



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

**MUISTIHOITAJIEN KOKEMUKSIA
VERKOSTOITUMISESTA MUISTI-
SAIRAAAN POTILAAN HOITOKETJUSSA**

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali-jäterveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Katarina Sandström

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

SANDSTRÖM KATARINA: Muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisesta muistisairaana potilaan hoitoketjussa

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 45 sivua, 13 liitesivua

Kevät 2012

TIIVISTELMÄ

Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää muistisairaana potilaan hoitotyötä Päijät-Hämeen kuntayhtymän alueen kunnissa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kuvaus alueella toimivien muistihoitajien kokemuksista verkostoitumisesta ja verkostoitumisen merkityksestä heidän käytännön työssään, sekä karottaia muistihoitajien kehittämissuhteita. Tutkimuksen tulokset tulivat Pääskyprojektin käyttöön, jonka yhtenä päätavoitteena on alueen muistihoitajaverkoston kehittäminen.

Tutkimusaineisto kerättiin muistihoitajilta kirjallisella kyselyllä ja aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tulosten mukaan muistihoitajat korostivat ennalta sovittujen verkostokokousten tärkeyttä. Muistihoitajien kokemuksen mukaan verkostokokous mahdollistaa henkilökohtaisen kontaktin ja mahdollisuuden asiantuntijuuden vaihtamiseen. Tutkimustuloksista kävi ilmi muistihoitajien kokevan verkosto tapaamiset tärkeinä yhteydenpidon ja kehittämisen ylläpitäjänä. Tuloksista ilmeni muistihoitajien kokevan ajatusten vaihdon potilaista työnohjauksellisena dialogina. Tutkimuksessa ilmeni muistihoitajien pitävän yhteyttä muihin muistihoitajiin verkostokokousten ja koulutustilaisuuksien lisäksi myös puhelimen ja sähköpostin välityksellä. Yhteydenpito oli tiiviimpää oman alueen muistihoitajien kesken, etenkin tilanteissa joissa muistihoitajat kehittivät oman alueen toimintaa. Tutkimustulosten perusteella verkostoituminen oli lisännyt muistihoitajien ammatillista yhteenkuuluvuutta ja tehnyt ammatillisesta yhteydenpidosta sujuvampaa. Päivittäiseen työhön oli verkostoitumisen myötä saatu yhdenmukaiset ja tasapuoliset hoitokäytännöt, joiden myötä muistihoitajat kokivat potilasturvallisuuden lisääntyneen. Ammatillinen vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa oli koettu merkitykselliseksi. Verkostoitumisen oli myös koettu lisäävän muistihoitajien tiedon määrää ja kehittännyt uuden tiedon päivittämistä muistihoitajien kesken. Tutkimuksessa ilmeni muistihoitajien olevan pääsääntöisesti tyytyväisiä verkoston toimintaan. Muistihoitajien kehittämissuhteita muistihoitajaverkostotyöhön oli ammatillisen koulutuksen lisääminen, toiminnan kehittäminen työpajatyöskentelyn avulla, sekä tiivistää yhteistyötä verkostossa.

Asiasanat: muistihoitaja, verkostoituminen, asiantuntija, hoitoketju

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

SANDSTRÖM KATARINA: Networking experiences of memory Nurses in the care path of patients with memory disorders
Bachelor's Thesis in Nursing, 45 pages, 13 pages of appendices

Spring 2012

ABSTRACT

The purpose of this qualitative thesis is development of nursing among patients suffering from memory disorder within the region of Päijät-Häme and its municipalities. The objective of this study was to produce a map dealing with the development proposals among therapists working within the region and also to collect their experiences of networking and how they utilize networks in their everyday work. The results of the study will be utilized by the Pääsky project, of which one of the main targets is to develop the network of therapists working among patients suffering from memory disorders.

The method of the research was a written query and target group therapists working with memory disorder patients. The results of the query were analyzed by grounded theory analysis.

The results of the study showed that the respondents emphasized the importance of network meetings for two reasons. Firstly, for the personal contact to colleagues and secondly for the exchange of knowledge for the development of one's expertise. Therefore, according to experiences of memory nurses, the network meetings are for utmost importance in maintaining the contacts and further development of expertise. The results of the research also implicated that memory nurses see the exchange of thoughts as a dialogue, which sets the guidelines for their everyday work. According to results memory nurses keep contact with colleagues also outside network and educational meetings. The primary method for contacting is e-mail and telephone and liaison was closer among those therapists working in the same area. Contacting was particularly close especially in the situations, where the nurses were developing the processes within their own region.

The research clearly shows that networking has improved the sense of professional togetherness among the nurses, and made the professional contacts smoother. Along with networking also the uniformity and equality of the therapy practices had improved, which most of all, according to respondents, had improved the security of the patients. Also support and help from the peers in different situations had been experienced significant. Networking has also increased the knowledge dealing with memory disorder, which helps the nurses to update their skills. According to the results, the interviewees were generally pleased with professional networks. As development proposals the respondents expressed that there should be more professional education and workshop meetings. Network co-operation should also be tighter.

Keywords: memory nurse, networking, memory disorder specialist, care path

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MUISTIHOITAJA MUISTISAIRAAN POTILAAN HOITOKETJUSSA	3
2.1	Väestön ikääntyminen vanhustenhuollon haasteena	3
2.2	Muistisairauspotilas	3
2.3	Muistihoitaja osana muistisairaahan potilaan hoitoketjua	5
2.4	Muistihoitaja asiantuntijahoitajana	9
3	VERKOSTOITUMINEN MUISTIHOITAJAN TYÖSSÄ	12
3.1	Muistihoitajien ammatillinen verkostoituminen	12
3.2	Muistihoitajien verkostoituminen Pääsky-hankkeessa	14
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	16
4.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	16
4.2	Tutkimustehtävät	16
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
5.1	Tutkimusmenetelmä	17
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja hyödynsaajat	17
5.3	Tutkimusaineiston hankinta ja keruu	18
5.4	Aineiston analyysi	20
6	TUTKIMUSTULOKSET	24
6.1	Taustatiedot	24
6.2	Muistihoitajien kokemuksia tilanteista, joissa he olivat yhteydessä toisiin muistihoitajiin	24
6.3	Muistihoitajien kokemuksia yhteydenpitotavoista muihin muistihoitajiin.	26
6.4	Muistihoitajien kokemuksia yhteyksistä muiden muistihoitajien kanssa muistihoitajaverkostossa	27
6.5	Muistihoitajien kokemuksia muistihoitajaverkoston ja verkostokokousten ammatillisesta hyödystä	28
6.6	Muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisen merkityksestä työtapojen ja toiminnan kehittämisessä	30
6.7	Muistihoitajien kehittämisehdotuksia muistihoitajaverkostotyöhön	31
6.8	Tutkimustulosten yhteenvedo	32

7	POHDINTA	35
7.1	Johtopäätökset	35
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	37
7.3	Jatkotutkimusaiheita	39
	LÄHTEET	41
	LIITTEET	46
	LIITE 1. Toimeksiantosopimus	
	LIITE 2. Kartta	
	LIITE 3. Kyselylomake	
	LIITE 4. Kutsu Päijät-Hämeen muistihoidajien verkostotapaamiseen	
	LIITE 5. Saatekirje	
	LIITE 6. Muistihoidajien kokemuksia tilanteista, joissa muistihoidajilla on ollut yhteys toisiin muistihoidajiin	
	LIITE 7. Muistihoidajien kokemuksia yhteydenpitotavoista muihin muistihoidajiin	
	LIITE 8. Muistihoidajien kokemuksia yhteyksistä muiden muistihoidajien kanssa muistihoidajaverkostossa	
	LIITE 9. Muistihoidajien kokemuksia muistihoidajaverkoston ja verkostokokousten ammatillisesta hyödystä	
	Liite 10. Muistihoidajien kokemuksia verkostoitumisen merkityksestä työtapojen ja toiminnan kehittämisessä	
	LIITE 11. Muistihoidajien kehittämis ehdotuksia muistihoidajaverkostotyöhön	

1 JOHDANTO

Tämän laadullisen opinnäytetyön tavoite on kuvata Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alueella toimivien muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisesta ja sen merkityksestä muistihoitajien päivittäiseen työhön, sekä heidän kehittämisedotuksiaan verkostoitumisesta. Tutkimuksen tulokset tulevat Päijät-Hämeen demensiahoidon kehittämiskeskus eli Pääsky hankkeen käyttöön, tulosten pohjalta toimijoiden on tarkoitus kehittää muistihoitajien verkostoitumista. Tutkimuksen aineisto on kerätty kirjallisen kyselyn avulla.

Tässä työssä verkostoitumisella tarkoitetaan tietoisesti rakennettua yhteistyöverkostoa muistihoitajien kesken, sekä toisiinsa yhteydessä olevien muistihoitajien avointa yhteistyötoimintaa, joka on johtanut vapaasti kehittyneisiin verkostoihin (Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010; Kinnunen 2001). Tiedon määrä yhteiskunnassamme tulee lisääntymään räjähdysmäisesti, sen myötä myös erityisosaaminen korostuu. Verkostoitumalla erityisosaaminen saadaan tehokkaasti kaikkien verkostossa toimivien käyttöön ja näin edistetään erikoistumista avainosaamiseen, verkostoitumalla yhden tahon oppima asia saadaan nopeasti kaikkien käyttöön. (Metsämuuronen 2000, 34–35.)

Päijät-Hämeessä on 2000-luvulla toteutettu monia hankkeita, joiden tarkoituksena on ollut luoda alueelle toimivia palveluja muistisairaille. Vuosina 2005–2006 toteutuneessa hankkeessa Päijät-Hämeen kuntiin koulutettiin muistihoitajat ja alueella aloitettiin muistihoitajaverkoston kehittäminen. (Lavonius & Rantanen 2010a.) Vuosien 2007–2009 aikana toteutuneen hankkeen tavoitteena oli verkostoitumisen avulla kehittää muistipotilaiden hoitoa (Lavonius & Rantanen 2010b). Pääsky hanke jatkaa alueella tehtyä kehittämistyötä hanke toteutettiin 1.10.2009–31.10.2011 välisellä ajalla. Pääsky hankkeen tarkoituksena on kehittää muistisairaiden potilaiden hoitoa ja kuntoutusta. Pääsky hanke on osa IKÄKASTE hanketta, jonka suunnitelmassa korostetaan verkostojen kehittämistä. (Lavonius & Rantanen 2010b; Kaste-ohjelma 2009.)

Väestöennusteen mukaan ikääntyneiden määrä Päijät-Hämeessä lisääntyy tulevaisuudessa. Väestön ikääntymisen myötä muistisairauksia sairastavien esiintyvyys ikääntyneiden joukossa kasvaa. (Päijät-Hämeen verkkotieto-keskus 2010;

Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 28–29.) Pääsky hankkeen tavoitteena on eri toimijoiden yhteistyön ja verkostoitumisen avulla varautua muistisairauksien tuomaan haasteeseen. Hankkeen yhtenä tavoitteena on kehittää alueelle muistihoitaja verkosto. Kehittämiskeskus on mukana koko maakunnan kattavan muistihoitajaverkoston ylläpidossa ja vahvistamisessa järjestämällä yhteistyössä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijäyhityksen muistiasiantuntijahoitajan kanssa säännöllisesti muistihoitajatapaamisia. Verkostotapaamisten jatkuminen hankkeen loputtua on turvattu käyttämällä hankkeen ulkopuolista koolle kutsujaa, hän toimii Päijät-Hämeen keskussairaalassa. (Lavonius & Rantanen, 2010b.)

Tämän hankkeeseen liittyvän tutkimuksen (liite 1) aiheen sain projektiokoordinaattori Tiina Rantaselta syksyllä 2010, tiedusteltuani häneltä aihetta opinnäytesyöhön. Aihe kiinnosti minua, koska olen aiemmin työskennellyt ikä-ihmisten parissa ja haluan syventää aikaisempaa osaamistani ja kehittää sairaanhoitajuuttani ikä-ihmisten hoitajana. Ikäihmisten määrän kasvaessa aiheen ajankohtaisuus korostuu.

2 MUISTIHOITAJA MUISTISAIRAAN POTILAAN HOITOKETJUSSA

2.1 Väestön ikääntyminen vanhustenhuollon haasteena

Suomen väestö ikääntyy, ja iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa. Väestön ikääntymisen myötä muistisairauksien esiintyvyys vanhemmissa ikäluokissa kasvaa. Ikärakenteen muutos tuo mukanaan tilanteen, jossa muistisairaudesta kärsivien henkilöiden määrä tulee kasvamaan. (Erkinjuntti & Rinne ym. 2010, 28–29.)

Päijät-Hämeessä väestöennusteen mukaan väestön ennustetaan kasvavan noin 21 000 asukkaalla eli 10,6 prosentilla vuodesta 2010 vuoteen 2040. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 19 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2020 mennessä Työikäisten (15–64 vuotiaat) osuus väestöstä puolestaan pienenee 66 prosentista 58 prosenttiin vuoteen 2020 mennessä. (Päijät-Hämeen verkkotieto-keskus 2010.)

Kasvava ikääntyneiden osuus kokonaisväestöstä tuo mukanaan uusia haasteita maamme vanhustenhuollolle. Tutkimusten perusteella dementia on tärkein syy ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn menetykseen ja laitoshoitoon. Tämän päivän haasteena on kehittää muistihäiriöistä ja dementiaasta kärsivien potilaiden, sekä heidän omaistensa palveluja tavalla joka mahdollistaa pitkän kotona asumisen. (Finne-Soveri 2006, 1477-1479.)

2.2 Muistisairauspotilas

Muistisairauspotilas on henkilö joka on sairastunut dementoivaan sairauteen. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan nykyään eteneviksi muistisairauksiksi. Yleisimpiä dementiaoireita aiheuttavia eteneviä muistisairauksia ovat, Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja otsalohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Dementia ei ole itsenäinen sairaus vaan oirekokonaisuus. (Erkinjuntti & Rinne ym. 2010, 17.) Varhaisen diagnostiikan avulla osa dementiaan johtavista sairauksista on parannettavissa. Dementian oikea-aikaisella tunnistamisella, diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella ylläpidetään sairastuneen toimintakykyä ja oman elämän hallintaa, jotka tukevat kotona selviytymistä. (Käypä hoito-suositus 2010.)

Muistisairaudet ovat kansantauti. Suomessa joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa kärsivänsä eriasteisista muistioireista, potilaiden ilmaisemien muistioireiden syy tulisi aina selvittää. Muistioire viittaa potilaan tapahtumamuistin ja asiamuistin toiminnan vaikeuksiin. Toimintavaikeudet voivat johtua otsa- tai ohimolohkon toiminnan muutoksista. Muutokset aiheuttavat potilaalle muistissa säilyttämisen, mieleen painamisen ja mieleen palauttamisen vaikeutta. (Erkinjuntti & Rinne ym. 2010, 18–19; Käypähoito suositus 2010.).

Osalla potilaista ei löydy muistitestein avulla todettavissa olevaa muistihäiriötä, vain osalla on etenevä tila joka johtaa dementia asteisten oireiden puhkeamiseen. Arvioiden mukaan joka kolmas huonosti muistitesteissä menestyvä sairastaa jotakin muistisairautta. Silti muistihäiriöt ovat ikäihmisten elämänhallintaa ja toimintakykyä heikentävä oire. (Erkinjuntti & Rinne ym. 2010, 28–29.)

