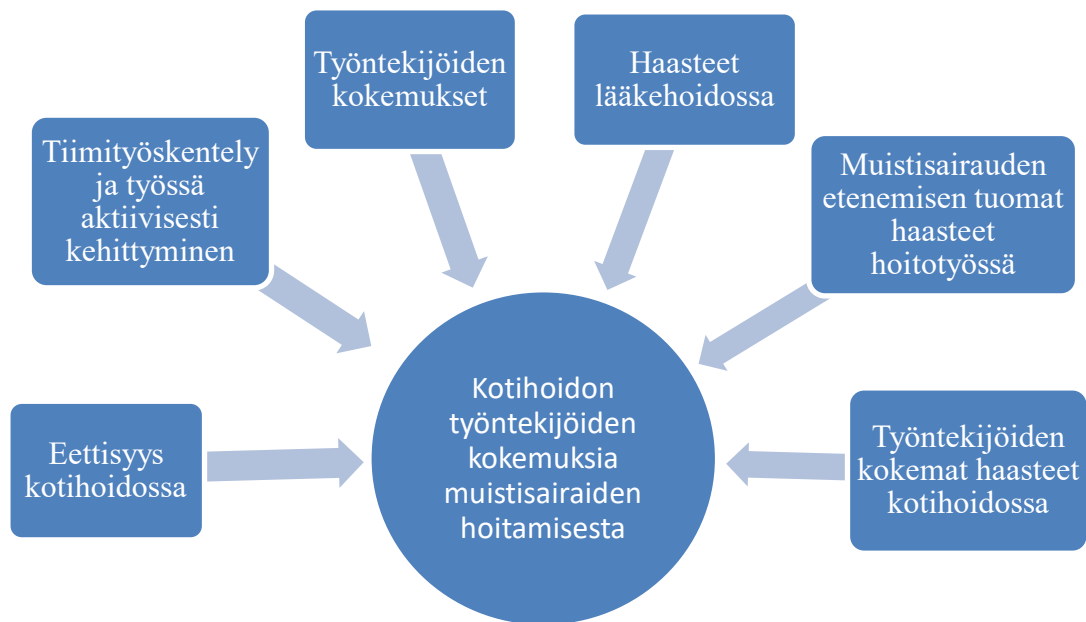
KUVIO 4. Esimerkki aineiston ryhmittelystä alaluokiksi, yläluokaksi ja edelleen niitä yhdistäväksi pääluokaksi.

Tulostimme saamamme kyselyiden vastaukset, jotka olimme saaneet sähköpostilla vastaajilta. Kävimme vastaukset läpi yhdessä ja alleviivasimme opinnäytetyön tehtävien kannalta olennaisimmat alkuperäisilmaisut. Pelkistimme alkuperäisilmaisut, jonka jälkeen etsimme pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia ja yhdistelimme niitä ryhmiksi. Näistä yhdistellyistä ryhmistä muodostimme edelleen alaluokkia. Alaluokat nimesimme niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Saimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä vastauksista seuraavanlaisia tuloksia. Pelkistettyjä ilmaisuja listasimme yhteensä 48 kpl,

joita ryhmittelemällä muodostui 21 kpl alaluokkia. Jatkoimme analysointia yhdistelemällä samankaltaisia alaluokkia ja muodostimme niistä yläluokkia, joista loppujen lopuksi muodostimme kaikkia tuloksia yhdistävän pääluokan. (Liite 3.)

5 TULOKSET

Yläluokiksi muodostuivat: työntekijöiden kokemukset, haasteet läikehoidossa, muistisairauden etenemisen tuomat haasteet hoitotyössä, työntekijöiden kokemat haasteet kotioidossa, eettisyys kotioidossa sekä tiimityöskentely, kuntouttava työote ja työssä aktiivisesti kehittyminen. Saamamme tulokset ovat havainnollistettu alla olevassa kuviossa. (Kuvio 5.) Seuraavissa kappaleissa selitämme tuloksia tarkemmin.



KUVIO 5. Analyysin tulokset

5.1 Työntekijöiden kokemukset

Vastauksista ilmeni, että kotihoidon työntekijät kokevat muistisairaiden asiakkaiden kohtaamisen ja hoitamisen haasteellisena ja niihin liittyy paljon erilaisia kokemuksia. Negatiivisina nousivat esiin työhön käytettävän ajan rajallisuus, joka koettiin raskaana ja näin ollen lisäävän myös eettisiä ongelmia, kun asiakasta hoidetaan kotona. Negatiiviseksi koettiin myös se, että joskus ihan normaaleistakin arjen asioista kuten ruokailusta ja peseytymisestä selviytyminen muodostuu täysin mahdottomaksi ja yhteistyö muistisairaana asiakkaan kanssa tuntuu hankalalta. Näin ollen kohtaaminen myös vie työntekijältä paljon enemmän aikaa ja energiaa.

Positiivisena muistisairaasi asiakkaan hoitamisessa koettiin työn vaihtelevuus sekä se, että työ on luonteeltaan itsenäistä. Koti on tuttu ja turvallinen ympäristö muistisairaalle, joka koettiin hoitamista helpottavana seikkana. Asiakkaalle merkitykselliset esineet löytyvät tutuilta paikoilta ja helpottavat omatoimisuuden tukemisessa. Koti on usein ihmiselle paikka, jossa haluaa pysyä mahdollisimman pitkään.

Tuttu ympäristö on vähemmän stressaava ja ahdistava muistisairaalle kuin laitos ja joskus yhteisen sävelen löydyttyä ja asiakasta myötäillessä asiat sujuvat kuin vettä vain.

5.2 Haasteet lääkehoidossa

Vastauksista nousi esiin yhtenä haasteena lääkehoitoon liittyvät tekijät. Haastaviksi tekijöiksi nostettiin sekä lääkkeiden väärinkäyttö, että niiden käyttämättä jättäminen myös lääkkeiden käytön ohjaamiseen liittyy vaikeuksia muistisairaiden kohdalla. Työntekijä ei välttämättä saa tietoonsa onko asiakas ottanut lääkkeitään vai ei. Lääkkeiden ottamiseen voi liittyä myös pelkoa sekä tietämättömyyttä, koska asiakas ei ymmärrä miksi lääkkeet tulee ottaa. Lääkkeistä voi tulla myös joitain haittavaikutuksia, joista muistisairas ei osaa kertoa.

On hyvin vaikeaa saada asiakas ottamaan lääkkeensä. Asiakkailla on itsensä määräämisoikeus ja tämä tuo lisähaasteita muistisairaiden kohdalla. Kehtään ei voi pakottaa vasten tahtoaan.

Muistisairaiden kohdalla tulee turhaa lääkitystä välttää ja lisäksi lääkitys tulee tarkistaa säännöllisin väliajoin. Lääkkeidenoton ohjauksessa tärkeää on rauhallisuus ja selkeys. Asiakkaalle kerrotaan, miksi lääkkeet tulee ottaa sekä mitä sivuvaikutuksia niistä saattaa tulla. Lääkkeiden kanssa voi antaa esimerkiksi mehua tai jogurttia, jos lääkkeet tuntuvat maistuvan pahalta. Jos asiakas kieltäytyy ottamasta lääkkeitään, voi mahdollisesti siirtää lääkkeiden ottoa seuraavalle käyntikerralle esimerkiksi aamulääkkeet otetaan vasta päi-

vällä, jos silloin asiakas suostuisi lääkkeet ottamaan. Lisäksi tulisi selvittää onko asiakkaalla nielemisvaikeuksia, joita voidaan helpottaa esimerkiksi tablettikalvoilla. Ylipäänsä lääkkeiden ottohetki tulisi tehdä kiireettömäksi ja mukavaksi hetkeksi.

