

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Arja Korhonen  
Päivi Veikka

**MUISTISAIRAUDEN SEURANTA KOTIHOIDOSSA**  
Seurantavastuun siirtymiseen liittyvän muutosprosessin johtaminen

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2021



OPINNÄYTETYÖ  
Huhtikuu 2021  
Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijät: Arja Korhonen, Päivi Veikka

Nimeke: Muistisairauden seuranta kotihoidossa. Seurantavastuun siirtymiseen liittyvän muutosprosessin johtaminen.

Toimeksiantaja: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä eli Siun sote, geriatrinen osaamiskeskus.

#### Tiivistelmä

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä eli Siun sote vastaa alueellaan yhteensä 14 kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Toimeksiantaja toi esille tarpeen yhdenmukaistaa alueen kuntien erilaiset seurantakäytännöt liittyen säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantaan. Siun soten säännöllisen kotihoidon asiakkaiden muistisairauden seuranta kuuluu kotihoidolle, mutta alueellisia eroja on esiintynyt muistihoidajien ja kotihoidon henkilöstön välisessä työjaossa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda muistisairauden seurannasta toimintamalli sekä pilotoida malli yhdessä kotihoidon yksikössä. Opinnäytetyöhön kuului muutosprosessin johtaminen, jossa seurantavastuu siirtyy muistihoidajalta kotihoitoon. Tarkoituksena oli kehittää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seuranta. Aineistoa kerättiin kartoittamalla lähtötilannetta haastattelujen ja sähköisen kyselyn avulla sekä kolmessa työpajatapaamisessa. Muistisairauden seurantaan liittyviä käytännön ongelmia ratkaistiin moniammatillisissa työpajoissa, joihin osallistui kotihoidon henkilöstöä ja lähiesimiehiä sekä muistihoidajia.

Tuloksista ilmeni tarve selkeyttää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantakäytäntöjä ja luoda siihen yhtenäiset toimintatavat sekä ohjeistus. Lisäksi tuloksista nousi esille kotihoidon henkilöstön kokemaa tarve omaan muistiosaamisen laaja-alaiseen kehittämiseen. Tuloksissa esiintyi tyytymättömyyttä muutosviestintää kohtaan. Kotihoidon lähiesimiehet ja henkilöstö kokivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa seurantavastuun siirtymisestä eikä suunnitellun muutoksen vaikutuksista kotihoidon työtehtäviin. Jatkokehittämisehdotuksena on koota koulutusmateriaalia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön muistiosaamisen vahvistamiseksi, jotta turvattaisiin muistisairauksien mahdollisimman varhainen tunnistaminen.

Kieli: suomi

Sivuja 66  
Liitteet 5  
Liitesivumäärä 7

Asiasanat: muistisairauden seuranta, kotihoito, muutosprosessin johtaminen



THESIS  
April 2021  
Master's Programme in Active Ageing

Tikkarinne 9  
FI-80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 13 260 600

Authors

Arja Korhonen and Päivi Veikka

Title

Monitoring of Memory Disorder Clients in Home Care. Managing the Change Process Related to Monitoring Responsibility

Commissioned by

Geriatric Centre of Expertise at Siun sote – Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services

Abstract

Siun sote provides social and health care services for 14 municipalities in North Karelia. They raised the need to unify different monitoring practices employed by the municipalities concerning the monitoring of memory disorder clients in home care. According to Siun sote, regular monitoring is part of their policy, but there have been regional differences in the division of work between memory nurses and home care employees.

The purpose of the thesis was to create an operating model for monitoring memory disorder clients and test the model in one of the home care units. A part of the thesis was to manage the change process when the monitoring responsibility shifts from memory nurses to home care services. The aim was to develop monitoring among regular home care clients. The data was collected through interviews, an online questionnaire and three workshops. Practical problems were solved in multidisciplinary workshops involving home care employees, supervisors and memory nurses.

The study revealed the importance of clarifying the monitoring practices concerning regular memory disorder clients and to establish consistent procedures and guidelines. Furthermore, the project proved that the home care employees need to enhance their own competence. The results showed dissatisfaction with change management communication. The home care supervisors and employees reported that they did not receive enough information about the shift of monitoring responsibility and its effect on their workload.

A further development idea is to compile educational material to enhance memory disorder competence among social and healthcare staff, and thus, ensure the early identification of memory disorders.

Language  
Finnish

Pages 66  
Appendices 5  
Pages of Appendices 7

Keywords

monitoring memory disorders, home care, managing the change process

## Sisältö

1	Johdanto .....	5
2	Muistisairaat kotihoidon asiakkaina.....	6
2.1	Muistisairaudet ikääntymisen haasteena .....	6
2.2	Kotihoito muistisairaana arjen tukena .....	8
3	Muistisairauden seuranta.....	12
3.1	Muistisairauden seuranta osana laadukasta hoitokokonaisuutta.....	12
3.2	Arviointimenetelmät muistisairauden seurannassa.....	13
3.3	Muistisairauden seurannan linjauksia Siun sotien alueella .....	16
4	Kotihoito muutoksessa.....	19
4.1	Muutokset osana kotihoidon arkea .....	19
4.2	Muutosprosessin johtaminen .....	21
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät .....	25
6	Opinnäytetyön toteutus .....	26
6.1	Kehittämistoiminnan lähestymistavat.....	26
6.2	Opinnäytetyöprosessin aikataulu .....	28
6.3	Kehittämistoiminnan perustelu ja organisointi.....	29
6.4	Aineiston kerääminen .....	31
6.4.1	Haastattelu.....	31
6.4.2	Sähköinen kysely.....	32
6.4.3	Työpajatoiminta .....	33
6.5	Aineiston analysoiminen .....	34
6.6	Työpajojen toteuttaminen .....	36
7	Tulokset ja tuotos.....	39
7.1	Yhtenäiset toimintatavat .....	39
7.2	Osaamisen kehittäminen .....	43
7.3	Muutosjoustavuus.....	46
7.4	Muutosviestintä.....	47
8	Tulosten tarkastelu.....	48
8.1	Toimintamalli yhtenäisten toimintatapojen lähtökohtana.....	48
8.2	Osaamisen kehittäminen .....	49
8.3	Muutosjoustavuus.....	50
8.4	Muutosviestintä .....	51
9	Pohdinta.....	53
9.1	Opinnäytetyöprosessin arviointi .....	53
9.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	55
9.3	Hyödynnettävyys ja jatkokehittämissideat .....	58
	Lähteet.....	60

### Liitteet

Liite 1	Teemahaastattelurunko
Liite 2	Webropol-kyselylomake
Liite 3	Tiedote kehittämistyöstä kotihoidon työntekijöille
Liite 4	Esimerkkejä sisällönanalyysin etenemisestä
Liite 5	Suostumuslomake työpajatyöskentelyyn

## 1 Johdanto

Muistisairauden seuranta pohjautuu valtakunnallisiin ja moniammatillisten asiantuntijaryhmien laatimiin suosituksiin. Alueellisia eroja voi kuitenkin esiintyä esimerkiksi hoidon porrastuksessa ja vastuullisten toimijoiden työnjaossa, mutta hoidon lähtökohtana on aina muistisairaahan henkilön yksilölliset tarpeet. (Suhonen, Juva, Nikumaa & Erkinjuntti 2015, 537–540.) Tämän opinnäytetyön aihe nousi toimeksiantajana toimivan Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän eli Siun soten geriatrisen osaamiskeskuksen tarpeesta yhdenmuukaistaa säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantakäytäntöjä. Siun sote vastaa Pohjois-Karjalassa yhteensä 14 kunnan alueella muistisairaiden henkilöiden hoitokokonaisuuden järjestämisestä.

Tämän opinnäytetyön kohderyhmäksi valikoitui toimeksiantajan toimesta yhden Siun soten alueella olevan keskisuuren kaupungin kotihoidon yksikkö. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seuranta. Siun sote on linjannut, että säännöllisen kotihoidon asiakkaiden muistisairauden seuranta kuuluu kotihoitoon. Alueen kunnissa on kuitenkin esiintynyt seurannan toteuttamisessa työnjaollisia eroja muistihoitajien ja kotihoidon henkilöstön välillä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairaiden seurantakäytäntöjä uuden toimintamallin avulla ja siirtää Siun soten linjauksen mukaisesti seurantavastuu muistihoitajalta kotihoitoon.

Muistisairauden seurantavastuun siirtyminen aiheuttaa toimintatapojen ja työnjaon muutoksia kotihoidon henkilöstölle. Kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurannan kehittämisen lisäksi tässä opinnäytetyössä tarkastellaan muutosprosessin johtamista sekä kotihoidon henkilöstön hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä muutoksen aikana. Kotihoidon henkilöstön kokemaa työn kuormittavuutta ovat lisänneet suuri asiakasmäärä, osittain vähäiset henkilöstöresurssit sekä työhön kohdistuvat toistuvat muutokset (Sinervo, Vehko, Josefsson & Lehtoaro 2018, 68).

## 2 Muistisairaat kotihoidon asiakkaina

### 2.1 Muistisairaudet ikääntymisen haasteena

Muistisairaus on kansantaudiksi luokiteltava sairaus, joka aiheuttaa muistin ja muiden kognitiivisten eli tiedonkäsittelyn osa-alueiden heikkenemistä. Etenevä muistisairaus johtaa vähitellen toimintakyvyn heikkenemiseen, mikä vaikeuttaa itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toimissa, työssä sekä sosiaalisissa suhteissa. Useamman tiedonkäsittelytoiminnon osa-alueen heikentymistä kutsutaan dementiaksi, joka on oireyhtymä eikä erillinen sairaus. Yleisin etenevä muistisairaus ja dementiaa aiheuttava sairaus on Alzheimerin tauti, jota sairastaa noin 70 % kaikista sairastuneista. Muita yleisiä eteneviä muistisairauksia ovat aivoverenkierrosairauden muistisairaudet, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 19–21; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Muistisairauden tärkeimpänä riskitekijänä pidetään korkeaa ikää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 19). Viramon ja Sulkavan (2015) mukaan muistisairauksia esiintyy myös työikäisillä, mutta suurin osa sairastuneista on ikääntyneitä yli 80-vuotiaita. Suomen väestön ikärakenteen muuttuminen lisää merkittävästi iäkkäiden ja siten myös muistisairaiden osuutta väestössä. (Viramo & Sulkava 2015, 35.) Suomen väkiluku oli vuoden 2019 lopussa 5 525 292, joista yli 65-vuotiaiden osuus oli 22,28 %. Ennusteen mukaan vuonna 2040 yli 65-vuotiaiden väestöosuus tulee olemaan 26,2 % ja vuonna 2060 sen on arvioitu olevan 28,2 %. (Tilastokeskus 2020.) Suomessa sairastuu joka vuosi muistisairauteen noin 14 500 henkilöä (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021). Sosiaali- ja terveysministeriön (2020a, 19) mukaan muistisairautta sairastavia henkilöitä on Suomessa lähes 200 000, joista noin 93 000 henkilöä sairastaa keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. Näistä yli puolet asuu ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 521). On arvioitu, että keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavien suomalaisten osuus tulee kasvamaan tulevaisuudessa: vuonna 2040 heitä on noin 210 000 ja vuonna 2060 noin 240 000 henkilöä (Viramo & Sulkava 2015, 36).

Sairauden eteneminen ja oireilu ovat yksilöllisiä sekä hieman erilaisia eri muistisairauksissa, joten taudinkulun tarkka ennustaminen on vaikeaa. Yksilöllisten erojen taustalla vaikuttavat myös sairastuneen peruspersoonallisuus, elämänhistoria, sairauden vaikeusaste sekä mahdollisesti erilaiset fyysiset oireet esimerkiksi kipu ja väsymys. Lisäksi erot voivat aiheutua sairastuneen omasta sopeutumisesta sekä kokemuksista toisten henkilöiden suhtautumisesta muistisairauteen, koetusta turvallisuuden tunteesta ja yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta hoidossa. (Muistiliitto 2017.) Kaikissa etenevissä muistisairauksissa esiintyy kuitenkin yleisiä oireita, joita ovat kognitiivisten osa-alueiden heikentyminen, käyttäytymisen muutokset sekä omatoimisuuden väheneminen. Kognitiiviset muutokset voivat liittyä esimerkiksi muistiin, toiminnanohjaukseen, käsitteelliseen ajatteluun, hahmottamiseen ja kielellisiin toimintoihin. (Hallikainen 2019, 54). Käyttäytymisen muutokset tarkoittavat psyykkisiä oireita ja käyttäytymiseen liittyviä haitallisia muutoksia, kuten masennusta, levottomuutta, häiriöitä uni-valverytmissä sekä syömishäiriöitä (Vataja & Koponen 2015, 90).

Erilaisia käyttäytymisen muutoksia eli käytösoireita esiintyy lähes kaikilla muistisairailta sairauden jossakin vaiheessa, ja sairauden edetessä oireilu yleensä lisääntyy. Käytösoireiden on arvioitu heikentävän merkittävästi muistisairaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua, jopa enemmän kuin kognitiivisten osa-alueiden tai toimintakyvyn heikkeneminen. (Tible, Riese, Savaskan & von Gunten 2017; Vataja & Mönkäre 2019, 56–57.) Myös yhteiskunnallisesti käytösoireiden esiintymisellä on merkitystä, koska ne voivat lisätä muistisairaana omaisten uupumista ja siten tarvetta muistisairaana siirtymiselle ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan. Muistisairaana henkilön käytösoireiden ilmenemistä voidaan vähentää selvittämällä ja huomioimalla käyttäytymisen syitä sekä käyttämällä asianmukaisia ohjaamisen keinoja. Lisäksi hyvillä vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys muistisairaana henkilön ymmärretyksi tulemisen vahvistamisessa sekä olemassa olevan toimintakyvyn tukemisessa. Tarvittaessa myös lääkehoidolla voidaan lieventää käytösoireiden esiintymistä, mutta se edellyttää säännöllistä lääkehoidon vasteen arvioimista. Muistisairaana kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluvat lisäksi kuntouttavat ja muut toimintakykyä vahvistavat toimet. (Mönkäre 2019, 59; Rinne, Hallikainen, Suhonen, Rosenvall & Erkinjuntti 2015, 455; Tible ym. 2017.)

Muistisairaudet aiheuttavat suuria muutoksia muistisairaahan sekä hänen läheistensä elämään ja sairauden edetessä erilaiset arkielämän haasteet lisääntyvät. Väestön ikärakenteen muuttumisesta aiheutuva muistisairauksien lisääntyminen aiheuttaa lisäksi tulevaisuudessa merkittäviä haasteita kansanterveydelle ja -taloudelle (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2020). Muistisairauksista aiheutuvat suurimmat kustannukset syntyvät ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 520). Kaikilla erilaisilla muistisairasta henkilöä ja hänen omaishoitajaansa tukevilla toimilla, joilla ympärivuorokautisen hoidon tarvetta saadaan siirrettyä myöhemmäksi, aikaansaadaan siis huomattavia säästöjä kustannuksissa (Martikainen & Viramo 2015, 54).

Mahdollisimman varhaisella muistisairauden diagnosoinnilla, asianmukaisilla lääke- ja muilla hoitotoimilla, sairauden seurannalla sekä oikea-aikaisilla tuki- ja kuntoutustoimilla voidaan viivästyttää oireiden etenemistä, ylläpitää sairastuneen toimintakykyä ja tukea omaisten jaksamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 12). Näiden toimien avulla voidaan vahvistaa myös sairastuneen ja hänen läheistensä elämänlaatua (Martikainen & Viramo 2015, 54). Tässä opinnäytetyössä keskitytään tarkastelemaan ja kehittämään kotihoidossa tapahtuvaa muistisairauden seurantaan. Sosiaali- ja terveysministeriö (2012, 7) toteaaakin kotihoidon toimintojen kehittämisen tukevan muistisairaahan ja hänen läheistensä elämänlaatua sekä viivästyttävän ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan siirtymistä, joten toiminta vähentää kustannuksia.

## **2.2 Kotihoito muistisairaahan arjen tukena**

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (980/2012, 5 §) velvoittaa kuntia laatimaan suunnitelman toimenpiteistään, joilla tuetaan ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Lisäksi on oltava suunnitelma, kuinka ikääntyneiden tarvitsemat palvelut ja omaishoito järjestetään sekä niitä kehitetään. Lain mukaan toimenpiteiden avulla pyritään edistämään ikääntyneiden kotona asumista ja kuntoutumista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 980/2012, 5 §.) Uudessa laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (Sosiaali-

ja terveysministeriö 2020a) todetaan, että valtaosa ikääntyneistä haluaakin asua kotona. Vuonna 2018 yli 75-vuotiaiden asumispaikkana oli 91 %:lla oma koti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 37.) Muistiliiton Hyvän hoidon -kriteeristön mukaan kodin tuttu ympäristö ja rutiinit auttavat muistisairasta henkilöstä selviytymään arjessa parhaiten (Muistiliitto 2016, 49).

Suomessa julkinen sektori tuottaa suurelta osin muistisairaahan henkilön tarvitseman hoidon sekä palvelut, jotka ovat jaoteltu tarpeenmukaisesti kotihoidosta tehostettuun palveluasumiseen tai muuhun ympärivuorokautiseen hoitoon. Säännöllinen hoito alkaa yleensä kotihoidon palveluilla, kun muistisairaus heikentää toimintakykyä ja omatoimista arjessa toimimista. Sairauden edetessä ympärivuorokautisen hoitopaikan tarve alkaa, kun kotihoidossa ei pystytä enää varmistamaan muistisairaahan henkilön tarvitsemaa laadukasta hoitoa tai turvallista kotona asumista. (Hupli, Koskenniemi, Katajisto, Stolt, Suhonen & Leino-Kilpi 2015, 258–259.) Suomessa ympärivuorokautisen hoitopaikan tarve johtuu yleisimmän etenevistä muistisairauksista (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 521).

Kotihoito määritellään sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, 20 §) kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaksi kokonaisuudeksi. Kotipalvelulla tuetaan sellaista kotona asuvaa henkilöä, jolla on vaikeuksia selviytyä omatoimisesti päivittäisissä perustoiminnoissa sekä muissa arjen toiminnoissa. Kotipalvelussa työskentelevät ovat koulutukseltaan yleensä lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b.) Kotisairaanhoidon toteuttaa terveydenhuoltolain (1326/2010, 25 §) määrittämiä terveyden- ja sairanhoidon tehtäviä asiakkaiden kotona osana moniammatillista tiimiä. Säännöllisen kotihoidon asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka saa kotihoidon käynnejä vähintään kuutena päivänä 60 vuorokauden aikajaksolla (Saukkonen, Mölläri, Mäkelä & Kehusmaa 2020, 6).

Suomessa oli vuoden 2018 lopussa 73 563 säännöllisen kotihoidon asiakasta, joista 77 % oli yli 75-vuotiaita (Mielikäinen & Kuronen 2019). Säännöllisessä kotihoidossa olevilla asiakkailla on somaattisten sairauksien lisäksi noin puolella jokin muistioire (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 19). Nykyiset linjaukset suosivat paikallaan ikääntymistä (ageing in place), jota tuetaan lisääntyvän sekä

kehittyvän digitalisaation ja hyvinvointiteknologian avulla. Teknologiaa hyödyntämällä pyritään mahdollistamaan ja vahvistamaan muistisairaiden henkilöiden arvokkaan arjen elämisen edellytyksiä omassa kodissa etenevästä sairaudesta huolimatta. Erilaiset teknologiset ratkaisut, esimerkiksi kuvapuhelimen käyttö sekä paikantamisen, seurannan ja hälyttämisen keinot mahdollistavat muistisairaahan henkilön itsenäisen liikkumisen ja arjessa toimimisen. (Riikonen & Paavilainen 2018, 115, 117; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 33.) Teknologiset ratkaisut ovat lisänneet kotihoidon henkilöstön mahdollisuuksia toteuttaa asiakastyötä, mutta ne eivät kuitenkaan pysty syrjäyttämään ihmisten työpanosta kotihoidossa (Kuntatyönantajat 2019, 1). Ikääntyneiden henkilöiden kotona asumista tuetaan mahdollisimman pitkään, jotta siirtymistä ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan saataisiin siirrettyä myöhemmäksi. Tämä on johtanut siihen, että kotihoidon henkilöstön työpanos kohdentuu entistä enemmän runsaasti hoivapalveluja tarvitseviin ikääntyneisiin. Kotihoidossa on lisääntynyt myös yöaikaisen palvelun tarve ja saatavuus. (Rissanen 2019, 5.)