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus. Etenevää muistisairautta sairastavista noin 65- 70 % on Alzheimerin tauti, jonka esiintyvyys lisääntyy ikääntymisen myötä (Erkinjuntti & Rinne ym. 2010,17).

Alzheimerin taudin ensioireet ilmenevät kognitiivisina vaikeuksina. Käytännössä potilaalla voi ilmetä vaikeuksia muistaa sovittuja asioita tai uusia nimiä. Kotitöissä voi ilmetä vaikeuksia, tutut esineet ovat hukassa ja ympäristön hahmottaminen sekä tunnistaminen vaikeutuvat. Lähimuistissa tapahtuu heikkenemistä ja asiat ja tapahtumat sekaantuvat. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010; Alhainen, Erkinjuntti, Rinne & Huovinen 2007.)

Verisuoniperäinen eli vaskulaarinen muistisairaus on toiseksi yleisin etenevä muistisairaus. Sitä sairastaa noin 20 % muistisairauteen sairastuneista. Vaskulaarisen demencian esiintyvyys lisääntyy iän myötä, miehillä sairastavuus on jonkin verran yleisempää kuin naisilla. Sairastumisriskiä lisäävät tupakointi, kohonnut verenpaine, eteisvärinä, koronaaritauti, diabetes sekä aivoverenkiertoon liittyvät sairaudet. (Erkinjuntti & Rinne ym. 2010,142–147; Alhainen ym. 2007.)

Sairastuneen muisti säilyy paremmin verisuoniperäisessä muistisairaudessa kuin Alzheimerin taudissa ja toimintakyky vaihtelee. Verisuoniperäisessä muistisairaudessa varhaisoireina on usein lievä muistihäiriö, kömpelyys, puhehäiriöt, mieliala

vaihtelut sekä hahmottamis ja kävelyvaikeudet. (Erkinjuntti, & Rinne ym. 2010,142–144; Alhainen ym. 2007)

Lewyn kappale tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttavista sairauksista, jonka osuus on noin 10 % kaikista etenevistä muistisairauksista. Valtaosalla sairastuneista on Lewyn kappale-taudin ja Alzheimerin taudin yhdistelmää. Lewyn kappale tauti alkaa hitaasti ja tavallisesti 50–80 vuoden iässä, tauti on miehillä jonkin verran yleisempi kuin naisilla. (Erkinjuntti & Rinne 2010, 159–161; Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava, Viitanen 2010 ; Käypä hoito 2010)

Neljänneksi yleisin muistisairaus on otsalohkorappeumat eli frontotemporaaliset degeneraatiot, joka alkaa yleensä 45 ja 65 ikävuoden välillä, eri tutkimusten mukaan sairaus kestää keskimäärin 8 vuotta. Sairaus on perinnöllinen, puolella potilaista sairautta on esiintynyt suvussa.(Lindau 2002; Erkinjuntti & Rinne 2010, 166–167; Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010; Käypä hoito 2010.)

Parkinsonin tautia sairastavista jopa 80 %:lla havaitaan jonkinlaisia kongnitiivisiä oireita vuosia sairauden puhkeamisen jälkeen. Taudin alkuvaiheessa dementia on harvinaisempaa. Suomessa on arvioitu olevan noin 3 000 potilasta, jotka sairastavat Parkinson-dementiaa. (Lyytinen & Kaakkola 2008; Erkinjuntti & Rinne ym. 2010,172–174.)

2.3 Muistihoitaja osana muistisairaana potilaan hoitoketjua

Asiantuntijasuosituksessa muistihoitaja määritellään etenevien muistisairauksien hoitoon perehtyneeksi terveydenhuollon henkilöksi, joka toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, taudinmäärityksessä, hoidossa, ohjannassa ja seurannassa. Samassa suosituksessa määritellään myös muistikoordinaattorinimike, jolla tarkoitetaan etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattihenkilöä, jonka vastuulla on muistipotilaan hoidon koordinointi, ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen

kanssa kotona asumisen eri vaiheissa. (Erkinjuntti & Suhonen 2010; Käypähoito 2010.)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymässä muistihäiriöpotilaan palvelukokonaisuutta valmistelleessa työryhmässä on päädytty yhdistämään nämä toimenkuvat laajentamalla muistihoitajan työnkuvaa muistikoordinaattorin työnkuvan suuntaan. (Lavonius & Rantanen 2010a). Tässä työssä käytän termiä muistihoitaja, huolimatta siitä mikä hoitajan koulutus on. Käytännössä nimikettä muistihoitaja käytetään Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän kunnissa hoitajan koulustausta riippumatta.

Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa asiantuntija suositus kuvaa muistipotilaan hoitoketjua etenevänä prosessina taudin tunnistamisesta taudin vaikeaan vaiheeseen. Suositus muodostuu keskeisistä, hyvää hoitoa kuvaavista väittämistä, joden pohjalta luodaan muistipotilaan katkeamaton hoitoketju. (Käypä hoito-suositus muistisairauksista 2010.)

Muistisairaana potilaan hoitoketju on ennalta sovittu palvelukokonaisuus, jonka avulla potilas tutkitaan ja hoidetaan tarkoitustenmukaisesti terveydenhuollon eri tasoilla. Tutkimus ja hoito tapahtuvat perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Hoitoketjua tulisi tarkastella ja kehittää yhtenä kokonaisuutena potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, sillä hoitoketjun kaikki osatekijät vaikuttavat toisiinsa. Keskiössä on potilas, jolle palvelut, tuki ja hoito kohdennetaan yksilöllisesti. Hoitoketjun osapuolten toimiva yhteistyö takaa laadukkaan palvelukokonaisuuden muistisairaalle potilaalle. (Suhonen & Rahkonen ym. 2011.)

Hoitoketjun tavoitteena on taata muistipotilaalle mahdollisimman laadukas, sujuva ja tehokas hoito. Muistihoitaja toimii hoitoketjussa oman alansa asiantuntijahoitajana. (Erkinjuntti & Suhonen 2010.) Muistihoitajalla on erityisosaamista muistipotilaan hoitoon ja kokonaisvaltaiseen tilannearvioon. Hän varmistaa muistipotilaan saumattoman avohoidon sekä auttaa muistipotilasta ja hänen omaistaan selviytymään arjessa. Hänellä on asiantuntijuutta ennakoivaan toimintaan, jolla hän tunnistaa ja hoitaa mahdolliset kriisitilanteet, jottei potilaan kotihoito vaarannu. (Kirsi 2004,81.)

Muistiselvitykset käynnistyvät kun potilas hakeutuu terveysaseman muistihoitajan vastaanotolle muistivaikeuksien vuoksi. Potilas on voinut itse kokea muistivaikeuksia, tai läheiset ovat huolissaan potilaan muistivaikeuksista. Aloite muistiselvityksiin voi tulla myös hoitajan tai lääkärin vastaanotolta. Tärkeää on, että kynnys hakeutua muistiselvityksiin on mahdollisimman matala. Potilas tai omainen voi ottaa yhteyttä oman asuinalueen terveysaseman palveluneuvontaan, josta varataan aika muistihoitajan vastaanotolle. (Lassi 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja.2008.)

Käypä hoito-suositusten mukaan muistipotilaan perusselvitykset tulisi tehdä terveyskeskuksessa ja diagnostiset jatkoselvitykset keskitetysti asiaan perehtyneellä muistipoliklinikalla tai vastaavien palveluntuottajien toimesta. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan muistipoliklinikan palveluiden paikalliseen järjestämiseen tarvitaan alueelle väestöpohjaksi vähintään 20 000 henkilöä. (Käypä hoito-suositus 2010.) Työikäiset ohjataan neurologian muistipoliklinikalle (Käypä hoito-suositus 2010). Työikäisiksi katsotaan kaikki alle 65 vuotiaat (Erkinjuntti & Rinne ym. 2010, 583–584; Päijät-Hämeen verkkotietokeskus 2010).

Muistisairaana potilaan näkökulmasta olisi eduksi jos potilaan hoito tapahtuisi omassa terveyskeskuksessa. Löppösen mukaan muistisairaana oman terveyskeskuksen vahvuuksina muistipotilaan hoidossa ovat perhenäkökulma, paikallistuntumus ja kokonaisvaltainen hoito-ote. Perusterveydenhuollossa on vanhustyön osaamista jo ennestään, etenkin kotihoidossa ja vuodeosastojen sekä vanhainkotien henkilökunnalla. (Löppönen 2006.)

Perusterveydenhuollossa muistihoitajan vastaanotolla muistihoitaja tekee potilaalle perusselvitykset, joihin kuuluvat omaiselta tai muulta läheiseltä tarkennetut esitiedot (anamneesi), kognitiivisen toimintakyvyn testaus, mielialakartoitus ja sosiaalisen tilanteen selvittely sekä päivittäistoimista suoriutumisen arviointi. Jos tutkimuksessa on viitteitä muistihäiriöstä tai muista kognitiivisista ongelmista, muistihoitaja tekee lähetteen sovittuihin erotusdiagnostisiin laboratoriotutkimuksiin ja varaa ajan lääkärille. (Sulkava ym. 2010, 3144–3146; Lassi 2011; Erkinjuntti & Rinne ym. 2010, 76–85.)

Lääkäri tarkentaa anamnestisia tietoja ja tutkii potilaan. Tarvittaessa hän ohjelmoi lisätutkimuksia ja tehostaa perussairauksien hoitoa. Jos perusselvityksissä herää epäily muistisairaudesta ja potilas on täyttänyt 65 vuotta, lääkäri lähettää potilaan päin tietokonetomografiatutkimukseen ja tekee lähetteen erikoislääkärille oman kunnan käytäntöjen mukaisesti. Päijät-Hämeen keskussairaalan alueella alle 65-vuotiaat lähetetään neurologian poliklinikalle. (Lavonius & Rantanen, 2010c.)

Erikoissairaanhoidossa geriatriin vastaanotolla käydään läpi tutkimustulokset ja niiden perusteella ratkaistaan, onko kyse muistisairaudesta vai lievemmästä muistihäiriöstä ja selvitetään, mikä sairaus on oireiston takana. Muistilääkitys aloitetaan tarvittaessa sekä muut tarpeelliset hoidot. Tavoitteena on, että diagnostisten selvittelyiden jälkeen potilas siirtyy mahdollisimman pian perusterveydenhuollon seurantaan. (Käypä hoito - suositus 2010; Lavonius & Rantanen, 2010c)

Muistisairauteen sairastuminen on henkilökohtainen vaikea tapahtuma ja ihmisten valmius käsitellä vaikeita asioita vaihtelee. Diagnosointivaiheen jälkeen aloitetaan potilaan kokonaisvaltainen hoito, jonka tavoitteena on saada potilas ja omainen jäsentämään epätietoisuuden aiheuttama kaoottisuuden tunne elämänhallinnan tunteeksi ja kyvyksi elää vaikean sairauden kanssa. Potilaalle ja hänen omaiselleen tulee antaa tietoa sairaudesta, jatkohoidosta ja kuntoutuksesta. Tietoa on hyvä jakaa myös kirjallisessa muodossa. (Käypähoito-suositus muistisairauksista 2010.)

Käypähoito suosituksessa suositellaan tehtäväksi yksilöllinen palvelu ja kuntoutussuunnitelma, jonka toteutuminen takaa muistisairaahan mahdollisimman pitkään jatkuvan omatoimisuuden säilymisen, joka puolestaan mahdollistaa kotona selviytymisen ja omaishoitajan jaksamisen. Muistihoitaja tekee suunnitelman yhdessä omaisten ja potilaan kanssa, ja siinä käydään läpi jatkohoidon suunnittelu ja toteutus. Suunnitelma elää ja siihen voidaan tehdä muutoksia hoidon aikana. Potilaan ja omaisen kanssa tulee käydä läpi myös tarvittavat tukitoimet kotiin. Kotipalvelu, kuljetuspalvelu, intervallihoito ja muut kunnalliset palvelut ovat näitä tukitoimia. (Käypähoito-suositus muistisairauksista 2010.)

Muistihoitajan tulee huolehtia siitä, että potilas ja omainen ovat tietoisia henkilöstä johon ottaa yhteyttä ongelmien ilmaantuessa. Omaiset ja potilaat voivat aina ongelmien sattuessa ottaa yhteyttä muistihoitajaan, tämä tukitoimi mahdollistaa

etenkin omaishoitajan jaksamisen kotona. Yhteiskunnalle olisi edullisinta jos muistisairas asuisi mahdollisimman pitkään kotona. Muistipotilaan hyvän hoidon toteutumisen perusedellytys on jatkuvuus, joka varmistetaan hyvällä potilastietojen ja jatkohoito-ohjeiden kirjaamisella. Hyvä ja saumaton tiedonkulku hoidon erivaiheissa takaa muistipotilaalle katkeamattoman hoitoketjun. (Käypähoito-suositus 2010; Tilvis ym. 2010, 122–123; Sosiaali-ja terveysministeriö julkaisuja 2008.)

Potilaille, joille tehdään erikoissairaanhoidon muistipoliklinikalla diagnoosi ja mahdollisesti aloitetaan lääkitys, ohjelmoidaan kontrollikäynnit keskimäärin kolmen kuukauden välein. Viralliset suositukset ovat keskenään yhtenevät, mutta käytännöt eri paikkakunnilla vaihtelevat. (Käypähoito-suositus 2010; Tilvis ym. 2010, 122–123.)

Päijät-Hämeen sosiaali-ja terveysyhtymän alueella on yleistymässä käytäntö, jossa potilas tulee ensimmäiseen kontrolliin n. 2-3 kk diagnoosista ja siitä eteenpäin 6-12 kk välein kontrollikäynnille muistihoitajan luo. (Lavonius & Rantanen 2010c).

2.4 Muistihoitaja asiantuntijahoitajana

Asiantuntijahoitajana muistihoitajan työnkuvaan kuuluvat, sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa muistitestien tekeminen, ensitiedon antaminen muistisairauksista, sairastuneen ja omaisen tukeminen ja ohjaaminen sairauden eri vaiheissa, sekä hoidon seuranta ja arviointi (Sosiaali-ja terveysministeriö julkaisuja 2008, 28-29; Tilvis ym. 2010; Lassi 2011).

Bennerin (1989) mukaan asiantuntija on henkilö, joka toimii kokonaistilanteen syvällisen ymmärtämisen pohjalta. Asiantuntijalle on tärkeää hiljainen tieto, hän ei tyydy yksityiskohtiin tai sääntöihin, hänen toimintansa on joustavaa. Hänellä on taustallaan valtava määrä kokemusta ja tietoa toiminnasta ja tilanteista, joissa hän toimii. Hyvät ja perusteelliset teoreettiset tiedot ovat asiantuntijalle välttämättömät, mutta toimintatilanteessa hänen toimintaansa ohjaa kokonaistilanne. Pitkän ajan kuluessa samassa työssä hänelle on syntynyt asiantuntemus työtehtäviin liittyvästä tiedosta ja kokemuksesta. (Ora-Hyytiäinen2004,24.)

Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto ICN on määritellyt asiantuntijahoitajan henkilönä, joka on rekisteröity sairaanhoitaja, jolla on vaadittava erityisosaaminen, kyky vaativaan ja monimutkaiseen päätöksentekoon ja kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle. Työnkuvaa muovaavat asiayhteydet ja maa, jossa hoitajalla on lupa työskennellä. (International Council of Nurses.)