5.3 Muistisairauden etenemisen tuomat haasteet hoitotyössä

Vastauksista ilmeni monia kotona hoitamista vaikeuttavia tekijöitä, jotka liittyvät muistisairauden etenemiseen. Asiakas saattaa lähteä ulos ja eksyä, koska ei muista omaa kotiaan tai missä se on. Muistisairauksiin liittyy myös paljon harhoja ja kuvitelmia, eikä asiakas välttämättä edes muista hoitajaa tai hoitajan käynnin tarkoitusta. Ajantaju häviää eikä asiakas ymmärrä esimerkiksi pukeutua sään vaatimalla tavalla. Asiakkaat siis saattavat olla vaaraksi itselleen, koska eivät enää kykene tekemään suotuisia päätöksiä elämäänsä koskien. Asiakas saattaa myös piilotella tavaroita ja tällöin, jos hoitaja käy asiakkaan luona ensimmäistä kertaa, ei tiedä missä mitäkin säilytetään eikä asiakas osaa itse kertoa.

Joskus asiakkaat ovat sekoittaneet aamun ja illan ja yrittäneet esim. ilta-käynnillä lähteä ulos pakkaseen. Asiakas saattaa lähteä ulkoilemaan eikä osaa palata kotiin. Asiakas ei tunnista kotiaan kodikseen.

Työntekijöiden mukaan haasteeksi muodostuu muistisairauden etenemisen mukanaan tuomat asiakkaiden erilaiset käytöshäiriöt. Asiakkaat voivat olla fyysisesti aggressiivisia tai väkivaltaisia sekä myöskin yrittää henkisesti satuttaa. Asiakkaat osoittavat suoraa väkivaltaa, kuten lyömistä, huitomista, tavaroiden heittelyä ja yrityksiä raapia. Osa asiakkaista haukkuu, huutaa, nimittelee, moittii sekä yrittää sanallisesti satuttaa.

Vastauksien mukaan oman haasteensa hoitotyöhön luovat asiakkaiden omaiset ja läheiset. Muistisairaana itsensä lisäksi sairaus muuttaa myös kaikkien hänen läheisten elämää lopullisesti. Muistisairaudet kehittyvät yksilöllisesti, toisilla nopeasti ja toisilla pikkuhiljaa, jolloin läheisillä ja omaisilla voi olla vaikeuksia ymmärtää, että tilanne voi huonontua nopeastikin. Asiakkaan tapojen ja ns. arjen täytyy sujua kuten ennenkin, jotta pystyttäisiin tutun ympäristön avulla mahdollistamaan pitkään kotona asuminen.

Tulosten mukaan hoitotyötä vaikeutti muistisairaiden perushoitoon kuten ruokailuun ja peseytymiseen liittyvät hankaluudet, jotka liittyvät asiakkaiden hoitomyöntyvyyteen.

Isoimpana vaikutuksena hoitomyöntyvyyteen nousi se, onko hoitaja tuttu, koska tuttuun hoitajaan asiakas pystyy luottamaan ja silloin hoitotoimet sujuvat paremmin. Muistisairas saattaa unohtaa syömisen, koska muistaa syöneensä juuri tai ruokailu on vaikeaa, koska asiakas ei tunnista näläntunnetta.

5.4 Työntekijöiden kokemat haasteet kotihoidossa

Työntekijöiden mukaan yksi isoimmista haasteista muistisairaita hoidettaessa kotona on hoitajien vaihtuvuus. Asiakkaalle muodostuu luottamussuhde hoitajan kanssa, jonka pysyvyydellä luodaan turvallisuuden tunne. Asiakkaan turvattomuuden tunne lisää pelkoja, jotka vaikuttavat hänen toimintakykyynsä ja omatoimisuuteensa. Hoitajien vaihtuvuus lisää myös haasteita tiedon kulkuun, joka on ensiarvoisen tärkeää, jotta pystytään seuraamaan asiakkaan sairauden tilaa ja etenemistä. Lisäksi haasteena on vastauksissa nostettu myös kiire. Jatkuva kiire vähentää asiakkaiden yksilöllistä hoitamista sekä vaikuttaa työn laatuun ja turvallisuuteen.

Luottamuksen saaminen on lähtökohta hyvälle hoidolle, että asiakas tuntee olonsa turvalliseksi. Jokainen asiakas on yksilöllinen ja joidenkin kanssa yhteistyö on ”helpompi” ja toisten taas todella haasteellinen, mutta kiirettä ei saa näyttää, se lisää asiakkaan ”häätä”.

5.5 Eettisyys kotihoidossa

Vastausten mukaan eettiset ongelmat kotihoidossa liittyivät asiakkaiden itsemääräämisoikeuteen ja sen kunnioittamiseen, kun hoitoympäristönä on heidän oma kotinsa. Ihminen tulee kohdata yksilönä ja omana itsenään ilman ennakkoluuloja sekä hänen omatoimisuuttansa tulee hoidossa tukea. Asiakasta tulee kunnioittaa ja kuunnella. Eettisyyteen liittyy myös kuntouttava työote, jossa korostuu työn tasapainoisuus, avoimuus, yksilöllisyys sekä selkeys. Läsnäolon tulee olla rauhallista sekä vuorovaikutuksen avointa. Asiakasta on ohjattava selkeästi, lyhyillä kehoituksilla ja vaihe vaiheelta.

Haasteen itsemääräämisoikeuden kunnioittamiselle luo kotiympäristössä myös omaiset, jotka eivät välttämättä ota huomioon asiakkaan omia päätöksiä, vaan ikään kuin ohittavat ne, koska eivät välttämättä ymmärrä, että muistisairas olisi kykeneväinen päättämään itse

hoitamiseen liittyvistä asioista. Asiakasta tulee kuunnella ja myös sanattomalla viestinnällä eli ilmeillä ja eleillä osoittaa arvostusta. Käskyttämistä ja pakottamista tulee välttää.

Asiakas pitää kohdata omana itsenään sairaudesta huolimatta. Häntä tulee kuunnella ja kunnioittaa. Hänen kotinsa on hänenlaisensa, eikä siellä saa ruveta määräämään tms. Asiakkaan arvoja ja elämää pitää kunnioittaa.