Muistisairaahan henkilön omaisilla, erityisesti puolisoilla, on tärkeä rooli sairastuneen hoitamisessa kotona (Turjamaa, Salpakari & Koskinen 2020). Vuonna 2017 Suomessa oli yhteensä 46 132 omaishoitajaa, joista 60 % toimi puolisonsa omaishoitajana. Muistisairaudet ovat nykyisin yleisin syy omaishoidon tarpeelle. Vuonna 2017 kaikista omaishoidettavista 34 %:lla oli jokin muistisairaus. (Leppäaho, Kehusmaa, Jokinen, Luomala & Luoma 2019, 27–28.) Muisti-barometri vuodelta 2015 nostaa esille tavoitteen saada lisättyä muistisairasta henkilöä hoitavien omaisten määrää (Finne-Soveri, Kuusterä, Tamminen, Heimonen, Lehtonen & Noro 2015, 40). Muistisairaalla ja hänen omaishoitajallaan on keskeinen rooli myös palveluihin liittyvässä päätöksenteossa (Turjamaa ym. 2020). Valvira eli Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto korostaa muistisairaahan henkilön itsemääräämisoikeuden kunnioittamista itseään koskevissa päätöksissä. Sairastuneen laillisen edustajan tai omaisen mielipide ei voi syrjäyttää muistisairaahan henkilön tekemää ratkaisua, jos hän on kykenevä päättämään omista asioistaan. Valviran mukaan muistisairas henkilö voi olla kykenevä tekemään omaan hoitoon liittyviä päätöksiä, vaikka hänellä ei olisi enää kykyä hoitaa taloudellisia asioitaan. (Valvira 2018.)

Erhola, Alastalo ja Kehusmaa (2017) ovat selvittäneet muistisairaahan henkilön itsemääräämisoikeuden toteutumista osana hoitoa. Aiheen tarkastelu on osa suomalaista tutkimusta, missä selvitettiin koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden asiakkaiden kokemuksia hoidon ja palveluiden laadusta. Kyselytutkimus toteutettiin vuosina 2015–2016 ja siihen osallistui lähes 3 000 asiakasta, 2 400 omaista sekä 8 700 omahoitajaa yhteensä 300:sta kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköstä. Tutkimuksen mukaan kotihoidossa olevat korkeintaan keskivaikeasti muistisairaant henkilöt pystyivät osallistumaan hoitonsa suunnitteluun paremmin kuin ympärivuorokautisessa hoitopaikassa olevat. Tutkimuksessa korostetaan, että muistisairaudesta ja sen etenemisestä huolimatta sairastuneella on oikeus tulla kuulluksi sekä hänellä on oikeus tehdä itselle mielekkäitä asioita ja omaan elämään liittyviä päätöksiä. (Erhola ym. 2017, 1–4.) Kotihoidon henkilöstöltä edellytetäänkin taitoa huomioida sairastuneen itsemääräämisoikeuden toteutuminen arjessa sekä kykyä työskennellä yhdessä muistisairaahan ja omaishoitajan kanssa, jotta voidaan kunnioittaa heidän tapaansa elää elämäänsä. Lisäksi kotihoidon henkilöstöllä pitää olla herkkyyttä huomioida omaishoitajan voimavarat ja mahdolliset uupumisen oireet kotona tapahtuvassa hoitotyössä. (Turjamaa ym. 2020.)

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023 korostaa muistisairaahan henkilön kotona asumisen ensisijaisuutta, joten kotihoidon henkilöstön osaamisen ja toimintojen jatkuva kehittäminen on tärkeää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 12). Säännöllisessä kotihoidossa olevien muistisairaiden asiakkaiden ja heidän läheistensä kokonaistilanteen tunteminen ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde luo hyvän pohjan laadukkaalle muistisairauden seurannalle. Tämä edesauttaa tunnistamaan arjesta nousevia tarpeita ja turvaamaan oikea-aikaiset tuki- ja hoitotoimenpiteet, joiden avulla voidaan tukea sairastuneen toimintakykyä mahdollisimman pitkään.

### 3 Muistisairauden seuranta

#### 3.1 Muistisairauden seuranta osana laadukasta hoitokokonaisuutta

Suosittelusten mukaan laadukas muistisairauden hoito ja seuranta edellyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä perehtyneisyyttä muistisairauksiin. Seurantaa toteuttavat hoitoketjun eri tasoilla esimerkiksi muistihoitajat, muistikoordinaattorit, kotihoidon henkilöstö sekä eri erikoisalojen lääkärit, kuten geriatriitrit ja neurologit. Muistisairaiden hoitoketjuissa esiintyy kuitenkin alueellisia eroja työn- ja vastuunjakosopimuksissa. (Suhonen, Juva, Nikumaa & Erkinjuntti 2015, 537–539, 542.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantaan. Seurannan toteuttaa kotihoidon henkilöstö, ja vastuulääkärinä toimii tilanteen mukaan kotihoidon lääkäri, geriatri tai neurologi.

Muistisairaahan henkilön laadukas hoitokokonaisuus edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden saumatonta yhteistyötä, jotta saadaan turvattua sairastuneen sekä hänen läheistensä tarvitsemat etuudet ja palvelut. Siirtyminen palveluiden välillä tai oleminen niiden rajapinnoilla lisää riskiä tiedonkulun ongelmiin ja palveluketjun katkeamiseen, jonka seurauksena palvelun laatu voi heikentyä. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015, 509; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012, 12.) Muistisairaahan hyvän hoidon edellytyksenä on säännöllinen muistisairaahan etenemisen seuranta sekä muistisairaahan henkilön ja hänen omaistensa ohjaaminen muuttuvissa elämäntilanteissa. Lisäksi seurannassa ennakoidaan mahdollisia tulevaisuuden tarpeita ja riskejä. Muistisairaahan henkilön mielekkään elämän mahdollistaminen ja elämän loppuvaiheen hyvän hoidon suunnittelu sisältyvät myös laadukkaaseen hoitokokonaisuuteen. (Immonen & Hallikainen 2019, 46–47.)

Käypä hoito -suositusten mukaan etenevän muistisairaahan seuranta tulee toteuttaa puolen tai yhden vuoden välein. Suositusten mukaiseen seurantaan sisältyvät lääkehoidon arviointi, muistisairaahan kokonaisvaltainen arjessa selviytymisen kartoittaminen, muistin, sairauden vaiheen ja käyttäytymisen muutosten

sekä mielialan arviointi. Muistisairaahan henkilön akuuttien ja kokonaistilannetta pahentavien tekijöiden tunnistaminen, arvioiminen ja hoito ovat osa säännöllistä päivittäistä seuranta. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) Kotona asuvan muistisairaahan henkilön lääkehoidon toteutuminen ja lääkityksen vasteen arvioiminen tulisi tapahtua yhteistyössä muistisairaahan ja hänen läheistensä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Sairaudesta johtuva muistin heikentyminen tai sairautentunnottomuus voivat vaikeuttaa muistisairaahan henkilön itsenäistä lääkehoidon toteuttamista suunnitellusti. (Lönroos & Sillanpää 2014, 225.)

Muistisairaahan seurantaan liittyy olennaisena osana sairastuneen kokonaisvaltainen omassa elinympäristössä selviytymisen arvioiminen, koska muistisairauteen liittyy toimintakyvyn laaja-alainen heikentyminen sairautensa edetessä (Muistiliitto 2016, 20). Toimintakykyä arvioidessa huomioidaan henkilön fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä suoriutuminen arkitoiminnoista. Kotihoidossa arvioidaan järjestelmällisesti kognitiivista toimintakykyä sekä arki-suoriutumista. Myös fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn arvioiminen toteutuvat säännöllisesti. Sen sijaan sosiaalista toimintakykyä arvioidaan huomattavasti vähemmän. Mittareita, joilla voidaan arvioida henkilön kykyä toimia ja ilmaista itseään sekä henkilön osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä on olemassa vähän. Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen kuuluu usein osana laajempaa RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointia. (Penttinen, Kolehmainen, Alastalo, Havulinna & Valkeinen 2020, 1.)

### **3.2 Arviointimenetelmät muistisairaahan seurannassa**

Lain mukaan ikääntyneen henkilön toimintakykyä tulee arvioida luotettavien mittareiden avulla laaja-alaisesti (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012).

Arvioinnin laajuus ja käytettävät mittarit määräytyvän muistisairaahan henkilön kokonaistilanteen ja arvioinnin tarkoituksen perusteella. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan muistisairaahan vaikeusasteen ja etenemisen seurantaan, palvelusuunnitelman laatimiseen sekä tarvittavien tukitoimien ja etuisuuksien

määrittelyyn, joiden avulla voidaan tukea mahdollisimman itsenäistä arjessa suoriutumista. Suomessa toimintakyvyn arvioinnissa on alueellisia eroja. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021; Penttinen ym. 2020, 1, 4–5.) Arviointimenetelmiin on kuitenkin tulossa muutos, koska lakimuutos velvoittaa kuntia yhdenmukaistamaan käytäntöjä. Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) on tullut muutossäädös (565/2020), mikä edellyttää RAI-arviointijärjestelmän käyttämistä ikääntyneen toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa viimeistään 1.4.2023.

Fyysinen toimintakyky ilmenee muistisairaahan henkilön kykynä selviytyä arjen perustoiminnoista sekä päivittäisistä askareista ja asioinneista. Sairastuneen henkilön toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa aluksi monimutkaisempia arkitoimintoja, kuten kodinkoneiden käyttöä ja raha-asioiden hoitoa. Sairauden edetessä vaikeutuu myös päivittäistoiminnoista selviytyminen, esimerkiksi peseytyminen ja pukeutuminen. (Muistiliitto 2016, 20; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) Kotihoidossa arkisuoriutumisen arviointi on yleensä osa RaVa (Rajala-Vaissi) - tai RAI-arviointia. Yksittäisistä arkisuoriutumisen mittareista käytössä ovat esimerkiksi Katzin ADL (Activities of Daily Living) -, Lawtonin IADL (Instrumental Activities of Daily Living) - tai ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Consortium-Activities of Daily Living) -mittarit. Fyysisen toimintakyvyn yksittäisinä arviointimittareina käytetään kotihoidossa esimerkiksi tuoliltanousutestiä ja lyhyen matkan kävelyä. (Muistiliitto 2016, 20; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021; Penttinen ym. 2020, 2–4.)

Muistisairaahan henkilön kognitiivista toimintakykyä eli tiedonkäsittelykykyä arvioidaan neuropsykologisella testisarjalla esimerkiksi MMSE (Mini-Mental State Examination) -testillä. Tämän avulla seurataan sairastuneen orientaatiota, muistia, tarkkaavuutta, kielellisiä perustaitoja sekä hahmottamista. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) Muistisairaahan edetessä tiedonkäsittelyn eri osa-alueilla tapahtuu huomattavaa heikkenemistä, joten näiden seuraamisella voidaan arvioida osaltaan sairastuneen kykyä selviytyä arjesta (Erkinjuntti ym. 2015, 20). Tiedonkäsittelyn heikentymistä ja etenevän sairauden vaikeusastetta voidaan arvioida CDR (Clinical Dementia Rating) -asteikolla (Rosenwall 2015, 388). Muistisairaahan eteneminen jaetaan perinteisesti kolmeen vaiheeseen:

lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Lievässä vaiheessa sairastunut selviytyy kotona lähes itsenäisesti, keskivaikeassa vaiheessa tarvitsee huomattavasti apua kotona selviytymiseen ja vaikeassa vaiheessa kotona asuminen ei yleensä enää onnistu. Alzheimerin tauti on selkeästi yleisin etenevä muistisairaus ja sen tyypillisten piirteiden etenemisen seurantaan on kehitetty GDS-FAST (Global Deterioration Scale, Functional Assessment and Staging) -arviointiasteikko. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.)

Kaikkiin muistisairauksiin kuuluu sairauden jossakin vaiheessa käyttäytymisen muutoksia ja usein esiintyy myös haitallisia psyykkisiä oireita. Muistisairaahan henkilön toimintakyvyn tukemiseksi sekä sairastuneen ja hänen omaistensa elämänlaadun vahvistamiseksi käytösoireiden seuraaminen ja sen perusteella aloitettava tarvittava hoito voivat olla edellytys kotona asumiselle. (Vataja 2015, 349.) Käytösoireen ilmaannuttua lääketieteellisen tutkimuksen avulla tulee varmistaa, ettei oireilun taustalla ole somaattista ja hoitoa vaativaa syytä (Eloniemi ym. 2015, 513). Psykkisen toimintakyvyn alueelta käyttäytymisen muutosten ja levottomuuden seurantaan voidaan käyttää CMAI (Cohen-Mansfieldin) -levottomuusasteikkoa ja mielialan arvioimiseen esimerkiksi GDS (Geriatric Depression Scale) - tai Cornellin masennusasteikkoa (Immonen & Hallikainen 2019, 47).

Sanders, Behrens, Schwartz, Wengreen, Corcoran, Lyketsos & Tschanz (2016) ovat tutkineet ravitsemustilan yhteyttä kognition ja toimintakyvyn heikkenemiseen muistisairailla henkilöillä. Tämän yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan muistisairaahan henkilön heikentynyt ravitsemustila voi ennustaa myös käytösoireita sekä toimintakyvyn heikkenemistä. Muistisairauden seurantaan kuuluu myös ravitsemuksen ja painon seuranta, koska muistisairailla henkilöillä on todettu suurentunut riski aliravitsemukseen. Aliravitsemus voi vaikuttaa kognition heikkenemiseen sekä lisätä kaatumisvaaraa ja infekti- sekä painehaavariskiä. (Mole, Kent, Abbott, Wood & Hickson 2018, 486.) Ravitsemustilan arviointiin voidaan käyttää MNA (Mini Nutritional Assessment) -testiä. Säännöllisesti painoa seuraamalla kyetään toteamaan painossa mahdollisesti tapahtuvat muutokset sekä arvioimaan riittävä energiansaanti. Seurannan avulla voidaan suunnitella ja toteuttaa hyvän ravitsemuksen toteutuminen. (Salo & Hallikainen 2019, 260.)

Muistisairaahan ja hänen läheistensä hyvinvointiin ja elämänlaatuun vaikuttavat sairastuneen nukkuminen ja vuorokausirytmien häiriöt (Mönkäre & Hallikainen 2019, 71). Uni- ja valverytmien häiriöt ovat yleisiä muistisairailla henkilöillä. Ne voivat ilmetä esimerkiksi iltaa kohti lisääntyvänä levottomuutena, katkonaisena yönä sekä vastaavasti päiväaikaisena väsymyksenä. Vuorokausirytmien häiriöt kuormittavat sairastuneen ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä voivat aiheuttaa tarpeen ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan siirtymiselle. (Kolanowski, Fortinsky, Calkins, Devanand, Gould, Heller, Hodgson, Kales, Kaye, Lyketsos, Resnick, Schicker & Zimmerman 2018.)

Muistisairauden seuranta perustuu mittaustuloksista saatuun tietoon sekä asiakkaan kokonaistilanteen arviointiin. Arvioinnin yhteydessä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan on mahdollista tehdä muutoksia yksilöllisen elämäntilanteen ja sairauden oirekuvan mukaisesti. (Immonen & Hallikainen 2019, 46; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021). Tässä opinnäytetyössä varmistetaan, että kotihoidon henkilöstöllä on valmiuksia käyttää seurannan mittareita ja menetelmiä luotettavasti osana kokonaisvaltaista muistisairauden seurantaan. Laadukas ja yksilöllähtöinen hoitokokonaisuus edellyttääkin muistisairauksiin perehtynyttä ammattihenkilöstöä sekä selkeää alueellista vastuun- ja työnjakoa (Suhonen ym. 2015, 537–539). Hallikaisen, Immosen, Mönkäreen ja Pihlakerin (2019) mukaan hyvällä hoidolla ja toimivalla hoitoketjulla voidaan hidastaa muistisairauden etenemistä ja muistisairaahan henkilön siirtymistä ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan. Uusi laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostaa muistiosaamisen kehittämisen merkitystä kaikissa ikääntyneiden palveluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 57).

### **3.3 Muistisairauden seurannan linjauksia Siun sotien alueella**

Muistisairauden seuranta sisältyy palvelukokonaisuuteen, mikä pohjautuu valtakunnallisiin ja moniammatillisten asiantuntijaryhmien laatimiin suosituksiin.

Alueellisia eroja voi kuitenkin esiintyä hoidon porrastuksen, työnjaon ja vastuulisten toimijoiden suhteen. Palvelujen suunnittelun lähtökohtana tulee olla asiakaslähtöinen ajattelu, jossa muistisairaalla ja hänen omaisellaan sekä kotihoiolla ovat keskeiset roolit. (Suhonen ym. 2015, 538–542).

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän eli Siun soten linjauksen mukaan yli 75-vuotiaiden henkilöiden muistisairausten diagnosointi ja seuranta tapahtuu geriatrisella muistipoliklinikalla, jossa työskentelee työparina geriatri ja muistihoitaja. (Siun sote 2019a.) Muistihoitaja on erikoistunut etenevien muistisairauksien tunnistamiseen, taudin määrittämiseen ja hoitoon yhteistyössä lääkärin kanssa (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021). Säännöllisessä kotihoitossa olevien yli 75-vuotiaiden muistisairauksien seuranta tapahtuu diagnosoinnin jälkeen kotihoitossa ja hoitovastuu on kotihoiton lääkäriellä. Tarvittaessa seuranta voidaan toteuttaa myös geriatrisella muistipoliklinikalla. Alle 75-vuotiaiden henkilöiden muistisairausten diagnosointi tehdään neurologian poliklinikalla, joten diagnosoinnin jälkeen hoitovastuu on siellä vielä 6–12 kuukautta tai tarpeen mukaan. Tämän jälkeen heidän hoitovastuunsa siirtyy geriatriselle muistipoliklinikalle tai säännöllisessä kotihoitossa olevilla kotihoitoon. (Siun sote 2019a.)

Siun soten muistiasiakkaan hoitopolun mukaan muistisairausten seuranta toteutetaan 3–4 viikon, 6 kuukauden ja vuoden kuluttua diagnosoinnista. Tarvittaessa voidaan olla yhteydessä puhelimitse asiakkaaseen tai omaiseen 3 kuukauden kuluttua diagnosoinnista. Jatkossa seurantakäynnit tapahtuvat asiakkaan henkilökohtaisen kuntoutus- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Siun soten linjauksen mukaan seuranta sisältää toimintakyvyn osalta päivittäisten perustointojen arvioimisen Katzin ADL-mittarilla sekä välineellisten toimintojen kartoittamista Lawtonin ja Brodyn IADL-mittarilla. Pitkälle edenneessä muistisairausten vaiheessa fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseen voidaan käyttää Barthel-indeksiä. Tarvittaessa mielialaa kartoitetaan yli 75-vuotiailla geriatrisella depressioasteikolla (GDS) ja alle 75-vuotiailla BDI-kyselyllä. Sairastuneen voimien muuttuessa levottomuuden arvioimiseen käytetään CMAI-mittaria. Muistisairausten seurantaan kuuluu myös ravitsemustilan arvioiminen MNA-testillä. Tiedonkäsittelyn ja muistin tasoa kartoitetaan MMSE-mittarilla. (Siun sote 2019a.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan kotona asuvan muistiasiakkaan säännöllinen seuranta olisi keskitettävä muistikoordinaattorille hoidon ja palvelun kokonaisuuden turvaamiseksi. Muistikoordinaattorin tehtäviin kuuluu muistisairaahan hoitojen kokonaisuuden ohjaaminen sekä sairastuneen ja hänen läheistensä tukeminen. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.) Vuonna 2017 on tehty Siun soten toimeksiannosta ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, jossa tarkastellaan muistihoidajan roolia yli 65-vuotiaiden muistisairaiden hoidon kehittämisessä. Opinnäytetyöprosessin aikana päädyttiin luopumaan alueella muistikoordinaattoritoiminnan kehittämisestä, koska Siun soten alueella ei ole varsinaisia muistikoordinaattoreita ja muistihoidajat tekevät osittain koordinaattorin tehtäviä osana omaa työnkuvaansa. (Hirvonen & Nykänen-Juvonen 2017, 41, 55.) Näin Siun soten linjausten mukaisesti kotona asuvan muistiasiakkaan seuranta toteutuu muistihoidajan tai kotihoidon henkilöstön tekemänä (Siun sote 2019a).

Siun sote on siis linjannut laatimassaan muistiasiakkaan hoitopolussa, että säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seuranta toteutuu diagnosoinnin jälkeen kotihoidossa ja tarvittaessa kotihoidon henkilöstö voi konsultoida muistihoidajaa. Tässä on kuitenkin esiintynyt eri kuntien alueilla työnjaollisia eroja muistihoidajien ja kotihoidon henkilöstön välillä. Hirvonen ja Nykänen-Juvonen (2017, 46) tuovat opinnäytetyössään esille tarpeen selkeyttää työnjakoa muistisairauden seurannassa. Tämän opinnäytetyön lähtökohtana onkin ollut tarve yhtenäistää käytännöt ja siirtää Siun soten linjauksen mukaisesti säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantavastuu muistihoidajalta kotihoitoon. Muistisairautta sairastavien asiakkaiden määrän lisääntymisen vuoksi on ilmennyt tarve jakaa vastuuta seurannan toteuttamisesta. Muistihoidaja vastaa ilman säännöllistä kotihoitoa olevien asiakkaiden muistisairauden seurannasta ja kotihoidon henkilöstö vastaa säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden seurannasta. Tämä seurantavastuun siirtyminen edellyttää muutoksia kotihoidon henkilöstön toimintatapoihin sekä työnjakoon.