Päijät-Hämeen kuntayhtymän alueen muistihoidajista suurin osa on sairaanhoitajia. Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka työssään tukee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä. Sairaanhoitaja toimii perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin alueilla. Hoitaessaan potilaita ja toteuttaessaan potilaan kokonaisuudessaan lääkärin ohjeiden mukaista lääketieteellistä hoitoa sairaanhoitaja toimii itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana. Sairaanhoitajan työ perustuu hoitotieteeseen, joten hoitotyön asiantuntijuus sisältää hoitotieteellisen tiedonkäytön ja tutkimisen sekä käytännön ja tiedon jatkuvan uudistamisen. (Opetusministeriö 2006.)

Muistihoidaja työskentelee moniammatillisissa työryhmissä, jotka ovat usein geriatriin vetämiä. Työryhmään voi kuulua myös fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja neuropsykologiaan suuntautunut psykologi. Muistihoidaja toimii myös asiantuntijana, johon muut alueen ammattilaiset voivat ottaa yhteyttä ja konsultoida muistisairaanhoidosta. (Tilvis ym. 2010, 122–123.)

Eräs muistihoidajan tärkeitä asiantuntijuusalueita on yhteistyö omaisten kanssa, koska potilas ei sairautensa vuoksi yksin pysty vastaamaan muistisairautensa hoidosta. Omaisten rooli muistisairaanhoidossa on tärkeä sairauden varhaisvaiheesta lähtien. Yhteistyö omaisten kanssa on tärkeää myös potilaan omien hoitoon liittyvien toiveiden selvittämisessä ja niiden kunnioittamisessa. (STM 2008; Lassi 2011.) Monen muistisairaanhoidon puoliso toimii omaishoitajana ja vastaa muistisairaanhoidosta (Kirsi 2004).

Muistihoidajan asiantuntijatyön ominaisuuksiin kuuluu myös oman ammatillisuuden ja asiantuntijuuden kehittäminen. Kehittääkseen omaa asiantuntijuuttaan ja pysyäkseen oman alansa kehityksessä mukana ammattilaisen asiantuntijaverkostoituminen katsotaan jopa välttämättömäksi. (Silvennoinen 2008, 22–23.) Asian-

tuntijuuden jakaminen verkostossa ei kuitenkaan poista muistihoitajan vastuuta omasta ammatillisesta kehittämisestä (Ranta 2011,54).

Nykyajan työelämässä osaamista ja asiantuntijuutta ei pidetä yhden henkilön taitona, vaan se on tiimien ja verkostojen yhteisöllinen tuote. Muistihoitaja yksittäisenä asiantuntijana ei voi hankkia kaikkea sitä tietoa, jonka muistihoitajat asiantuntijahoitajina yhdessä omaavat. (Ranta 2011, 16.)

Asiantuntijaverkostoyhteistyössä pyritään tuottamaan eriytyneen tiedon sijaan integroitua tietoa. Yhdessä tuotettu integroitu tieto on uutta asiantuntijuutta, se ei ole kenenkään verkostossa toimijan omaa, vaan se on toimijoiden yhteisesti käytettävissä olevaa tietoa. (Seppänen-Järvelä & Karjalainen, 2006.)

3 VERKOSTOITUMINEN MUISTIHOITAJAN TYÖSSÄ

3.1 Muistihoitajien ammatillinen verkostoituminen

Muistihoitajien verkostoituminen on ammatillista verkostoitumista, joka perustuu asiantuntemuksen vaihtamiseen ja kasvattamiseen, asioissa joita muistihoitajat pitävät oman kehityksensä kannalta tärkeinä (Silvennoinen 2008, 22–23). Kinnunen on määritellyt hoitotyön ammatillisen verkoston tutkimuksessaan, toisiinsa yhteydessä olevien sairaanhoitajien avoimena yhteistoimintaympäristönä, jota sairaanhoitajat ylläpitävät ja muuttavat. Hoitotyön ammatillinen verkosto muodostuu sairaanhoitajien yhteysprosessista eli verkostossa toimivien sairaanhoitajien ylläpitämistä yhteyksistä toisiinsa. Yhteydenpito voi tapahtua puhelimitse, sähköpostin välityksellä tai verkostotapaamisissa. (Kinnunen 2001,26–27.)

Laadukas hoitotyö muistipotilaan hoitoketjussa vaatii muistihoitajilta verkostoitumista keskenään, sekä muiden erityiskoulutettujen ammattilaisten kanssa. Verkostoituminen vahvistaa muistihoitajan osaamista ja auttaa tietojen päivittämisessä. Hoitoketjun toiminnan kannalta on oleellista, että siinä toimivat muistihoitajat kehittävät itseään ammatillisesti. (Suhonen ym..2011.)

Muistipotilaan hoitoketjun toimivuuden parantamisen edellytyksenä on hoitoketjun toimijoiden verkostoituminen alueellisesti tai paikallisesti (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 546–548). Muistipotilaan hoitoketjua voidaan pitää malliesimerkkinä verkostoituneesta hoitoketjusta. Verkostoitumisen myötä taataan muistipotilaalle laadukas hoito. (Suhonen ym. 2011.)

Muistihoitajien vastaanotot ovat Päijät-Hämeessä fyysisesti erillään toisistaan, paitsi Lahdessa jossa ne ovat keskitetyksi Kaupunginsairaalassa. Muistihoitajien työ on itsenäistä, työ vaatii hoitajalta asiantuntevaa osaamista, tiedonhallintaa sekä yhteistyö – ja tiimityötaitoja moniammatilliseen yhteistyöhön (Jauhiainen 2004,124). Muistipotilaan hoito on moniammatillista tiimityötä, joka vaatii vuoropuhelua ja yhteistyötaitoja tiimiltä. Verkostoituminen ammattilaisten kesken auttaa tietojen päivittämisessä ja vahvistaa asiantuntijan osaamista. (Erkinjuntti & Rinne ym. 2010, 546–548.)

Muistihoitajaverkoston olemassaolo on jopa välttämätön, jotta muistihoitajat voivat asiantuntijahoitajina pysyä mukana hoitotyön kehityksessä ja vastata kehityksen haasteisiin. Verkostoitumisen taito on tämän päivän työelämässä tärkeä terveydenhuollon työtehtävien muuttuessa yhä vastuullisemmiksi, tehtävien hoitamiseen tarvitaan eri asiantuntijoiden yhteistyötä. Tämä edellyttää asiantuntijoiden verkostoitumista sekä tiimi- ja yhteistyötä. (Silvennoinen 2008, 22–23; Ranta 2011, 58–61.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulussa on kehitetty työelämälähtöisesti asiantuntijasairaanhoitajan osaamiseen tähtäävää koulutusta. Koulutuksessa painotetaan verkostoitumistaitoja ja verkostojen hyödyntämistä innovatiivisesti työprosessien kehittämisessä. Koulutus vastaa nykypäivän työelämän toimintatapoihin sekä nykyaikaisiin työn kuviin hoitoalalla, ja siinä korostuu asiantuntijuus ja sen jakaminen verkostoitumalla (Hopia, Raappana, Perttunen, Tiikkainen & Liimatainen 2006, 14–16; Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2010.)

Verkostoitumisen yhtenä tavoitteena on sairaanhoitajien keskinäisen tuen antaminen ja saaminen, sekä hoitotyön tietojen vaihtaminen. Keskinäinen tuki on sairaanhoitajien toisilleen osoittamaa emotionaalista ja tiedollista tukea sekä vertaisarviointitukea. Tietojen vaihdanta puolestaan tarkoittaa verkostossa tapahtuvaa hoitotyön tietojen, kokemusten ja uusien käytäntöjen antamista verkostolle. Tämän myötä verkostosta muodostuu sairaanhoitajille keskinäinen oppimis- ja kehittämisympäristö. (Kinnunen 2001, 26–27.)

Salonen on tutkimuksessaan todennut verkostoitumisen tuottavan oppimista. Hänen tutkimuksessa tutkittavat pitivät verkostoitumista uusien ja erilaisten näkökulmien yhdistämisen ja jakamisen keinoina. Oppimisen lisäksi verkostoitumisen katsottiin antavan voimaa ja auttavan jaksamisessa. (Salonen 2009.)

Muistihoitajien verkostoituminen tukee heidän ammatillista kehittymistään. Ongelmatilanteissa ja uusien haasteiden edessä tarvitaan monenlaista tietoa. Ihminen pystyy kuitenkin vastaanottamaan ja käsittelemään vain rajallisen määrän tietoa, siksi tiedon hyödynnettävyyden kannalta on oleellista se mihin kiinnitetään huomio. Verkostoon turvautuminen auttaa löytämään olennaiset näkökulmat ja tiedot.

(Silvennoinen 2008, 48.) Ammattitaito ja sen ylläpito ovat hoidon laatua edistäviä tekijöitä (Kvist 2004).

3.2 Muistihoitajien verkostoituminen Pääsky-hankkeessa

Pääsky-hanke on yksi väli-Suomen Ikäkaste-hankkeen kuudesta osahankkeesta, jota hallinnoi Tampereen kaupunki. Kaste-ohjelmassa väli-Suomella tarkoitetaan aluetta, joka on sama kuin Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue. Päijät-Häme on yksi viidestä maakunnasta, joista alue koostuu. IKÄKASTE - ÄLDRE-KASTE – hankkeen suunnitelmassa korostetaan alueellisia ja paikallisia kehittämistarpeita, sekä yhteistyöverkostojen hyödyntämistä ja niiden kehittämistä. (KASTE-ohjelma.2009.)

Päijät-Hämeen dementiahoidon kehittämiskeskus eli Pääsky-hanke jatkaa Päijät-Hämeen dementiahoidon kehittämissyksikkö hankkeen aikana tehtyä työtä. Hanke on toteutettu ajalla 1.10.2009–31.10.2011 ja se sijoittuu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän peruspalvelukeskus Aavan (Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila ja Sysmä), peruspalvelukeskus Oivan (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki) sekä Lahden ja Heinolan kaupunkien alueelle (liite 2.). (Lavonius & Rantanen 2010b.)

Pääsky-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa laaditun muistipotilaan hoitoketjukuvausten yhteydessä nousi muistihoitajien tärkeys hoitoketjussa esille. Muistihoitajat muodostavat ydinryhmän muistisairaiden hoidossa, joten hankkeessa nousi tärkeään asemaan heidän verkostoitumisensa. (Lavonius & Rantanen, 2010b.) Verkostoitumisen myötä muistihoitajat yhdistäisivät tietonsa, osaamisensa ja arvoperustansa muistipotilaiden hoidon kehittämiseksi. (Rantanen & Lavonius 2010; Pirnes 2002,7.)

Vuodesta 2008 lähtien Pääsky hanke ja Päijät-Hämeen muistiyhdistys, entinen Dementiayhdistys, ovat yhteistyössä järjestäneet säännöllisesti puolivuositain muistihoitajien verkosto- ja koulutustapaamisia. Koolle kutsujana on toiminut syksystä 2009 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän muistisairaanhoitaja. (Lavonius & Rantanen, 2010b.) Hankkeen ulkopuolisella koollekutsujalla on pyritty turvaamaan verkostoituneen toiminnan tavoitteellinen, pitkäaikainen ja sään-

nöllinen yhteistyö, sekä jatkumo hankkeen päätyttyä. (Hakanen, Heinonen & Sipilä 2007, 44–45.)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän alueella toimivat muistihoitajat omaavat vankan työkokemuksen maakunnallisena asiantuntijatyöryhmänä. Heidän säännöllinen ja suunnitelmallinen kokoaminen yhteisen pöydän ääreen luo mahdollisuuden vertaistukeen ja arviointiin sekä asiantuntijuuden jakamiseen. Muistihoitajien ammattitaidon ja työmotivaation ylläpito on tärkeää. Verkostotapaamisissa on aina koulutuksellinen osuus, johon on pyydetty muistihoitajilta koulutus- ja keskusteluaiheita. Muistihoitajien esittämiin toiveisiin on pyritty vastaamaan mahdollisimman kattavasti. (Lavonius & Rantanen, 2010b.)

Toimiessaan asiantuntijahoitajina potilaan hoitoketjussa muistihoitajat kokeilevat uusia toimintatapoja käytännössä ja tuottavat näin arvokasta kokemuseräistä tietoa muistipotilaan hoidon kehittämiseen. Muistihoitajaverkosto toimii näin tärkeänä informaation saannin sekä kehittämisen välineenä. Verkostoitumisen myötä terveisyhtymän alueen muistihoitajat vastaavat myös valtakunnalliseen haasteeseen luoda alueen muistisairaille tasavertaiset hoito- ja kuntoutus mahdollisuudet. (Lavonius & Rantanen, 2010b.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoitus on kehittää muistisairaana potilaan hoitotyötä Päijät-Hämeen alueen kunnissa tutkimalla alueella toimivien muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisen näkökulmasta. Tutkimuksen tulokset tulevat Pääsky projektin käyttöön, jonka yhtenä päätavoitteena on alueen muistihoitajaverkoston kehittäminen.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kuvaus muistihoitajien kokemuksista verkostoitumisesta ja verkostoitumisen merkityksestä heidän käytännön työssään. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa muistihoitajien kehittämisehdotuksia verkostoitumisen vahvistamisesta, kehittämisestä ja ylläpidosta.

4.2 Tutkimustehtävät

1. Millaisia kokemuksia muistihoitajilla on muistihoitajien verkostoitumisesta?
2. Millaista merkitystä verkostoitumisella on muistihoitajien päivittäiseen työhön?
3. Miten muistihoitajat oman kokemuksensa mukaan haluaisivat kehittää verkostoitumista?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Työssäni tutkin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijöiden alueella toimivien muistihoidajien kokemuksia muistihoidajien verkostoitumisesta ja sen merkityksestä. Kokemukset ovat todellisen elämän kuvauksia ja jokaisella muistihoidajalla on oma näkökulma aiheeseen, ne ovat aina omakohtaisia. Merkitykset ovat ihmisten omia kuvauksia todellisuudesta. Kuvaukset sisältävät asioita, joita muistihoidajat pitävät itselleen merkityksellisinä ja tärkeinä. (Vilkkä 2005, 50; Eskola & Suoranta 2003, 44–51.) Valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän työhöni, koska tarkoitukseni oli kuvata muistihoidajien omia kokemuksia ja merkityksiä verkostoitumisesta. Tutkimuskysymyksillä oli tarkoitus saada muistihoidajien oma näkökulma esille.

Hirsijärvi, Remus ja Sajavaara (2009, 160–161) toteavat, että lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellinen elämän kuvaaminen ja menetelmä pyrkii tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiiviseen tutkimukseen sisältyy ajatus että todellisuus on moninainen. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on paljastaa tosi asioita ja löytää tutkittavien oma näkökulma tutkittavana olevaan aiheeseen, eikä todentaa jo olemassa olevia asioita.

Laadullisella aineistolla pelkistetyimmillään tarkoitetaan aineistoa, joka on tekstiä. Yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa on haastattelu, havainnointi tai kuten tutkimuksessani kysely. Aineistoina voi hyvin käyttää myös kirjeitä, elokuvia tai päiväkirjoja. (Eskola & Suoranta 2003, 15; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73) Aineistonkeruuseen valitsin kirjallisen kyselyn muistihoidajien ajankäytön vuoksi. Kirjallisen kyselyn kysymykset olivat avoimia ja muistihoidajat vastasivat niihin omin sanoin. Kysymyksillä pyrin saamaan heidän omat kokemukset ja merkitykset esiin.