Yhdeksi eettiseksi ongelmaksi vastauksista nousi myös asiakkaiden yksinäisyys ja siihen liittyvät pelot. Muistisairas asiakas on usein täysin riippuvainen kotihoidosta varsinkin, jos asiakas asuu yksin eikä läheisiä tai omaisia ole lähellä, koska ei pysty omatoimisesti selviytymään esimerkiksi syömisestä, peseytymisestä tai lääkkeiden ottamisesta. Perustarpeiden lisäksi asiakkaat tarvitsevat myös inhimillistä kontaktia henkisen hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Koska aikaa asiakkaan luona olemiseen on usein vähän ja se aika on käytettävä perustarpeista huolehtimiseen. Tällöin inhimillinen läsnäolo jää vähemmälle. Vaikka läsnäololle ei jäisi hoitotyössä pitkää aikaa, täytyy lyhyestäkin hetkestä asiakkaan kanssa yrittää tehdä kiireetön ja kunnioittava. Asiakkaan elämässä eletään ikään kuin mukana ja myötäillään. Muistisairaana kotona hoitamisen onnistumista auttavat riittävät tukitoimet.

5.6 Tiimityöskentely ja työssä aktiivisesti kehittyminen

Vastauksissa pidettiin tärkeänä tiimityöskentelyä sekä työyhteisön tukea. Työyhteisössä voidaan jakaa tietoa ja kokemuksia yhdessä. Hyvän tiimityöskentelyn edellytys on toimiva tiedonkulku ja erityisesti muistisairaiden asiakkaiden hoitamisessa korostuu tilanteiden jatkuva vaihtuvuus. Tällöin toisilta saatu lisätieto tarkkojen kirjausten muodossa esimerkiksi asiakkaan taustatiedoista sekä asiakkaan toimintakyky ja omatoimisuus auttavat työntekijää selviytymään asiakkaan kohtaamisesta helpommin sekä parantavat hoidon jatkuvuutta.

Aluksi on aina vaikeaa ja kotihoito erityisesti ammattikenttänä on yksi haastavimmista. Täytyy yrittää luottaa yhteishenkeen ja työtovereiden tukeen. Täytyy rohkeasti pyytää apua.

Hoitotyön ammattilaisen velvollisuus on kehittää omaa ammattitaitoaan jatkuvasti. Vastauksien mukaan omaa osaamistaan täytyy pystyä arvioimaan sekä kehittämään jatkuvasti esimerkiksi lisäkoulutuksella sekä haasteellisten asiakkaiden kohtaamista tulee harjoitella. Työssä osaamista voidaan kehittää sekä työtä tekemällä, että työn ulkopuolella. Tiimissä työskenteleminen lisää myös oppimista, koska kokeneemmat työntekijät voivat antaa neuvoja ja vinkkejä uudemmille työntekijöille. He voivat jakaa jo käytössä olevia toimintatapoja, jotka ovat toimineet käytännössä ja tällaisia toimintatapoja voidaan saada vinkkejä omiin toimintatapoihin.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa uusien työntekijöiden valmiuksia kohdata muistisairaita asiakkaita ja antaa heille erilaisia näkökulmia hoitotyön tueksi. Laadimme opinnäytetyön tehtäviin pohjautuen kysymykset, jotka kysyimme kotihoidon työntekijöiltä kyselylomakkeissa. Kyselylomakkeiden vastausten analysointi eli saadut tulokset täyttivät opinnäytetyön tarkoituksen ja saavutimme tavoitteen. Tuloksista näkyi työntekijöiden kokemus ja ammattitaito, jotka yleisesti toimivat neuvoa-antavana tukena uudemmille työntekijöille haastavassa muistisairaiden asiakkaiden hoitamisessa ja kohtaamisessa kotihoidossa.

Tuloksista nousi esiin, että työntekijät kokevat paljon erilaisia kokemuksia muistisairaana asiakkaan kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyen. Ajan rajallisuus hoitotyössä koettiin negatiivisena ja sen koettiin myös lisäävän eettisiä ongelmia. Muistisairaana asiakkaan kanssa yhteistyö usein koettiin hankalana ja raskaana. Usein muistisairaana asiakkaan perushoidollisiin tehtäviin kului enemmän aikaa, jolloin aikaa jäi vähemmän asiakkaan kohtaamiselle ja yksilölliselle vuorovaikutukselle. Asiakkaan suhtautuminen saattoi olla ymmärtämättömyydestä johtuen aggressiivista, jolloin suostuttelu hoitotoimenpiteisiin vei myös paljon aikaa ja saattoi tuntua mahdottomalta. Kaikki tämä vaikutti tulosten perusteella myös työntekijöiden omaan työssäjaksamiseen.

Tulosten mukaan positiiviseksi koettiin vaihtelevuus hoitotyössä, koska työn vaihtelevuus lisää motivaatiota työntekoon sekä kannustaa jatkuvaan oman ammattitaidon kehittämiseen. Positiivisena koettiin myös se, että hoitopaikkana muistisairaalle asiakkaalle koti on tuttu ja turvallinen ympäristö, joka monesti toimii myös hoitotyötä helpottavana tekijänä. Koti ympäristönä tukee asiakkaan omatoimisuutta sekä itsenäisyyttä.

Tulosten mukaan haasteelliset kokemukset muistisairaiden asiakkaiden hoidossa liittyvät lääkehoitoon, muistisairauden etenemiseen, yhteiskunnan luomiin haasteisiin sekä eettisyyteen.

Lääkehoito on muistisairaiden hoidossa tärkeä osa-alue, koska sillä ylläpidetään toimintakykyä ja estetään sekä lievitetään häiriöitä ja muutoksia käyttäytymisessä. Pienikin omatoimisuuden sekä toimintakyvyn säilyminen ovat merkitykseltään erittäin suuria elämänlaadullisesti. Lääkehoito vaatii erityistä huomiota, tarkkuutta sekä seurantaa etenkin kotihoidossa hoitohenkilökunnalta. Muistisairas asiakas ei välttämättä kykene itse kertomaan mahdollisista sivuvaikutuksista, joten lääkehoidossa korostuu etenkin lääkkeiden vaikutuksen arviointi sekä myös lääkehoidon tarpeellisuuden arviointi. (Muistiliitto 2016, 39.) Siksi lääkärin tulisi arvioida säännöllisesti muistisairaana terveydentila sekä lääkehoito kokonaisvaltaisesti (Hartikainen ja Taipale N.d).

Saamistamme tuloksista ilmeni lääkehoitoon liittyviä haasteellisia kokemuksia, jotka koskivat lääkkeiden väärinkäyttöä tai niiden kokonaan ottamatta jättämistä. Lisäksi esille nousi myös vaikeudet lääkkeiden ottamisen ohjaamiseen liittyen. Asiakas voi ottaa lääkkeitä liikaa, koska ei muista ottaneensa lääkkeitä tai jättää lääkkeensä ottamatta, koska ei ymmärrä miksi niitä tarvitsee ottaa. Asiakas voi esimerkiksi kokea, että hänet yritetään myrkyttää syöttämällä lääkkeitä, joista hän ei tiedä mitä ne ovat. Tällaisissa haasteellisissa tilanteissa voisi esimerkiksi lääkkeiden kanssa antaa mehua, jogurttia tai kiisseliä, jos lääkkeet tuntuvat maistuvan pahalta. Jos asiakas kieltäytyy ottamasta lääkkeitään, voi mahdollisesti siirtää lääkkeiden ottoa seuraavalle käyntikerralle esimerkiksi aamulääkkeitä otetaan vasta päivällä, jos silloin asiakas suostuisi lääkkeet ottamaan. (Hallikainen. Mönkäre ja Nukari 2017, 138 - 139.) Lisäksi tulisi selvittää onko asiakkaalla nielemisvaikeuksia, joita voidaan helpottaa esimerkiksi tablettikalvoilla tai vaihtamalla lääke- muoto tablettista liuokseen tai laastariin (Muistiliitto Ry 2016, 39).