## 4 Kotihoito muutoksessa

### 4.1 Muutokset osana kotihoidon arkea

Viime aikoina sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintoja ovat ohjanneet lisääntyneet vaatimukset tuottavuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden tehostamisesta. Tämä on lisännyt tarvetta toimintojen jatkuvaan kehittämiseen sekä organisaatiomuutoksiin. (Lunkka, Pätsi & Suhonen 2017, 170.) Kaihlanen, Laulainen, Niiranen, Keskimäki, Hietapakka & Sinervo (2019) ovat tutkineet henkilöstön näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla tapahtuneiden muutosten vaikutuksista työntekijöihin, työntekoon ja johtamiseen. Tehty tutkimus toteutettiin vuosina 2017 ja 2018 kahdessa suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa, joissa oli edellisten vuosien aikana yhdistetty alueellisia palveluita sekä muutettu toimintamalleja. Aineistoa kerättiin tekemällä yksilö- ja ryhmähaastatteluja yhteensä 42:lle sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle. Tutkimuksen mukaan organisaation rakenteiden ja palveluiden muutokset edellyttävät uusien toimintatapojen, toimintakulttuurin ja työnjaon omaksumista. Koko työyhteisöltä vaaditaan uudenlaista ja laaja-alaista osaamista muutostilanteiden hallintaan sekä muutosprosessin onnistuneeseen läpiviemiseen. (Kaihlanen ym. 2019, 152.) Väestön ikärakenteen muuttuminen ja yleiset kansalliset linjaukset ikääntyvien kotona asumisen tukemisesta ovat aiheuttaneet viime vuosina suuria muutoksia kotihoitoon ja luoneet tarvetta toimintojen jatkuvalle kehittämiselle.

Esimerkkinä kotihoitoon kohdistuneesta kehittämistoiminnasta on Suomessa vuosina 2016–18 toteutettu hallituksen kärkihanke ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O)”. Sen tavoitteena oli muun muassa kehittää kustannuksia hillitseviä palveluja sekä vahvistaa kotona asumista tukevien palveluja. Tämän kärkihankkeen aikana aloitettiin useita kotihoitoon kohdistuvia maakunnallisia kokeiluhankkeita, joista esimerkiksi Pohjois-Karjalan alueella toteutettiin AVOT (Arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukevilla) -hanke. (Noro & Karppanen 2019, 31.) Erilaisilla kehittämistoimilla pyritään turvaamaan yhdenvertainen ja laadukas hoito kotihoidon asiakkaille, joiden

määrä on lisääntynyt laitospaikkojen vähentämisen seurauksena. Kotihoidossa on yhä heikkokuntoisempia ja paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita, joilla yhä useammalla on myös muistisairaus (Kröger, Aerschot & Puthenparambil 2018,16,79).

Tutkimus osoittaa muutosten tapahtuvan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työyhteisöissä niin nopeasti, jotta niitä ei välttämättä saada juurrutettua käytäntöön ennen uuden muutosprosessin alkamista. Tulosten mukaan henkilöstön kokemukset aikaisemmin kesken jääneistä muutoksista aiheuttavat turhautumista ja epäuskoa muutoksen juurtumisen onnistumisesta. (Kaihlainen ym. 2019, 155.) Työntekijöiden suhtautumisessa muutoksiin on kuitenkin suuria eroja johtuen yksilön muutosjoustavuudesta (Lehto 2019, 66). Muutospaine sekä työn tekemiseen liittyvät uudet vaatimukset ja kiire voivat heikentää henkilöstön työhyvinvointia (Pahkin & Vesanto 2013a, 5–8).

Sinervo, Vehko, Josefsson ja Lehtoaro (2018) ovat tutkineet vanhustenhuollon rakennemuutosten vaikutuksia henkilöstön kokemaan hyvinvointiin ja asiakkaiden saamaan hoidon laatuun. Tutkimus toteutettiin vuosina 2015–16 yhdistämällä vanhuspalvelulain seurantatietoja henkilöstökyselyyn. Yhteensä 2 103 henkilöä vastasi kyselyyn, jolla kartoitettiin työn kuormittavuutta ja koettuja rasitustoreita, toimintaa työyhteisössä, johtamista sekä näkemystä hoidon laadusta. Asiakasmäärän lisääntyminen, osittain vähäiset henkilöstöresurssit sekä työssä tapahtuvat jatkuvat muutokset ovat lisänneet kotihoidon henkilöstön kokemaa työn kuormittavuutta. (Sinervo ym. 2018, 3, 68.) Työn uudet vaatimukset, lisääntynyt kiire tai puutteellinen sosiaalinen tuki voivat aiheuttaa epävarmuuden tunteita, jos taustalla on lisäksi muutokseen liittyvää puutteellista viestintää sekä kokemus jo valmiiksi suuresta työmäärästä (Kaihlainen ym. 2019, 160). Kiire heikentää myös asiakastyön laatua, koska kotihoidon henkilöstö ei koe pystyvänsä vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin riittävällä tavalla. Kotihoidon henkilöstön työhyvinvointiin ja työprosesseihin tuleekin kiinnittää jatkossa erityistä huomiota, jotta henkilöstön ylikuormitus ei ilmenisi esimerkiksi sairauspoissaoloina tai työhön ja työpaikkaan sitoutumattomuutena. (Sinervo ym. 2018, 68; Vehko, Sinervo & Josefsson 2017, 9.)

Työssä tapahtuvat muutokset kuormittavat myös lähijohtajia. Laurila (2017) on tutkinut henkilöstön ja esimiesten käsityksiä hyvästä muutosjohtajuudesta. Tutkimustulosten mukaan lähiesimiehet tarvitsevat ylemmän johdon antaman selkeän näkymän muutoksen kokonaisuudesta, jotta he voivat suunnitella omissa yksiköissään muutoksen konkretisoimista käytäntöön yhdessä alaisten kanssa. (Laurila 2017, 139.) Lehto (2019, 67) toteaa lähiesimiesten joutuva tasapainottelemaan ylemmän johdon ja alaisten erilaisten odotusten ja vaatimusten välissä. Ylemmältä johdolta tulleet muutosvaatimukset edellyttävät lähijohtajalta monien konkreettisten ongelmien ratkaisua käytännössä. Onnistuneen muutoksen läpivieminen vaatii johtajilta hyviä vuorovaikutus- ja tunnetaitoja sekä sovittelevia ja osallistavia esimiestaitoja. (Kantola 2019, 75–76.)

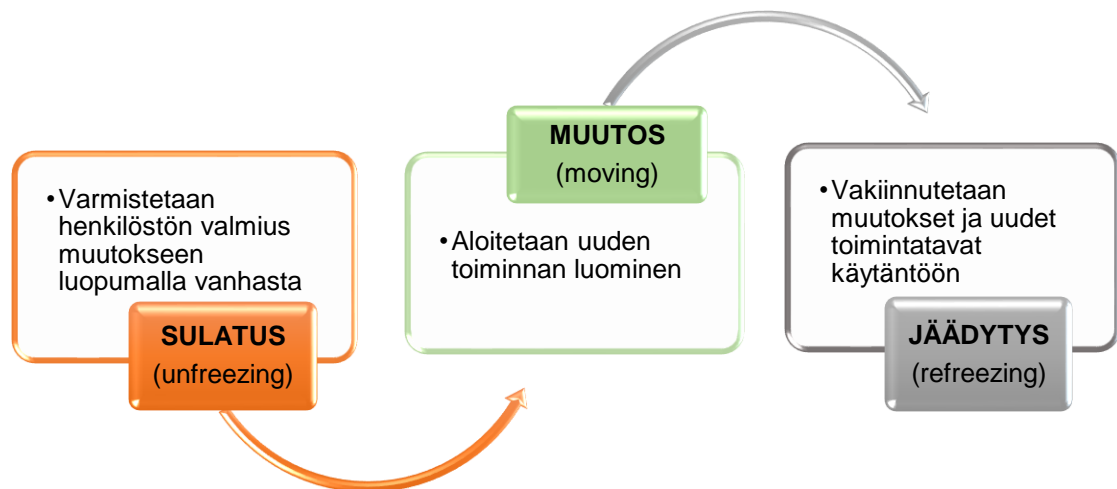
Työntekijöiltä odotetaan yhä enemmän työn tekemiseen kohdistuvaa joustavuutta sekä monen asian hallintaa. Jatkuvat organisaatioon tai omaan työhön kohdistuvat muutokset koetaan kuitenkin usein työhyvinvointia heikentävinä tekijöinä, etenkin jos muutoksen taustalla olevat perustelut ovat epäselviä tai vaikutusmahdollisuudet muutokseen jäävät vähäisiksi. (Rauramo 2013, 3.) Siun sotessa kotihoidon työkenttään ja työskentelytapoihin on viime vuosien aikana kohdistunut paljon muutoksia. Opinnäytetyön tavoitteena oleva uusi toimintamalli tulee aiheuttamaan kotihoidon henkilöstölle taas toimintatapojen ja työnjaon muutoksia. Luomala (2008, 4) korostaa, että hyvässä muutoksen johtamisessa kiinnitetään huomiota henkilöstön työhyvinvointiin. Tässä muutosprosessissa halutaan turvata henkilöstön jaksaminen muutoksen keskellä sekä vähentää muutoksen aiheuttamia mahdollisia kielteisiä vaikutuksia.

## **4.2 Muutosprosessin johtaminen**

Juppo (2011) kuvaa muutoksen johtamista käsittelevässä väitöskirjassaan muutoksen olevan pyrkimystä vallitsevasta tilasta uuteen tavoiteltavaan tilaan. Muutosprosessi määritellään tapahtumien sarjaksi, jonka avulla muutosta viedään suunnitellusti kohti tavoiteltua päämäärää. Muutos todetaan onnistuneeksi, kun prosessi on edennyt hallitusti alusta loppuun sekä siinä on saavutettu asetetut

tavoitteet. (Juppo 2011, 6, 30.) Tässä opinnäytetyössä muutosprosessilla tarkoitetaan säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantaan siirtymistä muistihoidajalta kotihoitoon sekä siirtymisen edellyttämiä toimia.

Muutosprosessia voidaan kuvata erilaisten muutosmallien kautta. Tässä opinnäytetyössä muutosta tarkastellaan Kurt Lewinin kolmivaiheisen mallin avulla (kuvio 1). Muutosprosessi jaetaan tämän mallin mukaan sulattamisen, muutoksen ja jäädyttämisen vaiheisiin (Burnes 2004, 985). Ensimmäinen eli sulatusvaihe valmistaa muutokseen avaamalla nykyistä tilannetta. Toinen eli muutosvaihe sisältää uuden toiminnan luomisen. Kolmannen eli jäädyttämisen vaiheen tarkoituksena on vakiinnuttaa uudet toimintatavat. (Juppo 2011, 32.) Lewinin malli kuvaa selkeästi muutosprosessin etenemistä ja se alkaa huomion kiinnittämisellä muutosta edeltävään tilanteeseen. Tässä opinnäytetyössä halutaan vahvistaa kotihoidon henkilöstön valmiuksia muuttuviin työtehtäviin ennen uuden toimintamallin käyttöönottoa, joten malli soveltuu hyvin tämän muutosprosessin läpiviemiseen.

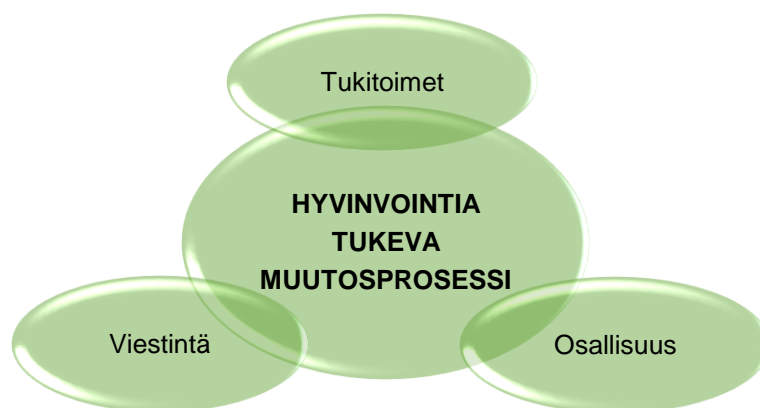


Kuvio 1. Kurt Lewinin kolmivaiheinen muutosmalli (mukaillen Hellström 2014).

Johtaminen voidaan määritellä usealla eri tavalla, mutta yhteisenä näkökulmana siinä pidetään asioiden eteenpäin saattamista (Rissanen & Hujala 2011, 82). Juppon (2011, 6) mukaan muutoksen johtamisen tavoitteena on kokonaisuuden

hahmottaminen, tulevan ennakoiminen sekä muutoksesta tiedottaminen. Seeck (2008,18) puolestaan määrittelee johtamisen tavoitteelliseksi toiminnaksi, jonka tarkoituksena on organisaation eri asemassa olevien ihmisten yhteistoiminta yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Tässä työssä johtamisella tarkoitetaan muistisairauden seurantavastuun siirtymiseen liittyvän muutosprosessin johtamista. Siihen sisältyvät uuden toimintamallin luominen kotihoitoon sekä mallin edellyttämien henkilöstöön kohdistuvien muutosten organisoiminen.

Onnistunut muutoksen johtaminen edellyttää rehellistä, johdonmukaista ja avointa viestintää, henkilöstön kokemaa osallisuudentunnetta muutosprosessiin sekä heidän tukemistansa muutoksessa (Lehto 2019, 67). Henkilöstöllä on merkittävä rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiseen tähtäävissä muutoksissa (Laulainen, Zitting & Niiranen 2020, 159). Myös Pahkin, Mattila-Holoppa, Nielsen, Wiezer, Widerszal-Bazyl, Jong ja Mockało (2011,10) korostavat henkilöstön hyvinvointia tukevan ja hallitun muutosprosessin edellyttävän avointa viestintää, osallistumismahdollisuutta sekä tuen saatavuutta muutoksen aikana (kuvio 2).



Kuvio 2. Työntekijöiden hyvinvointia tukevan muutosprosessin avaintekijät (Pahkin 2011, 14).

Muutoksen johtamisessa vuorovaikutuksella ja viestinnällä on keskeinen rooli prosessin onnistumisen kannalta. Viestintätavalla ja -sävyllä on suuri vaikutus siihen, miten henkilöstö suhtautuu muutokseen. (Kaihlainen ym. 2019, 156.) Sen avulla voidaan myös ennaltaehkäistä ja vähentää mahdollista muutokseen koh-

distuvaa vastustamista (Luomala 2008, 8). Kaksisuuntaista muutosviestintää pitäisi tapahtua kaikilla organisaation tasoilla (Pahkin 2011, 14). Viestintä yksisuuntaisena, ilmoitusluontoisena ja ylhäältä alaspäin tapahtuvana tiedottamisena rajoittaa neuvottelua muutoksiin liittyvistä asioista (Kaihlanen ym. 2019, 156).

Viestinnän tehtävänä ei ole vain tiedottaa asioista, vaan siinä pitäisi olla mahdollisuus avoimeen vuoropuheluun, jossa voisi tarkentaa epäselviä asioita ja vaikuttaa muuttuviin tekijöihin. Yksilö- ja ryhmätasolla viestinnän tulee keskittyä ainakin seuraaviin asioihin: Miksi muutos tehdään? Miten muutos vaikuttaa yksilötasolla työhön ja työyhteisöön? Muuttuuko työn tekemisen edellyttämä osaamisvaatimus? Viestinnän tavoitteena on varmistaa, että työntekijöillä on realistinen käsitys muutosprosessista sekä sen vaikutuksista ja kaikki työntekijät tietävät oman roolinsa muutoksessa. (Pahkin 2011, 14, 18.) Henkilöstön ja lähijohdon välinen säännöllinen ja avoin keskustelu muutoksesta ja sen vaikutuksista parantaa henkilöstön työhyvinvointia (Kaihlanen ym. 2019, 156). Myös ylemmän johdon ja lähiesimiesten välinen kaksisuuntainen viestintä on erittäin tärkeää, jotta lähiesimiehillä olisi ajantasainen tieto käytännössä toteutettavien muutosten yksityiskohdista (Pahkin ym. 2011, 18–19).

Muutosprosessiin osallistumiseen pitäisi sisältyä mahdollisuus vaikuttaa muutoksen suunnitteluun ja toteutumiseen (Pahkin 2011, 26). Hyvin johdetussa muutoksessa henkilöstö otetaan aktiivisesti mukaan prosessiin, sillä heillä on tietoa ja osaamista käytännön työstä. Tämän hyödyntäminen voi edistää myönteistä suhtautumista muutokseen. (Luomala 2008, 24.) Muutosprosessin läpivieminen ei ole siis pelkästään johdon vastuulla, vaan kaikilla organisaation jäsenillä on siinä oma roolinsa. Henkilöstön mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa muutosprosessin etenemiseen vahvistavat työtyytyväisyyttä sekä muutokseen sitoutumista. (Pahkin 2013b, 6.)

Muutokseen sopeutumisessa auttaa, kun työtehtävät ja vastuunjaot ovat selkeästi sekä oikeudenmukaisesti nimettyjä. Valmistautumista muutokseen voidaan vahvistaa myös tarvittavan koulutuksen avulla, jos muutokset edellyttävät osaa-

misen kehittämistä. (Luomala 2008, 25.) Osaamiskartoitukset ja sen pohjalta toteutetut osaamisen kehittämistoimet tukevat yksilöä ja ryhmää muuttuvissa osaamisvaatimuksissa. Näin saadaan varmistettua, että muutoksen jälkeen kaikilla on riittävä osaaminen työtehtäviensä hoitamiseen. Muutoksen johtamisessa tulee varmistaa, että henkilöstöllä ja lähiesimiehillä on tarvittava tuki koko muutosprosessin ajan sekä muutoksen jälkeen uusien toimintatapojen juurruttamisessa. Tarpeellisista tuennan muodoista on hyvä keskustella henkilöstön kanssa avoimesti koko muutosprosessin ajan. (Pahkin ym. 2011, 21–22, 26.) Tässä opinnäytetyössä muutosprosessin johtaminen näkyy viestinnän, kotihoiton henkilöstön osallisuuden sekä tukemisen varmistamisena osana hallittua muutosta.

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää säännöllisen kotihoidon asiakkaiden muistisairauden seuranta eräässä Pohjois-Karjalan kaupungissa. Muistisairauden seurantavastuu tulee siirtymään muistihoitajalta kotihoitoon ja se edellyttää toimintojen muuttamista sekä kehittämistä. Opinnäytetyön tavoitteena on yhteinäistää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantakäytäntöjä uuden toimintamallin avulla. Toimeksiantaja voi tarvittaessa hyödyntää laadittavaa toimintamallia organisaation muilla kotihoidon alueilla.

Opinnäytetyön kehittämistehtäviä on neljä:

1. Selvittää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairausten seurannan nykytilanteen käytäntöjä.
2. Selvittää, mitä muistisairausten seurantavastuun siirtyminen ja seurannan toteuttaminen edellyttävät.
3. Koota tietoa, mitä muutosprosessin johtaminen edellyttää.

4. Luoda toimintamalli säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantaan.

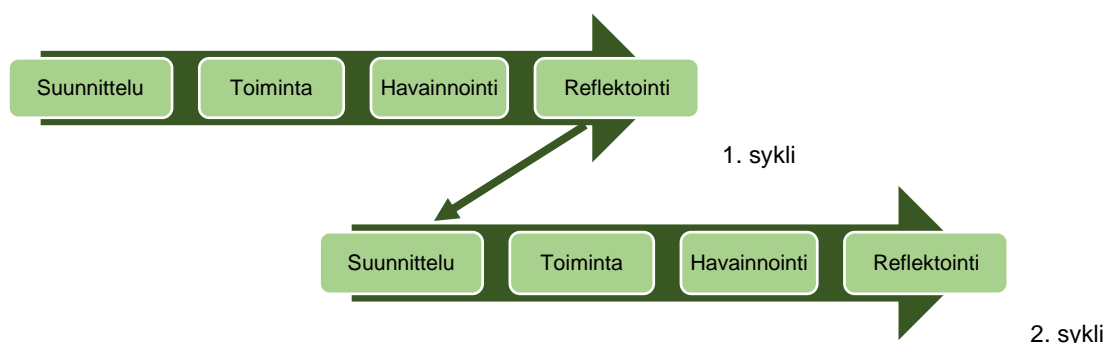
## 6 Opinnäytetyön toteutus

### 6.1 Kehittämistoiminnan lähestymistavat

Kehittämistoimintaa pidetään laaja-alaisena yläkäsitteenä kaikelle muutokseen tai uudistamiseen tähtävällä toiminnalla (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 7). Se toimii yläkäsitteenä myös tässä opinnäytetyössä käytettävälle tutkimukselliselle kehittämistoiminnalle. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan lähtökohtana on yleensä käytännöstä lähtevä tarve uudistaa toimintoja tai löytää ratkaisu johonkin konkreettiseen ongelmaan. Kehittämistoiminnan päämääränä on käytännön parannusten tai uusien ratkaisujen aikaansaaminen sekä niiden vieminen käytäntöön. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 18–19; Toikko & Rantanen 2009, 22.) Myös tämän opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta uudistaa toimintoja säännöllisessä kotihoidossa olevan asiakkaan muistisairauden seurantavastuun siirtyessä kotihoitoon.