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja hyödynsaajat

Opinnäytetyöhön valitsin kohderyhmäksi toimeksiantajan toivomuksesta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijöiden kuntien alueella työskentelevät muistihoidajat.

Muistihoitajat työskentelevät peruspalvelukeskus Aavan, peruspalvelukeskus Oivan sekä Lahden ja Heinolan kaupunkien alueella. Muistihoitajia on kahdeksantoista ja heistä osa työskentelee tehtävissä täysiaikaisesti, osa, osa-aikaisesti, sekä muun työn ohella osa-aikaisesti. Koulutukseltaan suurin osa heistä on sairaanhoitajia, joista joillakin on erikoistumisopintoja. Suurin osa muistihoitajina toimivista on suorittanut muistihoitajan opinnot.

Kohderyhmän alueella kaikkien muistihoitajien työnkuva painottuu muistitestien ja toimintakykykartoitusten tekoon sekä ennen diagnoosia että seurannassa diagnoosin jälkeen (Lavonius & Rantanen 2010 c). Työhön kuuluu myös neuvonta sekä tukitoiminta ja yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa sairauden eri vaiheissa.

Opinnäytetyön hyödynsaajina ovat Pääsky hanke, sekä tutkimukseen osallistuneet muistihoitajat ja heidän potilaat. Hankkeen toimitsijoiden on tarkoitus kyselyn tulosten pohjalta kehittää muistihoitajaverkoston toimintaa ja muistihoitajien asiantuntijuutta.

5.3 Tutkimusaineiston hankinta ja keruu

Tutkimuksen aineiston keräsin muistihoitajilta kirjallisella kyselyllä. (liite 3.) Tutkimustehtävät ja kyselyn kysymykset tehtiin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Pääsky hankkeen projektikoordinaattori ja projektivastaava olivat mukana suunnitelmaseminaarissa, jossa he saivat vaikuttaa, sekä suunnitella tutkimustehtäviä ja kyselyn kysymyksiä. Vaikuttamalla ja suunnittelemalla kyselyn kanssani he varmistivat saavansa tarvitsemansa tiedon muistihoitajaverkostosta ja sen kehittämisestä tutkimuksen kautta.

Toimeksiantajan toivomuksesta kyselyn ensimmäisellä osiolla kartoitettiin vastaajien taustatietoja, nämä kysymykset olivat monivalintakysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä toteutettu kysely antoi hoitajille myös mahdollisuuden rauhassa pohtia omia henkilökohtaisia näkemyksiään aiheesta. Tutkittavien ja heidän ajankäyttönsä huomioiden koin kyselyn parempana vaihtoehtona kuin henkilökohtaisen haastattelun. Kyselyn liitteenä oli saatekirje sekä ohjeet vastaamiseen sähköpostin välityksellä.

Kyselyssä olevat avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa laajemmin, mitä hänellä on mielessään kuin monivalintakysymykset. Avoimet kysymykset osoittavat, myös vastaajien tunteiden voimakkuutta. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin. (Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2009, 188–196).

Kirjallisen kyselyn kolmella ensimmäisellä avoimella kysymyksellä haettiin vastausta ensimmäiseen tutkimustehtävään. Kysymyksillä neljä ja viisi haettiin vastausta toisen tutkimustehtävään ja kyselyn kuudennella kysymyksellä vastausta kolmanteen tehtävään.

Muistihoitajilla oli verkostotapaaminen (liite 4.) joulukuussa 2010, jossa esittelin opinnäytetyöni aiheen, projektikoordinaattori Tiina Rantasen ja projektivastaavan Sirkku Lavoniuksen kanssa. Tapaamisessa esittelin itseni ja kerroin opinnäytetyöstäni sekä kyselyyn liittyvistä seikoista. Kerroin heille Tiina Rantasen antavan minulle heidän työ sähköpostiosoitteet, joihin lähetän kyselyn ja josta he myös vastaisivat minulle. Samalla kerroin keinoista joilla säilytän vastaajien henkilöllisyyden salaisena.

Kyselyn esitetasin muistihoitajalla, joka työskentelee kunta-alueen ulkopuolella. Hänen mielestään kysely oli selkeä, ytimekäs ja sopivan pituinen. Saatekirjeen hän arvioi kannustavan tutkittavia vastaamaan kyselyyn. Saatekirjeestä tuli hänen mielestään hyvin esille tutkimuksen tärkeys ja se vakuutti sekä motivoi vastaamaan.

Suullinen ja kirjallinen informaatio tutkimuksesta on tutkittaville tärkeä. Informaatio saattaa olla ratkaiseva tekijä tutkittavien tehdessä päätöstä tutkimukseen osallistumisesta. (Kuula 2006,101.)

Kyselylomakkeen saatekirjeessä (liite 5.), otin salassapidon uudelleen esille. Ulkopuolisena henkilönä joka ei heitä henkilökohtaisesti tunne en pystynyt yhdistämään heidän nimiään ja kasvoja. Luottamuksellisuuden säilyttämisen vuoksi tuli minun tutkijana selvittää tutkittaville tutkimuksen joka vaiheessa yksityiskohtaisesti ketkä pääsevät käsiksi heidän antamiinsa tietoihin ja kuinka salaan käytännössä heidän henkilöllisyytensä (Mäkinen 2006, 114–116). Nimettömänä tuloste-

tut vastaukset poltin ja sähköpostiin tulleet vastaukset poistin heti tulostamisen jälkeen. Sähköpostini on suojattu salasanalla, jonka vain minä tiedän.

Kyselyt lähetin helmikuun 2011 lopussa ja vastausaikaa hoitajat saivat kolme viikkoa. Viikkoa ennen vastausajan umpeutumista Tiina Rantanen lähetti hoitajille sähköpostia ja muistutti tutkimuksen tärkeydestä Pääsky hankkeelle. Vastausajan umpeuduttua olin saanut kymmeneltä muistihoitajalta vastauksen. Pohdimme Tiina Rantasen kanssa tulisiko niille kahdeksalle jotka eivät vastanneet lähettää sähköpostia ja kannustaa heitäkin vastaamaan.

Luin kertyneen aineiston läpi ja peilasin saatuja vastauksia tutkimuskysymyksiin. Lisäaineiston kerääminen ei todennäköisesti tuottaisi uutta informaatiota ja jo saadussakin aineistossa vastaukset toistuivat, mielestäni aineisto oli kattava tutkimuskysymyksiin nähden. (Eskola & Suoranta 2003, 62–64; Vilkka 2005, 127–128.) Joten vastaamatta jättäneille ei lähetetty uusintakyselyä. vastaajien lopullinen määrä kyselyyn oli kymmenen muistihoitajaa (N=10)

5.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineiston analysoin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen traditioissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla kyetään jäsentämään dokumentteja järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysilla voi analysoida aineistoa järjestelmällisesti ja objektiivisesti, sen avulla voi järjestää, kuvailla ja käsitteellistää tutkittavaa kohdetta. Käytännössä sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa tiivis ja selkeä kuva tutkittavasta ilmiöstä, kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. Näin hajanaisestakin informaatiosta saadaan selkeä ja mielekäs. Sisällönanalyysin avulla hajanaisen aineiston informaatioarvo kasvaa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4; Eskola & Suoranta 2003, 137.) Analyysin voi tehdä aineistosta lähtien eli induktiivisesti tai deduktiivisesti, tällöin aineistoa ohjaa aikaisempaan informaatioon perustuva luokittelurunko. Hoitotieteellisten tutkimusten analysointiin on paljon käytetty sisällönanalyysiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4.)

Tutkimukseni aineiston keräsin kyselylomakkeella, jossa oli kuusi avointa kysymystä muistihoitajille. Tutkimuksessani käytetyn aineiston muodostivat muistihoitajien vastaukset, joita oli kymmenen kappaletta. Tarkoitukseni oli etsiä kirjalliseen kyselyyn vastanneiden muistihoitajien kokemuksia ja näin löytää tutkittavien oma näkökulma aiheeseen. Valitsin aineiston analyysimenetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin eli tein analyysin ainoastaan kerätyn aineiston pohjalta.

Induktiivinen eli aineistosta lähtevä sisällön analyysi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelyinä ja abstrahointina. Analyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa pelkistäminen eli redusointi vaiheessa aineiston informaatio pilkotaan ja tiivistetään osiin. Tutkija esittää aineistolle tutkimustehtävän mukaista kysymystä ja kirjaa ylös aineistosta löytyvät vastaukset kysymykseen. Ryhmittelyvaiheessa tutkija etsii pelkistetyistä ilmauksista yhtäläisyyksiä ja yhdistää samaa tarkoittavat ilmaisut kategorioittain. Abstrahointia jatketaan yhdistämällä kategorioita mahdollisimman pitkään, yhdistämisessä tulee huomioida sisällön mielekkyys. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.)

Tutkimusaineiston analysoinnin aloitin lukemalla aineiston useaan kertaan läpi, jonka jälkeen valitsin analyysiyksikön. Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, valintaa ohjaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Analyysiyksikkönä käytetään tavallisimmin sanaa tai sanayhdistelmää, se voi olla myös lause, lausuma sekä ajatuskokonaisuus. Tutkimukseni analyysiyksiköksi valitsin ajatuskokonaisuuden, joka voi muodostua useammasta kuin yhdestä lauseesta ja voi sisältää useampia merkityksiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Analyysiyksikön valinnan jälkeen aloitin aineiston aktiivisen lukemisen. Luin aineiston useaan kertaan läpi tehden sille kysymyksiä, ajatuksena saada vastaus kysymyksiin. Kuka tekstissä kertoo, missä ja milloin asia tapahtuu ja mitä tapahtuu. Tekstiä lukiessani ja sille kysymyksiä tehdessäni peilasin saamiani vastauksia tutkimustehtäviin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Analysoin jokaisen kyselyn kysymyksen erikseen (liite 6-11) Listasin jokaisen kysymyksen vastaukset, eli alkuperäiset ilmaukset allekkain, jonka jälkeen koodasin samankaltaiset ilmaisut väreihin. Tämän jälkeen muodostin alkuperäisistä ilma-

uksista pelkistetyn ilmauksen. (Kuvio 1.) Pelkistämisen tarkoituksena on saada informaatio tiiviiseen muotoon tai pilkkoa se osiin ja aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009,109.) Pelkistämisvaiheessa tutkijan tulee muistaa kirjata ilmaisut mahdollisimman tarkkaan samoin kuin alkuperäisessä tekstissä, jotta sen sisältämä alkuperäinen informaatio ei katoa (Kyngäs & Vanhanen 1999,5)

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus
”Ongelmatilanteet, jotka liittyvät etuisuuksiin”	Etuisuuksiin liittyvät ongelmatilanteet

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Analyysin seuraavassa vaiheessa ryhmittelyssä eli klusteroinnissa kävin läpi ilmaukset etsien niistä samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmittelin ja yhdistin, sekä nimesin ne asiasisältöä kuvaavalla käsitteellä.(Kuvio 2.) Taulukossa 2 kuvataan aineiston klusterointia, jossa pelkistetyt ilmaukset on ryhmitelty alaluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009,110; Kyngäs & Vanhanen 199,5.)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Etuisuuksiin liittyvät ongelmatilanteet	Asiakastilanteisiin liittyvä ongelma

TAULUKKO 2 Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Ryhmittelyn jälkeen seurasi aineiston abstrahointi. Aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta tärkeä tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämisvaiheen aikana edetään alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin, sekä johtopäätöksiin. Abstrahointia on tarkoitus jatkaa niin pitkään kuin

se on aineiston kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009,111.)Käsitteellistämisvaiheessa yhdistin samansisältöisiä alaluokkia yläluokiksi (Kuvio 3.)

Alaluokka	Yläluokka
Asiakastilanteisiin liittyvä ongelma	Ongelmatilanne

TAULUKKO 3: Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä

Yläluokat jotka muodostuivat edellä kuvatun analyysin myötä ovat tutkimukseni tuloksia.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

Toimeksiantajan toivomuksesta kyselyssä kartoitettiin vastaajien taustatietoja, nämä kysymykset olivat monivalintakysymyksiä. Seitsemän vastanneista muistihoidajista oli suorittanut opistotason sairaanhoitajan tutkinnon, ja heistä kolme oli suorittanut erikoistumisopinnot, yhdellä oli alempi AMK tutkinto, yhdellä ammattikoulu ja yksi oli suorittanut yliopistotutkinnon.

Yhdeksällä vastanneista oli muistihoidajan koulutus, joka oli ollut laajuudeltaan 20–30 opintopistettä, ja heistä yhdellä oli muistikoordinaattorin koulutus kesken ja yhdellä sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen koulutus, sekä kahdella oli muisti ja mielenterveystyöhön liittyviä 10–20 opintoviikon mittaisia koulutuksia. Yhdellä oli useita yksittäisiä muistiaiheisia koulutuspäiviä.

Vastanneista puolet (5) tekee muistihoidajan työtä kokoaikaisesti ja puolet (5) osa-aikaisesti, ja heistä kaksi muun työn ohella. Vastanneet olivat tehneet muistihoidajan työtä kahdesta kymmeneen vuoteen.

6.2 Muistihoidajien kokemuksia tilanteista, joissa he olivat yhteydessä toisiin muistihoidajiin

Muistihoidajien kokemuksia tilanteista, joissa muistihoidajilla oli ollut yhteys toisiin muistihoidajiin, nousi heidän kokemustensa mukaan seitsemän yläluokkaa. Nämä olivat toiminnan kehittäminen, verkostotapaamiset, tilanteita ei ole tai on vähän hyödyntänyt toisia muistihoidajia, ongelmatilanne, potilastietojen siirto hoitoketjussa, asiantuntijuuden vaihtaminen ja hoitajien välinen työnohjauksellinen dialogi potilaista hoitajien kohdatessa.

Toiminnan kehittäminen. Muistihoidajien kokemusten mukaan tilanteet, joissa he ovat olleet yhteydessä muihin muistihoidajiin, ovat liittyneet oman alueen tai yhteisten käytänteiden kehittämiseen.

”yhteys kun pitänyt sopia yhteisiä työtapoja oman alueen muistihoidajien kesken”

”Oman alueen hoitajien kanssa yhteiset palaverit, joissa käydään läpi yhteisiä käytäntöjä”

Verkostotapaamiset. Joidenkin muistihoitajien mukaan ainoa tilanne, jossa he ovat olleet yhteydessä muihin muistihoitajiin, olivat verkostotapaamiset. Tilanteina he olivat kokeneet tapaamiset tärkeinä.

”Verkostotapaamiset, jotka tärkeitä. Keskusteltu työnhaasteista ja toiminnan kehittamisestä”

Tilanteita ei ole tai on vähän hyödyntänyt toisia muistihoitajia. Muutamat muistihoitajat eivät kokeneet yhteydenpitoa tarpeellisena tai eivät olleet kokeneet hyötävänsä yhteydestä.

”Empä oikeastaan missään, hirmu vähän hyödynnän muita”

”Tarvetta yhteydenpitoon ei juuri ole ollut”

Ongelmatilanne. Asiakastilanteeseen liittyvässä ongelmassa eräs muistihoitaja oli ollut yhteydessä kollegoihinsa.