Lääkehoitoon liittyy läheisesti myös asiakkaan itsemääräämisoikeus. Ketään ei voi pakottaa ottamaan lääkkeitä, jos hän ei niitä halua ottaa. Etenevät muistisairaudet heikentävät huomattavasti sairastuneen kognitiivisia kykyjä. Itsemääräämiskyky ei häviä muistisairauden edetessä yhtäkkiä vaan vähenee hiljalleen. Sairauden edetessä toimintakyky päivittäisissä toimissa kuitenkin heikkenee ja tietoisuus sairauden oireista vaikeutuu. Silti potilaalla on kuitenkin oikeus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. (Suomen lääkäriliitto 2013.)

Muistisairauden eteneminen aiheuttaa monenlaisia haasteita kohtaamiseen ja hoitamiseen. Tuloksien mukaan haasteellisia kokemuksia tähän liittyen olivat esimerkiksi asiakkaan ajan- ja paikantajun häviäminen sekä erilaiset harhat ja kuvitelmat. Asiakas saattoi

myös unohtaa, kuka hoitaja oli tai miksi hän tuli asiakkaan luokse. Tällaiset häiriöt voivat olla vaaraksi asiakkaalle itselleen, mutta myös muille kuten hoitaville työntekijöille tai muistisairaana omaisille tai läheisille.

Tulosten mukaan muistisairauden eteneminen toi haasteita myös asiakkaiden väkivaltaisen käytöksen muodossa. Väkivaltaisuutta esiintyi sekä fyysistä että henkistä väkivaltaa. Haasteellisuus ilmeni myös perustarpeista huolehtimisessa sekä hoitomyöntyvyydessä. Sulkava, Viramo ja Eloniemi-Sulkava kertovat vuonna 1999 julkaistussa artikkelissa muistisairauksiin liittyvän samanlaisia haasteita mukaan, kuten ahdistuneisuutta, harhaluuloja, aistiharhoja, verbaalista vihamielisyyttä sekä fyysistä aggressiivisuutta. Muistisairas ei välttämättä pysty kuvaamaan omia tunteitaan tai kontrolloimaan omaa käytöstään. Vihamielinen suhtautuminen ja aggressiot saattavat osoittautua yhteistyöstä kieltäytymiseen esimerkiksi peseytymisen, ruokailun tai pukeutumisen yhteydessä. (Sulkava ym. 1999, 20-23.) Saamamme tulokset ovat samassa linjassa kuin muistakin tutkimuksista saadut tulokset. Esimerkiksi Mallonen, Krskan ja Gammien (2018, 3) mukaan hoitohenkilökunnan kokemuksia asiakkaiden käytösongelmista oli huutaminen, verbaalinen aggressiivisuus eli uhkailu ja haukkuminen sekä fyysinen aggressiivisuus.

Muistisairaiden hoitamisessa ja kohtaamisessa yhtenä tärkeimpänä puolena on hoitotyön eettisyys. Tämä nousi esiin selkeästi tärkeydellään myös saamistamme tuloksista. Myös kokeneiden hoitajien neuvot ja vinkit koskivat vastauksissa eniten eettistä puolta. Eettisessä hoitotyössä korostuu asiakaslähtöisyys. Tuloksista nousi esiin, että asiakas tulee kohdata yksilönä ja häntä tulee kunnioittaa sekä kuunnella. Vastaavanlaisia tuloksia kotihoiton eettisyydestä on saatu myös muissa tutkimuksissa. Jenkinsin ja Keenan (2016) mukaan aktiivinen kuuntelu, rauhallisuus, empatia ja oikean ympäristön tarjoaminen muistisairaille auttavat hoitajia rakentamaan terapeuttista vuorovaikutussuhdetta.

Kotihoidon työntekijän tarvitsee olla kärsivällinen ja joustava, olla kiinnostunut asiakkaan elämäkokemuksesta ja sitoutunut sekä luotettava. Asiakasta tulee osata tukea ja rohkaista sekä luoda hänelle turvallisuuden tunne. Hoidon tulee tukea asiakkaan omatoimisuutta eli asiakkaan puolesta ei tehdä asioita, vaan rohkaistaan, ohjataan ja kannustetaan häntä tekemään asioita omalla tavallaan. Kuntouttava hoitotyön ote lisää asiakkaalla elämönhallinnan tunnetta, joka tukee kotona itsenäisesti olemista. (Murray-Howard 2013.) Olennainen osa hoitajuutta on osata olla myös luova ja innovatiivinen, jotta asiakkaan yksilöllisyyden voi ottaa huomioon hoitotyössä. Se mikä sopii toiselle ei välttämättä

sovi toiselle. (Community home health care 2015.) Mallonen ym. (2018, 5) mukaan asiakasta tulee kohdella kunnioittavasti, katsoa silmiin ja saada asiakkaan luottamus.

Tuloksissa painottui hoitotyön eettinen puoli myös liittyen yhteiskunnan luomiin haasteisiin hoitotyössä. Tulosten mukaan isoimmaksi haasteeksi työntekijöiden kokemana nousi hoitajien vaihtuvuus. Muistisairaalle asiakkaalle on tärkeää luottamussuhteen muodostuminen tuttuun hoitajaan, joka tuntee hänen taustan sekä elämäkokemukset. Luottamus hoitajaan saa aikaan turvallisuuden tunteen, joka ehkäisee myös pelkoja. Kotona-asuva muistisairas saattaa monesti olla täysin riippuvainen kotihoidosta saamaansa tukeen ja kotihoidon työntekijä saattaa olla ainut ihmiskontakti koko päivän aikana. Yksinäisyys lisää pelkoja ja lisää osaltaan myös asiakkaan käytöshäiriöitä esimerkiksi aggressiivisuutta. Tulosten mukaan, vaikka työntekijöillä on jatkuva kiire, se ei saa näkyä asiakkaalle. Jokainen asiakas on yhtä tärkeä, eikä voi omalle sairaudelleen mitään. Turvallisuuden tunteen varmistaminen edellyttää yksilöllistä suunnittelua, koska asiakkaiden tarpeet ovat erilaisia. (Ojala, 2017, 37.)

Kiireestä hoitotyössä johtuen tarkat kirjaukset sekä tiedonkulku työyhteisössä on ensiarvoisen tärkeitä. Ennakoinnilla sekä hyvällä suunnittelulla voidaan vaikuttaa asiakkaan turvallisuuteen sekä elämän laatuun kotona. Tuloksien mukaan kotona hoitamisen onnistumiseen vaikuttavat riittävät tukitoimet. Muistisairailla asiakkailla ovat yksilöitä ja myös sairaus kehittyy yksilöllisesti. Näin ollen myös turvallisuusriskit ja erilaiset hoitamiseen liittyvät tukitoimetkin ovat yksilöllisiä. Merkittävimpiä turvallisuusriskejä ovat tapaturmat esimerkiksi kaatumiset sekä tulipalot. Turvallisuutta parantavia tekijöitä ja myös hoitamiseen liittyviä tukitoimia ovat kodin sekä kodin ympäristön turvallisuuden parantaminen kuten esteettömyyden parantaminen sekä paloturvallisuuden edistäminen esimerkiksi liesiturvallisuus sekä sisusteiden ja tekstiilien paloturvallisuus. (Ojala 2017, 19.)