Toikon ja Rantasen (2009) mukaan tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa keskeinen rooli on konkreettista muutosta tavoittelevalla kehittämistoiminnalla, jossa käytetään tutkimuksellisia asetelmia ja menetelmiä. Tutkimuksellista kehittämistoimintaa voidaan tarkastella tiedontuotannon, toimijoiden osallisuuden ja kehittämisprosessin näkökulmista. Tiedon tuottaminen tapahtuu aidossa toimintaympäristössä käytännön tarpeiden pohjalta, joten tutkimus toimii avustavassa roolissa kehittämistoiminnalle. (Toikko & Rantanen 2009, 9–10, 22.) Tässä opinnäytetyössä tiedontuotanto keskittyi muistisairauden seurannan nykyisten toimintatapojen kartoittamiseen sekä seurannan edellyttämien käytännön toimien kehittämiseen. Tämä kerätty tieto ja aikaisemmista tutkimuksista saatu tieto ohjasivat suuntaamaan kehittämistoimintaa tavoitteiden suuntaisesti.

Vaikka opinnäytetyömme on tutkimuksellista kehittämistoimintaa, siinä on vaikutteita myös toimintatutkimuksesta ja konstruktivisesta lähestymistavasta. Toimintatutkimukselle on ominaista, että tietoa kerätään, aineistoa analysoidaan ja työtä muutetaan samanaikaisesti. Uusia, yhdessä kehitettyjä toimintatapoja tai työvälineitä kokeillaan, jotta voidaan havainnoida niiden toimivuutta käytännössä. (Salonen ym. 2017, 40.) Toikon ja Rantasen (2009, 10) mukaan kehittämisprosessin tarkka suunnittelu etukäteen voi olla vaikeaa ja Salonen ym. (2017) toteavatkin, että toimintoja joudutaan usein muuttamaan ja uudelleen suuntaamaan havaintojen, yhteisen reflektion ja käyttökokemusten perusteella. Toimintatutkimuksessa muutosprosessi etenee syklistä toiseen, kunnes asetetut tavoitteet on saavutettu (kuvio 3). (Salonen ym. 2017, 40.)



Kuvio 3. Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Toikko & Rantanen 2009, 67).

Konstruktivistinen lähestymistapa korostaa yhteisöllisyyttä sekä uuden oppimista. Toimintaan osallistuvat ovat tasavertaisia toimijoita, joten yhdessä tekemisellä ja oppimisella on suuri merkitys lopputuloksen kannalta. Konstruktivistisessa kehittämistoiminnassa osallistujien pitää olla selvillä toiminnan tavoitteista ja työskentelytavoista. Osallistujilla pitää olla ymmärrys myös toimintaan osallistuvien erilaisista rooleista tavoitteiden saavuttamiseksi. Konstruktivistisessä työskentelyotteessa osallistujien tasavertainen vuoropuhelu, omakohtaiset kokemukset ja jatkuva reflektio vievät kehittämistoimintaa eteenpäin. (Salonen ym. 2017, 31, 53.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena olevan toimintamallin luominen edellytti kotihoidon toimintojen muutosta ja kehittämistä, joten käytännön toiminnan tuntemus oli olennaista. Tämän kehittämistoiminnan kannalta käytännön työskentelyn tuntevien toimijoiden aktiivinen osallistuminen kehittämisprosessiin

sekä tasavertainen vuoropuhelu oli onnistuneen muutoksen edellytys. Toikko ja Rantanen (2009, 9) tuovatkin esille toiveen eri alojen asiantuntijoiden toimimisesta myös kehittäjinä, koska kehittämistoiminta on yksi työelämän keskeisimmistä osaamisalueista. Kaihlanen ym. (2019, 152) puolestaan korostavat henkilöstön aktiivisen osallistumisen muutosprosessiin edistävän myönteistä suhtautumista sekä motivaatiota muutokseen.

Kehittämistyössä tutkimuksellisuus edellyttää, että tuotettu tieto ja omat ratkaisut perustuvat aikaisemmin tuotettuun tietoon. Lisäksi sillä tarkoitetaan valintojen, näkökulmien ja tiedonhankinnan järjestelmällistä, analyyttistä sekä kriittistä tarkastelua prosessin kaikissa vaiheissa. (Ojasalo ym. 2014, 18–22.) Juuti ja Puusa (2020, 268) toteavat tieteen kriteerien täyttymisen edellyttävän, että tietoa kerätään ja analysoidaan tieteellisten ja vakiintuneiden menetelmien mukaisesti. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan luonteeseen kuuluu myös kehitystyötä eteenpäin vievä aktiivinen vuorovaikutus sekä tuotetun tiedon jakaminen kohderyhmän kanssa. Parhaimmillaan kehittämistoiminnalla tuotetaan uutta teorian tietoa sekä luodaan uusia malleja käytäntöön. (Ojasalo ym. 2014, 18.)

## **6.2 Opinnäytetyöprosessin aikataulu**

Kehittämistoiminta muodostuu viidestä toisiaan seuraavasta tehtävästä, joita ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levittäminen (Toikko & Rantanen 2009, 64). Nämä vaiheet eivät etene käytännössä suoraviivaisesti, vaan ajallisesti ne voivat tapahtua osittain samanaikaisesti (Salonen ym. 2017, 52). Toikko ja Rantanen (2009, 57) toteavat kehittämistoiminnan tarpeen ja lähtökohtien määrittämisen luovan pohjan koko kehittämistoiminnalle. Taulukossa 1 on kuvattu tämän opinnäytetyöprosessin eteneminen.

Vaihe	Aika	Toiminta / menetelmä	Dokumentointi, materiaali
Perustelu, organisointi, arviointi	Helmi-maaliskuu 2020	Suunnittelupalaveri Toimeksiantosopimuksen tekeminen Opinnäytetyön ryhmäohjaus	Muistio Toimeksiantosopimus Opinnäytetyösuunnitelma
	Huhti-toukokuu 2020	Aiheeseen perehtyminen ja tiedonhaku Suunnittelu Tutkimuslupahakemuksen tekeminen Teams-ryhmän perustaminen Opinnäytetyön ryhmäohjaus	Muistiinpanot, opinnäytetyöpäiväkirja Teemahaastattelurunko, tiedote- ja suostumuslomake, tietosuojaseloste, opinnäytetyöpäiväkirja Tutkimuslupa Teams-ryhmä Muistiinpanot
Toteutus, arviointi	Kesä-heinäkuu 2020	Teemahaastattelut Haastatteluaineiston analysointi Webropol-kyselylomakkeen laatiminen ja lähettäminen	Äänitys, muistiinpanot Litteroitu ja analysoitu aineisto, muistiinpanot, opinnäytetyöpäiväkirja Kyselylomake
	Elo-lokakuu 2020	Kyselyaineiston analysointi Suunnittelupalaveri Työpajojen suunnittelua Työpajatapaamiset x 3 Toimintamallin tekeminen Opinnäytetyöraportin kirjoittaminen, ryhmäohjaus	Analysoitu aineisto, opinnäytetyöpäiväkirja Muistio, muistiinpanot Muistiinpanot Ryhmätöiden kirjalliset tuotokset, muistiinpanot, palautelomakkeet, muistio, opinnäytetyöpäiväkirja Luonnos toimintamallista Luonnos raportista, muistiinpanot
Levittäminen, arviointi	Marraskuu 2020	Toimintamallin viimeistely	Valmis toimintamalli
	Joulukuu 2020 – Huhtikuu 2021	Opinnäytetyöraportin kirjoittaminen, ryhmäohjaus	Valmis opinnäytetyö

Taulukko 1. Opinnäytetyöprosessin eteneminen.

### 6.3 Kehittämistoiminnan perustelu ja organisointi

Tämän opinnäytetyön aihe tuli toimeksiantajalta. Työelämässä oli noussut tarve yhdenmukaistaa säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauksen seurantakäytäntöjä. Siun soten linjausten mukaisesti kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantavastuu siirtyi muistihoidajalta kotihoitoon.

Seurantavastuun siirtymisen taustalla on muistisairaiden määrän lisääntyminen ja siitä johtuva tarve jakaa vastuuta.

Kehittämistoiminnan toisena vaiheena on organisointivaihe. Organisointivaiheessa on tärkeää hahmottaa kehittämistoiminnan toimintaympäristöä sekä toimijatahoja. Kehittämisprosessin onnistuminen edellyttää toimintaympäristön sosiaalisten rakenteiden, roolien, suhteiden ja sääntöjen hahmottamista. Toimijoiden roolit ja tehtävät voivat vaihdella prosessin edetessä. (Toikko & Rantanen 2009, 80.) Opinnäytetyössämme kehittämistoiminnan organisointivaihe alkoi helmikuussa 2020 suunnittelupalaverilla, johon osallistuivat toimeksiantajan edustaja, kehittämistoiminta-alueen kotihoidon palvelupäällikkö, kaksi muistihoitajaa, opinnäytetyön ohjaava opettaja ja opinnäytetyön tekijät. Tapaamisen aikana Siun sotien toimijat kertoivat yleisellä tasolla kehittämistoiminnan lähtökohdista sekä toimintaympäristöstä. Opinnäytetyön aiheen rajausta ja tavoitteita pohdittiin yhdessä. Tavoitteeksi varmistui toimintamallin luominen säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantaan. Lisäksi sovittiin kehittämistoimintaan osallistuvista keskeisistä toimijoista, joita ovat alueen kotihoidon henkilöstö, muistihoitajat, alueen kotihoidon lähiesimiehet, toimeksiantajan edustaja sekä opinnäytetyön tekijät. Osallistujien roolit ja osallisuus voivat vaihdella kehittämistoiminnan eri vaiheissa.

Suunnittelupalaveriin osallistuneet ilmaisivat tukensa ja sitoutumisensa kehittämistyöhön. Palaverissa sovittiin, että kehittämistoimintaan käytettävissä olevat kotihoidon henkilöstön aikaresurssit tarkentuvat myöhemmin. Toimijoiden väliseen yhteydenpitoon päätettiin perustaa Teams-ryhmä opinnäytetyöprosessin ajaksi. Se on sähköinen yhteistyösovellus, joka helpottaa yhteydenpitoa ja tiedon jakamista keskeisten toimijoiden välillä. Opinnäytetyön tekijät toimivat Teams-ryhmän koollekutsujina. Palaverissa sovittiin toimeksiantosopimuksen laatimisesta ja lisäksi todettiin Siun sotien edellyttävän kehittämistoimintaan tutkimusluvan hakemista.

Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin maaliskuussa 2020. Tämän jälkeen aloitettiin aiheeseen perehtyminen, aiheen rajauksen tarkentaminen, kehittämistyön

menetelmiin tutustuminen sekä opinnäytetyösuunnitelman kirjoittaminen. Opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme tutkimuslupaa Siun sotelta. Tutkimuslupa myönnettiin toukokuussa 2020, minkä jälkeen perustettiin Teams-ryhmä ja aloitettiin kehittämistoiminnan toteutusvaihe.

## **6.4 Aineiston kerääminen**

Ojasalon ym. (2014, 104–105) mukaan kehittämistyössä voidaan käyttää useampia menetelmiä, jotta kehittämisen kohteena olevasta todellisuudesta saadaan monipuolisesti tietoa ja ymmärrystä. Tässä opinnäytetyössä aineiston keräämisessä käytettiin laadullisen kehittämisen yleisiä menetelmiä eli haastattelua, sähköistä kyselyä sekä työpajatoimintaa.

Toikon ja Rantasen (2009, 113–114) mukaan kehittämisprosessista saatu tieto on usein käytännöllistä ja sen yhtenä tehtävänä on hyödyntää kehittämistoiminnan suuntaamista. Tässäkin opinnäytetyössä eri menetelmillä kerätty tieto ohjasi toimintojen suunnittelua, tavoitteena olevan toimintamallin laatimista sekä muutosprosessin johtamista. Kehittämistoimintaan liittyvän tiedon kerääminen aloitettiin säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurannan nykytilan kartoittamisella.

### **6.4.1 Haastattelu**

Aineiston kerääminen aloitettiin haastatteluilla. Käytettävissä olevat erilaiset haastattelumuodot ryhmitellään niiden ohjailevuuden mukaan (Puusa 2020a, 111). Säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurannan nykytilaa päätettiin kartoittaa teemahaastatteluilla, koska Puusan (2020a, 112) mukaan se mahdollistaa vapaamuotoisen haastattelun etukäteen suunnitelluista aihealueista. Haastattelun etuna on sen joustavuus, joten haastattelija voi mukauttaa kyselyä tilanteen edellyttämällä tavalla, esimerkiksi tarkentavien kysymysten avulla. Tavoitteena on saada mahdollisimman kattavasti tietoa valitusta aiheesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 200–203.)

Kehittämistyön aluksi haluttiin selvittää Siun soten yleisiä linjauksia muistisairausten seurannan toteutuksesta sekä kehittämiskohteen alueellista työnjakoa sekä käytäntöjä. Haastattelut tehtiin kahdelle muistihoitajalle sekä kolmelle kotihoidon lähiesimiehelle. Kaikki pyydyt haastateltavat lupautuivat haastateltaviksi. Ennen haastattelujen toteuttamista haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua kehittämistoiminnan suunnitelmaan ja sisältöön. Haastatteluissa käsiteltiin seuraavia teemoja: muistisairausten seurannan nykykäytännöt, seurannan alueelliset erot ja seurannan edellyttämät osaamisvaatimukset. Aiheen syventämiseen käytettiin tarkentavia kysymyksiä (liite 1). Haastattelut toteutettiin kahden päivän aikana yksilöhaastatteluina ennalta sovitusti haastateltavien työpaikoilla ja sitä olivat tekemässä molemmat opinnäytetyön tekijät. Haastattelut kestivät tunnista puoleentoista tuntiin ja ne nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella.

#### **6.4.2 Sähköinen kysely**

Aineiston keräämistä jatkettiin teemahaastattelujen jälkeen sähköisellä kyselyllä. Hirsjärven ym. (2007, 190) mukaan sähköisellä kyselysovelluksella kyselylomakkeiden laatiminen, vastausten kerääminen ja tulosten raportointi onnistuu tehokkaasti suurelle kohderyhmälle. Tämä siis mahdollisti kyselyn toteuttamisen koko kotihoidon henkilöstölle. Muistihoitajien ja kotihoidon lähiesimiesten haastattelujen aineisto analysoitiin ja sen pohjalta laadittiin Webropol-kysely (liite 2). Kyselyllä haluttiin kartoittaa kotihoidon henkilöstön näkemyksiä omasta muistiosaamisesta ja sen vahvistamistarpeesta sekä seurantavastuun siirtymiseen liittyviä yleisiä ajatuksia. Kotihoidon lähiesimiehille lähetettiin kehittämistoimintaa koskeva tiedote (liite 3), jonka he välittivät henkilöstölle. Kyselylomakkeen ymmärrettävyys ja toimivuus testattiin kahdella ulkopuolisella koehenkilöllä, minkä jälkeen lomakkeeseen tehtiin palautteiden pohjalta tarvittavat muutokset.

Kysely lähetettiin kaikille kohderyhmän noin 70:lle kotihoidon työntekijälle ja vastaaminen tapahtui anonyymisti. Kyselylomakkeet lähetettiin lähiesimiehiltä saatuihin työntekijöiden sähköpostiosoitteisiin ja vastausaika oli kaksi viikkoa. Varsinaisen vastausajan päättyessä vastausaika päätettiin jatkaa vielä yhdellä

viikolla alhaisen vastausprosentin (27,4 %) vuoksi. Webropol-ohjelmisto tunnistaa vastaamatta jättäneet henkilöt, joten se mahdollisti anonymisti kyselylomakkeen uudelleenlähettämisen heille. Myös lähiesimiehiä ohjattiin keskustelemaan kyselyyn vastaamisen tärkeydestä oman työn kehittämisen kannalta. Kaikkiaan kyselyyn vastasi 32 henkilöä ja vastausprosentti oli 43,8.

### 6.4.3 Työpajatoiminta

Nykytilan kartoittamisen jälkeen kehittämistoiminta jatkui työpajatoimintana ja ryhmäkokoontumisia pidettiin kolme kertaa syksyn 2020 aikana. Työpajatoiminnan tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairauden seurantaan liittyvien käytännön toimintojen kehittämiseksi sekä ongelmien ratkaisemiseksi, mitkä olivat edellytyksinä käyttökelpoisen toimintamallin laatimiselle. Työpajatoimintaa varten kotihoidon lähiesimiehet kartoittivat omista tiimeistään kehittämistoiminnasta kiinnostuneita työntekijöitä. Työpajatoiminnan ryhmä koostui kotihoidon henkilöstöstä, lähiesimiehistä, muistihoitajista sekä opinnäytetyön tekijöistä. Työpajatapaamisiin osallistui 12–15 henkilöä ja vaihtuvuus ryhmissä oli pientä.

Työpajatapaamiset olivat keskeisessä roolissa aineistonkeräämisen kannalta. Laulainen, Zitting ja Niiranen (2020, 158) korostavat henkilöstön osaamisen ja tiedon hyödyntämisen merkitystä toimintoja kehitettäessä, koska heillä on näkemystä erilaisten vaihtoehtojen vaikutuksista käytännön toimintaan. Kotihoidon henkilöstöllä on tietoa käytännössä toimivista ratkaisuvaihtoehdoista, joten niiden esille saamiseksi työpajatoiminnoissa aineistoa kerättiin osallistavien menetelmien avulla. Työpajatapaamisten ryhmätöiden aiheet nousivat haastattelujen ja sähköisen kyselyn tulosten analysoinnin pohjalta. Osallistavina menetelminä käytettiin porinaryhmätoimintaa sekä Learning cafe -menetelmää.

Työpajassa porinaryhmätoimintaa käytettiin aiheeseen liittyvän keskustelun herättämiseksi ja aktivoimiseksi. Porinaryhmässä osallistujat saavat tuoda esille omia näkemyksiään annetuista keskustelun aiheista (Sirola-Korhonen 2017, 4). Learning cafe on osallistava menetelmä, jossa pienryhmissä ideoidaan ja tuo-

daan esille erilaisia näkökulmia ennalta sovittuihin teemoihin. Ryhmäläiset kiertävät eri pöytäkunnissa, joissa kaikissa on eri aihe. He täydentävät muiden ryhmien kokoamia tietoja. Jokaisessa pöytäkunnassa on pysyvä puheenjohtaja, joka esittelee lopuksi kaikkien ryhmien esille tuomat ideat ja näkemykset. (Innokylä 2020.) Työpajatapaamisten aikana tehtiin muistiinpanoja keskusteluista ja havainnoista sekä otettiin talteen ryhmätöiden kaikki kirjalliset tuotokset. Jokaisen työpajatapaamisen lopuksi ryhmäläiset antoivat kirjallisen palautteen tapaamisen toteuttamisesta sekä asiasisällöstä. Työpajatapaamisten jälkeen aineistoista tehtiin yhteenvedot, ja ne lähetettiin kotihoidon lähiesimiehille.

## 6.5 Aineiston analysoiminen

Analyysin tarkoituksena on selkeyttää ja tiivistää aineistoa sekä tehdä sen pohjalta tarkasteltavasta ilmiöstä päätelmiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Tässä opinnäytetyössä haastattelemalla ja sähköisen kyselyn avoimella kysymyksellä kerättyä aineistoa analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla (liite 4). Tuomen ja Sarajärven (2018, 122) mukaan ennen analysointia tulee valita käytettävä analyysiyksikkö, joka oli tässä työssä aineistosta esille nouseva keskeisin ajatuskokonaisuus. Teemahaastattelujen äänitetty aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin tekstiksi perustason mukaisesti. Peruslitteroinnissa puhe kirjoitetaan sanatarkasti, josta jätetään pois vain selkeästi aiheeseen liittymätön puhe sekä merkityksettömät täytesanat (Tietoarkisto 2020). Puusa (2020b, 151) toteaa aineistoon perehtymisen vaikuttavan merkittävästi analyysin laatuun, joten litteroituun aineistoon tutustuttiin huolellisesti. Molemmat opinnäytetyöntekijät lukivat aineiston useaan kertaan kokonaisuuden hahmottamiseksi ja tekivät siitä muistiinpanoja. Tämän jälkeen litteroidun aineiston käsittely toteutettiin yhdessä.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysiprosessi voidaan jaotella kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen (reduointi), aineiston ryhmittelyyn (klusterointi) sekä teoreettisten käsitteiden luomiseen (abstrahointi) (Miles & Huberman 1994, 10–12; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127). Liitteessä 4 on kuvattu esimerkkien avulla tässä työssä toteutettua sisällönanalyysiprosessia. Varsinainen analyysi aloitettiin siis pelkistämällä aineisto. Pelkistämävaiheessa aineistosta

etsittiin muistisairauden seurantaan ja seurantavastuun siirtymiseen liittyvät keskeiset alkuperäisilmaukset, minkä jälkeen ne lyhennettiin pelkistettyyn muotoon muuttamatta keskeistä asiasisältöä. Tämä kooste pelkistetyistä ilmauksista oli lähtökohtana aineiston ryhmittelylle. Aineistoa ryhmiteltiin hakemalla ilmaisuja, jotka kuvasivat sisällön samankaltaisuuksia tai eroavuuksia. Käsitteet ryhmiteltiin aihepiireittäin ja samaa tarkoittavista ilmaisuista muodostui yhteensä 20 alaluokkaa. Analyysi päättyi käsitteellistämiseen, missä alaluokista muodostettiin edelleen yläluokkia ja tehtiin aineistosta johtopäätökset. Aihetta kuvaavan ilmiön mukaisesti muodostui neljä yläluokkaa, joita olivat yhtenäinen toimintatapa, osaamisen kehittäminen, muutosjoustavuus sekä muutosviestintä.