”Ongelmatilanteet, jotka liittyvät etuisuuksiin”

Potilastietojen siirto hoitoketjussa. Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä oli muistihoitajien kokemusten mukaan tilanne jossa he ovat olleet yhteydessä toisiinsa vaihtaen tietoja potilaasta.

”Potilaan tietojen siirrossa, hänen siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai toisinpäin”

Asiantuntijuuden vaihtaminen. Tarve konsultaatioon oli erään muistihoitajan kokemus tilanteesta, jolloin hänellä oli yhteys toisiin muistihoitajiin.

”Konsultaatioapua pyytänyt/antanut”

Hoitajien välinen työnohjauksellinen dialogi potilaista hoitajien kohdatessa. Joillakin muistihoitajilla oli kokemuksia tilanteista joissa heillä oli yhteyksiä toisiinsa spontaanien kohtaamisten yhteydessä muistipoliklinikalla. Kohdatessaan he ovat

keskustelleet potilas asioista. Dialogi tilanteet he ovat kokeneet työnohjauksellisina.

”Tavatessamme muistipolilla, ajatusten vaihtoa potilaista. Koen keskustelut työnohjauksellisina”

6.3 Muistihoidajien kokemuksia yhteydenpitotavoista muihin muistihoidajiin.

Muistihoidajien kokemusten pohjalta yhteydenpitotavoista muihin muistihoidajiin muodostui neljä yläluokkaa. Näitä yläluokkia ovat vuorovaikutus henkilökohtaisessa kontaktissa, puhelinkeskustelut ja sähköinen yhteydenpito, koulutustilaisuudet sekä verkostotapaamiset.

Vuorovaikutus henkilökohtaisessa kontaktissa. Useimmilla muistihoidajilla oli kokemuksia muistipoliklinikalla tapahtuneesta ajatusten vaihdosta kasvotusten.

”Muistipolilla vaihdamme ajatuksia kasvotusten”

”Tapaan hoitajia työpaikalla”

Puhelinkeskustelut ja sähköinen yhteydenpito. Osalla muistihoidajista oli kokemuksia yhteydenpidosta muihin muistihoidajiin puhelimen ja sähköpostin välityksellä.

”Puhelimitse, joskus sähköpostilla”

”Puhelimitse ja sähköpostitse”

Koulutustilaisuudet. Yhtenä yhteydenpitotapana nousi esille henkilökohtainen kontakti koulutuksissa.

”Koulutuksissa keskusteltu”

Verkostotapaamiset. Puolen vuoden välein sovitusti pidettävät verkostotapaamiset muistihoidajat kokivat erittäin tärkeänä yhteydenpitotapana muihin muistihoidajiin. Verkostotapaamiset mahdollistavat henkilökohtaisen kontaktin muihin muistihoidajiin.

”Lähinnä sovittujen tapaamisten tiimoilta puolen vuoden välein pidettävät muistihoitajien verkostotapaamiset ovat todella tärkeitä, muuten ei nähtäisi ollenkaan”

”Verkostotapaamisissa”

6.4 Muistihoidajien kokemuksia yhteyksistä muiden muistihoidajien kanssa muistihoidajaverkostossa

Kysymykseen millaisia yhteyksiä sinulla on alueen muiden muistihoidajien kanssa vastauksista muovautui kolme yläluokkaa. Muistihoidajien vastauksista muodostui yläluokat: yhteyksien kiinteys, yhteyksien laatu ja yhteyksien muoto.

Yhteyksien kiinteys. Osalla muistihoidajista yhteydet olivat satunnaisia ja joillakin muistihoidajilla yhteistyö oli kiinteämpää oman alueen muistihoidajien kesken. Joku muistihoidajista ei tapaa muita muistihoidajia, kuin ennalta sovitussa verkostotapaamisissa.

”Satunnaisia yhteyksiä”

”Oman alueen muistihoidajien kanssa yhteistyö kiinteämpää”

”Muistihoidajaverkoston muistihoidajia tapaan vain sovitusti 2 kertaa vuodessa verkostotapaamisissa”

Yhteyksien laatu. Muistihoidajien kokemuksen mukaan yhteyksien lähtökohdat olivat asiakastilanteiden pohdinta ja eri kuntien toiminnan vertailu.

”Vertaillaan eri kuntien toimintaa”

”Vapaamuotoisten keskustelujen kautta”

Yhteyksien muoto. Muistihoidajien kokemuksen mukaan yhteyksien muoto oli vapaa ja yhteyksiä oli lähinnä oman alueen muistihoidajiin. Osalla oli kokemuksia vain virallisista tilanteista, sovittujen tapaamisten ja koulutusten muodossa.

”Vapaamuotoisten keskustelujen kautta..”

”Yhteyksiä lähinnä oman alueen muistihoidajien kanssa”

”Verkostotapaamiset ja koulutukset”

6.5 Muistihoitajien kokemuksia muistihoitajaverkoston ja verkostokokousten ammatillisesta hyödystä

Muistihoitajien kokemusten pohjalta muistihoitajaverkoston ja verkostokokousten ammatillisesta hyödystä nousi yhdeksän yläluokkaa. Näitä yläluokkia ovat ammatillinen hyöty kehittymässä, verkostoituminen lisännyt ammatillista yhteenkuuluvuutta, potilasturvallisuus lisääntynyt, ammatillinen koulutus, ammatillinen vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa, yhdenmukaiset ja tasapuoliset hoitokäytännöt, uusien hoitokäytänteiden löytyminen, uuden tiedon siirto kehittynyt ja ammatillinen yhteydenpito sujuvampaa.

Ammatillinen hyöty kehittymässä. Eräs muistihoitaja koki verkostoitumisen ammatillisen merkityksen hiljalleen kehittyvän parempaan suuntaan.

”Hiljalleen paremmin”

Verkostoituminen lisännyt ammatillista yhteenkuuluvuutta. Joidenkin muistihoitajien kokeman mukaan verkostoitumisen merkitys on tärkeä, koska muistihoitajia on vähän ja kokemusten jakaminen samaa työtä tekevien kanssa luo yhteishenkeä. Verkostoituminen lisäsi myös tietoisuutta muiden muistihoitajien olemassaolosta.

”Mielenkiintoista kuulla kokemuksia toisten toiminnasta. On tärkeä tietää ettei ole yksin”

”Verkostoituminen tärkeää, koska muistihoitajia on vähän ”me henki”

”Yhteenkuuluvuudentunne”

Potilasturvallisuus lisääntynyt. Muistihoitajien kokemusten mukaan yhtenä verkostoitumisen ammatillisesta hyödystä oli potilasturvallisuuden lisääntyminen ammatillisen yhteenkuuluvuuden myötä.

”...potilasturvallisuus lisääntyneet”

Ammatillinen koulutus. Joidenkin muistihoitajien kokemuksen mukaan verkostotapaamisten yhteydessä pidetty ammatillinen koulutus oli merkityksellistä.

”Verkostotapaamisissa on hyödyllistä koulutusta”

Ammatillinen vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa. Osa muistihoitajista koki muistihoitajaverkoston ja verkostokokousten ammatillisen merkityksen vertaistukena ja apuna ongelmatilanteissa. He kokivat ongelmien ratkaisun parantuneen, kun jakoivat ongelmat samaan työtä tekevien kanssa.

”Ongelmiin löytyy paremmin ratkaisuja kun useampi henkilö tekee samaa työtä”

”Ammatillisesti vertaistukena”

”Vertaistukena ja ongelmatilanteissa apua”

Yhdenmukaiset ja tasapuoliset hoitokäytännöt. Erään muistihoitajan kokemuksen mukaan verkostoituminen on yhdenmukaistanut ja tasapuolistanut hoitokäytäntöjä.

”Hoitokäytännöt yhdenmukaistuneet ja tasapuolistuneet”

Uusien hoitokäytänteiden löytyminen. Muistihoitajat olivat kokeneet löytävänsä verkostoitumisen myötä myös uusia hoitokäytänteitä, joita voisivat hyödyntää omassa päivittäisessä työssään.

”Löytää käytänteitä, joita voisi käyttää omassa työssään”

Uuden tiedon siirto kehittynyt. Osa muistihoitajista koki verkostoitumisen ammatillisen merkityksen, parantuneena tiedon siirtona. Verkostokokousten yhteydessä pidetyt koulutukset muistihoitajat kokivat uuden tiedon lähteinä.

”Saan uusimpia tietoja”

”Tiedon siirto parantunut”

Ammatillinen yhteydenpito sujuvampaa. Muistihoitajaverkoston ja verkostokokousten myötä jotkut muistihoitajat kokivat yhteydenpidon muihin muistihoitajiin

helpottuneen. Verkostokokouksissa he olivat nähneet ja tutustuneet toisiinsa, joten kynnys yhteydenottoihin ammatillisissa asioissa oli alentunut.

”Verkostoituminen on auttanut siihen että on helpompi ottaa muihin yhteyttä”

6.6 Muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisen merkityksestä työtapojen ja toiminnan kehittämisessä

Muistihoitajien kokemusten mukaan verkostoitumisen merkitys työtapojen ja toiminnan kehittämisessä yläluokiksi muodostuivat yhtenäisten käytänteiden löytäminen, vähäinen, Benchmarking, muistihoitajien työnkuvan profiloituminen, positiivisesti merkityksellinen ja työssä kehittyminen.

Yhtenäisten käytänteiden löytäminen. Jotkut muistihoitajat kokivat työtapojen ja toiminnan kehittämiseksi merkityksellisenä yhtenäistyneet työtavat potilashoidossa. Hankkeen myötä kuntiin on tullut lähes samansuuntainen hoitopolku ja tapoja toimia.

”Hankkeen myötä on saatu jokseenkin samansuuntainen hoitopolku kuntiin”

”Työtavat ovat yhtenäistyneet ja on yhteinen tapa toimia ja toteuttaa potilaan muistiselvityksiä ja kontrolleja”

Vähäinen. Erään muistihoitajan mielestä merkitys oli vähäinen. Hän toivoisi ammatillista vuorovaikutusta työtavoista lisää.

”Vielä melko vähän työskentelytavoista voisi keskustella enemmän”

Benchmarking. Joku muistihoitajista oli kokenut verkostoitumisen tilaisuutena ottaa oppia toisilta oman työnkehittämiseen. Verkostoitumisen merkitys oli hänen mielestään myös helpottava, kun esittää muutoksia omalle alueelle. Muutosten perustelu omalla alueella helpottuu, kun on esittää asioille käytännön perusteet.

”Toimintatapojen muutoksissa helpottanut, kun on esittää, kuinka muualla toimitaan ja kuinka se on koettu. Isompia muutoksia on vaikea perustella vain oman työn kautta”

Muistihoitajien työnkuvan profiloituminen. Eräs muistihoitaja koki verkostoitumisen luovan yhtenäiset käytänteet muistipotilaan hoitoon ja muistihoitajan työnkuvaan.

”Yhtenäisten käytänteiden ja työnkuvan luominen”

Positiivisesti merkityksellinen. Osa muistihoitajista koki verkostoitumisen työtapojen ja toiminnan kehittämisessä positiivisesti merkityksellisenä.

”Tarpeellisena”

”Oleellisen tärkeänä”

Työssä kehittyminen. Useimmat muistihoitajat kokivat verkostoitumisen merkityksen erittäin tärkeänä työnkehittämiselle. Kokemusten jakaminen toi heidän mielestään uusia näkökulmia työhön ja uutta informaatiota, joka ideoi oman työn kehittämiseen.

”Hyvä kanava tuoda asiat esille”

”Saan uusia ideoita muilta, joita voin kokeilla”

”Erittäin tärkeä! Kun useampi samaa työtätekevä, on useampia näkemyksiä”

6.7 Muistihoitajien kehittämis ehdotuksia muistihoitajaverkostotyöhön

Muistihoitajien kehittämis ehdotuksia muistihoitajaverkostotyöhön muodostui seuraavat yläluokat hyvin toimiva verkosto ei kehittämis ehdotuksia, verkostotapaamisia useammin, tiiviimpää yhteistyötä verkostossa, toiminnan kehittäminen Workshop-menetelmällä muistihoitajan oman aktiivisuuden lisääntyminen ja muistihoitajien ammatillisen koulutuksen lisääminen.

Hyvin toimiva verkosto, ei kehittämis ehdotuksia. Suurin osa muistihoitajista oli varsin tyytyväisiä verkoston tämän hetkiseen toimintaa. Tapaamisia oli heidän mielestään riittävästi ja ne oli koettu positiivisiksi. Erään muistihoitajan mielestä kehittämisen olisi jopa syytä pysähtyä.

”Minusta tämä toiminta on ihan hyvä”

”Toimii nykyisellään hyvin”

”Verkoston toiminta tällä tasolla toimiva, joskus kehittämisen on aika pysähtyä”

”Säännölliset tapaamiset ovat olleet hyviä ja niitä on ollut riittävästi”

Verkostotapaamisia useammin. Joidenkin muistihoidajien kehittämis ehdotuksena oli verkostotapaamisten lisääminen

”Tapaamisia voisi olla useammin”

Tiiviimpää yhteistyötä verkostossa. Eräs muistihoidaja koki tiiviimmän yhteistyön verkoston sisällä tärkeäksi kehittämis ehdotukseksi

”Yhteistyötä voisi tiivistää”

Toiminnan kehittäminen Workshop-menetelmällä. Yksi muistihoidajista koki hyvänä kehittämis ehdotuksena toiminnan kehittämisen työpaja työskentelyn avulla.

”Workshop tyyppistä työskentelyä olisi hyvä olla enemmän”

Muistihoidajan oman aktiivisuuden lisääntyminen. Erään muistihoidajan mielestä hän voisi lisätä omaa aktiivisuuttaan verkoston sisällä, aktivoitumalla tiiviimpään yhteistyöhön muiden verkoston jäsenten kanssa.

”Tiivistää yhteistyötä aktiivisesti itse”

Muistihoidajien ammatillisen koulutuksen lisääminen. Joku muistihoidajista koki tarpeellisenä lisätä ammatillisen koulutuksen osuutta muistihoidajien verkostotapaamisiin.

”Toivoisin enemmän ammatillista koulutusta tapaamisiin”

6.8 Tutkimustulosten yhteenveto

Tutkimuksen tulosten mukaan muistihoidajien kokemukset muistihoidajien verkostoitumisesta tilanteissa, joissa heillä on ollut yhteys muihin verkoston muistihoidajiin, liittyivät ennalta sovittuihin tapaamisiin tai spontaaneihin kohtaamisiin muistipoliklinikalla. Muistihoidajat korostivat ennalta sovittujen verkostokokousten

tärkeyttä, koska kokous mahdollistaa henkilökohtaisen kontaktin ja mahdollisuuden asiantuntijuuden vaihtamiseen. Muistihoidajat kokivat verkostotapaamiset tärkeänä yhteydenpidon ja kehittämisen välineenä.

Tutkimuksen mukaan muistihoidajien spontaanit kohtaamiset muistipoliklinikalla liittyivät lähinnä ajatusten vaihtoon potilasasioissa ja ongelmatilanteisiin. Vastauksista ilmeni että muistihoidajien yhteyksien laatu ja muoto, ovat vapaamuotoisia ja pohdiskelevia. Muistihoidajien oman kokemuksen mukaan ajatusten vaihto potilaista koettiin työnohjauksellisena dialogina. Tuloksista ilmeni muistihoidajien pitävän yhteyttä muihin muistihoidajiin verkostokokousten ja koulutustilaisuuksien lisäksi myös puhelimen ja sähköpostin välityksellä. Yhteydenpito oli tiiviimpää oman alueen muistihoidajien kesken, etenkin tilanteissa joissa muistihoidajat kehittivät oman alueen toimintaa. Muutamalla muistihoidajalla ei ollut kokemuksia tilanteista, joissa hyödyntäisi muita muistihoidajia.