Turvallisuuden kehittäminen vaatii turvatoimien lisäämistä tekniikan avulla esimerkiksi apuvälineiden lisäämisellä kotona-asuvan tukemiseksi. Kehittäminen vaatii myös neuvontapalveluita, osaamista sekä tehokasta viestintää. (Ojala 2017, 19.) Arjessa selviytymistä sekä turvallisuudentunteen parantamiseksi voidaan käyttää hyväksi teknologiaa, mutta apuna tarvitaan myös inhimillistä läsnäoloa. Asiakkaan itsensä, hoitohenkilökunnan ja asiakkaan läheisten muodostama tiivis yhteistyön verkosto auttavat asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Tulosten mukaan kokeneemmat työntekijät antoivat neuvoiksi uudemmille työntekijöille muistisairaiden asiakkaiden hoitamisessa hyödyntää työyhteisön tukea sekä tiimityöskentelyä. Eettistä hoitotyötä tukee sellainen työilmapiiri, jossa työntekijä ei jää yksin, vaan työyhteisössä ollaan avoimia ja arvostetaan toisia (Erkkilä 2015, 15). Jotta hoitotyötä voidaan kehittää asiakkaan parhaaksi ja yksilölliseksi, tarvitaan työntekijöiden välistä keskinäistä vuorovaikutusta (Erkkilä 2015, 26). Tiimityöskentely pohjautuu kokemusten ja tietojen jakamiseen sekä asenteisiin, jotka mahdollistavat myös itsenäisen työskentelyn. Tiimityöskentely helpottaa tiedonkulkua, lisää mahdollisuuksia käyttää toisten kokemuksia ja vahvuuksia hyväksi oman työn kehittämiseksi, tuo esille erilaisia hyödyllisiä työtapoja sekä lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta. Tiimityössä jaetaan vastuuta, joka osaltaan auttaa työssäjaksamisessa. (Salas, Frush, Baker, Battles, King ja Wears 2013, 4-5).

Tulosten mukaan omaa ammattitaitoa tulee myös jatkuvasti kehittää. Ammattitaito kehittyy käytännön työssä ammattitaidon kertymisellä sekä lisäkoulutuksella. Saamiemme tulosten mukaan kuten myös muiden tutkimustulosten mukaan käytännön harjoittelu sekä lisäkoulutus auttavat haastavien tilanteiden kohtaamisessa. (Mallon ym. 2018, 7). Tuloksissamme oli mainittu erityisesti validaatioterapiaan tutustuminen sekä siihen liittyvä lisäkoulutus. Validaatiomenetelmä on kokonaisvaltainen lähestymistapa ja eräänlainen työkalu, joka tukee esimerkiksi kotihoidossa työntekijän ja muistisairaana asiakkaan välistä vuorovaikutusta ja sen avulla on helpompi ymmärtää asiakkaan käyttäytymistä. Menetelmän mukaisesti asiakas kohdataan arvostavasti sekä ymmärretään hänen tilansa sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Kaiken lähtökohtana on se, että toiminnan suunnittelu, itse toiminta sekä toiminnan arviointi tehdään yhdessä. Keskeistä menetelmässä on, että ymmärretään asiakkaan kokemuksia, vähennetään psyykkistä kuormitusta sekä tuetaan asiakkaan sopeutumista. (Laitinen 2015, 16-18).

Tuloksista ei noussut esille mitään täysin uusia kokemuksia tai näkemyksiä koskien muistisairaiden asiakkaiden kohtaamista ja hoitamista. Tulokset olivat vertailukelpoisia muiden jo aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa kuten esimerkiksi Mallonen ym. 25.5.2018 julkaistun tutkimuksen: ”Views and experiences of care home staff on managing behaviours that challenge in dementia: a national survey in England”. Tulokset vahvistivat etenkin työn haasteellisuutta ja sen vaativaa ammattitaitoa ja kokemusta. Tuloksissa painottui hoitotyön eettisyys, joka korostuu etenkin muistisairaita hoidettaessa.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan eettisesti tärkeää on, että opinnäytetyö on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisella tavalla. Opinnäytetyön tekijöiden tulee noudattaa tieteelliseen käytäntöön kuuluvia toimintatapoja kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työssä sekä tulosten tallentamisessa, että esittämisessä. Lisäksi tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä tuloksia julkaisessa tulee noudattaa tieteellistä avoimuutta sekä rehellisyyttä ja ne tulee säilyttää asianmukaisesti. Toisten tutkimustuloksia ei tule käyttää työssä ominaan eikä myös puutteellisesti, vaan niille kuuluvan arvon mukaisesti. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 132 – 133.) Tekijöillä on vastuu saaduista tuloksista sekä osallistujien suojasta. Koska opinnäytetyössä menetelmänä oli käytetty kyselyä ja sen kohteena olivat ihmiset, tarvitsi sen olla luottamuksellinen, vapaaehtoinen sekä haastateltavien yksityisyydestä tuli huolehtia tarkasti. Näistä asioista huolehdittiin siten, että sähköpostilla lähetettiin saatekirje, jonka liitteenä oli varsinainen kyselylomake Word-tiedostona. Saatekirjeen perusteella vastaaja tiesi, mihin tarkoitukseen hän tietojaan antoi ja, että aineisto oli ainoastaan tätä kyseistä opinnäytetyötä varten. Aineisto lisäksi tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Näiden seikkojen perusteella vastaaja pystyi itse päättämään, osallistuuko kyselyyn vai ei. (Vilka 2007, 81.)

Opinnäytetyön tekijät ovat vaitiolovelvollisia kyselyyn osallistuneista henkilöistä, heidän yhteystiedoistaan sekä heidän vastauksistaan. Tekijöiden tulee olla myös vastuuntuntoisia eikä tutkimuksen rehellisyys saa vaarantua missään vaiheessa. Varsinaiseen kyselylomakkeeseen ei vastaajien tarvinnut täyttää nimiä tai henkilötietoja, joten vastaukset käsiteltiin anonymisti. Lisäksi osallistujien sähköpostiosoitteet hävitettiin tiedostoista vastausten saamisen jälkeen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129 – 131.) Palauttamalla kyselylomakkeen sähköpostin liitteenä tai vastaamalla suoraan alkuperäiseen sähköpostiin, vastaanottajat hyväksyivät edellä mainitut ehdot. (Liite 2.)

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Valitsimme opinnäytetyön aiheen, koska se on erittäin ajankohtainen ja tärkeä. Mielestämme kokemus ja ammattitaito tukevat uudempia kotihoidon työntekijöitä muistisairaiden asiakkaiden hoitamisessa ja kohtaamisessa sekä mahdollisesti pienentävät kynnystä

hakeutua haastavaan kotihoidon työhön. Pääsimme opinnäytetyön avulla myös itse tutustumaan kokeneiden kotihoidon työntekijöiden kokemuksiin, joka lisäsi omaa oppimistamme teoriaopintojen lisäksi.