Liitteessä 2 esitetty kysely kotihoidon henkilöstölle sisälsi seitsemän monivalintakysymystä ja yhden avoimen kysymyksen. Yhdellä taustatietojä kartoittavalla monivalintakysymyksellä haluttiin selvittää, kuinka pitkää työkokemus vastaajilla on muistisairaiden parissa työskentelystä. Muissa monivalintakysymyksissä kartoitettiin vastaajien mielipiteitä ja asenteita, jotka liittyivät muisti-osaamisen arvostamiseen, omaan muistiosaamiseen ja sen kehittämiseen sekä asiakkaiden saamaan hyötyyn muistisairauden seurannan siirtyessä muistihoidolta kotihoitoon. Webropol-kyselytyökalu mahdollisti vastausten yhteenvedon sekä analyysien saamisen. Vastaukset saatiin kysymyskohtaisesti havainnollistettuina pylväskaavioina tai taulukkoina, joissa näkyivät vastausten lukumäärät ja keskiarvot. Kaikkiin monivalintakysymyksiin vastasi 32 henkilöä. Avoimella kysymyksellä mahdollistettiin, että vastaajat voivat kirjoittaa vapaasti muisti-osaamiseen sekä muistisairauden seurantavastuun siirtymiseen liittyviä mielipiteitä. Avoimeen kysymykseen vastasi 13 henkilöä. Vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, missä vastaukset ryhmiteltiin aineiston mukaan kuuteen alaluokkaan. Alaluokista muodostettiin kolme yläluokkaa, joita olivat osaamisen kehittäminen, muutosjoustavuus ja yhtenäiset toimintatavat.

Analysoinnissa keskitytään toimintojen kannalta keskeisiin asioihin, joten kaikkea aineistosta saatavaa tietoa ei ole tarpeen analysoida. Kehittämistoiminnassa aineistojen analysoinnissa voidaan joutua tyytymään pinnallisempaan jäsenystapaan kuin perinteisissä tutkimusanalyseissä. (Toikko & Rantanen

2009, 140.) Puusan (2020b, 145) mukaan laadullisen aineiston kerääminen ja analysointi voivat tapahtua osittain samanaikaisesti. Tässä opinnäytetyössä työpajatapaamisissa saadun aineiston analysointi aloitettiin heti tapaamisten jälkeen. Tapaamisen aikana keskusteluista ja havainnoista kirjoitetuista muistiinpanoista sekä ryhmätöiden kirjallisista tuotoksista tehtiin yhteenveto. Yhteenve-toa hyödynnettiin muistisairauden seurantavastuun siirtymiseen liittyvien käytännön ongelmien ratkaisemisessa. Lisäksi se ohjasi seuraavan työpajata-paamisen sisällön suunnittelua sekä opinnäytetyön tavoitteena olevan toiminta-mallin laatimista.

## **6.6 Työpajojen toteuttaminen**

Säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantavas-tuun siirtymisestä aiheutuvaa muutosprosessia ja siihen liittyviä käytännön asi-oita käsiteltiin moniammatillisissa työpajoissa. Työpajojen sisältöjen suunnitte-lun lähtökohtana oli haastattelujen ja sähköisen kyselyn analysoitu aineisto. Aineistosta nousi esille epätietoisuus muutoksen syistä. Aineiston analysointi nosti esille kotihoidon henkilöstön epätietoisuuden osaamisen riittävydestä muuttuviin työtehtäviin sekä muutoksen perusteluista. Lewinin muutosmallissa (Burnes 2004, 985) muutosprosessin aloitus- eli sulatusvaihe on merkitykselli-nen onnistuneen muutoksen kannalta. Tämän opinnäytetyön ensimmäisessä työpajassa haluttiinkin keskittyä kotihoidon henkilöstön muutoksen edellyttä-mien valmiuksien vahvistamiseen. Taulukossa 2 on kuvattu työpajojen keskei-set sisällöt, osallistujat, osallistavat menetelmät sekä dokumentointi.

	Sisältö	Osallistujat	Osallistavat menetelmät	Dokumentointi/materiaali
1.työpaja 18.8.2020 (3 tuntia) 15 osallistujaa ja opinnäytetyön tekijät	-nykytilan kartoituksen tulosten esittely -seurantavastuun siirtymisen perustelujen kertaaminen ja muutoksen herättämät ajatukset -muutoksen edellyttämien käytännön asioiden kartoittaminen -välitehtävien ohjeistus	-kehittämistoimintaan osallistuvat keskeiset toimijat -geriatrisen osaamiskeskuksen ylilääkäri	-porinaryhmä -learning cafe	-ryhmätöiden kirjalliset tuotokset -muistiinpanot
2.työpaja 15.9.2020 (3 tuntia) 15 osallistujaa ja opinnäytetyön tekijät	-välitehtävien läpikäyminen -1. työpajatapaamisen ryhmätöiden yhteenveto -muutoksen edellyttämien käytännön asioiden suunnittelu -alustavan toimintamallin esittely -välitehtävien ohjeistus	-kehittämistoimintaan osallistuvat keskeiset toimijat	-learning cafe	-ryhmätöiden kirjalliset tuotokset -muistiinpanot -luonnos toimintamallista
3.työpaja 29.10.2020 (3 tuntia) 12 osallistujaa ja opinnäytetyön tekijät	-välitehtävien läpikäyminen 2. työpajatapaamisen ryhmätöiden yhteenveto -muistisairauden seurannan mallikirjauksen esittely -valmiin toimintamallin esittely -muistisairauden seurantaan liittyvien käytänteiden kertaaminen -arviointia omista valmiuksista muistisairauden seurantaan	-kehittämistoimintaan osallistuvat keskeiset toimijat	-porinaryhmä	-ryhmätöiden kirjalliset tuotokset -muistiinpanot -luonnos toimintamallista -muistisairauden seuranta kotihoidossa (yhteenveto seurannan käytännöistä)

Taulukko 2. Yhteenveto työpajoista.

Työpajojen toteutusvaiheessa yhteydenpito toimeksiantajan edustajaan oli tiivistä, koska haluttiin varmistaa kehittämistoiminnan eteneminen Siun sotien linjauksen mukaisesti. Kotihoidon henkilöstön muistiosaamista haluttiin kehittää,

koska nykytilan kartoituksessa osaamisen kehittämiseksi ilmeni tarvetta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan koulutusta suunniteltiin työpajojen yhteyteen, mutta suunnitelmaa muutettiin aikataulullisista syistä ja koulutus päätettiin toteuttaa erillisenä toimintana. Tällä muutoksella haluttiin varmistaa, että työpajoissa on riittävästi aikaa käsitellä toimintamalliin tulevia tietoja. Lisäksi nähtiin tärkeänä, että koko kotihoidon henkilöstö saa samanlaisen muistisairauden seurantaan liittyvän koulutuskokonaisuuden. Muistisairauden seuranta edellyttää, että henkilöstö osaa käyttää luotettavasti seurannassa käytettäviä mittareita. Työpajoissa osallistujat ideoivat ja suunnittelivat learning cafe -menetelmällä tarvittavien koulutusten toteuttamista, tiedonkulkuun liittyviä toimintatapoja sekä keinoja työtapojen uudistamiseksi. Jokaisesta työpajasta kerättiin tuotettu aineisto ja siitä laadittiin yhteenveto, joka toimitettiin lähiesimiesten välityksellä osallistujille. Työpajojen yhteenvedot ohjasivat muistisairauden seurantaan liittyvän toimintamallin tekemistä.

Toimintamallin laatimisen lähtökohtana olivat Siun soten yleiset linjaukset muistisairauden seurannasta. Mallin laatiminen edellytti muistisairauden seurantaan liittyvien monien yksityiskohtien suunnittelua ja asioista sopimista moniammatillisesti työpajoissa. Kotihoidon henkilöstön toiveena oli selkeä ja perehdyttämässäkin hyödynnettävä toimintamalli, jossa olisi linkitettyinä seurannan edellyttämät lomakkeet ja tarvittavat ohjeet. Työpajojen ryhmätyöskentelyssä tuotettu tieto täydensi ja edisti toimintamallin laatimista. Toimintamallia kehitettiin työpajatyöskentelyissä ja toimeksiantajan edustajilta saatujen palautteiden pohjalta. Toimeksiantajan edustaja sekä eri alojen asiantuntijat tarkastivat ja hyväksyivät toimintamallin ja sen liitteenä olevat ohjeet ennen lopullisen toimintamallin luovuttamista kotihoitoon. Toimeksiantajalle lähetettiin mallista muokattava versio ohjeiden päivityksiä varten.

## 7 Tulokset ja tuotos

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää Siun sotien alueella säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantakäytäntöjä uuden toimintamallin avulla. Aikaisempi tutkimustieto ja haastattelujen, sähköisen kyselyn sekä työpajatoiminnan avulla saatu tieto ohjasi muistisairauden seurannan kehittämistä, antoi vastauksia kehittämistehtävien kysymyksiin sekä tietoa toimintamallin laatimiseen. Nykytilan kartoituksen analysoidusta aineistosta muodostui neljä yläluokkaa, joita olivat yhtenäiset toimintatavat, osaamisen kehittäminen, muutosjoustavuus ja muutosviestintä. Nämä toimivat tulosten tarkastelun lähtökohtina.

### 7.1 Yhtenäiset toimintatavat

Opinnäytetyön ensimmäisenä kehittämistehtävänä oli selvittää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurannan yleisiä käytäntöjä kehittämistoiminnan kohteena olevassa kaupungissa. Muistihoidajien ja kotihoidon lähiesimiesten haastatteluissa selvisi, että alueen muistihoidaja on ollut ensisijaisesti vastuussa muistisairauden seurannasta. Kotihoidon henkilöstö on tarvittaessa avustanut seurannan toteutuksessa, esimerkiksi tehnyt pyydettyessä yksittäisen testin tai arvioinut asiakkaan toimintakykyä.

*Ei varmaan oo säännölleen tehty testejä, ellei oo johonkin pyydetty tai oo ollut tarve johonkin.*

*Kun tulee uusia asiakkaita tai jonkun kunnossa tapahtuu ihan huomattava muutos, niin on sitten pyydetty muistihoidajaa, että käy kotikäynnin tai antaa ajan, että omainen käyttää.*

Eri ammattiryhmien edustajilla oli erilaiset näkemykset muistisairauden seurannan käytännön toteutuksen selkeydestä. Muistihoidajat kuvasivat seurannan toteutumisen selkeänä, koska he ovat tehneet sitä Siun sotien laatiman muisti-asiakkaan hoitopolun mukaisesti. Vastaavasti kotihoidon henkilöstö toi toistu-

vasti esille epäselvyyden muistisairauden seurantaan liittyvästä käytännön toteutuksesta. Epätietoisuutta oli esimerkiksi säännöllisen seurannan toteutuksen aikataulusta sekä käytettävistä mittareista.

*Meillä on tehty muistisairauden seurannasta kirjallinen hoitopolku ja siinä on tarkennettu, että mitä siellä kotihoidossa tulisi tehdä.*

*Ei oo meillä esimiehillä ja työntekijöillä ihan niin tarkkaa käsitystä tai sapluunaa, että onko se nyt kerran vuodessa ja onko se nyt minimaali ja kenelle se ceradi tehdään ja kenellä katotaan mitäkin.*

Lisäksi eri ammattiryhmät toivat esille erilaisia näkemyksiä seurantaan liittyvästä työnjaosta kotihoidon ja muistihoitajien välillä.

*Huolehditaanhan kotihoidossa myös muiden perussairauksien seurannoista esimerkiksi verenpainetaudin. Miksi sitä muistisairautta ei myös seurattaisi kotihoidossa? Se on yksi sairaus muiden joukossa.*

*Meillä on siis sovittu, että muistihoitaja seuraa niitä potilaita, jotka eivät ole kotihoidon palveluiden piirissä.*

*Me ei tiedetä, mitkä kuuluu oikeesti meidän tehdä ja mitkä kuuluu muistihoitajalle.*

Toimeksiantajan toiveena oli saada tämän opinnäytetyön tuotoksena toimintamalli, joka yhdenmukaistaa käytäntöjä. Nykytilan kartoitus vahvasti tarvetta selkeyttää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantaikäytäntöjä sekä seurantaan liittyvää työnjakoa kotihoidon ja muistihoitajien välillä. Aineistoista nousi esille toive selkeästä ja käytäntöä tukevasta toimintamallista, joka ohjaa kotihoidossa toteutettavaa muistisairauden seuranta.

*... kun siihen tulis hyvin yksinkertainen runko, että tee näin ja se peruste, miksi näin tehdään. Niin sehän se auttas.*

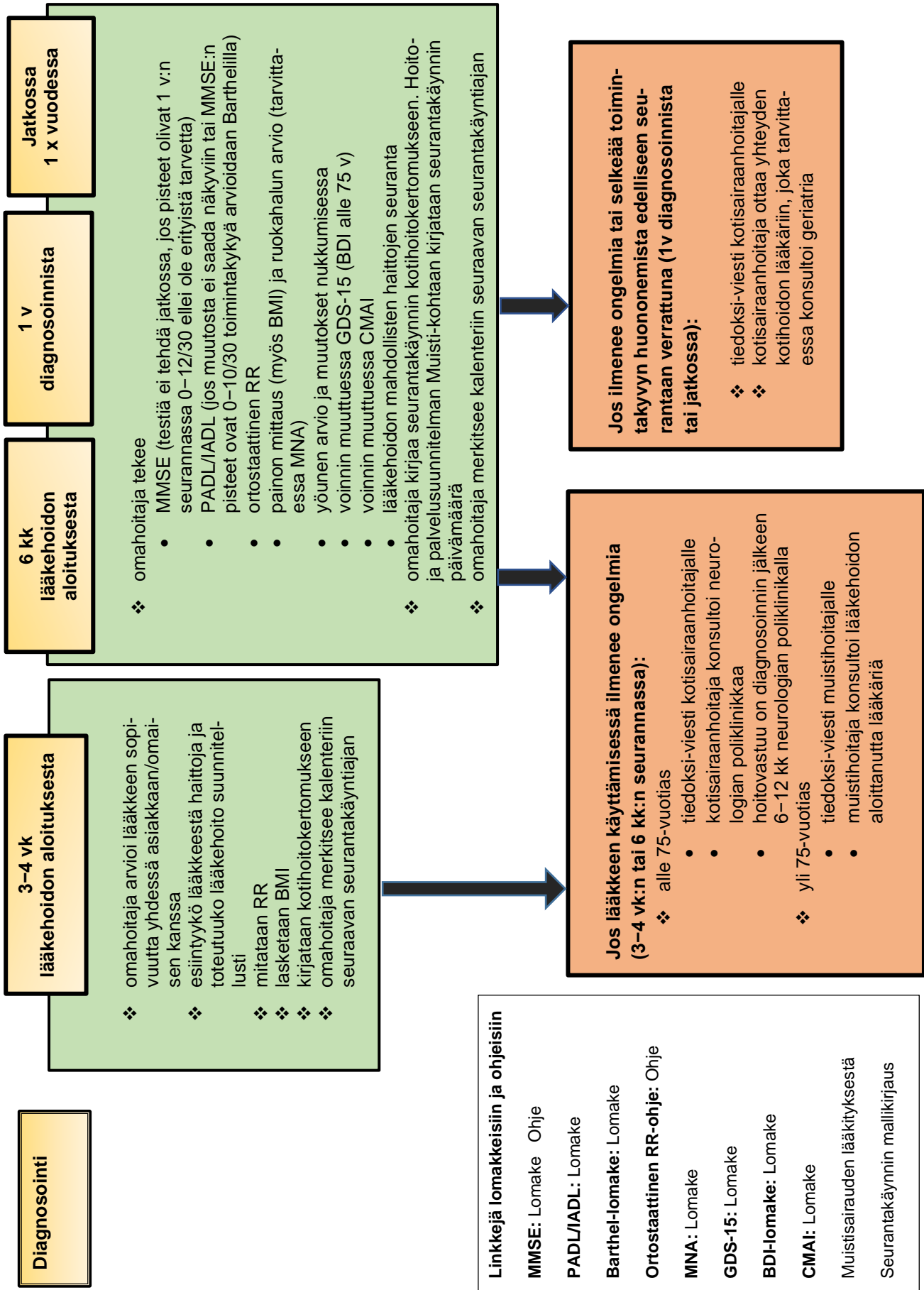
*... on ihan hyvä asia, että tulee tälleen käsiteltyä, miten se toimii nyt oikeesti, koska asia koskee meitä aika isosti. Nyt tulis sitten semmoset selkeet prosessit.*

*Siitä pitää tulla samanlainen rutiini kuin hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisestä.*

*Tärkeätä on, että on selvät sapluunat, miten se seurantavastuu siirtyy. Sitten muistihoidajakin voi luottaa, että seuranta hoituu hyvin täällä kotihoidossakin, eikä tarvii enää hänen huolhtii siitä.*

Toimintamallin laatimisen tavoitteena oli tehdä selkeä ohjeistus, mistä ilmenee muistisairauden seurannan toteutusajat, vastuuhenkilöt sekä tehtävät toimenpiteet. Lisäksi mallissa on toimintaohjeet, jos asiakkaan lääkehoidon toteutuksessa ilmenee ongelmia tai toimintakyvyssä on tapahtunut selkeää huononemista edelliseen seurantakertaan verrattuna.

Toimintamalliin linkitettiin tarvittavat testilomakkeet sekä ohjeita niiden tekemiseen, joten seurannan edellyttämät tiedot ovat helposti saatavilla. Kuviossa 4 kuvattua toimintamallia voidaan hyödyntää myös uusien kotihoidon työntekijöiden perehdyttämisessä muistisairauden seurantaan.



Kuvio 4. Toimintamalli: muistisairauden seuranta kotihoidossa.

Työpajassa ryhmäläiset päättivät, että muistisairaahan asiakkaan omahoitaja tai korvaava hoitaja vastaa muistisairauden seurannasta. He kuvasivat asiakkaan hyötyvän tutun hoitajan toteuttamasta arvioinnista, koska tutut hoitajat huomauttavat asiakkaan voinnissa tapahtuneet muutokset.

*Se seurantavastuu on varmaan omahoitajalla ihan kaikista paras, koska hän tuntee asiakkaan ja tietää ne käytöstavat ja minkälainen on ollut aikaisemmin.*

Toimintamallin lisäksi kotihoitoon laadittiin kirjallinen ohje muistisairauden seurantaan liittyvistä käytännön toimista. Siihen on koottu yhteenveto työpajoissa sovituista asioista, mitkä liittyvät seurantakäyntiaikojen siirtymiseen muistihoitajalta kotihoitoon, seurantakäyntien aikatauluttamiseen ja kirjaamiseen, tiedonkulkuun, koulutukseen sekä muistivastaavan rooliin tiimissä.

## **7.2 Osaamisen kehittäminen**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seuranta. Seurantavastuun siirtyminen muistihoitajalta kotihoitoon aiheutti muutoksia kotihoidon henkilöstön työtehtäviin. Yhtenä kehittämistehtävänä oli selvittää, mitä muistisairauden seurantavastuun siirtymisen ja seurannan toteuttaminen edellyttävät kotihoidon henkilöstöltä. Haastattelujen, kyselyn ja työpajojen aineistosta nousi selkeästi esille tarve ja halu muistiosaamisen kehittämiseen. Koulutustarvetta ilmeni seurannassa käytettävien testien tekemiseen, muistisairauden lääkityksen vasteen arvioimiseen sekä muistisairaahan kohtaamiseen. Lisäksi toivottiin kertausta yleisimmistä muistisairauksista ja muistisairauden varhaisesta tunnistamisesta.