Saatujen tutkimustulosten perusteella verkostoituminen oli lisännyt muistihoidajien ammatillista yhteenkuuluvuutta ja tehnyt ammatillisesta yhteydenpidosta sujuvampaa. Päivittäiseen työhön oli verkostoitumisen myötä saatu yhdenmukaiset ja tasapuoliset hoitokäytännöt, joiden myötä muistihoidajat kokivat potilasturvallisuuden lisääntyneen. Ammatillinen vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa oli koettu merkitykselliseksi päivittäisen työn kannalta. Verkostoituminen oli myös koettu lisäävän muistihoidajien tiedon määrää ja kehittänyt uuden tiedon päivittämistä muistihoidajien kesken. Eräs muistihoidaja oli kokenut ammatillisen hyödyn olevan vasta kehittymässä ja verkostoitumisen merkityksen vähäisenä.

Tutkimuksessa ilmeni muistihoidajien kokevan verkostoitumisen toiminnan ja työssä kehittymisen kannalta positiivisesti merkityksellisenä, etenkin yhtenäisten käytänteiden löytymisen ja työnkuvan profiloitumisen vuoksi. Joku muistihoidajista koki Benchmarkingin eli muilta oppimisen myötä saavansa käytännön perusteet omien työtapojen muutoksiin.

Muistihoidajien kehittämis ehdotuksia muistihoidajaverkostotyöhön oli ammatillisen koulutuksen lisääminen, ja toiminnan kehittäminen työpajatyöskentelyn avulla. Osa toivoi verkostotapaamisia useammin sekä tiiviimpää yhteistyötä verkostossa. Eräs vastanneista nosti kehittämis ehdotuksena esille oman aktiivisuuden

lisäämisen verkostoyhteistyöhön. Osa kirjalliseen kyselyyn vastanneista muistihoitajista koki muistihoitajaverkostotyön toimivana ja heillä ei ollut kehittämisehdotuksia muistihoitajaverkostotyöhön.

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kehittää muistisairaana potilaan hoitotyötä Päijät-Hämeen kuntayhtymän alueen kunnissa tutkimalla alueella toimivien muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisen näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten pohjalta saadut vastaukset menivät Pääsky hankkeen käyttöön ja tulosten pohjalta he kehittivät tulevaisuudessa yhteistyössä verkoston koolle kutsujan kanssa verkosto toimintaa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kuvaus muistihoitajien kokemuksista verkostoitumisesta ja verkostoitumisen merkityksestä heidän käytännön työssään. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa muistihoitajien kehittämissuhteita verkostoitumisen vahvistamisesta, kehittämisestä ja ylläpidosta

Saatujen tulosten mukaan muistihoitajien kokemukset muistihoitajien verkostoitumisesta tilanteissa, joissa heillä on ollut yhteys muihin verkoston muistihoitajiin, liittyivät ennalta sovittuihin tapaamisiin tai spontaaneihin kohtaamisiin muistipoliklinikalla. Tutkimuksen tulokset osoittivat muistihoitajien kokevan verkostoitumisen tärkeänä yhteydenpidon ja kehittämisen ylläpitäjänä. Kehittämisen yhdeksi tärkeäksi laatuvaatimukseksi Jauhiainen arvioi tutkimuksessaan verkostoituvan työskentelytavan (Jauhiainen 2004, 154). Tutkimuksen tulosten mukaan muistihoitajat korostivat ennalta sovittujen verkostokokousten tärkeyttä, kokousmahdollisesti henkilökohtaisen kontaktin ja mahdollisuuden asiantuntijuuden vaihtamiseen.

Tutkimuksen mukaan muistihoitajien spontaanit kohtaamiset muistipoliklinikalla liittyivät lähinnä ajatusten vaihtoon potilasasioissa ja ongelmatilanteisiin. Vastauksista ilmeni muistihoitajien yhteyksien laadun ja muodon, olevan vapaamuotoista ja pohdiskelevaa. Muistihoitajien oman kokemuksen mukaan ajatusten vaihto potilaista koettiin työnohjauksellisena dialogina. Ongelmien reflektointi yhdessä luo uusia tapoja ongelmien ratkaisuun, sekä edistää erilaisten ajattelutapojen jakamista (Ranta 2011, 57).

Tuloksista ilmeni muistihoitajien pitävän yhteyttä muihin muistihoitajiin verkostokokousten ja koulutustilaisuuksien lisäksi myös puhelimen ja sähköpostin väli-

tyksellä. Yhteydenpito oli tiiviimpää oman alueen muistihoidajien kesken, etenkin tilanteissa joissa muistihoidajat kehittivät oman alueen toimintaa. Kinnunen on tutkimuksessaan todennut avointen, eli epävirallisten yhteydenpitotapojen olevan myös tärkeä osa verkostoitumista ja sen vahvistamista (Kinnunen 2001). Muuttamalla muistihoidajalla ei ollut kokemuksia tilanteista, joissa hyödyntäisi muita muistihoidajia.

Saatujen tutkimustulosten perusteella verkostoituminen oli lisännyt muistihoidajien ammatillista yhteenkuuluvuutta ja tehnyt ammatillisesta yhteydenpidosta sujuvampaa. Päivittäiseen työhön oli verkostoitumisen myötä saatu yhdenmukaiset ja tasapuoliset hoitokäytännöt, joiden myötä muistihoidajat kokivat potilasturvallisuuden lisääntyneen. Tutkimuksessa ilmeni muistihoidajien kokevan verkostoitumisen toiminnan ja työssä kehittymisen kannalta positiivisesti merkityksellisenä, etenkin yhtenäisten käytänteiden löytymisen ja työnkuvan profiloitumisen vuoksi. Stakesin raportissa näyttöön perustuvasta hoitotyöstä todetaan alueellisen verkostoitumisen kehittäneen hyödynnettäviä työtapoja, toimintamalleja ja käytänteitä potilaiden hoitoon, sekä hoitoketjuun (Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki & Pelkonen 2008).

Ammatillinen vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa oli koettu merkitykselliseksi päivittäisen työn kannalta. Verkostoitumisen oli myös koettu lisäävän muistihoidajien tiedon määrää ja kehittänyt uuden tiedon päivittämistä muistihoidajien kesken. Salosen tutkimuksen mukaan verkostoituminen merkitsi oppimista, sekä tuki työssä jaksamista (Salonen, 2009). Eräs muistihoidaja oli kokenut ammatillisen hyödyn olevan vasta kehittymässä ja verkostoitumisen merkityksen vähäisenä.

Tulosten mukaan muistihoidajien kehittämisehdotuksia muistihoidajaverkostotyöhön oli ammatillisen koulutuksen lisääminen, ja toiminnan kehittäminen työpajatyöskentelyn avulla, sekä yhteistyön ja verkostotapaamisten tiivistäminen. Verkostojohtamisen oppaassa on määritelty työpajat ohjattuina yhteistyötilanteina, jotka antavat läsnäolijoille tilaisuuden kohdata toisensa ja yhdessä työskennellä yhteisen tavoitteen eteen. Työpajassa tietoa jaetaan sekä käsitellään ja parhaimmillaan rakentava keskustelu johtaa toiminnan kehittämiseen. (Järvensivu ym. 2010).

Eräs vastanneista nosti kehittämisehdotuksena esille oman aktiivisuuden lisäämisen yhteistyöhön verkostossa. Osa kirjalliseen kyselyyn vastanneista muistihoidajista koki muistihoidajaverkostotyön toimivana ja heillä ei ollut kehittämisehdotuksia muistihoidajaverkostotyöhön.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää muistihoidajien kokemuksia muistihoidajien verkostoitumisesta, millaista merkitystä verkostoitumisella on muistihoidajien päivittäiseen työhön sekä miten muistihoidajat oman kokemuksen mukaan haluaisivat kehittää verkostoitumista.

Tutkimuksen aineisto muodostui Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä kuntien alueella työskentelevien muistihoidajien kirjallisista vastauksista. Kysely toteutui helmikuussa 2011 ja kyselyyn vastasi kymmenen muistihoidajaa. Aineisto kerättiin laadullisen tutkimuksen yhdellä aineistonkeruumenetelmällä, kirjallisella kyselyllä, jossa oli kuusi avointa kysymystä.

Avoimilla kysymyksillä toteutettu kysely antoi hoitajille mahdollisuuden pohtia omia henkilökohtaisia näkemyksiään aiheesta. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin ja tuoda todellisia ajatuksiaan julki (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 188–196). Saatua vastauksia voi pitää vastaajien omina näkemyksinä ja kokemuksina, mikä oli tarkoituskin. On mahdollista, että muistihoidajat ovat keskustelleet kyselystä keskenään tai toimitsijan kanssa, joka oli yhtenä yhteyshenkilönä saatekirjeessä ja keskustelujen kautta saaneet vaikutteita vastauksiin. Tutkimukseen saadut vastaukset muistihoidajilta poikkesivat kuitenkin selkeästi toisistaan, joten voi olettaa niiden olevan omakohtaisia kokemuksia.

Kyselyn kysymykset suunnittelin PÄÄSKY- hankkeen projektikoordinaattorin ja projektivastaavan kanssa yhteistyössä. Kysymyksillä haettiin vastausta tutkimuskysymyksiin. Kirjallisen kyselyn kysymysten toimivuutta ja ymmärrettävyyttä testasin kunta-alueen ulkopuolisella muistihoidajalla. Häneltä saamani palautteen jälkeen lähetin kyselyn muistihoidajille.

Kirjalliseen kyselyyn vastanneiden muistihoidajien vastauksista ilmeni muutaman kohdalla, kysymyksien samankaltaisuus. Kysymykset kaksi ja kolme miellettiin

samoiksi, vastauksissa toistui joidenkin kohdalla ”*kuten jo edellä vastasin*”. Pohdin vastauksia lukiessani, olisiko kysymykset pitänyt muotoilla toisin vai olivatko muistihoitajat vastanneet kysymyksiin lukematta ensin kyselyä ajatuksen kanssa läpi. Mielestäni kyselyyn vastaaminen vaatisi keskittymistä ja kyselyn kaikkien kysymysten läpi lukemista ajatuksella, jotta kokonaisuus muodostuisi. Oman sekä tutkittavien ajankäytön vuoksi kirjallinen kysely tässä tutkimuksessa oli paras aineiston keruumenetelmä.

Pääsky hankkeen projektikoordinaattori ja projektivastaava olivat mukana suunnitelmaseminaarissa, jossa he saivat vaikuttaa, sekä suunnitella tutkimustehtäviä ja kyselyn kysymyksiä. Muistihoitajien vastaukset ja teoriaosuuteni vastasivat niin hyvin toisiaan, että pohdin oliko kysely ollut johdatteleva. Vilkan (2005) mukaan kysymysten muotoilussa auttaa kohderyhmän tuntemus, joka voi myös muodostua ongelmaksi ja näkyä kysymyksissä tutkijan käsityksinä tutkittavasta asiasta. Vastaaaja voi tunnistaa asian ja vastata tutkijan toivomalla tavalla. (Vilka 2005, 105.)

Kysymysten ymmärrettävyyttä testasin ennen kysymysten lähettämistä muistihoitajille, ulkopuolisella muistihoitajalla, joka ei osallistunut tutkimukseen. Häneltä saamani palautteen perusteella päädyin luottamaan informaatioon, jonka vastauksista sain. Jatkossa käyttäisin kysymysten testaamiseen useampaa henkilöä. Vastaisuudessa olisin kokeneempi tekemään kirjallisen kyselyn kysymyksiä. Todennäköisesti tulisin käyttämään kirjallista kyselyä, jos tekisin jatkotutkimuksen tästä työstä nousseista jatkotutkimusaiheista.

Ennen kyselyn lähettämistä muistihoitajille osallistuin joulukuussa 2010 muistihoitajien verkostotapaamiseen. Tilaisuudessa kerroin heille itsestäni ja tulevasta opinnäytetyöstäni sekä kyselyn toteuttamiseen liittyvistä yksityiskohdista. Kerroin heille yksityiskohtaisesti miten ja mihin tarkoitukseen käytän tutkimusaineistoa ja miten hävitän aineiston tutkimuksen jälkeen. Muistihoitajat osallistuivat kyselyyn anonyymeinä, jonka toivoin lisäävän heidän rohkeutta kertoa hankalistakin asioista rehellisesti ja suoraan. Tarkoitukseni oli saavuttaa heidän luottamuksensa informoimalla tutkimuksen yksityiskohdista ja sitä kautta lisätä vastaajien määrää.

Kyselyyn muistihoitajat vastasivat sähköpostin välityksellä omasta työpostistaan, josta tallensin vastauksen nimettömänä ja tulostin sen paperille. Tulostamisen

jälkeen hävitin saamani sähköpostin. Paperit poltin analyysin jälkeen. Vaitiolo-velvollisuus koetaan itsestään selvyytensä tutkijoiden ammattietiikkaa pohdittaessa (Mäkinen 2006,148).

Tutkimuksessa olen pyrkinyt noudattamaan eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä, tietolähteeni ovat pääsääntöisesti ammattikirjallisuutta tai tieteellisesti todistettua tietoa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tiedeyhteisön yleisesti hyväksymä tutkimusmenetelmä (Vilka 2005, 30).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on pääasiallisin luotettavuuden kriteeri, sekä tutkijan kyky tuoda esille uskottavasti omat tulkintansa tutkittavien kokemuksista. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa olen pyrkinyt tuomaan esille kaikki tutkimuksen vastaukset ja vaiheet mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti. Tutkimustekstissä olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusta totuudenmukaisesti. (Eskola & Suoranta 2003,208–210; Kuula 2006, 34–35.) Luotettavuuden varmistamiseksi pyrkimyksenäni on ollut tuoda työni heikkoja kohtia esille. Heikoimpana kohtana koen tutkimukseni teossa oman aikatauluni venymisen ja työparin puuttumisen. Mielestäni edellä mainitsemani seikat vaikuttivat lopputulokseen, tekemällä tutkimuksen johtopäätöksistä suppean.

Aloitin opinnäytetyöni teon syksyllä 2010. Alkuperäisen suunnitelman mukaan työn oli tarkoitus valmistua syksyllä 2011. Suunnitelma ei pitänyt paikkaansa sen vuoksi että sairastuin ja tein työtä itsenäisesti

Tutkimuksen tulokset oli tarkoitus antaa Pääsky hankkeen käyttöön työn valmistumisen jälkeen. Aikataulu ei pitänyt paikkaansa suhteessa Pääsky hankkeen aikatauluun, joten projektikoordinaattori Tiina Rantanen toivoi saavansa tutkimuksen alkuperäiset ilmaukset loppuraportin kirjoittamista varten. Tapasin toimeksiantajat syksyllä 2011, koottuani vastausten alkuperäiset ilmaukset. Tällä tavoin he saivat tietoa verkostotoiminnan vaikuttavuudesta ja toimivuudesta muistihoitajien näkökulmasta Pääsky hankkeelle ennen sen päättymistä.