Opinnäytetyössämme on selkeästi kuvattu työn tavoite, tehtävät ja tarkoitus. Analysointivaihetta ohjasivat selkeästi työn tehtävät ja saadut tulokset tukevat sitä, että työn on tarkoituksen mukainen. Opinnäytetyötä tehtäessä, ei meillä tekijöinä ollut ohjailevia ennako-oletuksia, koska kummallakaan meistä ei ole kokemusta käytännön työstä kotihoidossa. Tulokset perustuvat ainoastaan alkuperäisilmaisuihin, ja niiden analysointiin. Kysymyslomakkeen kysymykset eivät johdatelleet vastaajia liikaa. Kysymyksiin ei voinut vastata vain kyllä - tai ei - vastauksilla. Tällöin vastaukset kuvasivat vastaajien asiantuntijamielipiteitä sekä heidän omia kokemuksiaan. Näillä keinoilla pystyimme lomakkeessa olevien kysymysten asettelulla vaikuttamaan saamaamme tiedon laatuun ja luotettavuuteen. (Kananen 2014, 75 - 76.)

Valitsimme opinnäytetyön aineistonkeruuseen sähköisen menetelmän sen vuoksi, että tämä mahdollisti käytännön toteutuksen sopeutettuna hektiseen työelämään. Jokainen pystyi vastaamaan kyselyyn, kun siihen löytyi sopiva hetki. Tavoitteenamme oli saada vastaajille oma rauhallinen hetki vastata kysymyksiin, jonka he saivat itse valita. Toivoimme yhteistyötaholta myös, että vastaaminen oli mahdollistettu työajalla. Nämä sen vuoksi, että ilmapiiri vastaamiselle olisi mahdollisimman paineeton ja vastaukset sen myötä mahdollisimman laajoja. Sähköisen menetelmän valintaan vaikuttivat myös menetelmän taloudellisuus sekä helpompi toteuttaminen käytännössä. Menetelmä myös helpotti meitä ajankäytöllisesti, koska aineiston litterointivaihetta ei tarvittu, vaan pystyimme tulostamaan vastaukset suoraan kirjalliseen muotoon

Laadimme sähköiselle kyselylle saatekirjeen, joka oli mahdollisimman motivoiva sekä siinä oli riittävästi tietoa opinnäytetyöstämme ja sen tarkoituksesta. Näin ollen pyrimme varmistamaan, ettei vastaajille jäisi mahdollisia tiedollisia aukkoja ja heräisi epäilyksiä opinnäytetyötämme kohtaan (Vilka 2007, 84). Kysymyslomakkeissa kysymykset olivat muotoiltu siten, että ne ovat ymmärrettäviä ja työmme tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta tärkeitä. Lisäksi kysymykset oli laadittu siten, että vastaajat saadaan kertomaan merkitykselliset asiat eikä tieto katoa. (Kananen 2014, 16 – 18.)

Saadut vastaukset olivat selkeitä, luotettavia ja asianmukaisia sekä tutkimustarkoitukseen soveltuvia. Vastauksista kävi ilmi selkeästi, että kyselyyn vastanneet työntekijät olivat paneutuneet kysymysten miettimiseen ja ilmaisivat selkeästi omat ajatuksensa sekä kokemuksensa. Yhtään epäselvää tai tutkimusta varten tarkoitettua vastausta ei tarvinnut hylätä johtuen vaillinaisuudesta. Analysoinnin myötä saimme opintönäytetyön tarkoituksen mukaisen tutkimustuloksen, joka vahvistaa tutkimuksemme alkuperäistä tavoitetta.

Vaikka laadulliseen tutkimukseen osallistui määrällisesti vähäinen osallistujamäärä, se ei tarkoita tutkimuksen luotettavuuden, tavoitteen, eikä analysoinnin heikkoutta. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tiettyä toimintaa ja tärkeää on, että tutkimuksen vastaajilla on mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Useasti samantyylliset laadulliset tutkimukset tuottavat enemmän määrällisesti osallistujia, mutta vastauksien heikko taso heikentää koko tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on, että määrä ei korvaa laatua, koska tavoitteena on tutkittavan asian ymmärtäminen eikä tilastollisten yhteyksien etsiminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Analysointi pystyttiin tekemään luokitusten avulla kattavaksi sekä todentamaan vastauksien ajankohtaisuus ja pätevyys, kun mietitään tutkimuksen tavoitetta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.)

Olemme tiedostaneet syyt lopullisten osallistujien vähäiseen määrään, mutta niiden syyt eivät vaikuta kokonaistutkimuksen luotettavuuteen. Tavoitettavuus muodostui selkeäksi ongelmaksi tutkimusta tehdessä. Haasteellinen sekä rajallinen ajankäyttö työympäristöissä tutkimusta kohden muodosti myös ennalta odotetun haasteen, jota pyrimme huomioimaan tutkimuksen edetessä. Vaikka pyrimme aktiiviseen läsnäoloon sekä tutkimuksen tiedottamiseen, emme kyenneet aktivoimaan enempää toivottuja osapuolia. Sinällään tutkimustulokset vahvistavat sitäkin vahvempaa osallistumismotivaatiota sekä tutkimuksen luotettavuutta saavutettuiden analyysien muodossa.

Opinnäytetyön ja tulosten raportointi on tehty mahdollisimman selkeästi, johdonmukaisesti sekä helpollukuisesti. Analyysin vaiheet ovat kuvailtu tarkasti ja havainnoitu kuviolla. Tulokset ovat myös koottu yhteen, joka helpottaa niiden kokonaisuuden hahmottamista ja ymmärtämistä. Raportoimalla saimme lukijoille riittävästi tietoa, miten teimme opinnäytetyömme, jotta he voivat itse arvioida saatuja tuloksia. Raportti on selkeä kuvaus tutkitusta ilmiöstä ja siihen liittyvästä tutkimusprojektista. (Tuomi ja Sarajärvi 2018,

164.) Raportointiin liittyy toki haasteita, kun tutkimus tehdään sisällönanalyysillä. Abstrahoinnin kautta syntyneet käsitteet näkyvät tuloksena analyysiprosessin raportoinnissa. Luotettavuutta lisää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden aineiston ja tulosten välille. Luotettavuuden keskiössä ovat suorat lainaukset, joista ei kuitenkaan tule käydä ilmi tutkittavat henkilöt. Lainausten tulee kuitenkin sisällöllisesti osoittaa suora yhteys alkuperäisaineistoon. (Kynäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen, Kanste, 2011, 139-140.) Toimitamme opinnäytetyömme myös työelämän yhteyshenkilöille sekä tutkimukseen osallistuneille kyselyyn vastanneille. Näin he pääsevät arvioimaan tutkimuksen tuloksia.

6.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Saamiemme tulosten perusteella kokemusten jakaminen sekä tiimityö luo työyhteisöön yhteenkuuluvaisuuden tunnetta sekä tukee hoitotyön jatkuvuutta ja työssä jaksamista. Tiimityöskentelyä tulisi jatkossa kehittää edelleen, jotta yhteistyö saataisiin sujuvaksi, vuorovaikutus avoimeksi, jolloin vastuu jakautuisi kaikkien kesken tasaisemmin. Muistisairaiden asiakkaiden hoitotyö muuttuu haastavammaksi sen myötä, että asiakkaat tulevat tulevaisuudessa asumaan kotonaan pidempään ja näin ollen heidän terveydentilansa saattaa olla huomattavasti huonompi. Jatkossa tulisi kehittää kotihoidon työntekijöiden lisäkoulutusta esimerkiksi, miten validaatiomenetelmää voitaisiin käyttää työkaluna työntekijöiden ja muistisairaiden asiakkaiden väliseen vuorovaikutukseen. Käytännön harjoittelua muistisairaiden hoitamiseen ja kohtaamiseen liittyen tulisi myös lisätä.