*Ois hyvä kerrata, sillä jos tekee väärin ne testit ja tulokset näkyy asiakkaan tiedoissa ja ne tehty ihan päin honkia.*

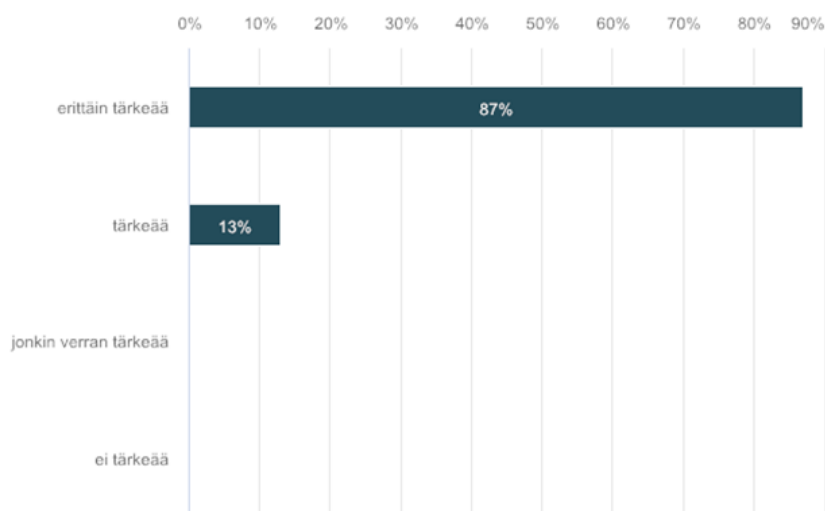
*Tarvittas semmoinen ihan peruskoulutus, mitä ne muistisairaudet on, miten ne näkyy, miten ravitsemus, lääkitys, liikunta ja lepo vaikuttaa.*

*Kun tulee haastavaa käyttäytymistä, niin sitten oot ihan lukossa. Ensimmäinen vaihtoehto on helposti joku rauhoittava lääke, kun vois kokeilla jotain muutakin.*

Osa vastaajista kuvasi henkilöstön muistiosaamisen kehittämisen tukevan muistisairaahan henkilön kotona asumista.

*Meidän pitäisi pystyä jarruttamaan sitä palveluasumiseen siirtymistä ja sitähan myö toki tehdäänkin. Lisäksi tietysti yksi ratkaisu on henkilöstön osaamistason nostaminen, ihan kokonaisvaltaisesti muistisairaahan hoitamisessa.*

Kotihoidon henkilöstö kuvasi suhtautuvansa myönteisesti muistiosaamisen kehittämiseen koulutuksen avulla. Alla olevasta kuviosta ilmenee, miten kotihoidon henkilöstö kokee muistiosaamisen merkityksen työtehtävissään.



Kuvio 4. Kotihoidon henkilöstön arvio muistiosaamisen merkityksestä työtehtävissään

Aineistosta nousi esille tarve kerrata testejä, joita käytetään muistisairauden seurannassa. Osa kotihoidon henkilöstöstä ilmaisi huolensa siitä, että erot testien suorittamistavoissa heikentävät seurannan laatua.

*Tarvitaan riittävä koulutus testaamiseen, että osaaminen on yhteneväinen.*

Työpajojen osallistajat toivoivat seurannassa käytettävien testien kertaamista alueen muistihoidajan johdolla. Kotihoidon henkilöstö ja muistihoidaja sopivat kolme harjoittelukertaa, jotta kaikilla olisi aikataulullinen mahdollisuus osallistua niihin. Koko kotihoidon henkilöstö harjoitteli pienryhmissä testien tekemistä lokakuun 2020 aikana. Lisäksi työpajojen osallistujien ideoimana kotihoidon tiimeihin nimettiin 2–3 muistivastaavaa, joiden vastuualueena on muistisairauksiin liittyvät asiat. Käytännön toimina ovat esimerkiksi lisäkoulutuksiin osallistuminen ja saadun tiedon jakaminen työyhteisössä, työntekijöiden tukeminen muistiasioissa sekä yhteistyön vahvistaminen muistivastaavien ja -hoitajan välillä.

Haastatteluissa ilmeni, että Siun soten alueella on järjestetty muistiosaamiseen liittyvää koulutusta viime vuosien aikana. Osa kotihoidon henkilöstöstä koki kuitenkin koulutuksiin osallistumismahdollisuudet rajallisiksi työjärjestelyjen vuoksi.

*Tuli hirveellä vauhdilla tieto koulutuksesta. Eihän sitä yhden äkin näin vain tempaista sitä porukkaa täältä perustyöstä ja arjesta. Tieto tuli meidän mielestä aika nopeesti, kun työvuorot oli suunniteltu ja tehtävät jaettu.*

Kotihoidon henkilöstön toiveena oli saada koulutusta myös muistisairauden lääkityksen vasteen arvioimisesta, muistisairaahan kohtaamisesta, yleisimmistä muistisairauksista ja niiden varhaisesta tunnistamisesta. Kotihoidon henkilöstön kokemukset osallistumismahdollisuuksien rajallisuudesta ohjasivat suunnittelemaan koulutusten toteuttamistapaa. Työpajojen osallistajat sekä toimeksiantajan edustajat tukivat opinnäytetyön tekijöiden ideoimaa koulutuskokonaisuutta, mikä toteutuisi videotallenteiden avulla. Alustavan suunnitelman mukaan organisaation eri alojen asiantuntijat tekisivät toivotuista aiheista 30–45 minuutin pituisia koulutustallenteita, jotka olisivat katsottavissa organisaation sisäiseen viestintään tarkoitetussa lähiverkossa eli intrassa. Tämä mahdollistaisi kaikkien kotihoidon työntekijöiden muistiosaamisen vahvistamisen yhdenvertaisesti. Asiaa tiedusteltiin alustavasti eri alueiden asiantuntijoilta, jotka suhtautuivat koulutusehdotukseen myönteisesti. Koulutuskokonaisuuden järjestäminen ei ollut aikataulullisesti mahdollista tässä opinnäytetyössä, joten geriatrisen osaamiskeskuksen palveluesimies otti vastuun koulutukseen liittyvien käytännön toimien organisoinnista.

### 7.3 Muutosjoustavuus

Kehittämistehtävän alussa kartoitettiin kotihoidon henkilöstön sekä muiden kehittämistoimintaan osallistuvien keskeisten toimijoiden ajatuksia muistisairauden seurantavastuun siirtymisestä kotihoitoon. Kotihoidon henkilöstölle suunnatussa kyselyssä 25 % vastaajista kuvasi suhtautuvansa muutokseen jokseenkin tai täysin myönteisesti. Vastaavasti muutokseen kielteisesti suhtautuvia oli 34 % vastaajista. Vastaajista 41 % ei ilmoittanut selkeästi suhtautuvansa myönteisesti tai kielteisesti muutokseen.

Haastattelujen, kyselyn ja 1. työpajatapaamisen aineistoista nousi esille osin kriittistä suhtautumista muutosta kohtaan. Osa vastaajista koki uusien työtehtävien kuormittavan jo ennestään kiireistä kotihoidon työtilannetta. Kotihoitoon on kohdistunut useita eri tahoilta suunnattuja muutospaineita ja osa koki niiden heikentävän heidän työssä jaksamistaan.

*Välillä tulee vähän semmonen tunne, että kotihoitoon kaadetaan kaikki asiat.*

*Miksi kaikki siirtyy kotihoitoon? Miksi alan ammattilaiset siirtävät tehtäviään muille?*

Lisäksi kriittistä suhtautumista muutokseen lisäsi epätietoisuus muutoksen perusteluista.

*Pitääkö meidän sit olla muistihoidajia ja minkäs takia me sitten teemme samat asiat mitä muistihoidaja tekee?*

*Taitaa olla yleinen buumi, että kotihoidon pitää ehtiä kaikki, vaikkei koulutustakaan erikoisosaamiseen ole.*

Osa vastaajista oli tietoisia muistisairauden seurantavastuun siirtymisen taustalla olevista syistä.

*Potilaita tulee koko ajan niin paljon, että yksi muistihoidaja ei pysty hoitamaan kaikkea, poistuma ei ole niin suuri kuin uusien tuleminen. Kotihoidossahan huolehditaan myös kaikkien muidenkin sairauksien vuosiseurannoista.*

*Ymmärretään kyllä, että muistihoidajilla ei resurssit vaan kerta kaikkiaan riitä. Muistisairaita on niin paljon, ja kun on kerran se kytkös kotihoitoon ja hoitajat käy, niin on luontevampaa, että se seuranta tehdään täällä.*

Ensimmäisessä työpajatapaamisessa osa ryhmäläisistä ilmaisi kommentteissaan osittain kriittistä suhtautumista muutokseen, mikä väheni kehittämistoiminnan edetessä tehtyjen havaintojen ja saadun palautteen perusteella. Asenteen muuttumista edesauttoi uusien työtehtävien selkeytyminen sekä moniammatillinen yhteistyö muutoksen suunnittelussa. Lisäksi myönteisenä koettiin asiakkaiden saaman hyödyn, kun tuttu kotihoidon työntekijä toteuttaa muistisairauden seurannan. Lähiesimiesten muutosmyönteisyydellä ja aktiivisella osallistumisella työpajatoimintaan oli myös erittäin suuri merkitys kotihoidon henkilöstön muutosjoustavuuden vahvistumisessa.

#### **7.4 Muutosviestintä**

Nykytilan kartoituksessa nousi selkeästi esille muutosviestintään liittyviä haasteita. Kotihoidon lähiesimiehet kuvasivat jääneensä tiedonsaannin ulkopuolelle muutosprosessista, joka kohdistui kotihoidon toimintoihin.

*En tiijä, onko se ajattelemattomuutta vai mitä, mutta muutoksissa ruohonjuuritaso tahtoo unohtua. Jossakin päätetään asioita, mutta niitä ei välttämättä muisteta ees ilmottaa, vaikka ne koskettaa meitä.*

Esimiehet kokivatkin muutokseen liittyvistä asioista tiedottamisen henkilöstölle vaikeaksi, koska heidän itsensä saama tieto muutoksesta oli hyvin vähäistä ja epäselvää. Huolimatta heidän pyynnöstään saada lisätietoa muutoksesta esimiehet kokivat muutokseen liittyvän tiedottamisen olleen riittämätöntä.

*Myö ollaan aika hankalassa tilanteessa, kun pitäisi osata porukalle kertoa, että muutoksia tulee, mut kun itekkin ollaan taas kun lumiukot pihalla.*

*Myö sitä sanottiin, että voitaisko tästä järjestää jotain palaveria, koska asiasta on kerta päätetty. Niin siitä oli semmoinen palaveri, mutta se palaveri ei ollu ihan semmoinen informatiivinen.*

Lisäksi esimiesten kokemaa tyytymättömyyttä lisäsi muutoksesta tiedottamisen tapa, jonka he kokivat olevan ylhäältä alaspäin tapahtuvaa tiedottamista.

*Muutos ei ärsytä, vaan tapa, millä siitä tiedottaminen tehtiin.*

*Meille tuli vähän semmonen tunne, että meille saneltiin, että kotihoito ottaa. Ei kysytty, että kerkiittekö, pystyttekö tai että mitä tarviitte pystyäksenne tekemään tämän työn.*

## 8 Tulosten tarkastelu

### 8.1 Toimintamalli yhtenäisten toimintatapojen lähtökohtana

Siun sotessa aikaisemmin laaditun muistiasiakkaan hoitopolun mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden muistisairauden seuranta kuuluu kotihoitoon. Hoitopolussa ei ole kuitenkaan kuvattu kotihoidon henkilöstön toteuttaman seurannan tarkempaa sisältöä. Kehittämistoiminnan tuloksista olikin nähtävissä, että laaditusta hoitopolusta huolimatta säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantakäytännöt koettiin epäselviksi ja yhtenäisten toimintatapojen ohjeistus puutteelliseksi. Tämä mahdollisti erilaisten seurantaikäytäntöjen syntyminen.

Muistisairauden seurannan toimintatapojen vaihtelu johtuu myös osittain Siun soten muodostaman 14 kunnan erilaisista alueellisista käytännöistä. Vuonna 2017 muodostetun kuntayhtymän jälkeen sosiaali- ja terveystalvelujen toimintatapoja on vähitellen yhtenäistetty. Hirvonen ja Nykänen-Juvonen (2017) kuvasivat ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään muistihoidajan tehtävänkuvaa muistisairaahan diagnosoinnissa ja hoidon alkuvaiheessa. Opinnäytetyössään he toivat esille, että kotihoidossa tapahtuvaa muistisairauden seuranta oli tarve selkeyttää. (Hirvonen & Nykänen-Juvonen 2017, 46, 52, 54.) Myös tämän opinnäytetyön tulokset tukivat tätä havaintoa. Opinnäytetyön tuotoksena laadittu toimintamalli yhtenäistää kotihoidossa tapahtuvan muistisairauden seurannan toimintatapoja sekä selkeyttää seurantaan liittyvää kotihoi-

don henkilöstön ja muistihoitajan välistä työnjakoa. Toimintamallin avulla muistisairaana asiakkaan hoitopolun kehittämistä voidaan jatkaa Siun sotien alueella. Mielestämme toimintamallin käyttöönotto koko Siun sotien alueella turvaisi säännöllisessä kotihoidossa olevien asiakkaiden yhdenvertaisen muistisairauden seurannan paikkakunnasta riippumatta.

Helmikuussa 2021 kotihoidon lähiesimiehille sekä alueen muistihoitajalle lähetettiin sähköpostia, jossa pyydettiin palautetta toimintamallin käyttöönotosta muistisairauden seurannassa. Saadun palautteen mukaan toimintamalli on otettu käyttöön, ja seuranta on toteutunut onnistuneesti mallin mukaisesti. Kotihoidon henkilöstö ei ole tuonut esille toimintamallin mukaiseen seurantaan liittyviä haasteita. Lisäksi toimeksiantajan edustajilta pyydettiin arviota toimintamallin soveltuvuudesta laajemmin Siun sotien alueella. Sekä kotihoidon lähiesimiehiltä että toimeksiantajan edustajilta saatu palaute toimintamallista oli myönteistä.

Toimeksiantajan edustaja totesi toimintamallin olevan ajankohtainen ja tarpeellinen, koska se ratkaisee muistisairauden seurantaan liittyvässä työjaossa ja toimintatavoissa ilmenneitä haasteita. Toimeksiantajan mukaan uusi toimintamalli helpottaa merkittävästi asiakkaan muistisairauden seurantavastuun siirtymistä kotihoitoon. Lisäksi toimintamallin ulkoasua kuvattiin selkeäksi ja toimintaohjeet yksityiskohtaisiksi. Toimintamallin arvioitiin olevan myös helposti hyödynnettävissä koko Siun sotien alueella.

## **8.2 Osaamisen kehittäminen**

Kotihoidon henkilöstölle suunnatussa kyselyssä 87 % vastaajista ilmoitti kokevansa muistiosaamisen merkityksen työssään erittäin tärkeäksi. Tuloksista nousi esille henkilöstön myönteinen suhtautuminen oman osaamisensa kehittämiseen. Kotihoidon henkilöstö halusi varmuutta erityisesti seurannan edellyttämien testien tekemiseen, koska niiden oikea suoritustapa on laadukkaan muistisairauden seurannan lähtökohta. Kiinnostusta ilmaistiin myös laaja-alaisempaan muistiosaamiseen. Uusi laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostaa muistisairaana kohtaamiseen, turvalliseen lääkehoitoon sekä muistisairauden varhaiseen tunnistamiseen liittyvää

osaamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 57). Nämä aihealueet nousivat koulutustarpeina myös tämän kehittämistyön tuloksista. Toimeksiantajan edustaja otti vastuun alaluvussa 8.2.2 kuvatun alustavasti suunnitellun koulutuskokoonaisuuden toteutuksen organisoimisesta, jotta kotihoidon henkilöstön muisti-osaamista voidaan edelleen vahvistaa. Kotihoidon henkilöstön osaamisen kehittäminen on osa muistisairauden seurannan kehittämistä. Tämän tavoitteena on turvata asiakkaiden saama laadukas ja yhdenvertainen muistisairauden seuranta.

Tuloksista nousi esille kotihoidon henkilöstön haasteet osallistua reaaliaikaisesti järjestettäviin koulutuksiin työjärjestelyjen vuoksi. Toimeksiantaja on osa isoa organisaatiota, jossa on runsaasti laaja-alaista osaamista, joten mielestämme sitä voisi hyödyntää nykyistä enemmän koulutusten järjestämisessä. Tallennettavien koulutusmateriaalien avulla koulutusta voitaisiin toteuttaa erilaisista työjärjestelyistä sekä henkilöstön kokoontumisia koskevista rajoituksista huolimatta. Mielestämme organisaation sisäisen oman osaamisen hyödyntäminen koulutusten järjestämisessä sekä koulutustallenteiden joustava käyttö lisäisi koulutusten saatavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Lisäksi henkilöstön laaja-alaisen muistiosaamisen vahvistamisella turvattaisiin muistisairaiden asiakkaiden saama laadukas hoitokokonaisuus.

### **8.3 Muutosjoustavuus**

Kaihlasen ym. (2019, 160) mukaan toimintaohjeiden jatkuvat muutokset aiheuttavat työyhteisössä epävarmuutta ja kuormittavat henkilöstöä. Myös Pahkin ja Vesanto (2013, 5) tuovat esille, että työntekijöiden kokema lisääntynyt kiireen tunne sekä muutokset työn sisällössä voivat heikentää henkilöstön työhyvinvointia. Tämänkin opinnäytetyön tuloksista nousi esille epävarmuus ja osittain kriittinen suhtautuminen muistisairauden seurantavastuun siirtymisestä kotihoitoon. Kriittisen suhtautumisen taustalla voi olla epätietoisuus muutoksen taustalla olevista syistä sekä henkilöstön väsyminen kotihoidon työtehtävissä tapahtuneisiin toistuviin muutoksiin viime aikoina. Henkilöstön kokema muutosväsymys voi pitkittyessään heikentää heidän työhyvinvointiaan.

Pahkin ym. (2011, 14) korostavat työntekijöiden hyvinvoinnin huomioimisen merkitystä muutosprosessin aikana. Myös tämän muutosprosessin johtamisessa haluttiin tukea henkilöstön työhyvinvointia kiinnittämällä huomiota Pahkin ym. (2011) esille nostamiin kolmeen avaintekijään, joilla voidaan tukea työntekijöiden hyvinvointia muutoksessa. Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat muutokseen liittyvä viestintä ja henkilöstön osallisuus sekä erilaiset tukitoimet muutoksessa. (Pahkin ym. 2011, 14.) Tämän kehittämistoiminnan aikana kotihoidon henkilöstön suhtautumistavassa tapahtui myönteistä muutosta liittyen muistisairauden seurantavastuun siirtymiseen. Kriittisyys muutosta kohtaan väheni muutosviestinnän tehostamisen ja työpajoissa henkilöstön aktiivisen osallistamisen myötä. Lisäksi kotihoidon henkilöstön hyvinvointia vahvistavia tukitoimia oli lähiesimiesten myönteinen suhtautuminen muutosprosessiin sekä heidän aktiivinen läsnäolonsa työpajoissa. Mielestämme henkilöstön työhyvinvointiin panostaminen vahvistaa henkilöstön muutosjoustavuutta ja siten se osaltaan vaikuttaa asiakkaiden saamaan laadukkaaseen muistisairauden seurantaan.

#### **8.4 Muutosviestintä**

Kaihlanen ym. (2019, 156) tuovat tutkimuksessaan esille, että viestintätavalla ja -sävyllä voidaan merkittävästi vaikuttaa henkilöstön tapaan suhtautua muutokseen. Kuten Pahkin (2011,18) on aikaisemmin todennut, työntekijöiden tulee tietää selkeä perustelu muutoksen tarpeelle. Myös Taskinen (2015, 159–160) korostaa avoimen muutosviestinnän sekä työntekijöiden osallistamisen ja osallistumisen tukevan työntekijöiden myönteistä asennoitumista sekä sitoutumista muutokseen. Tuloksista nousi selkeästi esille tyytymättömyys muutosviestintään, mikä liittyi kotihoidossa olevien asiakkaiden muistisairauden seurantavastuun siirtymiseen. Sekä esimiehillä että henkilöstöllä oli huomattavaa tiedonpuutetta suunnitellusta muutoksesta ja sen vaikutuksista kotihoidon työtehtäviin. Tämä aiheutti kehittämistoiminnan alussa kriittistä suhtautumista toimintatapojen muutokseen sekä koko muutoksen tarkoituksenmukaisuuden kyseenalaistamista. Puutteellinen muutosviestintä yllätti, koska organisaation henkilöstöstrategiassa (Siun sote 2019b, 7) on korostettu johtamisosaamisen kehittämistä.

Lisäksi organisaatiossa on runsaasti kokemuksia muutosten läpiviemisestä viime vuosien aikana.