7.3 Jatkotutkimusaiheita

Opinnäytetyöni tulokset ovat käytännössä hyödynnettäviä, huolimatta Pääskyhankkeen päättymisestä. Verkostotapaamisten jatkuminen hankkeen päätyttyä on

turvattu ulkopuolisella koolle kutsujalla, joka toimii Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Muistiasiantuntijahoitaja jonka vastuulla on jatkossa verkostokokoukset, voi tutkimuksesta esille tulleiden kehittämissuositusten pohjalta kehittää muistihoitajaverkosto kokouksia. Jatkotutkimuksena esittäisin tästä tutkimuksesta nousseiden kehittämissuositusten toteutumisen tutkimisen muistihoitajaverkostotyössä, muutamana vuodelle kuluttua. Sekä miten muistihoitajaverkoston toiminta on muuttunut Pääsky-hankkeen jälkeen.

LÄHTEET

- Alhainen, K., Erkinjuntti, T.; Rinne, J. & Huovinen, M. 2007. Aivoverenkiertosaudesta johtuva muistisairaus. . Duodecim, Muistihäiriöt [viitattu 16.3.2011] Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00020
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim
- Erkinjuntti, T. & Suhonen, J. 2010 Muistipotilaan hoitoketju kuntoon. [viitattu 5.5.2011] Saatavissa:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9-2010/ajankohtaisartikkeli/muistipotilaan-hoitoketju-kuntoo/
- Eskola, J., Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Gummerrus
- Finne-Soveri, H. 2006. Kuka meitä hoivaa. Duodecim-lehti 12/2006,1477-9.
- Hakanen, M., Heinonen, U. & Sipilä, P. 2007 Verkostojen strategiat-menesty yhteistyössä. Helsinki: Edita
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hopia, H., Raappana, M., Perttunen, J., Tiikkainen, P. & Liimatainen, L, 2006. Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. Sairaanhoitaja 8/2006, 14–16.
- International Council of Nurses. Definition and Characteristics of the Role. [viitattu 18.12.2010] Saatavissa:
<http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/practice%20issues/role%20definitions.asp>
- Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja koulutuksista vuonna 2010.

Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. [viitattu 20.5.2011] Saatavissa:
<http://www.uku.fi/vaitokset/2004/isbn951-781-952-8.pdf>

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2010. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, sai-raanhoitaja YAMK opetussuunnitelma, Saatavissa:
http://www.jamk.fi/download/24040_YSA_hyvaksytyy.pdf

Järvensivu, T. Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali-jaterveysalalla. [10.5.2011] Saatavissa:
http://verkostojohtaminen.fi/?page_id=43

Kinnunen, T., 2001. Sairaanhoidajien ammatillinen verkostoituminen. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

KASTE-ohjelma. 2009. Väli-Suomen IKÄKASTE – ÄLDRE-KASTE –hanke. [viitattu: 10.12.2010]. saatavissa: <http://www.ikakaste.fi/ikakaste-1-vaiheen-aineistot/ikakaste-1>

Kirsi, T. 2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis 1051. [viitattu 18.4.2011] Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6152-5.pdf>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus

Kvist, T. 2004 Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. [viitattu: 1.3.2012] Saatavissa:
<http://www.uku.fi/vaitokset/2004/isbn951-781-950-1.pdf>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede.1/99 vol.11,3 - 12

Käypä hoito-suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä [viitat-

tu18.12.2010]Saatavissa:<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044#s>

Käypä hoito -suositus muistisairauksista. 2010. Ehkäisy, varhainen taudinmäärittäminen, kokonaisvaltainen hoito ja kuntoutus sekä ehyt hoitopolku avainasemassa [viitattu 25.3.2011]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Saatavissa:

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu?p_p_id=uutisportlet_WAR_UutistenjulkaisuPortlet_INSTANCE_6y5p&p_p_action=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column2&p_p_col_count=2&_uutisportlet_WAR_UutistenjulkaisuPortlet_INSTANCE_6y5p_uutis_id=10115

Lassi, M., 2011, Muistikoordinaattori, Kouvolan poliklinikka, Vanhusten hyvinvointia tukevat palvelut Kouvolan kaupunki. Haastattelu 25.3.2011.

Lavonius, S. & Rantanen, T., 2010a. Päijät-Hämeen dementiahoidon kehittämisyksikkö-hanke ”pääsky” 18.9.2007–30.9.2009 loppuraportti. Lahti [viitattu 10.12.2010]. Saatavissa: [http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/A2E7F9EA9DFEA515C22576CB0047A630/\\$file/Loppuraportti_Pääsky1.pdf](http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/A2E7F9EA9DFEA515C22576CB0047A630/$file/Loppuraportti_Pääsky1.pdf)

Lavonius, S. & Rantanen, T., 2010b. Pääsky-hanke. Lahti [viitattu 10.12.2010]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/455A7448788CF3ACC22576C6003EDE75>

Lavonius, S. & Rantanen, T., 2010c. Muistipotilaan hoitopolun toteutuminen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijöiden kunnissa keväällä 2010 [viitattu 12.12.2010]. Saatavissa: [http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/A2E7F9EA9DFEA515C22576CB0047A630/\\$file/Karttoitus2010_P%C3%A4%C3%A4sky2.pdf](http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/A2E7F9EA9DFEA515C22576CB0047A630/$file/Karttoitus2010_P%C3%A4%C3%A4sky2.pdf)

Lindau, M. 2002. Clinical differentiation between frontotemporal dementia and Alzheimers disease: Psychometric, behavioral, neuroimaging and neurophysiological information [viitattu 26.3.2011]. Väitöskirja. Saatavissa: <http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/38144/1/thesis.pdf>

Lyytinen, J. & Kaakkola, S. 2008. Parkinsonin tauti - paljon muutakin kuin motorikkaa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 124(24):2807-14

Löppönen, M. 2006. Yli puolet dementiaa sairastavista jää ilman diagnoosia. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Metsämuuronen, J.2000. Maailma muuttuu- miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. 2.painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki:Tammi

Opetusministeriö. 2006. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriö [viitattu9.1.2011]. Saatavissa. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Ora-Hyytiäinen, E., 2004. Auttajasta reflektiiviseksi sairaanhoitajaksi-Ammattikorkeakouluopiskelijoiden kasvu ja kehittyminen ammattiin. Tampereen yliopisto [viitattu 9.1.2011]. Saatavissa <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6076-6.pdf>

Perälä, M-L., Toljamo, M. Vallimies-Patomäki, M &Pelkonen, M. 2008.Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö.Stakesin verkkojulkaisu [viitattu 14.4.2012] Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>

Pirnes, H. 2002. Verkostoylivoimaa. Vantaa:WSOY.

Päijät-Hämeen verkkotietokeskus. 2010. Väestön ikärakenne 2009 [viitattu 8.1.2011] Saatavissa: <http://www.verkkotietokeskus.fi/index.php/vaestoe/62-vaesto-ikaerakenne-214-paeijaet-haeme-ja-vertailumaakunnat>

Ranta, I. 2011. Sairaanhoitaja asiantuntijana-Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita

Rantanen,T. & Lavonius, S. 2010. Muistipotilaan hoitoketju. Lahden seudun terveysasemien perehdytyskansio lääkäreille. Saatavissa. Lahden terveysasemilla

- Salonen, I., 2009. Ammatillisen kasvun edellytykset hallinto-organisaatiossa. Tampereen yliopisto [viitattu 10.5.2011] Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7727-0.pdf>
- Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V.(toim.) 2006.Kehittämistyön risteyksiä. Stakes. Gummerus.
- Silvennoinen, M. 2008. Löydä aarteesi-verkostoidu. Hämeenlinna: Karisto oy.
- Sosiaali-ja terveysministeriö julkaisuja. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. [viitattu 7.4.2011] Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089
- Suhonen, J.,Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U.,Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki:Duodecim
- Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T.2011. Muistipotilaan hoitoketju. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. [30.12.2011] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero>
- Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T., Sulkava, R.; Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki Duodecim.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino oy

LIITTEET

LIITE 1. Toimeksiantosopimus



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

Hankkeistettu opinnäytetyö

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

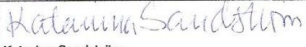
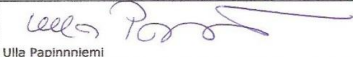
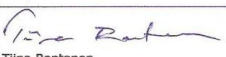
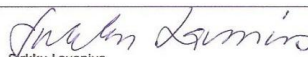
TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	Päijät-Hämeen dementiahoidon kehittämiskeskus hanke
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Projektikoordinaattori Tiina Rantanen/projektiv. Sirkku Lavonius
Lähiosoite	Harjukatu 48
Postinumero ja -toimipaikka	15100 Lahti
Toimipisteen kotikunta	Lahti
Puhelin	0503987586
Sähköposti	tiina.rantanen@lahti.fi
OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄ/T	
Nimi/nimet ja tunnuksset/tunnukset	Katarina Sandström 0800183
Ryhmätnunnus/tunnukset	08HOI08A
Koulutusohjelma ja -ala	Sosiaali-jaterveysala
Puhelin/puhelimet	0407635037
Sähköposti/postit	sandkata@lpt.fi
OHJAAJA	
Ohjaava opettaja	Ulla Papinniemi
Puhelin	044 708 0324
Sähköposti	ulla.papinniemi@lamk
Laitos	Sosiaali-ja terveysalanlaitos
OPINNÄYTETYÖ	
Opinnäytetyön nimi	Muistihoitajien kokemuksia muistihoitajaverkostosta ja sen

SOPIMUS TOIMEKSIANNOSTA	
<input type="checkbox"/>	Työelämä maksaa työn tekemisestä ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle
<input type="checkbox"/>	Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti työn tekemistä
<input checked="" type="checkbox"/>	Työyhteisö hyödyntää tuloksia toiminnassaan ja tästä on sovittu kirjallisesti erillisellä sopimuksella
<input checked="" type="checkbox"/>	Opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja
<input type="checkbox"/>	Opiskelija toimittaa toimeksiantajalle erillisen raportin opinnäytetyöstä
Muut selvitykset opinnäytetyön kustannuksista, tekijänoikeuksista, aikataulusta ja muista erikseen sovitusta yksityiskohdista voidaan liittää tämän sopimuksen liitteeksi.	
Liitteitä yhteensä _____ sivua.	
<input type="checkbox"/>	Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa ammattikorkeakoulun yritysrekisteriin.

Tällä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa *opinnäytetyöksi määritellyn tutkimuksen tai kehittämistehtävän toimeksiantajalle.*

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot ja antamaan tarvittavaa asiantuntijaohjausta.

ALLEKIRJOITUKSET

OPISKELIJA	Katarina Sandström
Paikka ja päiväys	24/2011
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 Katarina Sandström
OPISKELIJA	
Paikka ja päiväys	1/20
Allekirjoitus ja nimenselvennys	
OHJAAJA	Ulla Papinniemi
Paikka ja päiväys	24/12/2011
Allekirjoitus ja nimenselvennys	 Ulla Papinniemi
TOIMEKSIANTAJA	Tiina Rantanen Sirkku Lavonius
Paikka ja päiväys	24/12/2011
Allekirjoitus ja nimenselvennys	  Tiina Rantanen Sirkku Lavonius

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisältöistä kappaletta, joista yksi toimitetaan ammattikorkeakoulun opintotoimistoon tilastointia ja arkistointia varten ja yksi jää toimeksiantajalle.

Kopio sopimuksesta toimitetaan ohjaavalle opettajalle ja jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kopioista vastaavat opinnäytetyön tekijä tai tekijät.

Opinnäytetyö luetaan hankkeistetuksi, jos yksikin seuraavista kriteereistä täyttyy:

- (1) työelämä maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä
- (2) opinnäytetyölle on nimetty ohjaajaksi työelämän edustaja
- (3) työyhteisön tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omassa toiminnassaan ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista

Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen sopimalla niistä erikseen opinnäytetyöntekijän kanssa tämän sopimuksen liitteellä.

LIITE 2. Kartta



LIITE 3. Kyselylomake

TAUSTATIEDOT

Merkitse rastilla kysymyksen perään yksi sinulle parhaiten sopiva vaihtoehto. Kirjoita pyydettyä lisäselvitystä sille varattuun tilaan.

1. Mikä on ammatillinen koulutuksesi?

1. Ammattikoulu/ammatti-instituutti–tutkinto
2. Opistotasoinen tutkinto
3. Alempi ammattikorkeakoulu tutkinto
4. Ylempi korkeakoulututkinto/Korkeakoulututkinto
5. Muu, mikä? _____

2. Mitä lisäkoulutusta sinulla on ja kuinka kauan koulutus on kestänyt?

1. Vanhustyön erikoisammattitutkinto, _____ vuotta _____ kuukautta
2. Muistihoidajakoulutus, _____ vuotta _____ kuukautta
3. Muu, mikä? _____, _____ vuotta _____ kuukautta

3. Toimitko työssäsi muistihoidajana?

1. Päätoimisena
2. Muun työn ohella
4. Kuinka kauan olet toiminut muistihoidajana?

_____ vuotta

5. Kuinka paljon aikaa viikossa käytät muistihoidajan tehtäviin?

1. _____ tuntia
2. 1 – 2 päivää
3. 3 – 4 päivää
4. 5 päivää

Alla oleviin kysymyksiin pyydän sinua kuvailemaa omien kokemustesi perusteella

1. Millaisessa tilanteessa olet ollut yhteydessä toisiin muistihoitajiin
2. Miten olet ollut yhteydessä muiden muistihoitajien kanssa
3. Millaisia yhteyksiä sinulla on alueen muiden muistihoitajien kanssa muistihoitajaverkostossa
4. Miten koet ammatillisesti hyötyneesi verkostoitumisesta verkostotapaamisista
5. Miten koet verkostoitumisen merkityksen työtapojen ja toiminnan kehittämisessä
6. Miten haluaisit kehittää verkoston toimintaa

LIITE 4. Kutsu Päijät-Hämeen muistihoitajien verkostotapaamiseen

Päijät-Hämeen muistihoitajien verkostotapaaminen

Aika: maanantai 13.12.2010

Paikka: Amande, Aleksanterinkatu 11, Lahti

12:00 Tervetuloa ja ruokailu

Päivi Holopainen
Muistihoitaja
PHKS, neurologian pkl

12:30 Exelon tuoteinfo

Pasi Nurminen
Senior tuotespesialisti, RLE
Novartis Finland Oy

Kuntoutussuunnitelman käyttöönotto/kokemuksia
Muistipotilaan omaishoitajille suunnatut
arkikuntoutus ja ravitsemus -oppaat valmistuneet

Tiina Rantanen, Pääskyhanke
Sirku Lavonius, geriatri

Opinnäytetyön suunnitelman esittely

Katarina Sandström

15:30 Päijät-Hämeen muistiyhdistyksen puheenvuoro

16:00 Tilaisuus päättyy

Ilmoittauduthan tilaisuuteen ennakkoon 3.12.2010 mennessä : paivi.holopainen@phsotey.fi
Kerrothan samalla mahdollisesta erikoisruokavaliostasi.

Lämpimästi tervetuloa!

Päivi Holopainen

Muistihoitaja

PHKS

Pasi Nurminen

Senior tuotespesialisti, RLE

Novartis Finland Oy

040 744 9756

LIITE 5. Saatekirje

Hyvä muistihoitaja

Olen sairaanhoitaja (AMK) aikuisopiskelija Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmasta. Teen opintoihini liittyvää opinnäytetyötä Päijät-Hämeen dementiahoidon kehittämiskeskus eli Pääsky hankkeen käyttöön. Opinnäytetyöni käsittelee muistihoitajaverkosta ja sen kehittämistä muistihoitajan näkökulmasta.