Jatkossa voisi mielestämme tutkia eroaako koulutustausta huomioiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien kokemukset sekä vaihtelevatko työntekijöiden kokemukset työtaustojen ollessa erilaisia esimerkiksi, jos on alan vaihtaja. Lisäksi jatkossa voisi tutkia uusien hoitajien kokemuksia siitä, mitä he tarvitsisivat muistisairaiden asiakkaiden hoitotyössä tai mitä tarvittaisiin, ettei työntekijöiden vaihtuvuus olisi niin suurta. Tutkia voisi myös sitä eroavatko yksityisen sektorin kotihoidon työntekijöiden kokemukset julkisen sektorin työntekijöiden kokemuksista muistisairaiden asiakkaiden kohtaamisessa ja hoitamisessa.

LÄHTEET

- Community home health care. 2015. Top qualities to look for in a good caregiver. Luettu 20.10.2018. <https://commhealthcare.com/top-qualities-to-look-for-in-a-good-care-giver/>
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2012. Sairaanhoidajan tulevaisuuden taitoprofiili. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden yksikkö. Ammattikasvatuksen koulutusohjelma. Pro gradu-tutkielma.
- Erhola, K., Alastalo, H., Kehusmaa, S. 2017. Muistisairaana kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti. 29/2017.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus-hanke. Luettu 11.7.2018. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Erkkilä, S. 2015. Asiakkaat ovat ihmisiä – eivät prosentteja. Selvitys Superilaisten työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisessä. SuPer ry. Luettu 21.10.2018. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/kotihoitoselvitys_nettiin.pdf
- Finne-Soveri, H. 2017. Vanhuksen kotihoito on tiimityötä – yksi tiimin jäsenistä on omainen. Yleislääkäri 5/2017, 29-32.
- Haapala, M. 2016. Kuvapuheluista ja lääkkeenjakoautomaateista kotihoidon uusia apuvälineitä. Tampereen kaupunki. Julkaistu 14.12.2016. Luettu 24.10.2018. https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2016/12/14122016_6.html
- Hallikainen, M. Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus - vaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Hartikainen, S. & Taipale, H. N.d. Muistisairaana ihmisen lääkehoito – oireiden hoidosta optimoituun lääkehoitoon. Suomen muistiasiantuntijat ry. Luettu 6.11.2018. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=33&issue=2013-03&lang=fi>
- Huttunen, A. 2017. Kotihoidossa työskentelevien ikääntyvien sairaanhoitajien osaamisen kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. Uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy.

- Jenkins, C. & Keenan, B. 2016. The nurse's role in caring for people with dementia. *Nursing Times*. Luettu 20.10.2018. <https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses/dementia-4-the-nurses-role-in-caring-for-people-with-dementia/7006087.article>
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan laadullisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Tampere: Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kilkku, N. 2018. Kvalitatiiviset/laadulliset metodiopinnot. Verkkoluento. 5.4.2018. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.
- Koski, A. 2014. Muistisairauden kohtaaminen. Opas muistisairaalle perheille ja läheisille. Luettu 20.8.2018. <http://www.alzhki.fi/wp-content/uploads/2017/07/Muistisairaankohtaaminen.pdf>
- Kurtti, J. 2012. Hiljainen tieto ja työssäoppiminen. Edellytysten luominen hiljaisen tiedon hyödyntämiselle röntgenhoitajien työyhteisössä. Kasvatustieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M., Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23/2011, 139-140.
- Laitinen, M. 2015. Työntekijöiden kokemuksia TunteVa – työskentelystä muistisairaiden kohtaamisessa. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Mallon, C., Krska, J. & Gammie, S. 2018. Views and experiences of care home staff on managing behaviours that challenge in dementia: a national survey in England. *Aging & Mental Health*. Julkaisupäivä 25.5.2018. Luettu 20.10.2018. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1452898>. [Linkkiin rajattu pääsy].
- Muistiliitto Ry. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Luettu 19.10.2018. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf
- Muistiliitto Ry. 2017. Muistisairaudet. Luettu 24.8.2018. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet>
- Muistisairaudet. 2017. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri-yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 24.9.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044#NaN>
- Murray-Howard, C. 2013. Older people should be supported to carry on living at home. *The Guardian*. Social care network: adult social care. Luettu 21.10.2018. <https://www.theguardian.com/social-care-network/2013/sep/02/support-older-people-live-at-home>
- Nuutinen, O. 2008. Hiljainen tieto. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali. Jyväskylän yliopisto. Luettu 13.3.2018. <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/hiljainen-tieto>
- Ojala, T. 2017. Iäkkäiden ja muistisairaiden arjen turvallisuus. OTE – Osallistava Turvallisuus Erityisryhmille. Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö SPEK. Luettu

21.10.2018. <http://www.spek.fi/loader.aspx?id=9febe6fa-5b2e-432b-bcc1-8839cf82b188>

Opetushallitus. 2018. e-Perusteet. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Luettu 21.10.2018. <https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/esitys/1724172/ops/rakenne>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Aineiston määrä ja tutkittavat. Luettu 14.11.2018. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2.html

Salas, E., Frush, K., Baker, D., Battles, J., King, H. & Wears, R. 2013. Oxford university press. Luettu 21.10.2018. https://books.google.fi/books?id=bhoAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Luettu 4.6.2018. https://www.muistiliitto.fi/application/files/6314/8666/3685/Kansallinen_muistiohjelma_2012-2020.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 24.10.2018. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Luettu 19.10.2018. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20opas.pdf>

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super. 2018. Asiakkaan kohtaamisen taito. Luettu 30.7.2018. <https://www.superliitto.fi/viestinta/super-lehti/uusin-lehti/asiakkaan-kohtaamisen-taito/>

Suomen lääkäriliitto. 2013. Lääkärin etiikka. Muistisairaahan potilaan hoito. Luettu 20.10.2018. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/hoidon-erityiskysymyksiä/muistisairaahan-potilaan-hoito/>

Suominen, T. & Henriksson, L. 2008. Työnjako vanhusten kotihoidossa. Yhteiskuntapolitiikka 6/2008, 625-639.

Tarnanen, K., Rosenvall, A., Tuurnainen, A. 2017. Muisti pätkee - mistä kyse, mikä avuksi? Luettu 16.8.2018. Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2018. Ennakkotieto: Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2017. Päivitetty 13.3.2018. Luettu 26.3.2018. <https://thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014-Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus. Luettu 4.6.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125601/Tutkimuksesta%20tiiviisti_2_2015_09022015.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Muistisairaana hyvä arki. Luettu. 21.10.2018. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/muistisairaana-hyva-arki>

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turjamaa, R. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Tyyskänen, E. 2014. Sairaanhoidajan työ kotihoidossa. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2013. Kotihoidon laskenta 30.11.2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 4.6.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110191/Tr17_13.pdf?sequence=4&isAllowed=y

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Taustatiedot:

1. Kuinka kauan olet työskennellyt kotihoidossa?
2. Työskenteletkö kotihoidossa lähihoitajana, sairaanhoitajana vai joku muu, mikä?