Laurila (2017) on todennut lähiesimiesten tarvitsevan ylemmän johdon määrittämän selkeän näkymän muutoksesta. Tämä on edellytyksenä, jotta muutoksen aiheuttamia konkreettisia käytännön järjestelyjä voidaan suunnitella yhdessä henkilöstön kanssa. (Laurila 2017, 139.) Tämänkin opinnäytetyön tulokset osoittivat, etteivät lähiesimiehet voineet tiedottaa asiasta henkilöstöä eivätkä tehdä muutokseen liittyviä käytännön valmisteluja puutteellisen tiedon vuoksi. Muutosprosessin onnistumisen kannalta onkin oleellista, miten muutoksen johtamisessa toteutuu vuorovaikutus sekä viestintä johdon ja henkilöstön välillä. (Kaihlainen ym. 2019, 156.)

Mielestämme muutoksen onnistunut ja sujuva läpivieminen on haasteellista, jos muutosprosessin johtamiseen ei ole selkeästi nimetty vastuuhenkilöä. Tähän opinnäytetyöhön kuuluvan muutosprosessin johtaminen osoitti, että pieneltä muutokselta vaikuttava työtehtävien ja työnjaon muutos edellyttikin muistisairauden seurantavastuun siirtymiseen liittyvän kokonaisuuden hahmottamista ja johtamista. Siihen liittyi paljon suunnittelua sekä erilaisia yhdessä sovittavia ja päätettäviä asioita, jotta muistisairauden seurantakäytäntöjä voitaisiin toteuttaa yhtenäisesti laaditun toimintamallin avulla. Taskinen (2015, 159) korostaa muutoksesta tiedottamisen ja kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen olevan tärkeää onnistuneessa muutoksessa. Tämä kehittämistoiminta osoittaa, että pienenkin muutoksen onnistunut läpivieminen edellyttää koko muutosprosessin ajan avointa vuorovaikutusta ja viestintää toiminnoista vastuussa olevien ja henkilöstön välillä. Tämä onkin mielestämme muutosprosessin johtamisen yksi tärkeimmistä tehtävistä.

## 9 Pohdinta

### 9.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Arvioinnilla voidaan lisätä tietoa kehitettävästä toiminnasta, ja sitä käytetään myös tulosten vertaamisessa suhteessa tavoitteisiin. Kehittämisprosessin arvioinnilla saadaan tietoa, mikä ohjaa toimintojen suuntaamisessa kohti asetettuja tavoitteita. (Toikko & Rantanen 2009, 61.) Kehittämistoiminta ei yleensä täysin toteudu alkuperäisen suunnitelman mukaisesti, vaan sitä joudutaan tarkentamaan tai muuttamaan prosessin edetessä. Toimintojen suuntaamisen lähtökohdiana onkin kehittämissuunnitelman arviointi toiminnan kaikissa vaiheissa. (Salonen 2017, 62, 64.) Myös tässä kehittämissuunnitelmassa alkuperäiseen suunnitelmaan tuli muutoksia. Suunnitelman mukaan nykytilan kartoittaminen olisi tapahtunut kokonaan sähköisellä kyselyllä. Muistisairauden seurannan nykytilanteesta haettiin saada mahdollisimman paljon tietoa, joten aiheen kannalta keskeisten tiedonantajien osalta päädyttiin vaihtamaan sähköinen kysely haastatteluksi. Aineistonkeruumenetelmän muutos osoittautuikin hyväksi ratkaisuksi, koska haastattelut mahdollistivat kyselyä laajalaisemman nykytilanteen kartoittamisen tarkentavien kysymysten avulla. Haastattelujen nauhoittaminen mahdollisti molempien opinnäytetyön tekijöiden keskittymisen asiasisältöön ja epäselvien asioiden tarkentamisen lisäkysymyksillä. Viidestä haastattelusta kertyi paljon nauhoitettua aineistoa, joten sen litteroiminen ja analysoiminen veivät suunniteltua pidemmän ajan. Aineiston huolellinen kuunteleminen ja tekstiksi kirjoittaminen helpottivat kokonais kuvan hahmottamista ennen varsinaisen analyysin tekemistä.

Salosen ym. (2017, 64) mukaan arviointi voi nostaa esiin tarpeen muuttaa kehittämissuunnitelmaa jo ennen varsinaista toiminnan aloittamista. Myös tässä opinnäytetyössä työpajatapaamisten suunnitelmiin tuli muutoksia opinnäytetyön tekijöiden arvioidessa nykytilan kartoituksen tuloksia. Alkuperäisen suunnitelman mukaan ensimmäisen työpajan sisältönä olisi ollut muistisairauden seurannassa käytettävien mittareiden sekä niiden käytön kertaaminen.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden muistisairauden seurannan nykytilan kartoituksessa aineistosta nousi kuitenkin esille vastaajien epätietoisuus, miksi muistisairauden seurantavastuu siirtyy muistihoidajalta kotihoitoon. Rauramon (2013, 3) mukaan muutokset lisäävät henkilöstön kokemaan työn kuormittavuutta, jos muutoksen perustelut jäävät epäselviksi tai henkilöstö ei pysty vaikuttamaan muutokseen. Tässä työssä haluttiin varmistaa, että kotihoidon henkilöstöllä on selkeä ymmärrys muutoksen perusteluista. Ensimmäisen työpajan sisältöä muutettiin ja siinä keskityttiin muutoksen taustalla olevien perustelujen esille tuomiseen.

Työpajatapaamisten tavoitteena oli sopia uusista työtavoista ja löytää ratkaisuja muutoksen tuomiin käytännön ongelmiin. Käytänteistä sopiminen vei kuitenkin enemmän aikaa kuin opinnäytetyön tekijät olivat ennakoineet, joten toisessa työpajassa ei pysytty suunnitellussa aikataulussa. Kolmannen työpajan aikataulua suunniteltaessa varattiinkin enemmän aikaa muuttuvien toimintatapojen ja uuden toimintamallin kertaamiselle sekä keskustelulle. Jokaisessa työpajassa pyydettiin osallistujia täyttämään kirjallinen arviointilomake tapaamisen sisällöstä ja toteutuksesta. Saatua palautetta oli hyvin positiivista, ja se vahvisti työpajojen sisältöjen vastanneen kotihoidon henkilöstön odotuksiin.

Itsearviointia toteutettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön tekijöiden moniammatillinen keskinäinen pohdinta toi esille erilaisia näkökulmia, joiden perusteella tehtiin arviointia prosessin etenemisestä ja toiminnan suuntaamisesta. Lisäksi molempien pitkä ja monipuolinen työkokemus sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla edesauttoi itseohjautuvaa työskentelyä. Tarvittaessa pyydettiin opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa ohjaavalta opettajalta sekä toimeksiantajan edustajilta kommentteja ja palautetta.

Opinnäytetyöprosessin edetessä pohdittiin, että kohdennettiinko nykytilan kartoitus liian isolle kohderyhmälle. Nykytilan kartoittamisen suunnittelu ja toteutus ajoittuivat kesälle 2020, joten ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan edustajan kesälomien aikana rajaamiseen liittyvää ohjausta ei ollut saatavilla. Opinnäytetyön toteutusvaihetta haluttiin kuitenkin viedä eteenpäin ennen kuin

koronapandemian mahdolliset kokoontumisrajoitukset vaikuttaisivat suunniteltujen työpajataapaamisten toteuttamiseen. Haastatteluilla ja sähköisellä kyselyllä saatua aineistoa oli runsaasti, joten analyysin tekeminen oli vaativaa. Kattavan ja monipuolisen aineiston saaminen oli kuitenkin hyödyllistä, koska se antoi laaja-alaisen käsityksen muistisairauden seurannasta ja sen toteuttamisen edellytyksistä. Saatu tieto tuki myös työpajojen sisällön suunnittelua sekä opinnäytetyön tavoitteena ollutta toimintamallin laatimista. Laadittu toimintamalli auttoi kehittämään säännöllisen kotihoidon asiakkaiden muistisairauden seuranta.

## 9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut ohjeet hyvän tieteellisen käytännön periaatteista. Tieteellistä tutkimusta voidaan pitää luotettavana ja eettisesti hyväksyttävänä, kun sen tekemisessä ja tuloksia käsitellessä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyössä tutkimuseetiikalla tarkoitetaan prosessin kaikissa vaiheissa käytettäviä eettisesti hyviä käytäntöjä, joilla varmistetaan rehellinen ja avoin toiminta tutkimustyössä ja opinnäytetyön tekemisessä. Myös toiminta eri yhteistyötahojen kanssa pitää olla luotettavaa ja rehellistä. (Tiainen 2020.) Tavoitteena on varmistaa hyvä tieteellinen käytäntö sekä estää siihen kohdistuvat epäeettiset ja epärehelliset toiminnat opinnäytetyöprosessin aikana (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2019, 4). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittelemän Hyvän tieteellisen käytännön -ohjeistuksen mukaan tutkija tai opinnäytetyöntekijä on ensisijaisesti vastuussa työnsä hyvien eettisten käytäntöjen noudattamisesta. Oppilaitoksilla on vastaavasti velvollisuus varmistaa, että hyvän tieteellisen käytännön ja tutkimuseetiikan opetus sisältyy koulutukseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7.)

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston (2019, 16) linjauksen mukaan opinnäytetyön tekijän tulee olla perehtynyt aiheeseen, joten aihe kannattaa valita ammattiopintojen suuntaisesti. Molemmilla opinnäytetyön tekijöillä on pitkä työkokemus ikääntyneiden parissa työskentelemisestä ja tämän yhteisen mielen-

kiinnon kohteen pohjalta haluttiin opinnäytetyön kohdentuvan jotenkin ikääntyneisiin. Myös koulutuksen suuntaus tukee tätä aihevalintaa. Toimeksiantaja ehdotti ikääntyneisiin liittyvää kehittämistehtävää, joka oli noussut työelämän tarpeesta. Eettistä pohdintaa tehtiin jo aihetta valitessa, koska opinnäytetyöllä haluttiin edistää ikääntyneiden laadukasta hoitoa ja palvelukokonaisuutta.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto (2019, 14) suosittelee opinnäytetyön eettisissä ohjeissaan opinnäytetyön tekijää tutustumaan tutkimuseettisiin ohjeisiin ja henkilötietojen käsittelyyn sekä tietosuojaan liittyvään ohjeistukseen. Suositusten mukaisiin ohjeisiin perehdyttiin ensimmäisen kerran opinnäytetyön suunnitelmaa laatiessa, jossa yhtenä tarkasteltavana asiana oli luotettavuuden ja eettisyyden huomioiminen opinnäytetyöprosessissa. Suunnitelmassa piti ilmetä myös opinnäytetyön eri vaiheet, tutkimusmenetelmät sekä toimeksiantajan edellyttämät luvat. Eettisten ohjeiden mukaan erilaiset lupa-asiat täytyy olla selvitettyinä ja tarvittaessa myönteinen tutkimuslupapäätös myönnetty ennen opinnäytetyön aloittamista (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2019, 15). Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen aloitimme tutkimuslupahakemukseen liittyvien asioiden selvittämisen. Toimeksiantajan edustajalta saatiin tarkemmat tiedot tutkimuslupahakemukseen tarvittavista liitteistä. Tietosuojaselosteessa kuvattiin, miten tietosuoja huomioidaan ja henkilötietoihin liittyvät asiat käsitellään opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Lisäksi tutkittaville toimitettava tiedote- ja suostumuslomake sekä tutkittaville suunnatut haastattelulomakkeet tarvittiin liitteeksi tutkimuslupahakemukseen.

Tutkimusluvan saamisen jälkeen perustettiin suunnitellusti opinnäytetyöhön liittyvä Teams-ryhmä helpottamaan yhteydenpitoa ja tiedon jakamista keskeisten toimijoiden sekä toimeksiantajan kanssa. Sinne laitettiin hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, jotta kaikilla toimijoilla olisi mahdollisuus tutustua siihen tarkemmin. Teams-ryhmän perustaminen lisäsi opinnäytetyöprosessin avoimuutta, koska se varmisti tiedonkulun kaikille toimijoille tasapuolisesti. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) mukaan hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää eettisesti kestävien ja asetettujen kriteerien mukaisten menetelmien käyttöä tiedonhankinnassa, tutkimuksessa ja arvioinnissa.

Kehittämistyö alkoi tutkimusluvan saamisen jälkeen nykytilan kartoittamisella. Sitä varten haastateltiin toimintojen kannalta keskeiset toimijat. Ennen haastattelua haastateltavat saivat tutustua kehittämistyöhön liittyvään tiedotteeseen, jossa kerrottiin kehittämistoiminnasta sekä heidän oikeudestaan keskeyttää halutessaan osallistuminen. Lisäksi tiedotteessa ilmeni, ettei henkilötietoja tai muita arkaluontoisia asioita käsitellä. Tiedotteessa kerrottiin, että saatua tietoa käytetään tutkimuksellisen kehittämistoiminnan aineistona ja saatu aineisto hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Haastateltavien suostumuksella haastattelut nauhoitettiin. Mielestämme tämä lisäsi tulosten luotettavuutta, koska tietojen kerääminen ei jäänyt ainoastaan tehtyjen muistiinpanojen varaan.

Opinnäytetyössä oli seuraavaksi vuorossa sähköisen kyselyn tekeminen kotihoidon henkilöstölle. Kyselyn avulla kartoitettiin heidän näkemyksiään omasta muistiosaamisesta. Kyselyn yhteydessä kohderyhmä sai tutkimustiedotteen, jossa esiteltiin kehittämistyötä ja kerrottiin kerättävän aineiston liittyvän tähän työhön. Lisäksi tuotiin esille, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, vastaaminen toteutuu anonymisti ja saatu aineisto hävitetään kehittämistyön päätyttyä. Kyselylomakkeen linkki lähetettiin kotihoidon lähiesimiehille ja he jakoivat sen kohderyhmälle.

Kyselytulosten analysoinnin jälkeen toteutettiin kolme työpajatapaamista, joissa tuotettiin tietoa muistisairauden seurantaan liittyvien käytännön ongelmien ratkaisemiseksi ja toimintamallin laatimiseksi. Työpajatoimintaa varten kotihoidon lähiesimiehet kartoittivat kehittämistoiminnasta kiinnostuneita kotihoidon työntekijöitä. Lisäksi työpajoihin osallistui kotihoidon lähiesimiehiä sekä muistihoitajia. Ensimmäisen työpajan alussa kerrattiin kehittämistyön sisältö sekä pyydettiin allekirjoittamaan suostumuslomake (liite 5). Suostumuslomakkeessa on mainittu työpajaan osallistumisen olevan vapaaehtoista ja osallistujilla on oikeus halutessaan keskeyttää työpajaan osallistuminen missä vaiheessa tahansa ilman erillistä syytä. Lisäksi suostumuslomakkeen allekirjoittamisella hyväksyttiin valokuvien ottaminen ja niiden mahdollinen käyttäminen osana opinnäytetyötä.

Työpajoihin suunniteltiin moniammatillista ryhmää ja tarkoituksenmukainen ryhmäkoko oli 10–15 henkilöä. Kotihoidon työntekijöiden osuus ryhmästä oli 6–9

henkilöä, kun kotihoidossa työskentelee kaikkiaan yli 70 henkilöä. Kotihoidon lähiesimiehiä pyydettiin kartoittamaan muistisairauden seurannasta kiinnostuneita työntekijöitä työpajatoimintaan. Pidimme tärkeänä, että osallistujilla on kiinnostusta kehittää muistisairauden seuranta osana kotihoidon työtä. Myöhemmin pohdimme, että oliko eettisesti oikein pyytää lähiesimiehiä valitsemaan ryhmään osallistujat. Olisimmeko voineet valita kotihoidon osallistujat eri tavalla? Yhtenä vaihtoehtona olisi ollut kysyä osallistumishalukkuutta sähköisen kyselyn yhteydessä, jolloin kehittämistyöstä kiinnostuneista olisi voitu arpoa tarpeellinen määrä. Haasteeksi olisi tosin voinut tulla vapaaehtoisten puuttuminen.

Tutkimuseettisesti hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittamista asianmukaisella viittauskäytännöllä omassa raportoinnissa ja tulosten julkaisussa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Oma-Opinnäytetyön raportissa huolehdittiin hyvän tutkimustavan mukaisesta alkuperäisten lähteiden kirjaamiskäytännöstä. Lisäksi kehittämistyössä mukana olleiden anonymiteetti turvattiin. Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa toimittiin luotamuksellisesti ja noudatettiin huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Prosessin aikana pyydettiin palautetta ohjaavalta opettajalta ja toimeksiantajalta sekä huomioitiin saatu palaute toiminnoissa.

### **9.3 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat**

Tuotoksena laadittavaa toimintamallia voidaan hyödyntää laajemmin Siun soten alueella. Toimintamallista saatu palaute on ollut myönteistä ja toimeksiantajan edustaja onkin arvioinut sen olevan helposti hyödynnettävissä koko Siun soten alueella. Mielestämme toimintamallin käyttöönotto varmistaa laadukkaan muistisairauden seurannan kotihoidossa. Lisäksi se toimii tukena uuden työntekijän perehdyttämisessä kotihoidossa tapahtuvaan muistisairauden seurantaan.

Tämän opinnäytetyön aikana ideoitua muistiosaamisen kehittämisen tallennettavaa koulutuskokonaisuutta voisi hyödyntää ja laajentaa koko Siun

soten alueella. Koulutustallenteiden katsomiseen pitäisi kuitenkin varata säännöllisesti aikaa esimerkiksi palaverien yhteyteen, minkä jälkeen aiheesta olisi hyvä keskustella lähiesimiehen johdolla. Yksin katsottuna ja ilman aiheesta keskustelua koulutuksen anti voi jäädä vähäiseksi. Lisäksi valmista sähköisessä muodossa olevaa ja tutkittuun tietoon perustuvaa koulutusmateriaalia tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Laadukasta materiaalia on jo olemassa, mutta sitä pitäisi koota, ryhmitellä ja nostaa esille. Kotihoidon henkilöstön lisäksi muistiosaamisen kehittäminen hyödyttäisi laajemminkin sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskenteleviä, koska siten voitaisiin vahvistaa muistisairauksien mahdollisimman varhaista tunnistamista.

## Lähteet

- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. [https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportti/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?\\_t=1578480382](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportti/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382). 3.7.2020.
- Burnes, B. 2004. Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *Journal of Management Studies* 41(6), 977–1002. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x>. 28.11.2020.
- Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2015. Kotona asuvan muistisairaahan hoito ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen ehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet. 2. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 506–519.
- Erhola, K., Alastalo, H. & Kehusmaa, S. 2017. Muistisairaahan kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. *Tutkimuksesta tiiviisti* 29/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-924-8>. 1.12.2020.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet. 2. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–22.
- Finne-Soveri, H., Kuusterä, K., Tamminen, A., Heimonen, S., Olli Lehtonen, O. & Noro, A. 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Raportti 17/2015. Tampere: Muistiliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hallikainen, M. 2019. Muistisairauden yleiset oireet. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.). *Muistisairaahan hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 54–55.
- Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. 2019. Muistisairaahan hyvän hoidon periaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.). *Muistisairaahan hoito*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 18–20.
- Hellström, M. 2014. Muutosteoreettisia työkaluja. Osa 7. Lewinin muutosmalli. Hellström: Pedagogiikkaa ja koulutuspolitiikkaa. 14.12.2014. <http://pedagogiikkaa.blogspot.com/2014/12/muutosteoreettisia-tyokaluja-osa-7.html>. 7.12.2020.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirvonen, J. & Nykänen-Juvonen, S. 2017. Muistihoidajat kehittämässä muistisairaahan hoitoa Siun sotessa. Karelia-ammattikorkeakoulu. Ikäosaaminen. Opinnäytetyö, YAMK. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017060913110>. 3.3.2020.