Tavoitteenani on kerätä oheisella kyselylomakkeella tietoa muistihoitajaverkoston toimivuudesta, vaikuttavuudesta sekä verkostotoiminnan kehittämistarpeista. Saatavaa tietoa on tarkoitus käyttää Pääskyn tarjoamien koulutusten ja verkostotyön kehittämiseen.

Vastauksesi säilyy tunnistamattomana tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukseen antamasi tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei yksittäisen vastaajan tietoja ole mahdollista tunnistaa. Ainoastaan tutkija käsittelee vastaukset tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Odotan mielenkiinnolla vastauksia ja kiitän yhteistyöstä.

Toivon, että palautat kyselylomakkeen viimeistään 15.3.2011 sähköpostiosoitteeseen sandkata@lpt.fi. Vastauksesi ovat minulle ensiarvoisen tärkeitä.

Tarvittaessa vastaan kyselyyn liittyviin kysymyksiin

Lisätietoja kyselystä ja hankkeesta

Kiittäen

Katarina Sandström

P.0407635037

sandkata@lpt.fi

Tiina Rantanen

P.0503987586

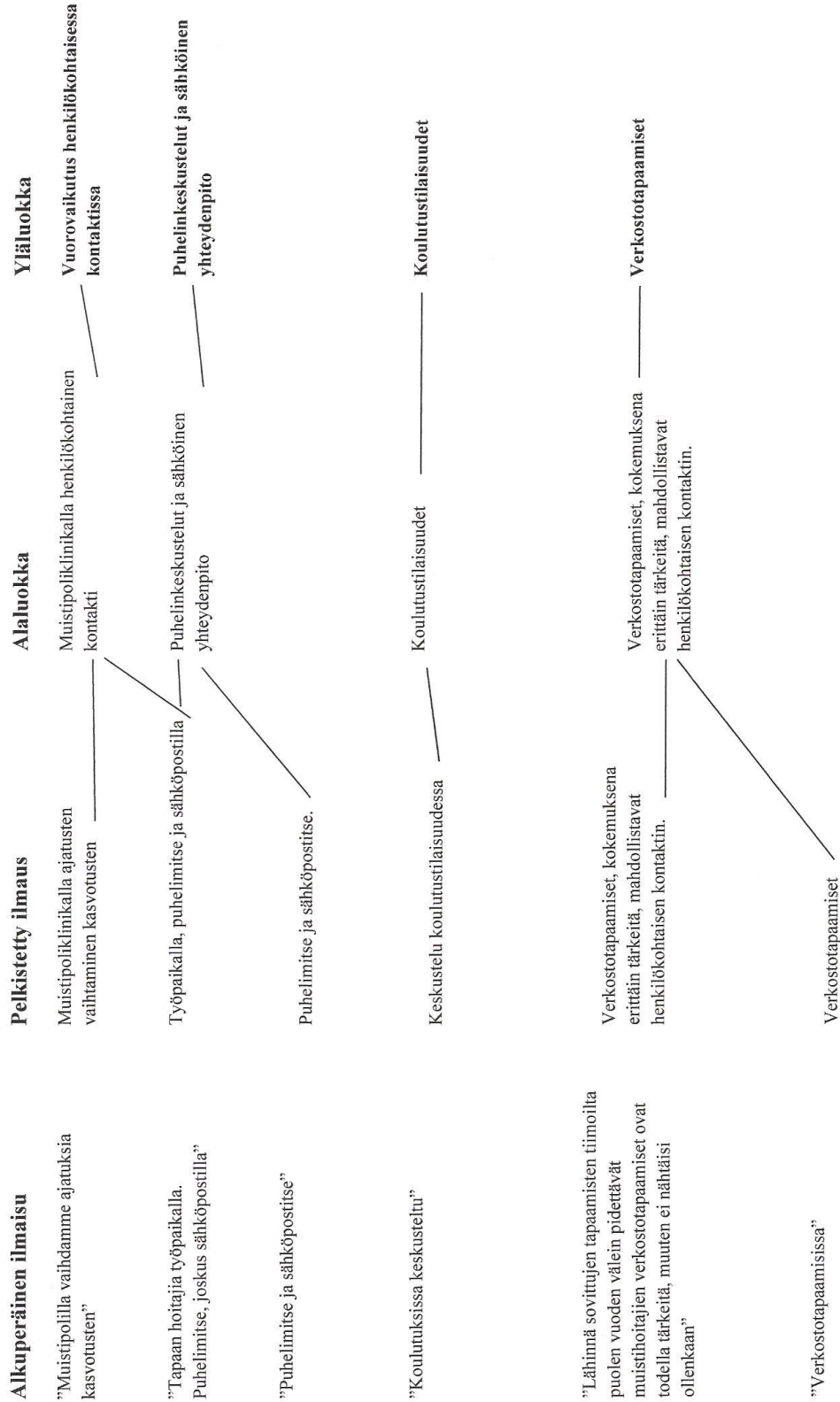
tiina.rantanen@lahti.fi

LIITE 6. Muistihoitajien kokemuksia tilanteista, joissa muistihoitajilla on ollut yhteys toisiin muistihoitajiin

1. Muistihoitajien kokemuksia tilanteista, joissa muistihoitajilla on ollut yhteys toisiin muistihoitajiin		Yläluokka
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
"Yhteys kun pitänyt sopia yhteisiä työtapoja oman alueen muistihoitajien kesken"	Yhteys kun sovitti yhteisiä työtapoja oman alueen muistihoitajien kesken	Toiminnan kehittämisen
"Oman alueen hoitajien kanssa yhteiset palaverit, joissa käydään läpi yhteisiä käytäntöjä"	Yhteiset palaverit oman alueen hoitajien kanssa, käydään läpi yhteisiä käytäntöitä	Verkoston kehittäminen
"Verkostotapaamiset, jotka tärkeitä keskusteltu työhaasteista ja toiminnan kehittämisestä"	Verkostotapaamiset tilanteina tärkeitä. Keskusteltu työhaasteista ja toiminnan kehittämisestä	Verkoston kehittäminen
"Enpä oikeastaan missään, hirmu vähän hyödynnän muita"	Ei oikein missään, vähän hyödynnän muita	Tilanteita ei ole tai on vähän hyödynnänyt toisia muistihoitajia
"Tarvetta yhteydenpitoon ei juuri ole ollut"	Ei juuri ole ollut	Tilanteita ei ole ollut
"Ongelmatilanteet, jotka liittyvät etuisuksiin"	Etuisuksiin liittyvät ongelmatilanteet	Ongelmatilanne
"Potilaan tietojen siirrossa, hänen siirtymässä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai toisinpäin"	Potilastietojen siirto, potilaan siirtymässä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä	Potilastietojen siirto hoitoketjussa
"Konsultaatioapua pyydyntänyt/antanut"	Pyydyntänyt tai antanut konsultaatioapua	Asiantuntijuuden vaihtaminen
"Tavatessamme muistipotilla, ajatusten vaihtoa potilasta. Koen keskustelut työnohjauksellisina"	Kohtaamisissa muistipotililla keskusteltua potilastietoa, kokemuksena tilanne työnohjauksellinen	Hoitajien välinen työnohjauksellinen dialogi potilasta hoitajien kohdatessa

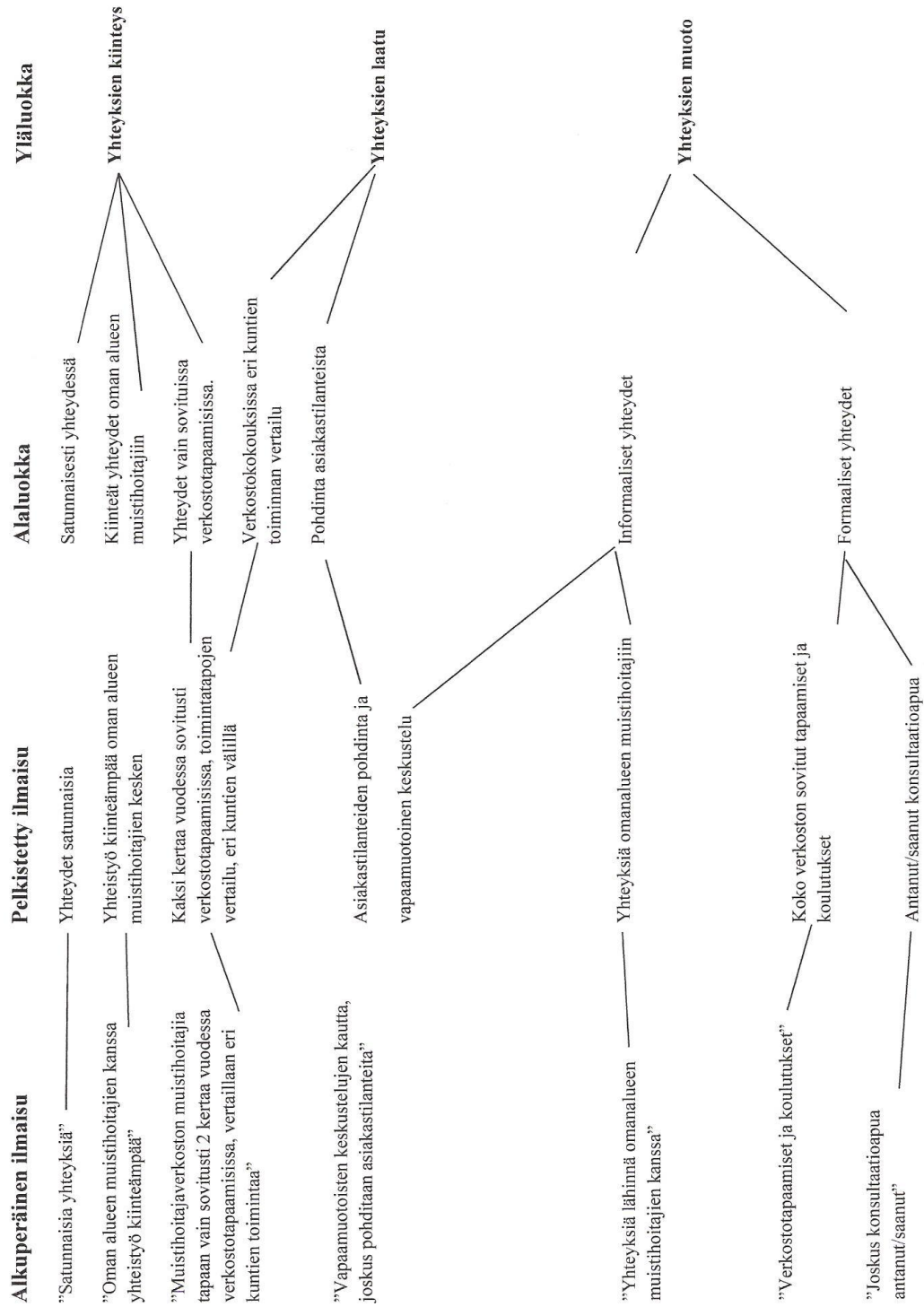
LIITE 7. Muistihoitajien kokemuksia yhteydenpitotavoista muihin muistihoitajiin

2. Muistihoitajien kokemuksia yhteydenpitotavoista muihin muistihoitajiin.



LIITE 8. Muistihoitajien kokemuksia yhteyksistä muiden muistihoitajien kanssa muistihoitajaverkostossa

3. Muistihoitajien kokemuksia yhteyksistä muiden muistihoitajien kanssa muistihoitajaverkostossa



LIITE 9. Muistihoitajien kokemuksia muistihoitajaverkoston ja verkostokokousten ammatillisesta hyödyistä

4. Muistihoitajien kokemuksia muistihoitajaverkoston ja verkostokokousten ammatillisesta hyödyistä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
"Hiiijalleen paremmin"	Hiiijalleen paremmin	Ammatillinen hyöty lisääntymässä	Ammatillinen hyöty kehittymässä
"Mielenkintoista kuulla kokemuksia toisten toiminnasta. On tärkeä tietää ettei ole yksin"	Kuulee muiden kokemuksia heidän toiminnasta ja tietoisuus muista lisääntyy.	Kokemusten jakaminen luo ammatillista yhteenkuuluvuuden tunnetta.	Verkostoituminen lisäänyt ammatillista yhteenkuuluvuutta
"Verkostoituminen tärkeää, koska muistihoitajia on vähän, lisää yhteishenkeä"	Verkostoituminen tärkeää, muistihoitajia on vähän, lisää yhteishenkeä	Verkostoituminen tärkeää, lisää yhteenkuuluvuutta	Potilasturvallisuus lisääntynyt
"Yhteenkuuluvuudentunne ja potilasturvallisuus lisääntyneet"	Yhteenkuuluvuudentunne ja potilasturvallisuus lisääntynyt	Lisäävät yhteenkuuluvuutta ja potilasturvallisuutta	Ammatillinen koulutus
"Verkostotapaamisissa on hyödyllistä koulutusta"	Verkostotapaamisissa hyödyllistä koulutusta	Verkostotapaamisten yhteydessä ammatillista koulutusta	Ammatillinen koulutus
"Ongelmiin löytyy paremmin ratkaisuja kun useampi henkilö tekee samaa työtä"	Ongelmien ratkaisu parantunut, useamman henkilön tehdessä samaa työtä.	Ongelmanratkaisu parempi yhteistyön myötä	Ammatillinen vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa
"Ammatillisesti vertaistukena"	Ammatillinen vertaistuki	Ammatillinen vertaistuki	Ammatillinen vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa
"Vertaistukena ja ongelmatilanteissa apua"	Vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa	Vertaistuki ja ammatillinen apu ongelmatilanteissa	Ammatillinen vertaistuki ja apu ongelmatilanteissa
"Hoitokäytännöt yhdenmukaistuneet ja tasapuolistuneet"	Hoitokäytännöt yhdenmukaistuneet ja tasapuolistuneet	Hoitokäytäntöjen yhdenmukaisuus ja tasapuolisuus	Yhdenmukaiset ja tasapuoliset hoitokäytännöt
"Löytää käytänteitä, joita voisi käyttää omassa työssään"	Käytäntöiden löytäminen, joita voi käyttää omassa työssä	Uusien käytäntöiden löytäminen	Uusien hoitokäytäntöiden löytäminen
"Saan uusimpia tietoja"	Saa uutta tietoa	Uutta tietoa	Uusien hoitokäytäntöiden löytäminen
"Tiedon siirto parantunut"	Tiedon siirto parantunut	Tiedon siirto kehittynyt	Uuden tiedon siirto kehittynyt
"Verkostoituminen on auttanut siihen että on helpompi ottaa muihin yhteyttä"	Verkostoituminen myötä, yhteydenotto muihin muistihoitajiin helpompaa.	Verkostoituminen myötä yhteydenpito muihin muistihoitajiin sujuvampaa	Ammatillinen yhteydenpito sujuvampaa

Liite 10. Muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisen merkityksestä työtapojen ja toiminnan kehittämisessä

5. Muistihoitajien kokemuksia verkostoitumisen merkityksestä työtapojen ja toiminnan kehittämisessä



LIITE 11. Muistihoitajien kehittämisehdotuksia muistihoitajaverkostotyöhön

6. Muistihoitajien kehittämisehdotuksia muistihoitajaverkostotyöhön