Pyydämme vastaamaan kysymyksiin mahdollisimman laajasti ja omin sanoin. Voit kirjoittaa vastauksesi Word-tiedostona ja liittää sen sähköpostin liitteeksi tai vastata suoraan sähköpostiin.

1. Millaisena olette kokeneet muistisairaana asiakkaan kohtaamisen ja hoitamisen kotihoidossa työskennellessänne?
2. Millaisia kokemuksia esimerkiksi haasteita olette kohdanneet muistisairaita asiakkaita hoitaessanne?
3. Mitä neuvoja tai vinkkejä haluaisitte antaa uusille kotihoidon työntekijöille muistisairaiden kohtaamiseen ja hoitoon liittyen?

Liite 2. Saatekirje

Hyvä Kotihoidon työntekijä!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä, jossa selvitämme kotihoidon työntekijöiden ajatuksia ja kokemuksia muistisairaahan kohtaamisesta sekä ammattitaidollisen tiedon siirtämisestä uusille työntekijöille. Teillä kokeneempina ja ammattitaitoisina kotihoidon työntekijöinä on paljon kokemusta muistisairaiden asiakkaiden kohtaamisesta ja hoidosta. Tarkoituksenamme tämän kyselyn avulla on saada välitettyä Teiltä saamaamme arvokasta tietoa uusille työntekijöille ja kehittää näin heidän valmiuksiaan kohdata muistisairaita ihmisiä. Jokainen kyselystä saatu vastaus on todella arvokas!

Kysely on lähetetty sähköpostin liitteenä Word-tiedostona valituille, yli 5 vuotta kotihoidossa työskennelleille työntekijöille Pispalan ja Lielahden palvelualueilla. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu sähköpostitse joko vastaamalla suoraan sähköpostiin, tai liittämällä vastaukset Word-tiedostona sähköpostiin. Vastaukset lähetetään henkilölle Tiina Helle tai Piia Kallio. Vastauksia tullaan käyttämään täysin nimettömästi opinnäytetyössämme. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä.

Palauttamalla sähköpostilla kyselylomakkeen, annatte suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta sekä vastauksien käytöstä osana opinnäytetyötä! Kysely on täysin vapaaehtoinen ja luottamuksellinen.

Vastaukset toivomme saavamme viimeistään 27.8.2018 mennessä.

Opinnäytetyömme ohjaavana opettajana toimii Eija Piikkilä.

Opinnäytetyömme julkaistaan kokonaisuudessaan tammikuussa 2019 Theseus.fi -portaalissa.

Ystävällisin terveisin,

Sairanhoitajaopiskelijat Tiina Helle (tiina.helle@health.tamk.fi) sekä

Piia Kallio (piia.kallio@health.tamk.fi)

Jos Teillä on jotain kysyttävää koskien kyselyä tai opinnäytetyötämme, voitte laittaa meille sähköpostia, vastaamme niihin mielellämme.

Kiitos vastauksistanne!

Liite 3. Taulukko sisällönanalyysistä

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Kamalaa	Negatiivisia kokemuksia	Työntekijöiden kokemukset	Kotihoidon työntekijöiden kokemuksia muistisairaiden hoitamisesta
Joskus arjen asioista selviytyminen täysin mahdotonta			
Yhteistyö hankalaa			
Raadollista ja sydäntä riipivää			
Haasteellista			
Tunne heitteillejättöä			
Vie paljon aikaa ja energiaa			
Suostuttelu vie aikaa ja aika ei riitä			
Eettiset ongelmat			
Tuttu ympäristö stressaa ja ahdistaa vähemmän	Positiivisia kokemuksia		
Joskus asiat sujuvat			
Vaihtelevaa			
Lääkkeen ottamisen ohjaamisen vaikeus	Haasteellinen lääkkehoidon ohaus	Haasteet lääkehoidossa	
Lääkkeiden väärinkäyttö tai käyttämättä jättäminen			

Ulos eksyminen	Muistisairauden etenemiseen liittyvät vaikeudet	Muistisairauden etenemisen tuomat haasteet hoitotyössä	
Oman kodin unohtaminen			
Muistisairauteen liittyvät harhat ja kuvitelmat			
Asiakas ei muista hoitajaa tai käynnin tarkoitusta			
Tavaroiden piilottaminen			
Hoitaja ei tiedä tavaroiden säilytyspaikkoja			
Fyysinen väkivalta	Asiakkaan käyttöhäiriöt		
Henkinen väkivalta			
Läheisten ymmärtämättömyys	Läheisten ymmärtämättömyys		
Näläntunteen heikkeneminen	Perustarpeiden huolehtimisen ja hoitomyöntyvyyden vaikeudet		
Syömisen unohtaminen			
Haasteet hoitomyöntyvyyteen			
Kiire lisää hätää	Resurssipulan aiheuttamat vaikeudet hoitotyössä	Työntekijöiden kokemat haasteet kotihoidossa	

Hoitajien vaihtuvuus			
Luottamuksen saaminen tärkeää	Asiakkaan turvallisuuden tunteen ja luottamuksen säilyttäminen		
Turvallisuuden tunteen luominen			
Asiakkaan itsemääräämisoikeus	Itsemääräämisoikeuden säilyttäminen	Eettisyys kotihoitossa	
Yksilöllisyys			
Pakottamisen ja käskyttämisen välttäminen			
Asiakkaan kuunteleminen			
Ihmisen kohtaaminen ilman ennakkoluuloja	Ennakkoluulottomuus kohtaamisessa		
Elämän kokemuksen arvostaminen	Elämäkokemuksen arvostaminen		
Asiakkaan arvojen ja elämän kunnioittaminen			
Asiakkaan pelot yksin jäädessä	Asiakkaiden yksinäisyys ja siihen liittyvät pelot		
Läsnäolo ja kiireettömyys	Läsnäolon ja vuorovaikutuksen avoimuus ja kiireettömyys		
Hoitajan oltava rauhallinen			

Rauhallisuus, selkeys ja aitous kohtaamisessa ja hoitamisessa	Hoito tasapainoista, avointa, yksilöllistä ja selkeää		
Ajan antaminen			
Kuunteleminen ja keskusteleminen			
Yhteishenkeen työtoverien ja tukeen luottaminen	Työyhteisön tuki	Tiimityöskentely ja työssä aktiivisesti kehittyminen	
Haasteet tiedonkullussa			
Taustatietojen selvittäminen ennen asiakaskäyntiä			
Hyvät kirjaukset			
Alun vaikeus	Kokeneemmilta avun ja neuvojen kysyminen		
Vinkkien ja neuvojen kysyminen			
Avun pyytäminen			
Olemassa olevan tiedon hyödyntäminen			
Haasteellisten kohtaamisten harjoittelu	Työssä harjaantuminen		
Validiaterapiaan tutustuminen ja lisäkoulutus	Aktiivinen lisäkouluttautuminen		