- Hupli, M., Koskenniemi, J., Katajisto, J., Stolt, M., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2015. Kotihoidon ja hiljattain ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyneiden suomalaisten muistipotilaiden terveys- ja elämäntilanne. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 52 (4), 258–267.
- Immonen, A. & Hallikainen, M. 2019. Muistisairauden etenemisen seuranta. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.). *Muistisairaahan hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 46–49.
- Innokylä. 2020. Työkalut. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>. 27.12.2020.
- Juppo, V. 2011. Muutoksen johtaminen suomalaisessa yliopistouudistuksessa rehtoreiden näkökulmasta. Vaasa: Vaasan yliopisto. Väitöskirja. Filosofinen tiedekunta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-335-6>. 22.11.2020.
- Juuti, P & Puusa, A. 2020. Toimintatutkimus. Sekä toimintaa että tutkimusta. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus Oy, 267–281.
- Juva, K. & Eloniemi-Sulkava, U. 2015. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). *Muistisairaudet*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 520–529.
- Kaihlanen, A-M., Laulainen, S., Niiranen, V., Keskimäki, I., Hietapakka, L. & Siervo, T. 2019. ”Yrittäny vaan kestää pinnalla – tai sil pelastuslautalla” Sote-henkilöstön näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon muutosten keskeltä. *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (2), 152–164.
- Kantola, J. 2019. Esimiehen sovittelutaidot muutostilanteissa. Teoksessa Hakonen, A., Viitala, R. & Kääntä, L. (toim.). *Ikkunoita henkilöstövahvuuden muutokseen*. Vaasan yliopiston raportteja 15. Vaasa: Vaasan yliopisto, 75–78.
- Kolanowski, A., Fortinsky, R., Calkins, M., Devanand, D., Gould, E., Heller, T., Hodgson, N., Kales, H., Kaye, J., Lyketsos, C., Resnick, B., Schicker, M. & Zimmerman, S. 2018. Advancing Research on Care Needs and Supportive Approaches for Persons with Dementia: Recommendations and Rationale. *Journal of the American Medical Directors Association* 19 (12), 1047–1053. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6436532/>. 28.11.2020.
- Kröger, T., Aerschot, L. & Puthenparambil, J. 2018. Hoivatyö muutoksessa. *Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7372-8>. 30.11.2020.
- Kuntatyönantajat. 2019. Digitalisaation ja uusien toimintatapojen hyödyntäminen vanhusten kotihoidossa – yhteenveto 17.5.2019. Kunta-alan työn murroksen seuranta. <https://www.kt.fi/tyon-murros>. 11.12.2020.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. 25.10.2020.
- Laulainen, S., Zitting, J. & Niiranen, V. 2020. Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.). *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere: Tampere University Press, 151–178.
- Laurila, M. 2017. ”Me ollaan kaikki samassa veneessä ja soudetaan yhdessä samaan suuntaan”. *Esimiesten ja henkilöstön käsityksiä hyvästä*

- muutosjohtajuudesta. Vaasa: Vaasan yliopisto. Väitöskirja. Acta Wa-saensia, 386. Liiketaloustiede. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-772-9>. 7.9.2020.
- Lehto, K. 2019. Esimies työhyvinvoinnin johtajana muutoksessa. Teoksessa Hakonen, A., Viitala, R. & Kääntä, L. (toim.). Ikkunoita henkilöstövahvuuden muutokseen. Vaasan yliopiston raportteja 15. Vaasa: Vaasan yliopisto, 65–69.
- Leppäaho, S., Kehusmaa, S., Jokinen, S., Luomala, O. & Luoma, M-S. 2019. Kaikenikäisten omaishoito – Omais- ja perhehoidon kysely 2018. Teoksessa Noro, A. (toim.). Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018. Päätelemät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 25–36.
- Lunkka, N., Pätsi, J. & Suhonen, M. 2017. Kerrottu tyytyväisyys, pettymys ja ärtymys sairaalan organisaatiomuutoksen kontekstissa. Osastonhoitajat tunnekokemuksiaan merkityksellistämässä. Hallinnon Tutkimus, 36 (3), 170–185.
- Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC. Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. Tampere: Tampereen yliopisto. <https://pdfslide.net/documents/muutosjohtamisen-abc-tampereen-mielekkyyys-voilisnty-tai-vhintnkin-sily-mys-muutoksessa.html>. 13.8.2020.
- Lönroos, E. & Sillanpää, H. 2014. Muistisairaalan lääkehoidon toteutuksen erityispiirteitä. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaalan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 225–226.
- Martikainen, J. & Viramo, P. 2015. Muistisairaudet ja terveystalous. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 44–55.
- Mielikäinen, L. & Kuronen, R. 2019. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2018. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138194/Tr21\\_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138194/Tr21_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y). 25.10.2020.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook. Second Edition. [http://idr.uin-antasari.ac.id/478/1/Qualitative\\_Data\\_Analysis.pdf](http://idr.uin-antasari.ac.id/478/1/Qualitative_Data_Analysis.pdf). 31.1.2021.
- Mole, L., Abbott, R., Kent, B., Wood, C. & Hickson, M. 2018. The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. Health and Social Care in the Community 26, 485–496.
- Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf). 14.11.2020.
- Muistiliitto. 2017. Kotona asuminen. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tuki-ja-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/kotona-asuminen>. 26.10.2020.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama

- työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). 26.2.2021.
- Mönkäre, R. & Hallikainen, M. 2019. Muistisairaahan hyvän hoidon periaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.). Muistisairaahan hoito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 71–75.
- Mönkäre, R. 2019. Muistisairaahan käyttäytymisen muutoksiin suhtautuminen ja sen vaikutus muutosten ilmenemiseen. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.). Muistisairaahan hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 58–60.
- Noro, A. & Karppanen, S. 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Pahkin, K. & Vesanto, P. 2013a. Organisaatiomuutos työntekijän näkökulmasta. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Pahkin, K. & Vesanto, P. 2013b. Organisaatiomuutos esimiehen näkökulmasta. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Pahkin, K., Mattila-Holappa, P., Nielsen, K., Wiezer, N., Widerszal-Bazyl, M., Jong T. & Mockało, Z. 2011. Mielekäs muutos – Kuinka tukea työntekijöiden hyvinvointia organisaatiomuutoksen aikana? Helsinki: Työterveyslaitos.
- Penttinen, L., Kolehmainen, L., Alastalo, H., Havulinna, S. & Valkeinen, H. 2020. Toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa monialaisesti. Tutkimuksesta tiiviisti 7/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-500-1>. 3.12.2020.
- Puusa, A. 2020a. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus Oy, 103–117.
- Puusa, A. 2020b. Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus Oy, 145–156.
- Rauramo, P. 2013. Työhyvinvointi muutostilanteissa. Työturvallisuuskeskus. [https://ttk.fi/files/4678/tyohyvinvointi\\_muutostilanteissa.pdf](https://ttk.fi/files/4678/tyohyvinvointi_muutostilanteissa.pdf). 1.12.2020.
- Riikonen, M. & Paavilainen, E. 2018. Kotona asuvan muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä teknologiaan liittyvät tarpeet ja toiveet. Gerontologia 32 (2), 115–131.
- Rinne, J., Hallikainen, M., Suhonen, J., Rosenvall, A. & Erkinjuntti, T. 2015. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 455–473.
- Rissanen, P. 2019. Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa. Asiantuntija-arvio, syksy 2018. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos.
- Rissanen, P. 2019. Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa. Asiantuntija-arvio, syksy 2018. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos.

- Rissanen, S. & Hujala, A. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy, 81–104.
- Rosenwall, A. 2015. Toimintakyvyn ja muistisairauden vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 386–391.
- Salo, L. & Hallikainen, M. 2019. Muistisairaahan ravitsemuksen arviointi. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.). Muistisairaahan hoito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 260–264.
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Sanders, C., Behrens, S., Schwartz, S., Wengreen, H., Corcoran, C. D., Lyketsos, C. G. & Tschanz, J. T. Nutritional Status is Associated with Faster Cognitive Decline and Worse Functional Impairment in the Progression of Dementia: The Cache County Dementia Progression Study1. *Journal of Alzheimer's Disease*: 52 (1), 33-42.
- Saukkonen, S.-M., Mölläri, K., Mäkelä, M. & Kehusmaa, S. 2020. Kotihoito 2019: Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä. Tilastoraportti 34/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020100176315>. 1.12.2020.
- Seeck, H. 2008. Johtamisopit Suomessa: taylorismista innovaatioteorioihin. Helsinki: Gaudeamus.
- Sinervo, T., Vehko, T., Josefsson, K. & Lehtoaro, S. 2018. Pohdintaa ja suosituksia. Teoksessa Vehko, T., Josefsson, K., Lehtoaro, S. & Sinervo, T. (toim.). Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työntuloksellisuus rakennemuutoksessa. Raportti 16/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 64–71. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-241-3>.
- Sirola-Korhonen, K. 2017. Osallistavat menetelmät. Vinkkejä ja virikkeitä koulutajille. Helsinki: Kansan Sivistystyön Liitto ry ja KSL-opintokeskus.
- Siun sote. 2019a. Muistiasiakkaan hoitopolku Siun sotessa. [intra.siunsote.fi](http://intra.siunsote.fi).
- Siun sote. 2019b. Henkilöstöstrategia 2019–2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020b. Kotihoito ja kotipalvelut. <https://stm.fi/kotihoido-kotipalvelut>. 25.10.2020.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>. 16.10.2020.
- Suhonen, J., Juva, K., Nikumaa, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Muistipotilaan hoitoketju. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 537–550.

- Taskinen, H. 2015. Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Muistisairaudet. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>. 13.10.2020.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. 16.10.2020.
- Tiainen, K. 2020. Mitä on tutkimusetiikka? Tutkimus- ja kehittämisosaaminen 2: Tutkimusetiikka -opintojakson opintomateriaali. Karelia-ammattikorkeakoulu.
- Tible, O., Riese, F., Savaskan, E. & von Gunten, A. 2017. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders* 10(8): 297–309. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5518961/>. 20.10.2020.
- Tietoarkisto. 2020. Kvalitatiivisen datan käsittely. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/kvalitatiivisen-datan-kasittely/litterointi>. 28.12.2020.
- Tilastokeskus.2020. Tilastokeskuksen PxWeb-tietokannat. [http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_\\_vrm\\_\\_vaerak/statfin\\_vaerak\\_pxt\\_11rf.px/table/table-ViewLayout1/](http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11rf.px/table/table-ViewLayout1/). 16.10.2020.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällö analyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Turjamaa, R., Salpakari, J. & Koskinen, L. 2020. Experiences of Older Spousal Caregivers for Caring a Person with a Memory Disorder. *Healthcare* 8, 95. <file:///C:/Users/OMISTAJA/Downloads/healthcare-08-00095.pdf>. 28.10.2020.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). 3.7.2020.
- Valvira. 2018. Potilaan itsemääräämisoikeus. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamis-oikeus>. 7.12.2020.
- Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90–98.
- Vataja, R. & Mönkäre, R. 2019. Muistisairauteen liittyvien käyttäytymisen muutosten ilmeneminen. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.). Muistisairaahan hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56–58.
- Vataja, R. 2015. Käyttäytymisen ja psyyken tutkiminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 349–354.
- Vehko, T., Sinervo, T. & Josefsson, K. 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. *Tutkimuksesta tiiviisti* 11.

Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-876-0>. 30.11.2020.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35–43.

## Teemahaastattelurunko

Teema	Tarkennus
Säännöllisessä kotihoitossa olevan asiakkaan muistisairauden seurannan alueelliset nykykäytännöt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miten muistisairauden seuranta toteutuu nykyisin diagnosoinnin jälkeen?</li> <li>• Miten muistisairauden seuranta toteutuu nykyisin vuosikontrollin jälkeen?</li> <li>• Millainen työnjako muistihoitajien ja kotihoiton henkilöstön välillä on nykyisin muistisairauden seurannassa?</li> <li>• Onko työnjakoa selvennetty ja kirjattu?</li> <li>• Miksi seurantavastuu tulee siirtää muistihoitajalta kotihoitoon?</li> </ul>
Siun soten linjausten mukainen muistisairauden seuranta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitä ja milloin tehtäviä toimenpiteitä seuranta sisältää?</li> <li>• Onko seurannasta olemassa valmista ohjetta tai tarkistuslistaa?</li> <li>• Mitä muistisairauden seurannasta saadulla tiedolla tehdään?</li> <li>• Onko seurantatulosten tulkinnassa olemassa yhtenäistä ohjeistusta?</li> </ul>
Osaamisvaatimukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mikä on muistihoitajien erikoisosaaminen seurannan suhteen?</li> <li>• Miten kotihoidon henkilöstö on osallistunut Siun soten järjestämiin muistiosaamiskoulutuksiin?</li> <li>• Onko kotihoidon henkilöstöllä ollut muistisairauden seurantaan liittyvää koulutusta?</li> <li>• Miten turvataan uusien työntekijöiden ja sijaisten tarvittava osaaminen muistisairauden seurannassa?</li> </ul>

## Webropol-kyselylomake kotihoidon henkilöstölle

### 1. Olen työskennellyt muistisairaiden parissa

alle 1 vuotta

1–4 vuotta

5–10 vuotta

yli 10 vuotta

### 2. Mielestäni muistiosaaminen kotihoidon työtehtävissä on:

Erittäin tärkeää

Tärkeää

Jonkin verran tärkeää

Ei tärkeää

### 3. Miten hallitset seuraavien muistiosaamisen osa-alueiden tekemisen?

Vastausvaihtoehdot:

1. En hallitse tekemistä itsenäisesti
2. Hallitsen tekemisen välttävästi, koen tarvitsevani koulutusta
3. Hallitsen tekemisen tyydyttävästi, koen tarvitsevani harjoitusta
4. Hallitsen tekemisen hyvin ja luotettavasti
5. Hallitsen tekemisen erinomaisesti ja kykenen opastamaan toisia

	1	2	3	4	5
MMSE					
PADL / IADL					
GDS-15					
CMAI					
Muistilääkityksen vasteen seuranta					
Muistisairauden etenemisen tunnistaminen					

**4. Miten arvioisit muistiosaamistasi**

Vastausvaihtoehdot:

1. Välttävä
2. Tyydyttävä
3. Hyvä
4. Erinomainen

	1	2	3	4
Yleisarvio muistiosaamisestani				
Yleisarvio muistisairaahan kohtaamis- ja vuorovaikutustaidoistani				

**5. Olen käynyt CERAD-koulutuksen**

Kyllä

Ei

**6. Muistisairauden seurantavastuu on siirtymässä muistihoitajalta kotihoitoon. Mitä ajattelet tästä muutoksesta?**

Vastausvaihtoehdot:

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
Koen asiakkaan hyötyvän muutoksesta					
Suhtaudun muutokseen myönteisesti					

**7. Haluaisin vahvistaa muistiosaamistani (voit valita useamman vaihtoehdon)**

Ulkopuolisella koulutuksella

Sisäisellä koulutuksella, esimerkiksi muistihoitajan toteuttamana

Kokeneempien työkavereiden ohjauksella

Omatoimisesti perehtymällä / opiskelemalla

Joku muu, miten?

**8. Ajatuksia muistiosaamisesta ja muistisairauden seurantavastuun siirtymisestä**

## Tiedote kehittämistyöstä kotihoidon työntekijöille

Hei,

Opiskelemme Karelia-ammattikorkeakoulussa Ikäosaamisen kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teemme opintoihin kuuluvaa tutkimuksellista kehittämistyötä Siun soten toimeksi antamana. Työn aiheena on säännöllisessä kotihoidossa olevan asiakkaan muistisairauden seurannan kehittäminen. Kehittämistyön tavoitteena on, että muistisairauden seurantavastuu siirtyy muistihoitajalta kotihoitoon ja vakiintuu osaksi kotihoidon työtehtäviä.

Opinnäytetyön kehittämistoiminnan toteutusvaihe aloitetaan nykytilanteen ja toimintaympäristön kartoittamisella. Selvitämme Webropol-kyselyllä kotihoidon henkilöstön valmiuksia muistisairauden seurantaan. Kehittämistoimintaamme varten kootaan työryhmä kotihoidosta, mikä muodostuu lähiesimiehistä, muistihoitajista, vapaaehtoisesti ilmoittautuneista kotihoidon työntekijöistä sekä opinnäytetyön tekijöistä. Työryhmän tehtävänä on alkukartoituksen pohjalta ideoida, kehittää ja kokeilla konkreettisia toimenpiteitä, joiden avulla säännöllisen kotihoidon asiakkaiden muistisairauden seuranta saadaan siirtymään osaksi kotihoidon arkea. Tämän kehittämistyön tuotoksena laaditaan toimintamalli muistisairauden seurantaan. Kyselyssä emme kerää henkilötietoja tai muita arkaluontoisia tietoja.

Saatuja tietoja käytetään tutkimuksellisen kehittämistyömme aineistona ja sitä käsitellään luottamuksellisesti. Saamamme aineisto hävitetään kehittämistyömme valmistuttua.

Toivottavasti pystyt vastaamaan kyselyyn ja osallistumaan siten oman työsi kehittämiseen. Tervetuloa mukaan kehittämään kotihoidon asiakkaiden muistisairauden seuranta.

Joensuussa 10.7.2020

Yhteistyöterveisin

Päivi Veikka, paivi.veikka(at)edu.karelia.fi

Arja Korhonen, arja.korhonen(at)edu.karelia.fi

## Esimerkkejä sisällönanalyysin etenemisestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Ei oo meillä esimiehillä ja työntekijöillä ihan niin tarkkaa käsitystä tai sapluunaa, että onko se nyt kerran vuodessa ja onko se nyt minimaalinen ja kenelle se ceradi tehdään ja kenellä katotaan mitään."</p> <p>"Me ei tiedetä, mitkä kuuluu oikeesti meidän tehdä ja mitkä kuuluu muistihoidajalle."</p> <p>"... kun siihen tulis hyvin yksinkertainen runko, että tee näin ja se peruste, miksi näin tehdään. Niin sehän se auttas."</p>	<p>Esimiehillä ja työntekijöillä ei ole tietoa, milloin ja kenelle testejä tehdään.</p> <p>Ei tietoa, mikä kuuluu kotihoitoon ja mikä muistihoidajalle.</p> <p>Yksinkertainen tekemisen runko auttaisi.</p>	<p>Epäselyyys seurannan sisällöstä ja aikataulusta</p> <p>Epäselyyys työnjaoista</p> <p>Selkeä toimintamalli</p>	<p>Yhtenäiset toimitavat</p>
<p>"Ois hyvä kerrata, sillä jos tekee väärin ne testit ja tulokset näkyy asiakkaan tiedoissa ja ne tehty ihan päin honkia."</p> <p>"Tuli hirveellä vauhdilla tieto koulutuksesta. Eihän sitä yhden äkin näin vain tempaista sitä porukkaa täältä perustyöstä ja arjesta. Tieto tuli meidän mielestä aika nopeesti, kun työvuorot oli suunniteltu ja tehtävät jaettu."</p>	<p>Testien tekemistä olisi hyvä kerrata.</p> <p>Tieto koulutuksesta tuli lyhyellä varoitussajalla.</p>	<p>Koulutustarve</p> <p>Osallistumismahdollisuus koulutuksiin</p>	<p>Osaamisen kehittäminen</p>
<p>Miksi kaikki siirtyy kotihoitoon? Miksi alan ammattilaiset siirtävät tehtäviään muille?</p> <p>Ymmärretään kyllä, että muistihoidajilla ei resurssit vaan kerta kaikkiaan riitä. Muistisairaita on niin paljon, ja kun on kerran se kytkös kotihoitoon ja hoitajat käy, niin on luontevampaa, että se seuranta tehdään täällä.</p>	<p>Eri alan ammattilaisten tehtävien siirtyminen kotihoitoon</p> <p>Muistisairaita on niin paljon, muistihoidajan resurssit ei riitä.</p>	<p>Epäselyyys muutoksen syistä</p> <p>Muutosvastarinta</p> <p>Muutostarpeen ymmärtäminen</p>	<p>Muutosjoustavuus</p>
<p>Myö ollaan aika hankalassa tilanteessa, kun pitäisi osata porukalle kertoa, että muutoksia tulee, mut kun itekkin ollaan taas kun lumiukot pihalla.</p> <p>En tiijä, onko se ajattelemattomuutta vai mitä, mutta muutoksissa ruohonjuuritaso tahtoo unohtua. Jossakin päätetään asioita, mutta niitä ei välttämättä muisteta ees ilmoittaa, vaikka ne koskettaa meitä.</p> <p>Meille tuli vähän semmonen tunne, että meille saneltiin, että kotihoito ottaa. Ei kysytty, että kerkiitkö, pystyttekö tai että mitä tarviitte pystyäkseen tekemään tämän työn.</p>	<p>Työntekijöille pitäisi osata kertoa, mutta itsellä ei ole tietoa</p> <p>Ruohonjuuritaso unohtuu asioista päätettäessä.</p> <p>Saneltiin, että kotihoito ottaa. Ei kysytty, mitä tarvitaan pystyäkseen tekemään työn.</p>	<p>Puutteellinen tiedonkulk</p> <p>Puutteellinen kommunikointi ja tiedonkulk</p> <p>Tyytymättömyys muutosviestintään</p>	<p>Muutosviestintä</p>

**Suostumuslomake työpajatyöskentelyyn**

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tiedotteen, joka koskee Arja Korhosen ja Päivi Veikan tutkimuksellista kehittämistyötä. Olen tietoinen tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksesta, aineiston keräämisestä ja säilytyksestä. Ymmärrän osallistumiseni tähän kehittämistyöhön liittyvään työpajatyöskentelyyn olevan vapaaehtoista ja halutessani pystyn keskeyttämään osallistumiseni missä vaiheessa tahansa ilman erillistä syytä. Suostun siihen, että työpajatyöskentelyssä minua mahdollisesti kuvataan ja antamani tiedot käytetään kyseisen opinnäytetyön tarpeisiin.

Osallistun vapaaehtoisesti tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön.

Paikka ja aika Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika Suostumuksen vastaanottajien allekirjoitukset

Allekirjoitettu suostumuslomake tulee kahtena kappaleena, joista toinen annetaan suostumuksen antajalle ja toinen jää suostumuksen vastaanottajalle.